

*60-річчю Буковинської державної  
медичної академії та 110-річчю  
від дня народження професора  
М.Г.Туркевича присвячується*

**Всеукраїнська наукова конференція  
“Актуальні питання клінічної  
анатомії та оперативної хірургії”  
(Тези доповідей)**

**м. Чернівці  
11-13 жовтня 2004 року**

## СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ КЛІНІЧНОЇ АНАТОМІЇ

УДК 616-005.5

### ПРО ЗНАЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КЛУБОВОЇ АРТЕРІЇ В КОЛАТЕРАЛЬНОМУ КРОВООБІГУ ТАЗОВОЇ КІНЦІВКИ

*А.А.Архипович, Л.В.Солошенко*

*Національний медичний університет  
ім. О.О.Богомольця, м. Київ*

Експериментальною твариною обрано кролика, в якого спільна клубова артерія ділиться на внутрішню (підчеревну) і зовнішню, остання продовжується у стегнову артерію. Ми поставили 6 дослідів на кроликах тривалістю від 7 до 112 днів з однобічною одночасною перев'язкою зовнішньої клубової і стегнової артерій. Після евтаназії артеріальну систему тварин заповнювали рентгеноконтрастною масою з подальшою рентгенографією і препаруванням. Вже на 2-му тиж після виключення зовнішньої клубової і стегнової артерій збільшується діаметр внутрішньої клубової артерії на оперованому боці, яка стає проміжним ланцюгом у відновленні кровообігу тазової кінцівки. На 6-8 тиж з великопетлистої внутрішньої м'язової сітки в найбільш вигідних гемодинамічних умовах розвиваються значні звивисті колатеральні шляхи. Із м'язових колатералей найбільшу роль у відновленні кровообігу тазової кінцівки відіграють колатералі, які розвиваються у затульних м'язах; між внутрішньою соромітною і глибокою стегновою артеріями; у великому привідному м'язі стегна – між нижньою сідничною і медіальною огинальною артерією стегна; у клубово-поперековому м'язі – між клубово-поперековою і бічною огинальною артерією стегна; у сідничних м'язах – між верхньою сідничною і бічною огинальною артерією стегна. При широкому виключенні артеріальних магістралей тазової кінцівки розвиваються довгі колатеральні шляхи у двоголовому та напівсухожилковому м'язі стегна. Вони забезпечують кровотік у напрямку: внутрішня клубова артерія – нижня сіднична артерія – каудальна (дисціальна) артерія стегна.

УДК 611.746.3-053.9

### ПРОСТОРОВА ОРГАНІЗАЦІЯ ПАХВИННОЇ ДІЛЯНКИ В ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

*Ю.Т.Ахтемійчук, І.В.Тетірко, О.В.Цигикало*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Складність структурної організації пахвинної ділянки (ПД) визначається розміщенням пахвинного каналу з його вмістом, особливостями кровопостачання, іннервації та відтоку лімфи, багатошаровою будовою м'язово-апоневротичних, фасціальних, клітковинних компонентів тощо. У процесі старіння людини певні морфологічні зміни структур ПД у поєднанні з віковими морфофункціональними змінами життєво важливих органів збільшують ризик загальної анестезії та зменшують радикалізм хірургічного лікування. Необхідність вирішення актуальної медико-соціальної проблеми – турботи про здоров'я та якість життя людей пенсійного віку – змушує вчених теоретичної і практичної ланки охорони здоров'я активізувати зусилля щодо вивчення топографо-анатомічних особливостей органів, структур та ділянок тіла літніх людей. При вивченні просторової організації ПД 12 нефіксованих трупів людей літнього та старечого віку без патології передньобічної стінки живота нами виявлено, що нижня межа ПД, яка є важливим орієнтиром, наприклад, при виконанні доступів до пахвинного каналу, у 83,3% випадків (10) не відповідає проєкційній лінії пахвинної зв'язки, а зміщена відносно неї вниз на 1,5-2,5 см. На всіх препаратах нижньою стінкою пахвинного каналу є пахвинна зв'язка та апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота (ЗКМЖ), передньою – апоневроз ЗКМЖ та окремі волокна м'яза-підіймача яєчка (на препаратах чоловічої статі), верхньою стінкою латерального відділу каналу є нижній край поперечного м'яза живота, в середній частині – вільний край пахвинної дуги, в медіальному відділі – верхня стінка відсутня, тобто канал втрачає м'язове покриття.

