КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАЩЕЙСЯ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

О.Н.Лучко

Крымский медицинский институт

Обследованы конституциональные типы у 25 больных шизофренией, сочетающейся с бронхиальной астмой. Контролем служили 970 больных шизофренией, обследованных без учета этого заболевания. Возраст больных в обеих группах от 18 до 55 лет. Соматотипы определялись по методу L.Rees, H.Eysenk (1945).

В основной группе больных астенический соматотип наблюдался у 12,0% больных, а нормостенический и пикнический соответственно в 52,0% и 36,0% случаев. Астеническая конституция у больных шизофренией, сочетающаяся с бронхиальной астмой (12,0%), наблюдалась в 2,1 раза меньше, чем в контрольной группе (25,4% $p<0,05$). Это отличие происходит в результате выраженной тенденции к увеличению в основной группе больных нормостенического (52,0%) и гиперстенического (36,0%) соматотипов в сравнении с контролем, где их частота соответственно составляла 45,4 и 29,2% случаев. Подобная направленность распределения соматотипов как в основном контингенте больных шизофренией имеется и у больных с бронхиальной астмой. Таким образом, структура конституционально-морфологических типов у больных шизофренией, сочетающейся с бронхиальной астмой, отличается от больных шизофренией за счет снижения частоты астенической конституции и тенденции к увеличению нормостенического и пикнического соматотипов.

"ПЕРИКАПСУЛЯРНЫЕ ЛИМФОКАПИЛЛЯРЫ" - НОВЫЙ КОМПЕНСАТОРНЫЙ МЕХАНИЗМ ЛИМФОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПОЧКИ

А.В.Люлько, В.С.Котляров

Днепропетровский медицинский институт

При экспериментальном изучении мочекаменной болезни единственной почки, действии ультразвука, СВЧ-излучения установлен ранее не описанный эффект образования лимфатических капилляров, охватывающих капсулу почечного тельца, в связи с чем мы назвали их "перикапсулярными лимфокапиллярами". Изучение серийных срезов почки показало, что подобные лимфокапилляры могут явиться путем дренирования содержимого капсулы почечного тельца, минуя систему почечных канальцев. При микроскопии видно, что содержимое капсулы отделено от просвета "перикапсулярного лимфокапилляра" только стенкой капсулы и эндотелием лимфокапилляра.

Вероятно, образование таких "перикапсулярных лимфокапилляров" направлено на дренирование мочевого пространства почечного тельца в условиях гиперфильтрации первичной мочи или затрудненного оттока по системе канальцевых нефронов. Последнее нашло подтверждение при сканировании среза - в участках почечной паренхимы, соответствующей канальцевой системы нефронов, почечное тельце которого окружено "перикапсулярными лимфокапиллярами", как правило встречались гиалиновые цилиндры, конкременты, слущенные нефроциты, закупоривавшие просвет канальцев. В ряде случаев гистохимически и с помощью электронной микроскопии наблюдалось разрушение митохондриально-плазмолеммального насоса, приводившее к нарушению процессов реабсорбции и, как следствие, к нарушению пассажа ультрафильтрата первичной мочи в системе канальцев нефронов.

УЧАСТЬ АРТЕРІЙ ЛЕГЕНЕВОЇ ЗВ'ЯЗКИ У ВІДНОВЛЕННІ ПОРУШЕНОГО ЛЕГЕНЕВОГО КРОВООБІГУ

В.І.Ляховський, Ю.О.Максимук, Т.Ю.Ляховська, О.Ю.Стовба

Полтавський медичний стоматологічний інститут

В умовах затрудненого кровообігу по легеневій артерії повинні компенсаторно змінюватися артерії легеневої зв'язки, які у собак є переважно гілками бронхіальних артерій. У хронічних дослідах на 26 собаках викликали оклюзію лівої легеневої артерії. Досліди закінчували у різні строки. Артерії бронхів і легеневих зв'язок наповнювали водною суспензією свинцевого сурику і здійснювали рентгеноартеріографію.

Вже через 3 дні після перериву припливу крові по лівій легеневій артерії розширюються артерії легеневої зв'язки до 0,15 мм, а на інтактному боці вони дорівнюють 0,05 мм. Почав виявлятися поперечний зв'язок між артеріями лівої і правої легеневих зв'язок за допомогою стравохідних артерій. Через 7 днів артерії лівої легеневої зв'язки вже розширюються до 0,3-0,4 мм. Через два тижні стає більш виразною анастомотична артеріальна дуга між легеневими зв'язками. До 0,1-0,2 мм розширюється просвіт артерії, яка живить і супроводжує лівий блукаючий нерв. Через місяць більш чіткими стають анастомози між артеріями лівої легеневої зв'язки, бронхів, перикарду, діафрагми, починають виявлятися артерії вісцеральної плеври, стінок лівих легеневих вен. При збільшенні часу до 60 днів виявляється прямий перехід артерій лівої легеневої зв'язки в гілки бронхіальних артерій. Діаметр цих анастомозів досягає 0,1-0,2 мм. Основна артерія лівої легеневої зв'язки розширюється до 0,7 мм. Через 90 днів утворюються важливі колатеральні шляхи між артеріями лівої легеневої зв'язки і гілками лівої легеневої артерії. В більш віддалені строки /180-360 днів/ артерії лівої легеневої зв'язки стають ще більше звивистими і утворюють добре виражені обхідні шляхи по яких може припливати кров до виключених з кровообігу гілок легеневої артерії. Всі вони, а також поздовжні анастомози між артеріями шиї і живота сприяють відновленню порушеного легеневого кровообігу.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОК И МАТРИКСА КОСТНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ

П.М.Мажуга, Н.В.Родионова, Е.И.Домашевская, Б.А.Горский
Институт зоологии АН Украины, НПО НТЦ "Припять"

На представителях грызунов (лесные мыши, полевки, крысы) и хищных (норки), взятых в 30-ти км зоне ЧАЭС и условно чистых территориях исследовали состояние матрикса и клеток (остеобластов, остеоцитов) в длинных костях конечностей.

Установлено, что у животных, обитающих в условиях радиоактивного загрязнения среды, вследствие длительного поступления радионуклидов в организм с кормом, пылью и питьем, в костном скелете уровень содержания 90-стронция в 10 и более раз превосходит контрольный. Накапливаясь с отложением минерального компонента кости, 90-стронций воздействует на функции остеогенных клеток и ростовые процессы скелета в целом. Из-за нарушений коллагенообразования в периостальном и эндостальном остеогенезе в матриксе кости возникают изменения в виде локальных базофильных очагов уплотнений, извращения архитектоники оссеиновых волокон, неравномерного распределения остеоцитов. Обнаруженные признаки свидетельствуют о нарушениях в костеобразовании, происходящих по типу уже известного в патологии несовершенного остеогенеза. При хроническом внутреннем облучении, как и при наследственном несовершенном остеогенезе, остеобластами, судя по всему, вырабатываются дефектные предшественники коллагена, неспособные к образованию нормального органического матрикса и угнетающие процессы кальцификации. Изменения в структурном состоянии костной ткани сопровождаются снижением ее механических свойств.

СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТИМУСА КРЫС ПОСЛЕ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ РЕАФЕРОНА

И.В.Майбородин, В.Н.Григорьев, В.Н.Гаврилин, Н.П.Бгатова
Институ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН