

ных отделов ОбК у плодов 10-15/18 нед. Обычно этот процесс описывают как завершающую стадию ротации кишечной трубки с веерообразным растяжением брыжейки ОбК. На самом деле происходит неравномерный рост в длину отделов углообразной задней кишки, которая занимает у плодов фронтальное или близкое к нему положение. Сначала дифференцируются левый изгиб, нисходящий и сигмовидный отделы ОбК, причем их брыжейка в разной степени срастается с задней брюшной стенкой, левыми почкой и надпочечником. У плодов 12-13-й нед. нисходящая ОбК приобретает мезоперитонеальное положение, определяются закладка восходящей части и правый изгиб ОбК, причем в процессе прикрепления корня брыжейки поперечной ОбК, который пересекает нисходящую часть двенадцатиперстной кишки на разных уровнях и чаще всего переходит на правую почку. Петли тонкой кишки отодвигают кверху поперечную ОбК, растягивают брыжейку пупочной кишечной петли на вентральной поверхности головки поджелудочной железы, причем они срастаются с разделением корней брыжеек правой 1/2 толстой кишки и тонкой кишки (11-12-я нед.). Иногда этот процесс прерывается на разных этапах и пупочная кишечная петля персистирует в разных вариантах: тонкая кишка и правая 1/2 толстой кишки с общей брыжейкой или близко расположенными корнями брыжеек пересекают наискось (сверху вниз, слева направо) головку поджелудочной железы и двенадцатиперстную кишку в области ее нижнего изгиба. Закладка восходящей ОбК удлиняется с опущением слепой кишки у плодов 12-13-й нед. При этом происходит неполная фиксация их брыжеек, чаще всего – на головке поджелудочной железы и правой почке. У плодов 4-го мес. продолжают и в ряде случаев могут завершиться опущение слепой кишки (в правую подвздошную ямку или выше) и фиксация брыжеек ОбК в разной мере, главным образом ее нисходящего и поперечного отделов. У плодов 13-15 нед. короткая брыжейка слепой кишки (илеоцекального угла) была обнаружена в 77,8% случаев, а слепой кишки и начального отрезка восходящей ОбК – в 22,2% случаев. У плодов 5-го мес. эти процессы завершаются (чаще всего – на 17-18-й нед.), главным образом – в области илеоцекального угла, брыжейка которого полностью срастается с задней брюшной стенкой и правой почкой или сохраняется, целиком или частично в разных сегментах кишечной трубки. У 55 плодов 17-29 нед. слепая кишка имела брыжейку в 27,3% случаев, в т.ч. однажды – длинную, восходящая ОбК – в 10,9% случаев, в т.ч. однажды – длинную. У плодов 13-15 нед. нисходящая ОбК имела брыжейку в 55,6% случаев, в т.ч. на всем своем протяжении – в 1/3 случаев. У 21,8% плодов 17-29 нед. нисходящая ОбК имела короткую брыжейку, чаще всего – на части свое-

го протяжения. Поперечная ОбК у одного плода 6-го мес. не имела брыжейки, а у 30,9% плодов 17-29 нед. она была длинной и поперечная ОбК заметно провисала книзу в виде дуги на всем или значительном протяжении. Сигмовидная ОбК всегда имела брыжейку, в т.ч. длинную – у 38,2% плодов 17-29 нед., тогда формировала 1-2 крупные петли. Линия прикрепления корней брыжеек ОбК или самих ее отделов к задней брюшной стенке или внутренних органов часто имела извитой в разной степени ход, что сопровождалось деформациями ОбК, особенно поперечной. Так восходящая ОбК была «изломана» у 22,2% плодов 13-15 нед. (сохранение части брыжейки) и у 37,7% плодов 17-29 нед. Нисходящая ОбК имела в разной степени извитой ход у 1/3 плодов 13-15 нед. и у 30,9% плодов 17-29 нед., в т.ч. с образованием петель (9,1%).

Заключение. Брыжейки ОбК человека развиваются у плодов из дорсальной брыжейки задней кишки, причем у правой 1/2 толстой кишки – из брыжейки пупочной кишечной петли после ее втяжения в брюшную полость у плода 10-й нед. Морфогенез брыжеек разных отделов ОбК происходит индивидуально очень вариационно в процессе их роста в длину и смещений под давлением петель тонкой кишки, а также печени и других органов брюшной полости, причем в левой половине ОбК быстрее, хотя здесь чаще сохраняются брыжейки.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ КРАНИАЛЬНЫХ БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ОНТОГЕНЕЗЕ БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

Международный морфологический центр, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

У белой крысы, в т.ч. новорожденной, из краниальных брыжеечных лимфоузлов (КБЛУ) лимфа оттекает в поясничную цистерну (Job T., 1915; Higgins G., 1925). КБЛУ располагаются у корня брыжейки (Крылова Н.В., 1959). Я.А. Рахимов (1968) находил несколько крупных центральных КБЛУ разной формы и величины. Закладка КБЛУ, по данным Т.Н.Савицкой (1985), происходит у эмбрионов белой крысы 15 сут, когда, по моим данным, отсутствует даже забрюшинный лимфатический мешок. Т.Н. Савицкая (1985) и О.Ю. Смирнова (2002) описывают треугольную, лентовидную и неправильную овальную форму зачатков КБЛУ у плодов крысы, которые к моменту рождения имеют только округлую или овальную форму. У плодов 21 сут и новорожденных крысы паренхима КБЛУ только начинает разделяться на корковую и мозговую зоны. К 14-м сут постнатальной жизни они ясно определяются, как и первичные лимфоидные узелки, форма КБЛУ становится бобовидной (Морозова Е.В., 1990). С.В. Свириной (2010)

в своей диссертации, вслед за ним и П.В. Пугач (2010) в своей статье выделяют, причем на срезах, без реконструкции, следующие формы КБЛУ у новорожденных белой крысы – лентовидная, веретеновидная, бобовидная, овальная, округлая.

Я провел исследование на 40 эмбрионах и плодах 12-21 сут, 10 новорожденных (1-е сут) и 40 белых крысах 1-го мес. жизни, на серийных гистологических срезах (гематоксилин и эозин, азур-П-эозин, пикрофуксин, серебрение по Футу; графическая реконструкция) и тотальных препаратах. У плодов 18-19 сут краниальная брыжеечная артерия и ее ветви инвагинируют в просвет смежных лимфатических сосудов с образованием единой закладки КБЛУ в виде стромального, а у плода 20 сут – лимфоидного тяжа, который центрифугально сужается и разрыхляется (уменьшение числа лимфоцитов). У плодов 20-21 сут лимфоидный тяж деформируется (на срезах видны его «фрагменты» разной длины и формы) в результате давления смежных органов и скручивания корня брыжейки, а у плода 21 сут и новорожденных начинает разделяться на отдельные КБЛУ округлой, овальной и бобовидной формы в связи с утолщением их капсул. Процесс расхождения КБЛУ из единой закладки (анатомического обособления) завершается к 2 нед., лентовидные обнаружены не были.

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ (КОГНИТИВНЫЙ) СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ДОДЕМЕНТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Соколова Л.П., Шмырев В.И., Резков Г.И.

ФГУ «Клиническая больница №1», «УНМЦ» УД Президента РФ, Москва, e-mail: Lsocolova@yandex.ru

Кроме органических причин развития когнитивного дефицита, существуют и функциональные (невроз, переутомление, нарушения сна). Возможность адаптации организма к эмоциональному стрессу важна в обеспечении жизнедеятельности, когнитивной активности и компетентности в любых жизненных ситуациях.

Цель: Показать различные варианты адаптации при додементных когнитивных расстройствах (ДКР) на примере изменений нейрометаболизма при эмоциональном стрессе.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 амбулаторных и стационарных пациентов с ДКР различного генеза. Возможность адаптации к стрессу изучались методом нейроэнергокартирования (НЭК), который регистрирует медленную электрическую активность головного мозга, уровень постоянно потенциала (УПП). После регистрации фонового метаболизма проводят афферентные пробы, в

том числе «тест опосредованных литеральных ассоциаций» (модель эмоционального стресса). По показаниям прибора выделяли: адекватную реакцию метаболизма, ригидную реакцию (отсутствие изменений УПП), извращенную реакцию (снижение УПП ниже фонового), чрезмерную реакцию.

Результаты исследований: Чаще всего (в 44%) чрезмерная реакция на эмоциональный стресс регистрировалась в группе ДКР на фоне психо-вегетативного синдрома (ПВС). Адекватная реакция (повышение УПП в 1,3-1,9 раз) регистрировалась чаще в группе токсических, дисметаболических расстройств – в 44% случаев данной клинической группы. Отсутствие реакции на эмоциональный стресс чаще регистрировалось в группе ДКР на фоне последствий мозговых катастроф (ПМК) – в 52% случаев данной клинической группы.

Выводы. Показания адекватности реагирования нейрометаболизма на эмоциональный стресс коррелируют с клиническими проявлениями. Именно пациенты с ПВС наиболее эмоционально лабильны и изменения когнитивного статуса у них часто связаны с функциональными причинами. Пациенты с ПМК – наиболее эмоционально «оскуднены» им присуща «эмоциональная ригидность». Пациенты же с ДКР на фоне дисметаболических, токсических расстройств хорошо поддаются терапии. При курации у них «основного заболевания» вероятен обратный регресс когнитивного дефицита.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОДДЕРЖАНИЯ ГОМЕОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДОДЕМЕНТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Соколова Л.П., Шмырев В.И., Резков Г.И.

ФГУ «Клиническая больница №1», «УНМЦ» УД Президента РФ, Москва, e-mail: Lsocolova@yandex.ru

Умственная работоспособность человека, активность мышления, острота интеллекта очень тонко реагируют на сбой адаптации. Если человек метеолабилен, «не держит» свой гомеостаз и «зависим» от внешних факторов, то часто первыми признаками нездоровья выступает именно снижение когнитивных возможностей.

Цель: Изучить и показать различные варианты изменения адаптации в поддержании гомеостаза на примере восстановления резервного метаболизма мозга после гипервентиляции при додементных когнитивных расстройствах (ДКР) различного генеза.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов с ДКР различного генеза. Возможности адаптации к стрессу изучались методом нейроэнергокартирования, который регистрирует медленную электриче-