

ная, захватывающая участки между концевыми отделами. Во всех случаях наблюдались выраженные изменения концевых отделов желез: чаще — гиперплазия железистого эпителия, гиперпродукция слизи, частичное разрушение мукоцитов, гиперплазия сероцитов, в двух случаях — участки метаплазии железистого эпителия. В 70% случаев отмечались склеротические изменения между концевыми отделами, приводящие к их деформации, реже — уплотнение соединительной ткани под эпителием. Изменения стенки слезного мешка были менее выраженными. В 35% случаев стенка была представлена не измененной плотной волокнистой соединительной тканью. В 15% наблюдалась выраженная диффузная круглоклеточная инфильтрация, в остальных случаях — незначительная очаговая. Таким образом, выявленные преимущественные изменения слизистой полости носа позволяют судить о важной роли риногенной этиологии в нарушении процессов слезоотведения.

Куликов Е. В., Боли Бегре Исса, Селезнев С. Б.
(Москва, Россия)

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ У СОБАК

Kulikov Ye. V., Boli Beugre Issa, Seleznev S. B. (Moscow, Russia)

PATMORPHOLOGICAL CHANGES IN DOG PANCREATITIS

С помощью анатомических, гистологических и патоморфологических методик исследования изучали патоморфологические изменения при панкреатите у собак. Макроскопическая картина острого панкреатита проявляется в виде серозного отека, кровоизлияний на поверхности поджелудочной железы, иногда сопровождается гнойным воспалением с образованием абсцессов, а еще реже — геморрагически-некротическим воспалением. Обычно острый панкреатит сопряжен с катаральным энтеритом. Микрокартина острого панкреатита характеризуется лимфоидно-гистиоплазмоцитарной инфильтрацией, вследствие чего развиваются атрофический фиброз, цирроз органа, склероз и гиалиноз его стромы с нарушением проходимости протоков, а иногда с образованием камней и кист. При серозном отеке под малым увеличением наблюдается резкое инъецирование кровеносных сосудов, они также расширены. Данная гиперемия выражена не везде, в поле видимости могут попадаться сосуды, не вовлеченные в воспалительный процесс. При большом увеличении заметно, что соединительная ткань поджелудочной железы пропитана серозным экссудатом, вследствие чего разрыхлена, границы ее расширены, а некоторые коллагеновые

волокна набухшие. Также соединительная ткань подвержена лимфоидно-гистиоплазмоцитарной инфильтрацией, что может говорить о выраженном пролиферативном процессе. Таким образом, патоморфология хронического панкреатита отличается от острого панкреатита наличием развивающегося атрофического фиброза, цирроза органа, склероза и гиалиноза его стромы с нарушением проходимости протоков и образованием камней и кист.

Кульбаба П. В., Можаяев П. Н., Аджисалиев Г. Р., Гафарова Э. А. (г. Симферополь, Россия)

АНАТОМИЯ ЭМИССАРНЫХ ВЕН В ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ

Kul'baba P. V., Mozhayev P. N., Adzhisaliyev G. R., Gafarova E. A. (Simferopol', Russia)

ANATOMY OF EMISSARY VEINS IN THE FETAL PERIOD OF DEVELOPMENT

В отличие от взрослых, во внутриутробном периоде более развиты венозные выпускники свода черепа. У плодов и новорожденных детей на всех препаратах найдены лобные, теменные и затылочные эмиссарии. Исследование было проведено на коррозионных препаратах 120 плодов и новорожденных детей обоего пола. На большинстве препаратов выявлены теменные выпускники с обеих сторон. Как правило, он сквозной, очень короткий (не более 2 мм), и не превышает в диаметре 2 мм. Направление теменной выпускной вены может быть вертикальным или косым по отношению к горизонтальной плоскости. Данный выпускник связывает между собой верхний сагиттальный синус, вены твердой оболочки головного мозга и вены губчатого вещества с внечерепным венозным руслом. Отмечено преобладание размеров правой теменной выпускной вены в 63% случаев. Затылочный выпускник встречается практически на всех препаратах независимо от возраста. В диаметре он не превышает 2 мм. Иногда этот выпускник удвоенный, впадает обычно в синусный сток или в поперечные синусы, в ряде случаев в затылочный синус. Угол впадения в венозные синусы твердой мозговой оболочки может быть около 90°, меньше или больше. В синусный сток затылочные выпускные вены впадают под прямым углом, в затылочный синус — чаще под углом 10–35°. Чаще всего он соединяет синусы твердой оболочки с венами губчатого вещества затылочной кости и не имеет связи с венами мягких тканей. Практически на всех препаратах есть лобный выпускник, через который кровь из вен губчатого слоя соответствующей кости оттекает в вены глазницы.