

пузыря истончена. Атония – следствие обструкции в области шейки мочевого пузыря или уретры.

8. **Мегацистимегалоуретер синдром** – сочетание мегацистиса с мегалоуретером. Может быть изолированным пороком или сочетаться с пороками других систем, является компонентом аномалада. Постоянно сопровождается возникновением патологических рефлюксов, восходящей инфекцией, развитием уретерогидронефроза и почечной недостаточностью. Около 50% детей умирают в течение 2 лет жизни. Этиология и патогенез не выяснены. Высказываются предположения о врожденной дисплазии мышечной стенки пузыря и мочеточника, а в случаях сочетания с синдромом «сливового живота» и мышц передней брюшной стенки. Лечение хирургическое.

9. **Врожденная контрактура шейки мочевого пузыря** – порок развития, характеризующийся избыточным развитием соединительной ткани в данной анатомической области. Клиническая картина зависит от степени выраженности фиброзных изменений в шейке мочевого пузыря и связанных с ними нарушений мочеиспускания. Диагностика данной аномалии основана на результатах инструментального исследования (урофлоуметрия в сочетании с цистоманометрией), уретерографии и уретероцистоскопии с биопсией шейки мочевого пузыря. Лечение эндоскопическое, заключается в рассечении или иссечении рубцовых тканей.

Литература.

1. Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний. М., Медицина, 1976. - 480 с.
2. Терапология человека. Кравцова Г.И., под ред. Лазюка Г.И., М., 1979. -440 с.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. / М. Медицина, 1986. - 496 с.
4. Григорович И.Н. Полное удвоение уретры и мочевого пузыря // Урология и неврология. -1990, -№4. - с. 62-64.
5. Комяков Б.К. / Урология: учебник. М., ГЭОТАР – Медия., 2012. -464 с.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ И СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Джаналиев Б.Р., Вычигжанина Ю.С., Ахметова М.И.
Кафедра патологической анатомии КРСУ, Бишкек, Кыргызстан.

Резюме: В статье представлены результаты обследования 37 плацент - жительниц низкогорья с анемией разной степени тяжести. Установлено, что в плаценте рожениц, страдающих анемией легкой степени, развиваются компенсаторно-приспособительные процессы. С анемией средней тяжести компенсаторно-приспособительные процессы, становятся более выраженными и начинается срыв компенсаторно-приспособительных процессов с развитием разной степени выраженности хронической плацентарной недостаточности. В плаценте рожениц с анемией тяжелой степени наблюдаются наиболее тяжелые изменения.

Ключевые слова: низкогорье, гестационная анемия, плацента.

HISTOLOGICAL FEATURES PLACENTA WOMEN LIVING UNDER LOWLANDS AND SUFFER FROM IRON DEFICIENCY ANEMIA

Dzhanaliev B.R., Vychigzhaniina Y.S., Akhmetova M.I.
Chair of pathological anatomy KRSU.

Summary: The article presents the results of a survey of placentas of women living in low mountains with anemia of varying severity. It was found that the placenta of pregnant women suffering from mild anemia, develop compensatory and adaptive processes. With moderate anemia compensatory and adaptive processes, become more pronounced and a failure of compensatory and adaptive processes with development of varying degrees of severity of chronic placental insufficiency. The placenta of women with severe anemia observed the most severe changes.

Key words: low mountains, gestational anemia, placenta.

ЖАПЫС ТОО ШАРТЫНДА ЖАШАШКАН ЖАНА ТЕМІР ЖЕТИШСІЗДІГІ АНЕМИЯСЫНАН ЖАБЫРКАШКАНА АЯЛДАРДЫН ПЛАЦЕНТИНИН ГИСТОЛОГИЯЛЫК МУНОЗДОМУСУ.

Джаналиев Б.Р., Вычигжанина Ю.С., Ахметова М.И.
КРСУнун патологиялык анатомия кафедрасы.

Түйүндүү создөр: жапыстоо, гестациондук анемия, плацента.

