

сезонный характер. Масса тела и полостной жидкости зимой несколько меньше, чем весной, а масса створок раковин практически одинакова. С увеличением размера раковины доля створок в общей массе данного беспозвоночного уменьшается за счет увеличения массы полостной жидкости. Мясо мидий обладает значительной пищевой ценностью. В нем содержится большое количество легкоусвояемых белков, витамины В и С, а также такие важные для человеческого организма микроэлементы, как медь, железо, йод, фосфор. При определении и изучении химического состава мяса и внутренностей мидий установили сезонную зависимость накопления белка и жира по мере перехода от зимы к весне. Прослеживается четкая тенденция накопления белка и жира при переходе от весны к осени что объясняется подготовкой мидий к нересту. Максимальное накопление минеральных веществ (зола) наблюдалось во время зимнего периода. Полученные данные, могут лечь в основу рекомендаций для специалистов – биотехнологов по использованию мидий в качестве источника биологически активных веществ в медицинской и пищевой промышленности, а также для специалистов, занимающихся культивированием ценных промысловых двусторчатых моллюсков. На основе анализа, обобщения и систематизации данных, полученных в результате обработки справочной литературы, было установлено: пищевая, кормовая и фармацевтическая ценность мидий обусловлена химическим составом и биоактивными свойствами их тел и створок; их целесообразно использовать для получения белковых гидролизатов, вкусо-ароматизаторов, биологически активных веществ, обладающих антивирусным, антиканцерогенным и противовоспалительным действием, а также ценных кормовых добавок; важным научно-прикладным аспектом использования мидий является их применение в биомониторинге и биотестировании качества вод; способности мидий эффективно очищать воду, загрязненную различными веществами, могут быть применены для очистки акватории и защиты прибрежных вод от загрязнения.

МОРФО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОВАРИАЛЬНЫХ ЦИСТАДЕНОМ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Разин А.П.¹, Павленко С.А.²,

Штылев А.А.²

¹Сальская центральная больница,

² Узловая больница на станции Сальск,

Сальск, Россия

Опухоли яичников занимают одно из ведущих мест среди всех новообразований, развивающихся у женщин. Исключая опухоли молочных желез, по частоте овариальные новообразования из всех онкологических заболеваний женской половой сферы уступают только карциномам эндометрия и эндоцервикса. Около 80 % опухолей яичников имеют доброкачественную

природу и встречаются, в основном, у женщин в возрасте 20-45 лет (Пальцев М.А., Аничков Н.М., 2001), 90 % всех новообразований составляют эпителиальные опухоли, серозные среди них регистрируются в 70 % случаев (Petrovic O. et al., 1992). В этой группе 60 % относятся к доброкачественным (цистаденома), 15 % – к пограничным, 25 % – к злокачественным. Серозными опухолями, которые относятся к новообразованиям из поверхностного (целомического) эпителия, поражаются женщины всех возрастов, но чаще – в периоде от 41 до 50 лет (Колосов А.Е., 1996).

Клинически подобные опухоли манифестируют при достижении ими определенных размеров, чаще – 5-10 см в диаметре, и связанными с этим осложнениями. Представляем собственные секционное и операционные наблюдения цистаденом яичников больших размеров. В первом случае основное заболевание - цистаденома яичника - при жизни не было диагностировано на протяжении двух десятков лет, с крайне редкой локализацией дочерней кисты, анатомически не связанной с материнской, в другой полости организма. Второе наблюдение явилось находкой операционного стола. Третье – прижизненное диагностирование кисты яичника больших размеров, представленной сочетанием различных видов опухолевого роста, в молодом возрасте, и успешное хирургическое лечение.

