

почек и деформации почечных телец. Первые изменения фиксируются на 18-е сутки. В этом возрасте, как и в КГ, имеются 4 генерации нефронов, но нефроны 4-й генерации обозначены только шарообразным сгущением клеток метанефрогенной бластемы. У нефронов 1-й генерации встречаются деформированные почечные тельца. Канальцевая система имеет расширенный просвет, особенно в дистальных отделах. ТкДН оказывает заметно большее воздействие на органогенез окончательных почек. На 22-е сутки в метанефросе меньше генераций нефронов, чем в КГ. Имеются нефроны с расширенным просветом канальцев и без сосудистых клубочков. Такие нефроны разбросаны по всему корковому веществу. Интерстиций отечный. Таким образом, блокада кальциевых каналов L-типа приводит к дозозависимым морфологическим изменениям в органогенезе метанефроса.

*Васильев Ю. Г., Берестов Д. С.* (г. Ижевск, Россия)

**РАЗВИТИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ  
В МЕДИАЛЬНОМ КОЛЕНЧАТОМ ТЕЛЕ КРЫС**

*Vasilyev Yu. G., Berestov D. S.* (Izhevsk, Russia)

**THE DEVELOPMENT OF MICROCIRCULATION  
IN THE RAT CORPUS GENICULATUM MEDIALE**

Исследовали медиальное коленчатое тело 120 крыс 10, 11, 12, 15, 17, 19 сут эмбриогенеза, новорожденных, 2 нед, 1, 3, 6, 12 мес после рождения. Первичный ангиогенез наблюдается с конца 11-х суток эмбриогенеза. Превазоиды направлены радиально и поперечно, образуя примитивные сосудистые модули. Экспрессия S-100 проявляются на 12-е сутки, а глиального фибриллярного кислого белка — на 15-е сутки эмбриогенеза. К 15-м суткам образуется закладка медиального коленчатого тела. В указанный срок капиллярные петли — полигональной формы, сохраняя модульную организацию. На 17-е сутки пренатального онтогенеза в ядре появляются юные нейроны, увеличивается число микрососудов (удельная длина микрососудов в ядре —  $129,8 \pm 12,6$  мм/мм<sup>3</sup>). У новорожденного крысенка микроциркуляторное русло приобретает непрерывный тип. Удельная длина микрососудов в ядре —  $372,4 \pm 27,9$  мм/мм<sup>3</sup>. Сосудисто-капиллярные петли охватывают до нескольких десятков нейронов. К концу 2-й недели у крысят имеется хорошо развитая сеть капилляров, тем не менее, сильно уступающая взрослому животному (удельная длина микрососудов —  $389,6 \pm 16,4$  мм/мм<sup>3</sup>,  $p > 0,01$ ). Максимальное число микрососудов в ядрах наблюдается к концу 1-го месяца после рождения, когда их число удельная длина достигает  $654,4 \pm 19,8$  мм/мм<sup>3</sup>. К концу 12-го месяца сравниваемая величина составила  $542,8 \pm 14,6$  мм/мм<sup>3</sup>. Тем не менее, усложнение структуры микрососудистого русла и сильное развитие нейропиля сопровождается снижением числа нейронов в пределах отдельных капиллярных петель, что ведет к индивидуальному характеру сосудисто-трофического обеспечения отдельных нейронов на фоне непрерывного типа сосудистого русла.

*Васильева А. М.* (г. Ижевск, Россия)

**МЕТОД ФЕРМЕНТНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
ТЯЖЕСТИ ПАНКРЕАТИТА**

*Vasilyeva A. M.* (Izhevsk, Russia)

**METHOD OF ENZYMATIC DETERMINATION  
OF THE SEVERITY OF PANCREATITIS**

Исследования показали, что определение содержания ферментов в крови имеет важное диагностическое значение при выявлении степени тяжести панкреатита. Наиболее часто в практике определяют содержание в крови амилазы, общего билирубина, мочевины и АЛТ. Были исследованы 30 образцов по 2 мл венозной крови у хирургических больных с патологией поджелудочной железы 20 мужчин и 10 женщин 40–70 лет. Полученные данные были обработаны в статистической программе SPSS Statistics. Результаты полученных анализов сравнивали с нормальными показателями и были получены следующие данные: показатель фермента амилазы — с ошибкой средней арифметической в 893,9 ( $p \leq 0,05$ ), показатель АЛТ — с ошибкой в 49 ( $p \leq 0,05$ ), показатель мочевины — с ошибкой в 4,5 ( $p \leq 0,01$ ). На основании этих данных, мы предположили, что значение показателя мочевины в анализе крови у пациентов с патологией поджелудочной железы можно использовать в качестве критерия диагностики панкреатита на ранних стадиях заболевания. Полученные результаты показали, что значение мочевины в общем анализе крови дает наиболее точную оценку в определении тяжести панкреатита.

*Васюков М. Н., Корыстов А. В., Малыгина О. Я.*  
(г. Оренбург, Россия)

**ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ  
ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ**

*Vasyukov M. N., Korystov A. V., Malygina O. Ya.*  
(Orenburg, Russia)

**TOPOGRAPHIC-ANATOMICAL CHANGES  
OF THE THORACIC ESOPHAGUS AFTER PNEUMONECTOMY**

Исследование включало анализ компьютерных томограмм 50 пациентов, больных раком легкого, которым была выполнена пневмонэктомия: 26 — слева и 24 — справа. Томограммы выполняли до операции и через 12 мес после вмешательства. Положение пищевода анализировали на уровне Th<sub>II</sub>–Th<sub>XI</sub>, на аксиальных срезах, относительно двух линий: вертикальной, проходящей через середину тела позвонка, и горизонтальной, проходящей через передний край тела грудного позвонка. В первом случае оценивалось боковое смещение, во втором — переднезаднее. Исследования показали, что пищевод смещается не только в сторону операции, но и кзади. Латеральное смещение органа происходит на всех уровнях (Th<sub>II</sub>–Th<sub>XI</sub>). Независимо от стороны операции наибольшее боковое смещение отмечалось на уровне Th<sub>V</sub>–Th<sub>VIII</sub>. В этом диапазоне после операции справа пищевод смещался на 30,0–33,8 мм, после вмешательства слева — на 31,3–36,7 мм ( $p = 0,515$ ). Анализ положения пищевода в переднезаднем направлении показал, что характер смещения зависит от стороны вмешательства. После пневмонэктомии слева наиболь-