По данным ВОЗ частота железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных колеблется от 21% до 89% в диагностике по уровню гемоглобина и от 49% до 99% по уровню сывороточного железа [1]. По данным Республиканского медико-информационного центра Кыргызской Республики анемия отмечена у 43% рожавших женщин. У 90% беременных обнаруживается именно ЖДА [2]. В связи с тем, что при беременности потребление кислорода увеличивается на 15-33%, у беременных с ЖДА характерна выраженная тканевая гипоксия с последующим развитием вторичных метаболических расстройств, что сопровождается морфологическими изменениями во многих органах, в том числе и в плаценте [3]. Нарушается активность дыхательных ферментов в синцитиотрофобласте, снижается транспорт железа к плоду и уровень вырабатываемых гормонов, что способствует развитию плацентарной недостаточности, синдрома задержки внутриутробного развития плода, к его гибели и, в конечном счете, к перинатальным потерям [4].

Целью нашей работы явилось изучение гистологической картины плаценты женщин, проживающих в условиях низкогорья и страдающих ЖДА.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились 37 плацент, полученные от рожениц, проживающих в г. Бишкек и в Чуйской области. Исследуемый материал был распределен по группам (табл.1).

Контрольную группу составили 10 плацент (средний возраст - 24,6 года), не страдающих анемией по естественного родоразрешения в сроке гестации 38-40 недель.

Во вторую группу вошли 10 плацент рожениц (средний возраст - 25,7 лет), страдающих анемией I ст. после естественного родоразрешения.

Третья группа – 10 плацент рожениц (средний возраст 23,4 года), страдающих анемией II ст. (в 6 наблюдениях естественное родоразрешение, в 4 оперативное).

Четвертая группа – 7 плацент, полученных от рожениц (средний возраст - 22,3 года), страдающих анемией III ст. (в 1 наблюдении - естественное родоразрешение, в 6 - оперативное).

Таблица 1.

№	Группы	Количество	Паритет родов			Средний возраст (лет)	Родоразрешение.	
			Перворожавшая	Повторнорожавшая	Многорожавшая		Естественное	Оперативное
1	Контрольная	10	4	4	2	24,6	10	
2	Анемия I ст.	10	4	4	2	25,7	10	
3	Анемия II ст.	10	3	4	3	23,4	6	4
4	Анемия III ст.	7	4	2	1	22,3	1	6
	Всего	37	15	14	8	24,0	27	10

Исследование плацент проводилось на основании методов, предложенных А.П.Миловановым (1999). Для гистологического исследования вырезали 5 кусочков плаценты из центральной, парацентральной и периферической зон, а также из пуповины и плодных оболочек.

Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине с последующей заливкой в парафин с ориентацией кусочков таким образом, чтобы в них сохранялись базальная и хориальная пластинка. Срезы толщиной 6-8 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, и по Ван-Гизону. Гистологические препараты изучались под микроскопом Nikoneclipse 50 i (Япония).

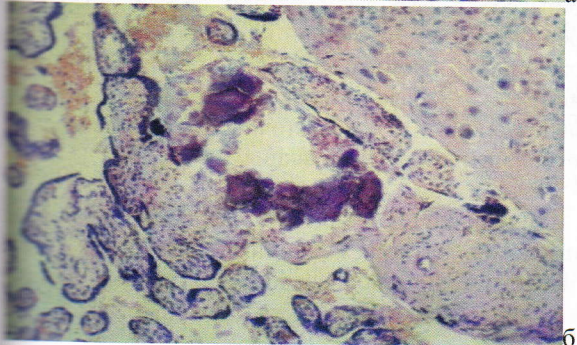
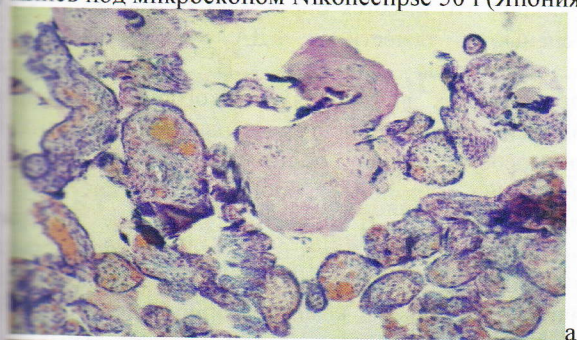


Рис. 1. Гистологическая картина плаценты рожениц контрольной группы: а - очаги фибриноида. б - очаги кальциноза. Окраска гематоксилином и эозином (x 200).