Большая Р., 75 лет, на протяжении последних 20 лет страдала разными видами «опухолевого роста» (органы брюшной полости, легкие). На аутопсийном исследовании в брюшной полости была обнаружена киста в d до 150 мм, объемом до 3000 мл, с причудливо изогнутыми выступами, располагавшаяся между петлями кишечника. В других локализациях – в области селезенки, сигмы и аппендикса – имелись самостоятельные, анатомически не связанные друг с другом кисты объемом по 100-200 мл каждая. Вокруг этих образований отмечен выраженный спаечный процесс с деформацией окружающих органов (печень, желчный пузырь, селезенка, желудок). Непроходимость желудочно-кишечного тракта на всем протяжении отсутствовала. В пупочной области имелся склероз, гиалиноз и петрификация утолщенной до 10-15 мм стенки кисты большого объема, с резким выпячиванием пупочного кольца вперед.

В правой плевральной полости находилась киста в d = 140 мм, с резким оттеснением к позвоночнику правого легкого, сдавлением его в пластину толщиной до 10 мм и смещением органов средостения влево. Содержимое ее представляло мутную сероватую жидкость без запаха. Цитологически и патогистологически в ней определены клетки штифтиковые, индифферентные, кубические и сецернирующие слизь. В просвет кисты выступали гиалинизированные соединительнотканые сосочки. Сама стенка - плотная, фиброзная, с участками петрификации. По гистологическому строению все кисты представляли собою цистаденому яичника с соединительноткаными сосочками и эпителием без явлений малигнизации.

Больная Г., 72 лет, на протяжении последних 25 лет страдала поликистозом яичника. Когда 18 лет назад большая из кист достигла величины куриного яйца, больной предложили хирургическое лечение, от которого она отказалась.

По поводу ущемленной пупочной грыжи взята на операционный стол. При лапаротомии была обнаружена гигантская многокамерная киста яичника размерами 190x230x250 мм, массой 7000 г, округлой формы. Петли кишечника этим образованием оттеснились в боковые каналы брюшной полости. Стенка кисты - толстая, фиброзная, с крупными очагами гиалиноза и петрификации. На внутренней поверхности ее видны и ветвящиеся, и более плоские, низкие соединительнотканые сосочки, покрытые эпителиальными кубическими несекретирующими и высокими цилиндрическими секретирующими клетками, характерными для цистаденом яичника.

В расширенном пупочном кольце и грыжевом мешке находилась жировая клетчатка на разных стадиях некроза и инфильтрирующими кровоизлияниями в нее. О наличие подобных, пусть и меньшего объема, образований в других локализациях клинических данных у нас не имелось.

Больная К., 23 лет, обратилась в гинекологический стационар с жалобами на увеличение объема живота, боли в его нижних отделах, иррадиирующие в поясницу, в течение трех недель, бесплодие.

Пальпаторно определялось слабо подвижное, с четкими границами образование, мягко-эластичное, достигающее до пупка. Живот увеличен до 18-19 недель беременности. При ультразвуковом исследовании правого яичника лоцировалось жидкостное образование больших размеров ($d = 170$ мм), исходящее из яичника, от малого таза до пупка.

Произведены: резекция правого яичника и патогистологическое исследование операционного материала с использованием общепринятых методик.

При макроскопическом исследовании: киста яичника в $d = 160$ мм, стенка – фиброзная, жестковатая, внутренняя и наружная ее поверхности – ровные, гладкие, блестящие, хорошо васкуляризованы, сосуды – крупные, древовидно ветвящиеся. Содержимое кисты – сероватого цвета, прозрачное, жидкой консистенции, объемом до 3000 мл. В одном сегменте кисты имелась полость в $d = 40$ мм, с бурым содержимым жидковатой консистенции, с хрящевыми, костными и волосяными включениями в стенке, а также фрагментом костной ткани, по внешнему виду напоминающим подъязычную кость. В другом сегменте кисты находилась киста желтого тела в $d = 10$ мм, замурованная в фиброзную стенку. В третьем сегменте, на ее внутренней поверхности, располагался сосочковый вырост в виде тонкой ворсинки длиной 10 мм, в $d = 1$ мм, сероватого цвета, с чистой поверхностью.

