

фологические признаки, характерные для паренхиматозного зоба: тиреоидные фолликулы утратили сферическую форму, не имеют просвета, коллоид отсутствует.

2. Структура щитовидной железы изменилась под влиянием повышенного функционального напряжения. Одним из важных морфологических показателей этого состояния является десквамация тиреоидного эпителия и пролиферация камбиальных клеток, отсутствие коллоида.

Литература:

1. Волкова О.В., Пекарская М.Н. Эмбриогенез и возрастная гистология внутренних органов человека. М.: «Медицина», 1976. - с. 237-250.
 2. Замарин Л.Ф. Йодная недостаточность. М.: Колос, 1996.
 3. Кондрахин И.П. Алиментарные и эндокринные болезни животных. М.: Агропромиздат, 1989.-с. 129.
 4. Южанов В.В., Рахлин Н.Т. Современные методы изучения функциональной морфологии эндокринных клеток. - М.: «Медицина» Архив патологии, т. 58, №2, 1996. - с. 21-28.
-

МИКРОМОРФОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОРОСЯТ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗЕ В УСЛОВИЯХ УЧЕБНО-ОПЫТНОГО ХОЗЯЙСТВА УГСХА

Демидова А., Клевогина Т. – студентки 4 курса ФВМ

*Руководители: доцент, к.б.н. Л.Д. Журавлёва,
доцент, к.в.н. Н.А. Проворова*

Щитовидная железа является одной из наиболее важных эндокринных желез. Она поддерживает определённый иммунобиологический статус организма [1,2].

Материалом исследования послужили щитовидные железы 6 поросят в возрасте 3-х месяцев. На вскрытии была установлена патоморфологическая картина, характерных для язвенно-некротического процесса в лимфатическом аппарате толстого отдела кишечника с образованием струпов. В ряде участков подвздошной и слепой кишок указанные выше изменения в лимфатическом аппарате комбинировались с изменениями дифтеритического типа воспаления. Специфические процессы в кишечнике, как правило, сочетались с неспецифическими поражениями острокатарального типа, распространяющимися на тонкий отдел кишечника.

Подобное патоморфологическое изменение характерно для подострой и хронической форм сальмонеллёза.

Макроскопически щитовидные железы имели продолговатую форму со слегка истончённым краем плотной консистенции, тёмно-вишнёвого цвета. Вес железы $15\text{г}(\pm 0,2)$.

Щитовидная железа фиксировалась в 10%-ном растворе нейтрального формалина, гистосрезы изготовлены на замораживающем микро-томе и окрашены гематоксилин - эозина и по Ван-Гизону.

Проведена гистометрия щитовидной железы: определен диаметр фолликулов, их объём, подсчитано количество фолликулов разного объёма на условной единице площади.

Гистометрия щитовидной железы показала, что фолликулы весьма гетерогенны по размерам.

Так, диапазон колебаний между максимальным и минимальным диаметром фолликула составил $143,0\pm 7,0$ и $27,2\pm 2,5$ мкм, средний диаметр фолликулов колебался в интервале $71,0\pm 3,0$ и $53,6\pm 2,0$ мкм ($p < 0,05$). Коэффициент вариации наибольшего диаметра 56-24%, а наибольшего 62-22%.

Градиент диаметра фолликулов щитовидной железы нарастает от периферии к центру. На площади 400 мкм в куб. насчитываются 151 фолликул, в том числе крупных - 33 (21,8%), средних - 56 (37%) и мелких - 62 (41,2%).

Полости фолликулов заполнены коллоидом, имеющим разной интенсивности окраску, почти без наличия резорбционных вакуолей. Фолликулярный эпителий, являющийся показателем состояния секреторной и функциональной деятельности щитовидной железы, уплощен, приближается к форме плоского эпителия.

Парафолликулярные клетки имеют округлую форму, светлую цитоплазму, расположены группами между фолликулами в виде островков. Наблюдается частичная их гибель и разрастание соединительной ткани.

Считаем, что проведённые гистоморфологические параметры фолликулов щитовидной железы обладают диагностической информативностью и дают возможность сделать следующие выводы.

1. Щитовидная железа поросят к 3-х мес. возрасту структурно вполне дифференцирована и зрела, т.е. более или менее округлые фолликулы, выстланные плоским эпителием, заполнены жидким, бледно - окрашенным коллоидом.

2. Такой тип структуры щитовидной железы называется «коллоидным».

3. Резорбция внутрифолликулярного коллоида слабо выражена, что связано с понижением функционального напряжения щитовидной железы.

4. Выраженного роста паренхимы щитовидной железы не происходит.

Заключение: при сальмонеллёзе у поросят резко угнетается секреторная и функциональная деятельность щитовидной железы, что можно квалифицировать как её гипофункцию.

Литература:

1. Замарин Л.Ф. Йодная недостаточность. М.: Колос, 1996.
 2. Южанов В.В., Рахлин Н.Т. Современные методы изучения функциональной морфологии эндокринных клеток. - М.: «Медицина» Архив патологии, т. 58, №2, 1996. - с. 21-28.
-

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У МОЛОДНЯКА СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ЖИВОТНЫХ

Дмитриева Е.А., Букина Е.Н.

- студентки 4 курса ФВМ

Руководитель:

доцент, к.в.н. Н.А. Проворова

Острые воспалительные заболевания легких, или пневмонии, вызываются разнообразными бактериями, но чаще всего пневмококком. В клинике пневмоний очень большое значение имеют размеры участка легкого, пораженного воспалительным процессом. В соответствии со структурой легкого пневмония может поражать несколько альвеол, что обозначается как альвеолит; в других случаях - дольки, доли легкого (долевая пневмония) и целое легкое (тотальная пневмония). Отсюда следует, что помимо этиологии, в развитии пневмонии следует учитывать и структурный фактор, которым определяется в известной мере распространенность процесса и острота его течения [1].

При патологоанатомическом вскрытии трупов сельскохозяйственных животных (телят, поросят) во многих случаях, при осмотре легких диагностировалась классическая картина очаговой пневмонии, реже - крупозной пневмонии. Очаговые пневмонии всегда возникают в связи с поражением бронхов, со стороны которых воспалительный процесс переходит на альвеолярную паренхиму легкого. Отсюда и название "очаговая пневмония" или бронхопневмония.

Для очагов пневмонии характерно было наличие пальпируемых очагов неравномерного уплотнения с нечеткими границами различной величины, но обычно не очень крупных, с нечеткими границами и имеющих тенденцию к слиянию. Поверхность разреза легкого пестрая, неравномерного кровенаполнения. Пятна от светло - серых и серо-розовых до серо-красных и темно-красных. Серые участки нередко с зернистой поверхностью разреза и слегка выбухают над окружающей тканью. Наряду с этим имеются серо-розовые участки нормальной и отечной ткани. Из уплотненных участков выдавливается мутная слизистая жидкость.

Гистологически в альвеолах наблюдается скопление серозного экссудата с примесью лейкоцитов, макрофагов, эритроцитов, слущенного альвеолярного эпителия. Экссудат расположен неравномерно: в одних альвеолах его много, в других - мало. В просвете мелких бронхов