

Пиминова О.В., Круговихин С.А. (Санкт-Петербург)
АНАТОМИЯ И ТОПОГРАФИЯ ПОЯСНИЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БЕЛОЙ КРЫСЫ

Piminova O.V. Krugovikhin S.A. (St. Petersburg)
ANATOMY AND TOPOGRAPHY OF LUMBAR LYMPH NODES IN ALBINO RAT

На 30 белых крысах обоего пола в возрасте от 3 мес до 1 года проведено исследование видовых особенностей анатомии и топографии поясничных лимфатических узлов (ПЛУ). Использованы следующие методы исследования: 1) инъекция поясничного лимфатического русла крысы синей массой Герота; 2) препарирование; 3) морфометрия. Общее количество ПЛУ колеблется от 3 до 11, чаще — от 4 до 6. Они сосредоточены около бифуркации аорты и почечных ножек. ПЛУ имеют, как правило, овальную или округлую форму, но встречаются (каудальные поясничные ПЛУ) конусовидной формы с широким каудальным и заостренным краниальным полюсами. Размеры (длина, ширина, толщина) ПЛУ — от 2,0×1,0×0,4 мм до 10,0×5,0×1,3 мм. Левые ПЛУ определяются около левого края брюшной аорты (латероаортальные), каудальные правые — у правого края задней поллой вены (латерокавальные), краниальные правые — чаще позади задней поллой вены (ретрокавальные), реже — между веной и аортой (интераортокавальные). Левые каудальные ПЛУ постоянны, левые краниальные — однажды отсутствовали. Правые ПЛУ непостоянны: и краниальные, и каудальные узлы отсутствовали в 8% случаев. У 72% крыс каудальные и краниальные правые ПЛУ были одиночными. У 60% крыс левый краниальный узел был одиночным, у 32% определялись 2, у 8% — 3 узла. Таким образом, краниальные ПЛУ у белой крысы многочисленнее, разнообразнее, но менее постоянны, чем каудальные.

Пиньчук С.В. (г. Оренбург, Россия)

МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГКОГО ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ РАКЕ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ

Pin'chuk S. V. (Orenburg, Russia)

MACRO- AND MICROSCOPICAL CHARACTERISTIC OF LUNG IN PERIPHERAL LUNG CANCER OF ROUND SHAPE

Проведен анализ послеоперационных гистопрограмм легкого на различных уровнях у 8 пациентов с периферическим раком округлой формы. Исследование показало, что во всех случаях опухоль имела аппозиционный рост, лишь в одном наблюдении отмечена локальная инвазия в ткань легкого. Состояние легочных тканей вблизи опухоли на разных уровнях срезов было неодинаковым. При опухолях диаметром до 13 мм (5 случаев) капсула вокруг опухоли отсутствовала, в 2 случаях имелись обширные участки, свободные от тканей легкого, во всех случаях наблюдалась зона ателектаза альвеол шириной от 2,5 до 8,0 мм, в 4 случаях — зона компрессии альвеол шириной от 1,0

до 3,0 мм. В 4 наблюдениях размер опухоли превышал 13 мм. В 3 случаях по всей окружности опухоли, либо локально имелась капсула, ширина которой составляла от 0,5 мм до 1,0 мм, наблюдались обширные участки свободные от альвеол, местами сочетавшиеся с разрывом межальвеолярных перегородок, зона ателектаза альвеол была в 1 наблюдении, во всех случаях имелась зона компрессии альвеол шириной от 1,0 до 5,0 мм, которая была наиболее выражена к периферии от капсулы опухоли. Данные изменения усиливались пропорционально размеру опухоли.

Плешко Р.И., Юнусов Р.Ш., Климов А.В., Редькина И.В., Кологривова Е.Н., Щербик Н.В., Дзюман А.Н. (г. Томск, Россия)

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Pleshko R.I., Yunusov R.Sh., Klimov A.V., Red'kina I.V., Kologrivova Ye.N., Shcherbik N.V., Dziuman A.N. (Tomsk, Russia)

STRUCTURAL PECULIARITIES OF THE ADENOIDS IN CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS, COMPLICATED WITH EXUDATIVE OTITIS MEDIA

Изучены гистологические и иммуногистохимические (реакции выявления CD4, CD20, CD68, IgA, Ki67, P53, BCL2 и TGF- β_1) особенности глоточной миндалины у 40 детей (3–7 лет) с хроническим аденоидитом (ХА), в том числе, у 20 — в сочетании с экссудативным средним отитом (ЭСО). Показано, что при осложненном ХА лимфоидные узелки имеют уменьшенные размеры, значимо реже встречаются признаки вовлеченности миндалин в воспалительный процесс (гиперемия, внутриэпителиальная инфильтрация, гемосидерофаги и макрофаги), что свидетельствует о снижении реактивности. Вместе с тем, число CD68⁺-клеток в узелках при ЭСО было значимо повышенным, что является морфологическим признаком напряженности или несостоятельности иммунного ответа у таких детей. Об этом же может говорить более высокая плотность расположения В-лимфоцитов (CD20⁺) в узелках (P=0,005) на фоне практически не различающегося числа IgA⁺-клеток, играющих в раннем детском возрасте главную роль в защите слизистых оболочек. Аденоиды детей с ЭСО отличались более низким числом интраузелковых CD4⁺-лимфоцитов (P=0,10) и большей плотностью расположения TGF- β_1 ⁺-клеток в межузелковой зоне (P=0,10), что свидетельствует о дефектности Т-клеточного звена иммунитета у этих пациентов. Таким образом, выявленные морфологические признаки дисфункции иммунной системы могут лежать в основе присоединения ЭСО к ХА у детей раннего детского возраста.