

тально погибших плодов разного гестационного возраста и пола. Во всех случаях беременность протекала с высоким пренатальным риском, исчисляемом в баллах. Причинами смерти были: в одном случае – несовместимый с жизнью порок развития, в остальных – внутриутробная асфиксия плода. После органометрии производилось гистологическое и морфометрическое исследование образцов ткани желез. Результаты исследований подвергались статистической обработке на ЭВМ.

При корреляционном анализе межорганных взаимоотношений выявлены прямые зависимости с высокой и средней степенью тесноты связи между абсолютными массами всех подвергнутых исследованию эндокринных желез. Коэффициенты парных корреляций между их относительными массами в большинстве своем оказались слабыми за исключением $R_{xy} = 0,40$ между вилочковой и щитовидной железами. Сильные обратные связи имели место между сроком беременности, ростом плода и относительной массой поджелудочной железы.

Внутриорганные сильные и прямые коэффициенты парных корреляций были обнаружены между шириной коры в тимических дольках и толщиной междольковых соединительнотканых септ; между шириной фетальной зоны и шириной всей коры

надпочечника, а также между величиной дефинитивной зоны коры и соотношением дефинитивной и фетальной зон коры надпочечника. Сильные и обратные коэффициенты парных корреляций зафиксированы в щитовидной железе – между удельной плотностью коллоида с одной стороны и объемной плотностью тиреоцитов и стромы с другой стороны; в поджелудочной железе – между удельной плотностью ее экзокринной части и стромы.

Значительного влияния степени риска развития перинатальной патологии на морфометрические параметры желез не выявлено. Средние по силе и прямые коэффициенты парных корреляций зарегистрированы между степенью пренатального риска – с одной стороны, и относительной массой тимуса, диаметром телец Гассала, абсолютной массой щитовидной железы, объемной плотностью коллоида и спущенного эпителия фолликулов – с другой стороны; средние по силе обратные коэффициенты парных корреляций отмечены между величиной риска – с одной стороны, и шириной дефинитивной зоны коры надпочечников, объемом ядер адренокортикоцитов в нсй, объемом ядер тиреоцитов, удельной плотностью эпителия фолликулов в щитовидной железе и стромы в поджелудочной железе – с другой стороны.

МОРФОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

В. Г. Сухотерин, А. П. Спицин, Н. Ф. Камакин, А. В. Дуркин, П. Г. Чупраков

Медицинский колледж, г. Старый Оскол

Кировская государственная медицинская академия

Нормальное физическое развитие организма предполагает формирование специфических морфологических и функциональных признаков индивида в существующих адекватных условиях среды.

Известно, что климато-географические условия обитания могут оказать влияние на

анатомо-физиологические особенности человека по вариабельности массы, поверхности, пропорции тела и строению грудной клетки. Поэтому телосложение является одним из самых тонких фенотипических проявлений генотипа, то есть факторы экологии в совокупности с наследственностью и образом жизни,

оказывает формообразующее влияние на все структуры и на особенности конституции. Это влечет за собой метаморфозу содержания и функций. Встала необходимость комплексного мультипараметрического обследования лиц по множеству функциональных систем организма с учетом антропометрических показателей для выявления диалектического соответствия структуры и функций. Морфометрию, антропометрию необходимо сочетать с исследованием иммунометаболических процессов, с изучением гомеостаза внутренней среды и психофизиологическими характеристиками личности, а учет социальных условий позволяет полно составить экологический портрет и индивидуализировать и оценить уровень здоровья конкретного человека.

Наше полипараметрическое исследование учащихся с количественным анализом

физического и эмоционального напряжения выявило резервные возможности организма при выполнении индивидуально дозированных нагрузок. По параметрам морфофизиологических измерений произведена индексация физического состояния и определен уровень адаптированности организма к условиям среды. Дана оценка физического развития по индексу гармоничного морфофизиологического развития. Результаты проведенного исследования в Центральных и Северных регионах России будут представлены в докладе.

Таким образом, статистическая и динамическая метрология, антропометрия и тестирование функций позволяет составить эколого-физиологический портрет и охарактеризовать процессы адаптации индивида к условиям экологической среды.

ВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ РОГІВКИ ОЧНОГО ЯБЛУКА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

І. А. Танчин

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Мета роботи – вивчити неоваскуляризацію рогівки за умов експериментального венозного застою в очному яблуці.

Матеріал та методи. Експерименти проведені на 24 кролях альбіносах різної статі, віком 7-8 місяців, масою тіла 2,5-3,0 кг, у яких експериментальний венозний застій в очному яблуці створювали методом діатермокоагуляції його вортикозних вен під тіопенталовим наркозом. Неоваскуляризацію рогівки вивчали за допомогою біомікроскопії судин переднього сегмента очного яблука. Крім цього, судинне русло лімба та рогівки в процесі її васкуляризації вивчали на ін'єкованих препаратах. Ін'єкція проводилась через грудний відділ аорти сумішшю гліцерин-коларіол (1:1). Для контролю використано 8 тварин. Контрольним тваринам проводили аналогічну операцію та біомікроскопію судин переднього сегмента ока з тією різницею, що діатермокоагуляцію

склери проводили, відступаючи на 3-4 мм від вортикозних вен.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що за умов експериментального венозного застою настає помутніння рогівки різного ступеня та відбувається вrostання судин лімбального сплетення у рогівку. В процесі васкуляризації рогівки можна виділити 3 періоди. Перший – це підготовчий період васкуляризації. Він триває з 1 по 3 добу післяопераційного періоду і характеризується розширенням усіх компонентів лімбального судинного сплетення та збільшенням діаметру венозних транссклеральних анастомозів. Другий – це період інтенсивного вrostання судин лімбального сплетення у рогівку. Він триває з 3 до 12-15 доби післяопераційного періоду. Третій – це період завершення васкуляризації. Починається з 15 доби і характеризується утворенням пе-