

этого нейрогормона в кровь. С другой стороны, выделение ВП может быть также затруднено из-за нарушения интимных нейрогемальных взаимоотношений в силу периваскулярного и интерстициального отека. Наконец, затруднение выведения ВП может быть связано и с изменениями гистофизиологии питуцитов, отростки которых окружают расширенные терминали. Описанные реакции могут быть следствием как прямого действия ЛПС на структуры ЗДГ, так и опосредованы действием провоспалительных цитокинов. Источником синтеза цитокинов и индуцированных ими факторов воспаления (окись азота, простагландины) могут служить как активированные питуциты, так и моноциты, обнаруженные в синусоидах.

### **Возрастная анатомия лимфатического русла толстой кишки у человека**

Т.С. Гусейнов

*Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала*

Учитывая важнейшее значение лимфатического русла мы на 62 трупах разного возраста изучали лимфатическое русло толстой кишки. По нашим данным лимфатическое русло стенок толстой кишки у человека складывается из следующих компонентов: 1) лимфатические капилляры и посткапилляры; 2) лимфатические лакуны; 3) слепые отростки; 4) внутри- и внеорганные лимфатические сосуды и их сплетения; 5) регионарные лимфатические узлы. Указанные структуры находятся в слизистой оболочке, подслизистой основе, мышечной и серозной оболочках, кроме узлов.

По нашим наблюдениям лимфатические капилляры слизистой оболочки толстой кишки обнаруживаются у плодов, начиная с 5 месяцев внутриутробного развития. Диаметр лимфатических капилляров слизистой оболочки толстой кишки в этом возрасте варьирует в пределах 10-15 мкм. Лимфатические капилляры не формируют в этом возрасте сети. Они имеют связи с лимфатическими капиллярами подслизистой основы.

У плодов 6-7 месяцев в слизистой оболочке толстой кишки имеются 1-2 петли лимфатических капилляров на 1 кв.см. и единичные слепые отростки, проникающие сквозь мышечные пластинки слизистой оболочки. Слепые отростки являются элементами роста и развития новых лимфатических сетей. В эндотелиоцитах таких слепых отростков наблюдается митоз и образование новых каналов при контакте с аналогичными структурами. В возрасте 8-10 месяцев у плодов начинается усложнение архитектоники сети лимфатических капилляров у основания полулунных складок, вокруг кишечных крипт (желез). На периферии единичных лимфоидных узелков толстой кишки меняется архитектоника капилляров, уменьшается близость к миоцитам и другим клеточным элементам собственной пластинки слизистой оболочки. Форма петель у плодов 8-10 месяцев полигональная, треугольная, многоугольная. Размеры петель 240x350-400x600 мкм. У основания полулунных складок и лимфоидных узелков плотность петель лимфатиче-

ских капилляров наибольшая, петли мелкие (150x180-200x280 мкм.). В местах стыка лимфатических капилляров имеются небольшие расширения (60x80 мкм.). Наиболее бурное развитие лимфатического русла стенок толстой кишки начинается после рождения и в период детства. В детском и юношеском возрасте уменьшаются размеры петель лимфатических капилляров. Увеличивается диаметр лимфатических капилляров, повышается плотность лимфатических сетей, усложняются гистотопографические и фиброархитектонические взаимоотношения с лимфатическими капиллярами. Возрастные редуционные изменения начинаются после 45-50 лет жизни.

Таким образом, лимфатическое русло толстой кишки у человека претерпевает морфологические изменения, носит динамический характер, что, несомненно, необходимо учитывать в возрастной морфологии, физиологии, геронтологии и гастроэнтерологии.

### **Количественное исследование печени при травматическом шоке**

Дгебуадзе М. А.

*Тбилисский государственный медицинский университет, Тбилиси*

Эксперименты проведены на беспородных 6-8 месячных собаках обоего пола (6 собак). Травматический шок воспроизводился по методу W.Cannon (1923). В первой серии опытов печеночная ткань бралась в момент снижения системного артериального давления до уровня 25-30 мм рт. ст., а во второй серии опытов – во время клинической смерти. Для морфометрической оценки печени был использован метод «визуальной классификации под статистическим контролем» (М. А. Дгебуадзе и соавт., 1984). Методом точечного счета измерялись средние доли площадей изображений гепатоцитов и синусоидов. Полученные данные сравнивались с контролем (3 собак).

Наши исследования показали, что по мере углубления шокового процесса статистически достоверно уменьшается средняя доля гепатоцитов с нормальным строением (контроль  $-97,7 \pm 0,9 \%$ , первая серия  $-86 \pm 9,6 \%$ , вторая серия  $-70 \pm 3,2 \%$ ), возрастают средние доли гепатоцитов в стадии зернистой (контроль  $-2,3 \pm 0,9 \%$ , первая серия  $-10 \pm 3,2 \%$ , вторая серия  $-18,7 \pm 1,6 \%$ ) и балонной (первая серия  $-0,7 \pm 1,6 \%$ , вторая серия  $-6 \pm 1,6 \%$ ) дистрофии. При сравнении средних долей гепатоцитов в стадии вакуольной дистрофии разницы не отмечается (первая серия  $-3,3 \pm 4,8 \%$ , вторая серия  $-3,3 \pm 1,6 \%$ ); во второй серии опытов появляются гепатоциты в стадии некроза ( $2 \pm 1,6 \%$ ).

В первой серии опытов, по сравнению с контролем, отмечается тенденция к уменьшению средней доли площади изображения гепатоцитов (контроль  $-58,7 \pm 3,6 \%$ , первая серия  $-53,3 \pm 3,2 \%$ ) и к возрастанию средней доли площади изображения синусоидов (контроль  $-24,3 \pm 2,7 \%$ , первая серия  $-25,3 \pm 1,6 \%$ ), а во второй серии опытов наблюдается тенденция к нормализации этих величин ( $54 \pm 4,8 \%$  и  $24,7 \pm 3,2 \%$  соответственно), но разница между этими сериями статистически недостоверна.