

относительно контроля, а на 30-е сутки увеличивается в 1,2 раза, а число деструктивно измененных клеток на 30-е сутки выше контроля (в 1,9 раза). В паракортикальной зоне число молодых лимфоидных клеток вначале уменьшается, а после 7–14-х суток постепенно приближается к контрольному уровню.

Чаиркин И.Н., Чаиркина Н.В., Чекушкин А.А., Юнышина Ю.В. (г. Саранск, Пенза, Россия)

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ

Chairkin I.N., Chairkina N.V., Chekushkin A.A., Yunyashina Yu.V. (Saransk, Penza, Russia)

CHANGE IN THE STRUCTURE OF THE ADRENAL CORTEX ON THE FIRST DAY AFTER ACUTE BLOOD LOSS

На 15 беспородных собаках массой 10–23 кг изучали морфологические особенности надпочечников (НП) через 1 сут после кровопускания из бедренной артерии в объеме $22,83 \pm 0,24$ мл/кг. 10 собак служили контролем. В НП собак контрольной группы отчетливо выражены корковое (КВ) и мозговое вещество (МВ); соотношение КВ/МВ составляло 3:1. В КВ все 3 зоны (клубочковая, пучковая и сетчатая) хорошо выражены. У собак подопытной группы происходило уменьшение толщины КВ (КВ/МВ=2:1) в основном за счет пучковой зоны. Эндокриноциты клубочковой зоны были резко уменьшены по длине (примерно в 2 раза) и плотно прилегали друг к другу. Их цитоплазма более базофильна, чем у контрольных животных, что связано с уменьшением количества липидных включений, которые имели вид мелких капель, придававших цитоплазме зернистый вид. Эндокриноциты пучковой зоны резко уменьшены в размерах, границы между ними нечеткие. Количество липидных включений в цитоплазме также уменьшалось. Синусоидные капилляры — полнокровные, несколько расширенные. В сетчатой зоне эндокриноциты незначительно уменьшены в размерах, плотно прилегали друг к другу. Их цитоплазма — резко базофильна, в ней равномерно распределены мелкие капли липидов. Между клетками проходят расширенные полнокровные синусоидные капилляры.

Чапльгина Е.В., Елизарова Е.С. (г. Ростов-на-Дону, Россия)

СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВАГОТОНИЧЕСКОГО ТИПА

Chaplygina Ye.V., Yelizarova Ye.S. (Rostov-on-Don, Russia)

SOMATOTYPICAL PECULIARITIES OF ADOLESCENTS WITH THE SYNDROME OF AUTONOMIC DYSFUNCTION OF VAGOTONIC TYPE

Целью исследования является изучение соматотипологических особенностей подростков с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) ваготонического

типа. Проведены соматометрия и соматотипирование 139 подростков, из них 109 здоровых и 30 с СВД, а также 145 девочек-подростков (111 здоровых и 34 — с СВД ваготонического типа). Соматотипирование проводилось по методике Р. Н. Дорохова, В. Г. Петрухина (1989). В результате исследования установлено преобладание микромезосомного (36,2%) и микросомного (28,1%) типов у мальчиков с СВД ваготонического типа, что соответствует низким и ниже среднего значениям длины и массы тела. В группе практически здоровых подростков преобладают представители мезосомного (33,3%) и микромезосомного (28%) типов, что соответствует средним и ниже среднего значениям габаритных показателей. В группе девочек с СВД ваготонического типа выявлено преобладание представительниц мезосомного типа (41,1%), что соответствует средним значениям длины и массы тела. У здоровых девочек преобладают микромезосомный (32,6%) и макросомный (26%) типы, соответствующие ниже среднего и высоким значениям габаритных показателей. Полученные данные могут быть использованы при проведении профилактических осмотров с целью выявления предрасположенности к вегетативным нарушениям сердечно-сосудистой системы у подростков.

Чапльгина Е.В., Мукарян С.С., Каплунова О.А. (г. Ростов-на-Дону, Россия)

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВЕН ДИАФРАГМЫ И ИХ АНАСТОМОЗОВ

Chaplygina Ye.V., Mukanyan S.S., Kaplunova O.A. (Rostov-on-Don, Russia)

CLINICAL ANATOMY OF THE THE DIAPHRAGMAL VEINS AND THEIR ANASTOMOSES

Исследование проведено на препаратах диафрагмы, взятых от трупов 30 людей зрелого возраста обоих полов, с использованием инъекционного, препарирования, морфометрического и вариационно-статистического методов. Исследования показали, что количество левых нижних диафрагмальных вен, впадающих в нижнюю полую вену варьирует незначительно. В 90% случаев выявлена одиночная левая нижняя диафрагмальная вена, её диаметр варьировал от 3,4 до 5,5 мм ($4,1 \pm 0,2$ мм). В 10% случаев выявлена парная левая нижняя диафрагмальная вена, с диаметром каждой от 1,2 до 2,1 мм ($1,6 \pm 0,1$ мм). Диаметр левой перикардиодиафрагмальной вены варьировал от 1 до 2,5 мм ($1,85 \pm 0,1$ мм), а диаметр анастомоза между левой нижней диафрагмальной и перикардиодиафрагмальной венами — от 2 до 3,5 мм ($2,9 \pm 0,5$ мм). Полученные данные необходимо учитывать при выполнении имплантации левожелудочкового электрода в левую нижнюю диафрагмальную вену или в анастомоз этой вены с перикардиодиафрагмальной веной при проблемах, связанных с непроходимостью венечного синуса.