

3. Бородин Л.Е., Молодавкин Г.М., Тюренков И.Н. Влияние фенибута на межполушарное взаимодействие мозга крыс // Эксп. и клин. фармакол. – 2009. – Т. 72, № 1. – С. 57–60.

4. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / под ред. Р.У. Хабриева. – М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2005. – 832 с.

5. Тюренков И.Н., Багметова В.В., Кривецкая А.Н. и др. Спектр психотропного действия некоторых солей и комбинаций фенибута с органическими кислотами // Эксп. и клин. фармакол. – 2011. – Т. 74, №2. – С. 3-7.

6. Тюренков И.Н., Бородин Л.Е., Багметова В.В. Функциональные аспекты нейропротективного действия новых солей и композиций баклофена при судорожном синдроме, вызванном электрошоком // Бюл. экспер. биол. и мед. – 2012. – Т. 153, № 5. – С. 667-670.

ДВУХУРОВНЕВАЯ СЕГМЕНТАЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА И РЕГУЛЯЦИЯ СЕГМЕНТАРНОГО ЛИМФОТОКА

Петренко В.М.

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

Лимфатическое русло (ЛР) – специализированная часть дренажного отдела сердечно-сосудистой системы, коллатеральная к венам. Корни ЛР не имеют прямых связей с сетью кровеносных капилляров, а поэтому лимфоток происходит под низким и очень изменчивым давлением. Приспособление ЛР к дефициту собственной энергии колебательного лимфотока состоит в сегментарной организации стенок ЛР: множественные клапаны разделяют ЛР на межклапанные сегменты (МКС) с разным строением. Но я различаю сегменты ЛР 2 разных уровней в иерархии организма:

1) генеральные (общие для ЛР и кровеносного русла);

2) специальные (собственные для ЛР – МКС).

Разделение тела на части (регионы, органы), а в их составе – нервной и сосудистой систем (корпоральные нервно-сосудистые сегменты), происходит путем анатомической дифференциации. Сегментация же ЛР определяется на 2 уровнях дифференциации тела:

1) топической или топографо-анатомической – генеральная (общая, системная) сегментация ЛР;

2) функциональной или анатомо-гистологической – специальная (собственная, локальная) сегментация ЛР.

На каждом субуровне генеральной сегментации ЛР (ветвления ветвей аорты) ЛР подразделяется на собственные сегменты. МКС «вставлены» в генеральные сегменты ЛР. Интеграция собственных сегментов ЛР в состав ее генеральных сегментов (сердечно-сосудистой системы) и корпоральных нервно-сосудистых сегментов (организма в целом) происходит посредством соединительной ткани надсегментарного аппарата ЛР – адвентиции каждого звена ЛР (при наличии наружной оболочки) и периадвентиции. Конструкция сегментов ЛР каждого уровня детерминирует адекватную регуляцию лимфотока:

1) генеральные сегменты как часть корпоральных нервно-сосудистых сегментов – системная регуляция (иннервация и кровоснабжение стенок ЛР и его окружения, наружной манжетки, ее движения, в т.ч. тканевых каналов, связующих корни ЛР с кровеносными капиллярами, – экстравазальные факторы лимфотока);

2) специальные сегменты – локальная регуляция, начиная с лимфообразования (движения стенок ЛР, безмышечных, мышечных и лимфоидных МКС, в т.ч. межклеточных контактов эндотелия, клапанов и мышечных манжеток – вазальные факторы лимфотока).

ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. СООБЩЕНИЕ V. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Петренко В.М.

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

Представьте себе, что с какой-то, достаточно высокой степенью точности врач сможет по внешнему виду пациента указать на особенности устройства, тип конституции его лимфатической системы. В предыдущих сообщениях я наметил крайние (морфо)типы ее конституции – компактный или «иммунный» и дисперсный (рыхлый) или емкостный. Попробуем составить и обосновать их краткую клинко-морфологическую характеристику.

Астенический тип общей конституции человека: узкое и длинное тело со слабо развитой мускулатурой и очень тонким подкожным жировым слоем (Kretschmer E., 1925), с возможно сильно развитой дыхательной системой – респираторный тип (Sigaud C., 1914), с тонкой и нежной, вяло реагирующей соединительной тканью (Богомолец А.А., 1924), с редкими и резко удлиненными конечными петлями капилляров (Маслов М.С., 1925), с возможно большими числом и удельным весом лимфоузлов (ЛУ), судя по вариантам формирования грудного протока (Петренко В.М., 1995) – компактный (по сосудам) или лимфоидный («иммунный») морфотип лимфатической системы (Петренко В.М., 2012). Астеника отличает иммунный гипотонус – склонность к частым простудам, хроническим воспалительным заболеваниям, тяжелому течению инфекций (Маслов М.С., 1925). Главным барьером на пути проникновения инфекции внутрь организма считаются его покровы – кожа и слизистые оболочки, продуцируемые ими секреты и т.д. Они определяют неспецифический или врожденный иммунитет (Рабсон А. и др., 2006). Но астеник как раз и отличается тонким подкожным жировым слоем, нежной соединительной тканью, т.е. у него ослаблены барьеры неспецифического иммунитета? Кстати, лимфоидная ткань в своей основе – это ретикулярная соединительная ткань, далеко не самая