Результаты исследования. Гистологическое исследование плацент женщин контрольной группы показало, что во всех наблюдениях плацента была зрелой, строение соответствовало сроку гестации. Определялись небольшие поля фибриноида и очаги кальциноза (рис.1). Как свидетельствуют исследователи [5], наличие очагов фибриноида и кальцината является признаком зрелости плаценты.

Исследование плацент женщин, страдающих анемией легкой степени показало, что в 4 наблюдениях плацента была зрелой, а в 5 наблюдениях отмечается гиперваскуляризация (ангиоматоз) терминальных ворсин с рыхлой стромой, а также пролиферация синцитиотрофобласта с образованием хаотично расположенных синцитиальных почек (рис. 2). Эти изменения считаются компенсаторными, направленными на улучшения обменных процессов в системе мать-плацента-плод. По мнению отдельных авторов, [6] гиперваскуляризация терминальных ворсин и появление синцитиальных почек являются морфологическим субстратом местной тканевой гипоксии.

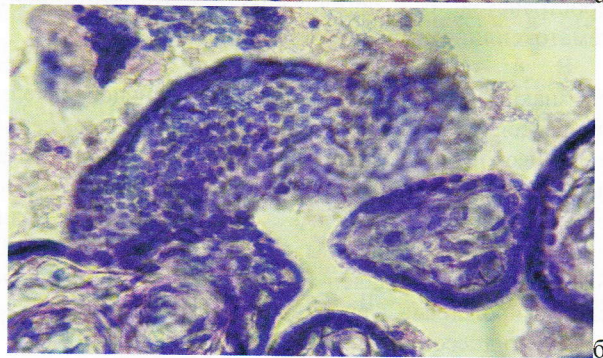
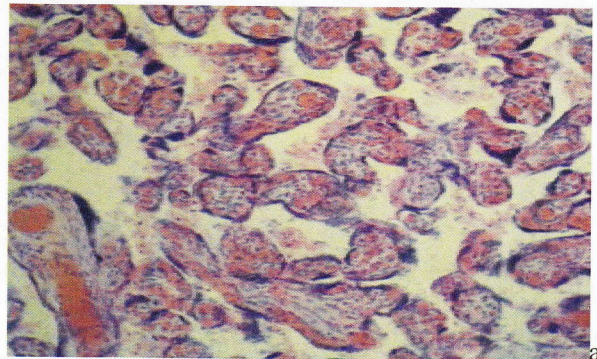


Рис. 2. Гистологическая картина плаценты рожениц с анемией легкой степени: а - выраженная гиперваскуляризация терминальных ворсин и их полнокровие (x200); б - пролиферация синцитиотрофобласта с образованием синцитиальных почек (x400). Окраска гематоксилином и эозином.

Исследуя плаценты рожениц, страдающих анемией II степени мы выявили, что компенсаторно-приспособительные процессы были более выраженными, чем в плацентах женщин, страдающих анемией легкой степени. Усиливается степень пролиферации синцитиотрофобластов и увеличивается количество синцитиальных почек.

Эти изменения были более выраженными в краевой зоне, чем в парацентральной и центральной зонах, что указывает на максимальность местной гипоксии в краевой зоне плаценты. В 6 наблюдениях отмечалось очаговое сужение интер-виллезного пространства, тесное прилегание ворсин, вплоть до «склеивания», а также образование крупных конгломератов (рис. 3). Эти изменения являются дополнительным условием нарушения циркуляции крови, усиливающим гипоксию.

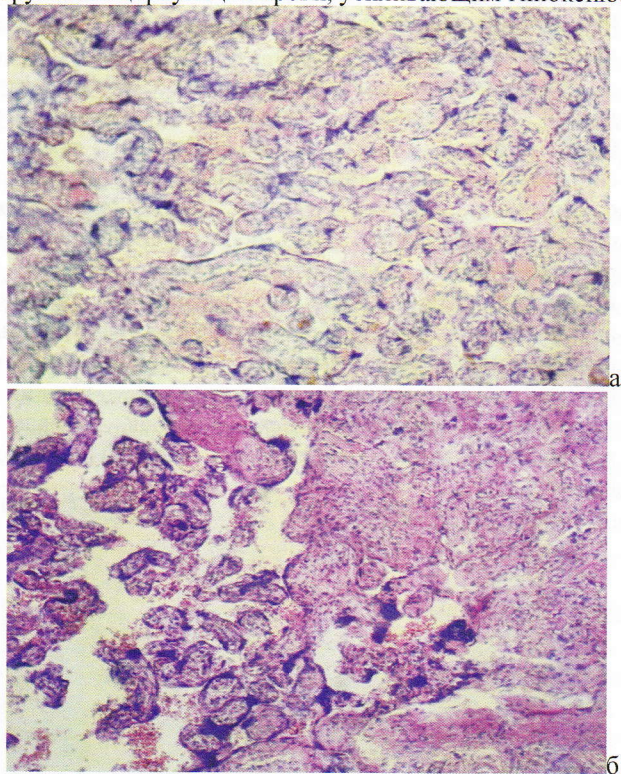


Рис. 3. Гистологическая картина плаценты рожениц с анемией средней тяжести: а - сужение межворсинчатого пространства. б - образование конгломерата. Окраска гематоксилином и эозином (х 100).

В 4 наблюдениях отмечены морфологические признаки срыва компенсаторно-приспособительных процессов и развития разной степени выраженности хронической плацентарной недостаточности. В одном наблюдении среди зрелых терминальных ворсин определялись незрелые гиповаскуляризованные промежуточные ворсины с рыхлой стромой. В 2 наблюдениях выявлены хаотично расположенные склерозированные ворсины, в одном наблюдении отмечено диссоциированное созревание ворсин.

Исследуя плаценты рожениц с анемией тяжелой степени, мы выявили, что во всех наблюдаются морфологические признаки хронической плацентарной недостаточности разной степени выраженности. Децидуальная оболочка утолщена с выраженными фибриноидными изменениями. Определяются крупные поля фибриноида с замурованными в нем, не только терминальными, но и промежуточными ворсинами (рис.4 а). В 4 наблюдениях выявлены признаки нарушения маточно-плацентарного кровообращения: кровоизлияние в межворсинчатое пространство с образованием гематом, субхориальная гематома (рис. 4б).

Более выраженными становятся изменения со стороны сосудов: просвет артерий и артериол опорных ворсин сужен с гипертрофией меди. В пуповине

преобладают артерии с щелевидным просветом, гипертрофией внутреннего, продольного слоя гладких мышц. Эти изменения указывают, что в плаценте рожениц с анемией тяжелой степени развивается не только хроническая плацентарная недостаточность, но и появляются признаки фетоплацентарной дисфункции.