При микроскопическом исследовании: капсула яичника – соединительнотканная, фиброзная. В отдельных участках она более богата волокнистыми

структурами, в других, наоборот, клеточными элементами типа фиброцитов и фибробластов, тканевых лимфоцитов и гистиоцитов, с повсеместно определяемыми, но слабо выраженными явлениями их атипизма. В некоторых полях зрения на фиброзной капсуле располагались липоциты с огрубевшей стромой и развитой сетью кровеносных капилляров.

Ткань яичника довольно компактная и васкуляризованная, с большим числом созревающих фолликулов и начинающих формироваться белых тел. Отмечены мелкие серозные и муцинозные кисты, выстланные однорядным кубическим и плоским эпителием. В цитоплазме последних клеточных образований виднелись мелкие вакуоли, преимущественно в их апикальных отделах. Кровеносные сосуды – тонкостенные, неравномерно кровенаполнены. Цветущее желтое тело, нечетко отграниченное от коркового слоя органа, состояло из рыхло расположенных полигональных клеток с пенистой и ячеистой цитоплазмой, богатой гликолипопротеидами. Ядра – крупные, округлые, богатые хроматином. Центральная зона желтого тела – расширена и заполнена кровяными массами с явлениями гемолиза и без него.

На внутренней поверхности фиброзной капсулы серозной ретенционной кисты находилось среднеузловое фиброматозное образование в d до 20 мм – плотная, твердая фиброма, богатая волокнистыми структурами, с дистрофическими изменениями вплоть до склероза и гиалиноза, со сниженным содержанием клеточных элементов и сосудов. Атипизм вышеперечисленных клеточно-волокнистых структур был выражен незначительно.

В других сегментах стенки кисты встречались элементы сецернирующей цилиоэпителиальной кисты (цистаденомы), представленной сосочковым выростом с нежной, слаболовонистой стромой. На базальной мембране его находился однорядный кубический эпителий с мелкими, апикально расположенными вакуолями, заполненными серозной жидкостью. В отдельных участках эпителиальное покрытие имело двухрядное строение, строма сосочка содержала довольно развитую кровеносную сеть. Периваскулярные волокнистые структуры – набухшие, разволокненные, с зияющими венами и артериолами.

В отдельных полях зрения наблюдались мелкие, незавершенного генеза, так называемые «шоколадные кисты» – организующиеся и организовавшиеся кровоизлияния в серозную дочернюю кисту, а также структурные элементы дермоидности: остеонидная, хондронидная ткани и зачатки дериватов кожи – волосяные фолликулы.

Таким образом, цистаденомы яичников, пролонгированные во времени, могут достигать более чем значительных размеров и становиться очень редкой находкой операционного и секционного столов. Эпителиальные клетки даже инкапсулированных видов этих новообразований способны гематогенным и лимфогенным путями проникать в грудную полость, им-

планироваться там и развиваться до размеров, аналогичных материнскому образованию. Единственный аналогичный упомянутому случай описан одним из нас ранее (Разин П.С., Разин А.П., 2000). В доступной литературе о возможности распространения серозных опухолей яичника нам встречались единичные упоминания в контексте: «Неинкапсулированные варианты серозных опухолей способны к распространению по брюшине» (Пальцев М.А., Аничков Н.М., 2001). Клинически такие мультилокулярные цистаденомы яичников без явлений малигнизации способны симулировать целый ряд заболеваний, в том числе и злокачественных.

Последнее из представленных нами наблюдений отличается сочетанием серозной кисты больших размеров с участками цистаденомы с тератомой – дермоидной кистой, включающей в себя различные виды тканей (остеоидная, хондроида и дериваты кожи), являющейся пороком развития. Новообразование нами охарактеризовано как смешанная овариальная доброкачественная опухоль, один компонент которой представлен кистой с неоплазматическим ростом из поверхностного эпителия (цистаденома), другой – доброкачественной опухолью из соединительной ткани (фибромой), третий имеет герминогенный генез (тератома в виде дермоидной кисты, содержащей три типа тканей). Учитывая имевшуюся синдактилию у больной, являющуюся тоже врожденным пороком, есть все основания говорить о наличии у нее синдрома множественных пороков, включающего в себя пороки развития яичников и скелета.

