

плазмы крови отмечается у всех пациентов, что свидетельствует об интенсификации при геморрагическом шоке и острой кровопотере процессов СРО и снижении АОА плазмы по сравнению с контрольной группой. Несмотря на интенсивную терапию, у пациентов 1-й и 2-й групп интенсивность ХЛ на II этапе достоверно увеличивается ( $p < 0,05$ ), вероятно, за счет увеличения поступления продуктов ПОЛ из перенесших эпизод ишемии и гипоксии тканей в период раскрытия микроциркуляционного русла. На этом этапе, в результате восполнения ОЦК и устранения периферического спазма, последующая реперфузия и реоксигенация ишемизированных тканей сопровождается увеличением  $I_{\max}$  и  $S$ , а в группе реамберина, их повышение ниже ( $p < 0,05$ ). В течение последующего периода в группе, где в терапии использовался реамберин, значительно и достоверно ( $p < 0,05$ ) снижаются процессы СРО, повышается АОА.

**Заключение.** У пациентов с острой кровопотерей язвенной этиологии повышается интенсификация ХЛ. Применение реамберина в интенсивной терапии пациентов с ЯГДК повышает активность АОС, способствует снижению интенсивности процессов СРО и ПОЛ.

## О МОДУЛЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЕЛЕЗЕНКИ

**Петренко В.М.**

*Международный Морфологический  
Центр, Санкт-Петербург,  
e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Разветвления кисточковых артериол заканчиваются или в синусоидах и венах селезенки (Голубев А.А., 1927; Knisly M.H., 1936; Peck H.M., Ноетг N.L., 1951) – замкнутое кровообращение, или в красной пульпе, из которой кровь поступает в синусоиды (Robinson W.L., 1926, 1928, 1930). Возможно в спавшейся селезенке циркуляция крови замкнутая, а в растянутой – незамкнутая (Хэм А., Кормак Д., 1983). Отмечается видовая вариабельность микроциркуляторного русла (МЦР) и лимфоидного аппарата селезенки: капилляры-шунты, соединяющие кисточковые артериолы и вены красной пульпы, не обнаружены у человека (Tischendorf R., 1959), синусоиды – у лошади и кошки (Чернух А.М. и др., 1975), у кошки хоро-

шо выражены эллипсоиды (периартериолярные макрофагальные муфты), а у человека – синусоиды (Weiss L., 1977). Концевые капилляры, ветви кисточковых артериол, вокруг которых располагаются эллипсоиды, рассматриваются как аналоги посткапиллярных венул, не обнаруженных в пульпе селезенки (Buysens N. et al., 1984). Я изучил серийные срезы селезенки человека и белой крысы, окрашенные пикрофуксином и азури-П-эозином.

Трабекулярные артерии селезенки продолжают в артерии, окруженные муфтой белой пульпы. Они отдают ветви в лимфоидные узелки (центральные артериолы) и переходят в артерии красной пульпы, разделяющиеся на кисточковые артерии и артериолы. Последние служат также ветвями центральных артериол, чаще всего разделяются на капилляры с узким просветом (сжаты красной пульпой нерастянутой селезенки), которые расширяются перед впадением в собирательные венулы красной пульпы (синусоиды). Вокруг части капилляров определяются периартериолярные макрофагальные муфты. Некоторые, широкие капилляры с ясно различимым просветом прямо впадают в собирательные венулы красной пульпы – их (полу)шунты с кисточковыми артериолами, подобные главным каналам В. Zweifach в МЦР брыжейки тонкой кишки. Обширные поля синусоидов, погруженных в кроветворную ткань, находятся между собирательными венулами и ветвями центральных и кисточковых артериол. Модуль МЦР пульпы селезенки отличается от типичного модуля МЦР брыжейки главным образом лимфоидными образованиями вокруг артериол и синусоидами на месте посткапиллярных венул в окружении миелоидной ткани. Считаю, что МЦР непрерывно, но с разными толщиной и проницаемостью стенок в спавшейся и растянутой селезенках.

## ДИФФЕРЕНЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР В ЗАКЛАДКЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

**Петренко В.М.**

*Санкт-Петербургская  
государственная медицинская  
академия им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, e-mail:  
deptanatomy@hotmail.com*

Закладка первичной лимфатической системы происходит путем образования боковых карманов в крупных первичных венах с тонкой