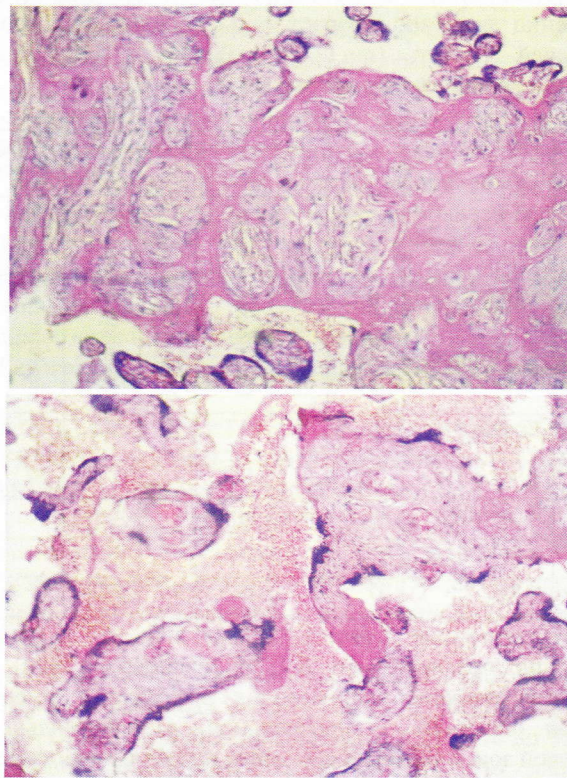


Рис. 4. Микрофото: гистологическая картина плаценты рожениц с анемией тяжелой степени: а - большие поля фибриноида с замурованными в нем склерозированными ворсинами. б - межворсинчатая гематома. Окраска гематоксилином и эозином (х 100).

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что имеется определенная взаимосвязь между степенью тяжести ЖДА и особенностями гистоструктуры плаценты. В плаценте рожениц, проживающих в условиях низкого уровня жизни и страдающих анемией легкой степени, развиваются компенсаторно-приспособительные процессы, направленные на улучшение обменных процессов в системе плацента-плод. В плаценте рожениц, страдающих анемией средней тяжести, компенсаторно-приспособительные процессы становятся более выраженными, начинается срыв компенсаторно-приспособительных процессов с развитием разной степени выраженности хронической плацентарной недостаточности. В плаценте рожениц с анемией тяжелой степени наблюдаются наиболее тяжелые изменения. Наряду с хронической плацентарной недостаточностью развивается фетоплацентарная дисфункция.

Литература.

1. Шапошник О.Д., Рыбалова Л.Ф. Анемия у беременных (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Учебно-методическое пособие для врачей курсантов. Челябинск, 2002. - 50 с.

ОРИЯ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ГЫЗСКО-РОССИЙСКОГО СЛАВЯНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Исмаилов Н.К.

ка судебной медицины Кыргызско-Российского
янского университета, Бишкек, Кыргызстан.

В статье приводятся сведения об истории
судебной медицины КРСУ, и ее научном
лении.

ые слова: история, кафедра, судебная медицина.

КЫРГЫЗ-РОССИЯНЫН СЛАВЯН УНИВЕРСИТЕТИ ОТТУК МЕДИЦИНА КАФЕДРАСЫНЫН ТАРЫХЫ

Исмаилов Н.К.

КРСУнун соттук медицина кафедрасы.

акультеттин деканы – Профессор А.Г.Зарифьян).

а корутунду. Макалада КРСУнун соттук
на кафедрасынын тарыхы, жана анын илимий
ры жөнүндө маалыматтар берилет.

үү сөздөр: тарых, кафедра, соттук медицина.

HISTORY OF CHAIR OF FORENSIC MEDICINE THE KYRGYZ-RUSSIAN SLAVIC UNIVERSITY Ismailov K. Nurlan

Chair of forensic medicine KRSU.

of the medical faculty – Professor Zarifian G. Anes)

ume. Article narrates history of chair of forensic
e of the Kirghiz-Russian Slavic University.

ds: history, chair, forensic medicine.

ление. История кафедры судебной медицины
ско-Российского Славянского университета
неразрывно связана с развитием кафедры
медицины и права Кыргызской
ственной медицинской академии (КГМА), и
ется она в 1941 году с эвакуацией Харьковского
ственного медицинского института на базу
юго в 1939 году Кыргызского государственного
нского института (КГМИ).

1942 году образована кафедра судебной медицины
Приказом Ректора КГМИ за № 9 от 01.03.1942 г.
в. кафедрой судебной медицины назначается
из Москвы, профессор Лазовский Юлий
вич. Приказом № 25 от 01.03.1942 г. Лазовский
назначен на должность профессора. Приказом №
07.03.1942 г. старшим лаборантом кафедры
ется Почтман А.М. [2].