Литература:

1. Вотинцев А.А., Разин А.П. Морфологическая диагностика и оценка прогрессии эндометриоидного овариального рака // *Фундаментальные исследования*. – 2006. – № 9. Материалы III международной научной конференции «Фундаментальные и прикладные исследования в медицине», 1-8 октября 2006 г., Греция (Лутраки). – С. 46-48.

2. Колосов А.Е. Опухоли яичников и прогноз для больных. – Киров, 1996. – 240 с.

3. Милованов А.П., Савельев С.В., Алещенко И.В. и др. Внутритрубно развитие человека. Руководство для врачей / Под ред. проф. А.П. Милованова, проф. С.В. Савельева. – М.: МДВ, 2006. – 384 с.

4. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия: Учебник. В 2 т. Т. 2. Ч. II. – М.: Медицина, 2001. – 680 с.

5. Разин А.П., Разин М.П., Ивахненко Т.В. Клинико-морфологические аспекты врожденной системно-полиорганной патологии // *Здоровье ребенка – здоровье нации. Сборник научных работ*. – Киров, 2006. – С. 19-21.

6. Разин П.С., Разин А.П. Гигантские цистаденомы яичника с необычной имплантацией // *Наука и практика на рубеже веков. Сборник медицинских научных работ*. – Ростов-на-Дону, 2000. – С. 11-12.

7. Razin A.P. Pathologic anatomy and molecular biology on the boundary of millennia // *European Journal of Natural History*. – 2007. – № 5. Development prospects of higher school science. Materials of International Scientific Conference, Sochi, Dagomys, 20-23 September 2007. – P. 61-63.

ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА ИЛИ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО АНТИОКСИДАНТА КОМПЛИВИТА И БЕЗ НЕГО

Ральченко И.В., Щукин В.А.,
Арсеева Т.Д.

*ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская
академия Росздрава
Тюмень, Россия*

В настоящее время мы обследовали группу женщин (65), получавших двухфазный оральные контрацептивы регивидон, представляющий собой комбинацию этинилэстрадиол-левоноргестрел.

Общая свертывающая активность у наблюдаемых женщин сравнительно мало изменилась после приема регивидона, тем не менее, гиперкоагулемия небольшой степени можно констатировать. Так, после трех циклов приема препарата выявилась тенденция к укорочению активированного времени рекальцификации и активированного частичного тромбопластинового времени. Активировались по мере приема регивидона и тромбоциты. Так, постепенно поднималась их общая коагулирующая активность - на 4, 6,5 и 8% после трех, шести и восьми циклов приема препарата; повышалась спонтанная агрегация - на 7, 15 и 21% соответственно; возросла максимальная агрегация - на 6, 11 и 12% после трех, шести и восьми циклов; увеличивались и размеры тромбоцитарных агрегатов - на 6, 16 и 21 после трех, шести и восьми циклов, а также скорость агрегации - на 10 и 12% и АДФ-индуцированная агрегация - на 22 и 20% после шести и восьми циклов соответственно.

Содержание фактора P3 увеличилось на 7 и 8% (после 6 и 8 циклов), а фактора P4 - на 18, 27 и 27% после трех, шести и восьми циклов назначения регивидона.

Активировалось при назначении регивидона и ПОЛ в тромбоцитах: уровень диеновых конъюгатов /ДК/ увеличился на 8, 14 и 17%, а ГБК-продуктов - на 12, 21 и 29% после трех, шести и восьми циклов назначения регивидона соответственно. Антиоксидантная активность, напротив, снизилась: период индукции сократился на 15, 20 и 27% после трех, шести и восьми циклов регивидона.

Таким образом, можно констатировать, что назначение регивидона в качестве комбинированного оральное контрацептива приводит к активации гемостаза, в данном случае можно говорить о гиперкоагу-