

парамезонефральных и мезонефральных протоков, первый из которых находится в мезенхиме первичной почки более латерально, чем второй и располагаются они параллельно друг другу. Мезенхима одного протока переходит в стенку другого и из этого может следовать то, что парамезонефральный проток отщепился от протока первичной почки. У зародышей с ТКД 19 мм (49 суток) на сагиттальных срезах парамезонефральные протоки вытягиваются в каудальном направлении вентральнее от них находится гонада, участок редуцирующегося мезонефроса; просвет парамезонефральных протоков шире, чем мезонефральных. На этом этапе эмбриогенеза происходит дифференцировка по женскому типу: редукция мезонефральных протоков и рост парамезонефральных протоков, из которых образуются женские внутренние половые органы. В этот период топографическое расположение органов брюшной полости выглядит так: вентральнее левого парамезонефрального протока расположен формирующийся желудок с поджелудочной железой, вентральнее правого - печень, краниальнее обоих находится постоянная почка с надпочечником. Парамезонефральный проток располагается между мочевым пузырем и прямой кишкой, это соответствует уровню 2-3 поясничных позвонков, при этом много нервных волокон начинает подходить к мезенхиме протоков. У зародышей с ТКД 21 мм (51 сутки) на поперечных срезах левой половины тела, каудальнее постоянной почки, находится участок мезенхимы с двумя протоками, вокруг которых располагается множество сосудов, заполненных форменными элементами; это запустевшие сосуды мезонефроса, которые являются главным источником кровоснабжения. Сосуды первичной почки являются главным источником кровоснабжения парамезонефральных и мезонефральных протоков. Т.о., первичная почка играет главенствующую роль в развитии женских и мужских половых органов.

Данные эмбриогенеза позволяют в полной мере изучить истинную структуру исследуемого органа, а также установить связь развития кровоснабжения и иннервации, которые напрямую зависят от соседних органов.

ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНЫЕ ПРОТОКИ И ИХ РОЛЬ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ МАТКИ

Татун Т.В., Сикерич Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель - д.м.н. проф. Околоулак Е.С.

Целью нашего исследования является определение времени образования эмбриональной матки из парамезонефральных протоков. Материалом исследования служили зародыши человека с теменно-копчиковой длиной (ТКД) от 27 до 35 мм, взятые из коллекции кафедры нормальной анатомии БГМУ. Макроскопически были изучены сагиттальные, фронтальные и поперечные срезы зародышей, окрашенные методом Большовского-Буке, гематоксифилином и эозином.

По литературным данным, слияние каудальных отделов парамезонефральных протоков начинается у зародышей с ТКД 33 мм, а у зародышей, имеющих ТКД 35 мм, происходит полное слияние каудальных отделов парамезонефральных протоков (В.Р. Линкевич). По данным Л.И. Фалина, слияние протоков начинается у зародышей с ТКД 29 мм, а полное - у зародышей с ТКД 31 мм.

По данным нашего исследования, у зародышей, имеющих ТКД 29 мм, отмечается сближение парамезонефральных протоков. На поперечных срезах видны 4 отверстия обособленных протоков, в медиальной части 2 парамезонефральных протока, а с обеих сторон, латеральнее их, 2 мезонефральных протока. После слияния

каудальных отделов парамезонефральных протоков между ними находится общая перегородка и только лишь у зародышей с ТКД 33 мм перегородка между ними исчезает и образуется общий просвет, который является полостью будущей матки. На сагиттальных срезах эмбриональная матка представлена в виде трубки вытянутой формы, имеет узкую полость, которая открывается в мочеполовой синус.

Таким образом, слияние каудальных отделов парамезонефральных протоков начинается у зародышей с ТКД 29 мм, которые имеют общую перегородку. Окончательное слияние каудальных отделов протоков и формирование матки наблюдается у зародышей с ТКД 33 мм.

ВАРИАНТ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Тишин А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель - к.м.н., ассист. Виноградова Т.А.

В связи с недостаточной информативностью и значительной продолжительностью традиционных микробиологических исследований, отсутствие у 20-30% больных продуктивного кашля, невозможности выделения культуры внутриклеточных возбудителей при использовании стандартных диагностических подходов, прием антибактериальных препаратов до установления диагноза делают невозможным применение этиологической классификации пневмоний в амбулаторной практике. Поэтому существуют четкие рекомендации по лечению амбулаторных пациентов с нетяжелыми внегоспитальными пневмониями, согласно которым препаратами выбора для лиц до 60 лет без сопутствующей патологии являются амоксициллин внутрь или макролиды внутрь.

Целью работы явилась оценка риска клинической неудачи лечения при использовании амоксициллина внутрь в дозе 0,5 г 3 раза в день и флемоксина-солютаба внутрь в той же дозе в течение 10 дней у амбулаторных пациентов моложе 60 лет без сопутствующей патологии.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 24 пациента, обратившихся в городские поликлиники, с клинко-рентгенологическими признаками внегоспитальной нетяжелой пневмонии, не лечившихся до обращения. Пациенты были разделены на 2 равные группы. Первая получала амоксициллин внутрь в дозе 0,5 г 3 раза в день, вторая флемоксин-солютаб внутрь в той же дозе. Диагноз устанавливался на основании клинко-рентгенологического исследования и данных ОАК. Контроль эффективности лечения проводился на 10 день терапии.

Степень риска клинической неудачи оценивали по отсутствию клинко-лабораторного эффекта от проводимой терапии и необходимости перевода больного на другие антибактериальные препараты, а также отсутствию положительной рентгенологической динамики в течение 10 дней.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что степень риска клинической неудачи составляет для первой группы по клинко-лабораторным данным 3 случая (25%), по рентгенологическим – 2 случая (16,67%), суммарно – 41,67%. Степень риска клинической неудачи для второй группы по клинко-лабораторным данным 2 случая (16,67%), по рентгенологическим – 1 случай (8,33%), суммарно – 25%. Высокая клиническая эффективность флемоксина-солютаб, вероятно, объясняется быстрым и практически полным всасыванием