праву первым заведующим кафедрой судебной
ны КГМА и основателем судебно-медицинской
Киргизской ССР является профессор Лазовский
Матвеевич [1].

казом Ректора КГМИ за № 32 от 10.03.1942 г.
нтом кафедры назначен врач Понаровский С.М., а
м № 53 от 03.04.1942 г. врач Эпштейн М.Я. также
н ассистентом кафедры.

конце 1943 года профессор Лазовский Ю.М.
дится в г. Москву, и с 1943 года по 1944 год
ой руководил ассистент Понаровский С.М.

онце 1944 года во Фрунзе приглашен заведовать
ой судебной медицины патологоанатом, доцент
Н.А. Во второй половине 1945 года Наумов Н.А.
ден Главным судебно-медицинским (внештатным)
ом Киргизской ССР.

Наумов Н.А. уделял большое внимание организации
судебно-медицинской службы республики, он
организовывает курсы для работников прокуратуры и
судов, курс судебной медицины читается на
юридических курсах г. Фрунзе. Наумов Н.А. активно
агитирует выпускников медицинского института
работать в области судебной медицины.

Заслугой Наумова Н.А. следует считать
укомплектование штатов судебно-медицинской службы в
г. Фрунзе и по всей республике.

С 1959 года по сентябрь 1973 года кафедрой
заведовал кандидат медицинских наук Хамитов С.Х.
Заслугой доцента Хамитова С.Х. было начало обучения
специалистов в области судебной медицины через
клиническую ординатуру и интернатуру, а также
обучение в целевой аспирантуре и клинической
ординатуре в Москве.

В 1973 году заведовать кафедрой судебной медицины
КГМИ был приглашен ассистент кафедры судебной
медицины 2-го Московского медицинского Института
им. Пирогова, к.м.н. Семенов Б.М., который заведовал до
апреля 1991 года. В период заведования кафедрой
Семеновым Б.М. продолжилось обучение наших
специалистов в клинической ординатуре и аспирантуре в
Москве (Джаманкулов З.Т., Айтмырзаев Б.Н., Матсаков
Т.Т., Алыбаева К.Н.).

На кафедре ассистентами работали Лавошников В.Н.,
Бернштейн Г.Б., к.м.н. Мукашев М.Ш. Научным
направлением кафедры в этот период было
усовершенствование методик судебно-медицинской
экспертизы.

С 2 апреля 1991 года на должность зав. кафедрой был
приглашен к.м.н. Мукашев М.Ш., который работал
заведующим отделом танатологии в Республиканском
бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства
здравоохранения Кыргызской Республики.

В 1993 году открыт Кыргызско-Российский
Славянский университет в соответствии с Договором о
дружбе, сотрудничестве и взаимной помощи между
Кыргызской Республикой и Российской Федерацией
(г.Москва, 10.06.1992г.); Указом Президента Кыргызской
Республики (г.Бишкек, 28.09.1992г.) и Соглашением
между Правительствами Кыргызской Республики и
Российской Федерации об условиях учреждения и
деятельности КРСУ (г.Бишкек, 09.09.1993г.);
Постановлением Правительства Российской Федерации
(г.Москва, №149 от 23.02.1994г.); Приказом № 326-128/1
от 14.02.1994г. Председателя Госкомитета Российской
Федерации по высшему образованию и приказом
Министерства образования и науки Кыргызской
Республики ректором назначается профессор Нифадьев
Владимир Иванович [3].

15 июня 1994 года Приказом Ректора КРСУ за № 79-
П был открыт медицинский факультет, по согласованию
с Госкомвузом РФ, Министерством образования, науки и
культуры КР и Министерством здравоохранения КР.
Деканом становится профессор Зарифьян Анэс
Гургенович [3]. Преподавание дисциплин
«Правоведение» и «Судебная медицина» проходит на
базе Морфологического корпуса КГМА, на кафедре
морфологических дисциплин – заведующая кафедрой
профессор Заречнова Наталья Николаевна.