

нервных волокон их стенки. К 24 ч степень свечения адренергических структур снижается. Продолжающаяся ишемия является длительным чрезвычайным раздражителем, во время которого под влиянием симпатических импульсов происходит усиленный выброс катехоламинов из тканевых депо и их истощение.

Учитывая результаты проведенного экспериментально-морфологического исследования, в комплексе лечебных мероприятий при странгуляционной кишечной непроходимости необходимо применять меры для нормализации состояния МЦР и устранения влияния повышенного тонуса симпатической нервной системы на трофику и функциональные отправления тонкой кишки.

Ивано-Франковский государственный
медицинский институт

Поступила 10/XI 1983 г.

Ե. Ի. ԴԵԼՏՈՎԱ

ԲՆԱՐԱԿ ԱՂՈՒ ՄԻԿՐՈՇՐՋԱՆԱՌԱԿԱՆ ՀՈՒՆԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՆՐԱ ՍՏՐԱՆԳՈՒԼՅԱՑԻՈՆ ԱՆԱՆՅԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա Վ Փ Ն Փ Ն Ն Մ

Կատուների վրա կատարված փորձերում հայտնաբերվել են նոր տվյալներ բարակ աղու ձիկրոշրջանառական հունի վիճակի վերաբերյալ նրա գալարի ստրանգուլացիայի ժամանակ, որը ուղեկցվում է նրա ադրեներգիկ ներվային կառուցվածքների ակտիվացումով:

Ye. I. Deltsova

Changes of the Microcirculatory Bed of the Small Intestine in its Strangulative Intestinal Obstruction

S u m m a r y

In the experiments on cats the new data about the state of the microcirculatory bed of the small intestine are obtained in case of strangulation of its loop, combined with the activation of its adrenergic nervous structure.

УДК 611—086

А. А. МИРОНОВ, В. А. МИРОНОВ

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ КОРРОЗИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ МИКРОСОСУДОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ЗОНЫ ЛЕГКИХ БЕЛОЙ КРЫСЫ

С целью изучения пространственной организации микроциркуляторного русла респираторной зоны легких проведены эксперименты на 10 крысах. Коррозионные препараты сосудов легких готовили по методу Я. Л. Караганова с соавт. и исследовали под сканирующим электронным микроскопом.

Обнаружено, что мелкие артерии переходят в артериолы диаметром 40—60 мкм на уровне ветвления терминальных бронхиол на респираторные бронхиолы. Артериолы идут параллельно альвеолярному ходу со стороны отверстий альвеол и ветвятся на прекапилляры, часто охватывающие вход в альвеолу. Одна артериола снабжает одну или, что чаще, несколько смежных альвеол. Тесно анастомозирующие между собой короткие прекапилляры образуют сеть сосудистых колец, от которой отходят капилляры.

Капилляры в альвеолярной стенке формируют мелкоячеистую непрерывную сеть. Капиллярные сегменты, т. е. участки капилляра между ветвлениями, имеют цилиндрическую форму. Средний диаметр капилляров составляет 5—7 мкм. Наиболее частым видом взаимосвязи капиллярных сегментов является тройник «у» и «Т»-образной формы, хотя встречаются и соединения четырех сегментов. Однако капиллярные ячейки в виде гексагонов встречаются довольно редко и, как правило, имеют овальную, неправильную или пентагональную форму. Группы капиллярных сегментов часто лежат в разных плоскостях. Некоторые из них выбухают в просвет альвеолы. Там, где соприкасаются задние стенки (дно) альвеол разных альвеолярных ходов и мешочков, капиллярная сеть однослойна. Микрососуды, проходящие в утолщениях вокруг входа в альвеолы имеют большой диаметр, анастомозируют между собой и формируют двуслойную капиллярную сеть, выполняющую, по-видимому, каркасную функцию. В области контакта трех смежных альвеол образуется сгусток тесно анастомозирующих между собой в разных плоскостях капилляров. Анастомозов между капиллярными сетями разных долек легкого нет. Капиллярные сети межальвеолярных перегородок имеют, как правило, однослойный характер. Однако в зонах, прилежащих к входу в альвеолы, встречается промежуточный вариант, когда капиллярные сегменты располагаются не в одной плоскости, а под углом к плоскости межальвеолярной перегородки.

Посткапилляры находятся, как правило, со стороны дна альвеол или наружной поверхности долек. Слияние посткапилляров приводит к формированию венул, которые дают начало мелким венам.

На всех сегментах микрогемодиализаторного русла имеются отпечатки ядросодержащих зон эндотелиоцитов. В мелких артериях, артериолах и прекапиллярах отпечатки удлиненной формы с ориентацией вдоль оси сосуда. В капиллярах, посткапиллярах и венулах отпечатки становятся более округлыми с менее выраженной ориентацией отпечатков. В мелких венах ядерные импресии удлиняются, а угол отклонения становится меньше.

Ա. Ա. ՄԻՐՈՆՈՎ, Ե. Ա. ՄԻՐՈՆՈՎ

ՍՊԵՏԱԿ ԱՌՆԵՏՆԵՐԻ ԹՈՔԵՐԻ ՇՆՉԱԿԱՆ ԶՈՆԱՅԻ ՄԻԿՐՈԱՆՈՒՅՆԵՐԻ
ԿՈՌՈԶԻՈՆ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՍԿԱՆԱՑՆՈՂ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ
ՄԻԿՐՈՍԿՈՊԻԱՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Քոբերի միկրոհեմոցիրկուլատոր հունի զարկերակիկների և երակիկների սեզմենտների տոպոգրաֆիկ առանձնահատկությունները կարելի է ընդունել որպես հուսալի չափանիշ միկրոանոթային հունի տարբեր բաժինների համար:

A. A. Mironov, V. A. Mironov

Scanning Electron Microscopy of Corrosive Preparations of
Microvessels of Albinorats' Lungs' Respiratory zone

S u m m a r y

The peculiarities of the tonography of arteriolar and venular segments of the microhemocirculatory bed of the lungs parallel with the established arteriolo-venular gradients of the form and orientation of the imprints of endomyocytes' nucleus containing zones can be taken as reliable criterion of different sections of the microvascular bed.

УДК 616.145.6:149.008.341.1

Н. И. КУЛИШ

АЗИГОАРХИТЕКТОНИКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ангиографические исследования проведены на 97 животных—беспородных собаках. В 85 случаях была экспериментально создана модель допеченочного блока различной высоты и локализации стенозов. Просвет суживали от 1/3 до полного закрытия. В 52 случаях ангиографию выполняли операционно через брыжеечную или кишечную вены. Установлено, что при наличии любой связи воротной вены с непарной они контрастируются при мезентерикопортографии. Семиотическое значение имеют рентгенологические данные не только ствола азигоса, а и выявленные корни и многочисленные истоки.

В интерпретации выявленных коллатералей имеет место информационный шум. Многие вены описываются под разными наименованиями, и, в противоположность этому, одним наименованием коллатерального пути именуют разные вены. Нами проведена унификация понятий и их наименований, которые и использованы в рентгенологической семиотике.

В результате исследования установлены следующие закономерности. Наполнение непарной вены происходит преимущественно из восходящей поясничной вены в тех случаях, когда контраст из верхней брыжеечной вены уходит в брыжеечно-затрушинный портокавальный