

отделах. Они оттесняют желудок с селезенкой, двенадцатиперстную кишку и поджелудочную железу (ПЖ) от задней брюшной стенки. Поэтому возникают следующие особенности органогенеза крысы:

1) пищевод заканчивается посредине малой кривизны желудка;

2) у плодов органы (почти) сохраняют эмбриональную форму, в т.ч. двенадцатиперстная кишка – С-образную (не дифференцируется восходящая часть), а ободочная кишка – углообразную;

3) дорсальнее ПЖ крысы сохраняется длинный и толстый корень дорсальной брыжейки, общий для желудка, тонкой и толстой кишок, корень отдает к ним ветви до вправления физиологической пупочной грыжи в брюшную полость, в процессе роста ПЖ в дорсальной брыжейке («вытяжение») отдельных брыжеек органов);

4) поворот кишечной трубки «проскакивает» II этап, чаще останавливается на III этапе, когда у человека важную роль играют вторичные сращения брюшины, и приобретает необычное для человека течение (инверсионный морфогенез тонкой и толстой кишок);

5) вторичные сращения брюшины резко ограничены, а дорсальнее ПЖ отсутствуют.

Таким образом, пролонгация интенсивного роста печени, более крупной у крысы, и смещение его акцента с вентрокаудального (у человека) направления на дорсокаудальное приводит к образованию новых частей печени и к редукции поворота кишки и вторичных сращений брюшины.

ПОДВЗДОШНО-ОБОДОЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ У ЧЕЛОВЕКА И КРЫСЫ

Петренко В.М.

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

Переход тонкой кишки в толстую имеет сложную конструкцию. Она включает клапан и лимфоидную ткань – защитный комплекс на пути обратного заброса содержимого толстой кишки в тонкую. В состав защитного комплекса илеоцекальной области входят лимфоузлы (ЛУ). Главная их группа – подвздошно-ободочные ЛУ (10–20 ПОЛУ). ПОЛУ принимают лимфу из более периферических ЛУ, расположенных около каждой из 5 конечных ветвей одноименной артерии (ПОА), идущих к конечному отрезку подвздошной кишки, начальному отрезку восходящей ободочной кишки, слепой кишке (передние и задние ЛУ) и ее червеобразному отростку (его непостоянные 1–8 ЛУ). ПОЛУ образуют цепь вдоль ПОА до центральной группы верхних брыжеечных ЛУ (Rouviere H., 1932). J.D. Jamieson a. J.F. Dobson (1907) называли ПОЛУ илеоцекальными ЛУ и разделяли их на верхние и нижние. И.С. Бурди (1954) и М.С. Спиров (1959) также

называли ПОЛУ илеоцекальными ЛУ (11–40, в среднем 24). М.О. Финкельштейн (1948) предложил выделять их среднюю группу. Нижняя группа находится у места разделения ПОА на конечные ветви, верхняя группа – у места отхождения ПОА от верхней брыжеечной артерии. В некоторых случаях ПОЛУ представлены не сплошной цепью, а отдельными ЛУ, связанными между собой более длинными, чем обычно, лимфатическими сосудами. Средние ПОЛУ нередко отсутствуют, при этом верхние и нижние ПОЛУ соединяются длинными лимфатическими сосудами, идущими по стволу ПОА. Иногда отсутствуют верхние ПОЛУ: они сливаются с верхними брыжеечными ЛУ центральной группы. Именно такой вариант организации брыжеечных ЛУ я обнаружил у белой крысы в рассматриваемой области – очаговое размещение и гораздо меньшее число (5–7):

1) илеоцекальный ЛУ (всегда один, крупный, лежит поверх устья подвздошной кишки, около илеальной ветви ПОА) и ПОЛУ (3–4, около конца ПОА и ее ободочной ветви к началу восходящей ободочной кишки) ~ нижние ПОЛУ человека;

2) терминальные центральные брыжеечные ЛУ (1–2) ~ «скрытые» верхние ПОЛУ у человека.

С моей точки зрения, ПОЛУ человека характеризуются 2 крайними формами организации – равномерно плотной или сливной (сплошная цепь) и неравномерно рассыпной или очаговой (удаленные фрагменты прерывистой цепи). Уменьшение числа ПОЛУ сопровождается образованием и удлинением «разрывов» в их цепи вплоть до рекапитуляции эволюционно (крыса) более ранней формы.

АУТОАГРЕССИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Пруткина Е.В., Сепп А.В.

*ГБОУ ВПО «Читинская государственная
медицинская академия», Чита,
e-mail: lenap75@mail.ru*

Особенностью эпидемии гриппа А/Н1N1, прошедшей в 2009–2010 гг., был большой удельный вес поражения нижних дыхательных путей. Отличительной чертой вирусной пневмонии при пандемическом гриппе стало частое развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), в том числе у молодых пациентов без сопутствующей патологии. Известно, что основным звеном патогенеза ОРДС является выраженная адгезия нейтрофилов к эндотелию сосудов малого круга, их аккумуляция в капиллярах и ткани легких, в результате чего повреждается альвеолярно-капиллярная мембрана. В то же время отмечено, что ОРДС развивался и у паци-