#### *Приклад бібліографічного опису тез:*

*Архипович А.А., Солошенко Л.В. Про значення внутрішньої клубової артерії в колатеральному кровообігу тазової кінцівки / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. “Акт. пит. клін. анат. та опер. хірургії” // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С 37.*

УДК 611.746.3.013

## УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА СТРУКТУР ПАХВИННОГО КАНАЛУ В ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

*Ю.Т.Ахтемійчук, В.М.Георгіца, С.Є.Фокіна*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

З клінічної точки зору цінність ультразвукової діагностики пахвинної ділянки полягає у високій чутливості та специфічності методу при проведенні диференціальної діагностики пахвинних гриз з іншими патологічними утвореннями цієї ділянки. Сучасні ультразвукові апарати, які працюють з частотою від 7,5 до 10 МГц, дають змогу візуалізувати основні анатомічні структури пахвинної ділянки й отримати чітке уявлення про її анатомічну будову та патологічні процеси. При ультразвуковому дослідженні пахвинної ділянки у 30 дітей у віці від 1 до 6 місяців застосували певну послідовність у розміщенні датчика. На початку дослідження датчик у пахвинній ділянці розміщували паралельно пахвинній зв'язці так, щоб у центрі зображення були зовнішні клубові судини. Початковим положенням у дослідженні вважали розміщення датчика на 0,5-1 см вище і паралельно пахвинній зв'язці та перпендикулярно поверхні шкіри. При цьому оцінювали: а) вираженість пахвинної зв'язки, б) візуалізацію судин ділянки. Потім датчик, не відриваючи від поверхні шкіри, повільно схиляли у бік передньої поверхні стегна пацієнта так, щоб площа сканування перемістилася у краніальному напрямку. Продовжуючи переміщувати датчик, фіксували кут розташування його до шкіри і обертати датчик до фронтальної осі для візуалізації задньої стінки пахвинного каналу. При поперечному скануванні великий сальник візуалізується як нерухоме гіпоехогенне утворення, а петля тонкої кишки має вигляд гіперехогенного зовнішнього кільця з гіперехогенним центром. При поздовжньому скануванні тонкої кишки видно складки слизової. При більш детальному огляді можна побачити перистальтику кишечника. Надалі датчик необхідно обертати так, щоб уявна вісь пахвинного каналу була перпендикулярна площині сканування. Датчик поступово переводили від лобкової ділянки в напрямку верхньої клубової ості. При цьому вдається отримати зріз нижніх країв внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота. Така позиція огляду є високоінформативною з точки зору проведення диференціальної діагностики форми і параметрів патологічних утворень цієї ділянки. Завдяки даному методу можна визначити вираженість пахвинної зв'язки, нижнього краю внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота та поперечної фасції. Вважаємо, що з поя-

вою сучасних технологій можна ставити питання про діагностику початкових форм гриз, адже ультразвукова діагностика дає змогу чітко уявити стадію і характер пошкодження задньої стінки пахвинного каналу. На підставі цього можна планувати той чи інший оперативний прийом, вид шовного або пластичного матеріалу.

УДК 611.96

## ПРОЕКЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

*А.П.Бабуч, З.А.Зорина, С.С.Цуркану*

*Університет медицини и фармації  
ім. Н.Тестемицану, г. Кишинёв (Молдова)*

Среди факторов, определяющих рождение физически и психически здорового ребёнка, большое значение имеют форма и размеры малого таза (МТ). В различные периоды жизнедеятельности женщины эти параметры подвержены физиологическим изменениям. Немаловажную роль в модификации формы и размеров МТ играют питание, осанка, генетические факторы, вид профессиональной деятельности, различные тенденции в моде (обувь на высоком каблуке), тяжёлый физический труд, воздействие определённых мышечных структур на костную основу таза. Эти и другие факторы, изменяющие форму и размеры МТ и одновременно с этим определяющие топографию расположенных в МТ органов, послужило поводом для проведения ряда измерений с целью определения проекции органов МТ относительно полученных нами геометрических фигур в результате соединения различных костных ориентиров. У входа в МТ, в треугольнике, полученном при соединении срединной точки мыса с противоположными подвздошно-лобковыми возвышениями, проецируются ампула прямой кишки, матка с её связочным аппаратом и перешеек маточных труб. На уровне верхней апертуры МТ при соединении двумя параллельными линиями наиболее латеральных точек основания крестца с лобковыми бугорками образуется прямоугольник, в котором в заднепереднем направлении расположены прямая кишка, матка и мочевого пузыря, а также соответствующие карманы брюшины. Ромб, образующийся в результате соединения срединной точки мыса с наиболее отдалёнными точками поперечного размера входа в МТ, а последних – со срединной точкой лобкового симфиза, включает матку с придатками, их сосуды и нервы. В плоскости узкой части полости МТ при соединении седалищных остей между собой получаем основание треугольника, обращённого верхушкой к середине крестцово-копчикового сустава. Срединная точка гипотенузы данного треугольника является проекционной точкой внутреннего отверстия канала шейки матки.

УДК 611.95:612.357

## **МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВВЕДЕННЯ СТЕРИЛЬНОЇ ЖОВЧІ В ОЧЕРЕВИННУ ПОРОЖНИНУ**

**В.В.Білокий**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

В експерименті на 60 білих безпорідних щурах масою 0,16-0,18 кг моделювали жовчний перитоніт введенням різноманітних доз стерильної жовчі за власною методикою. Вірогідні патологічні зміни настають через 72 год після введення жовчі в дозі 1,25 мл на 100 г маси тіла. Зміни з боку парієтальної очеревини, особливо в місці скупчення жовчі, проявляються її потовщенням завдяки прогресуючому набряку, дифузною полінуклеарною інфільтрацією. Водночас спостерігаються патологічні зміни мезотелію – спочатку набухає, потім згущується, утворюючи на поверхні очеревини фібринозні нашарування. Серозна оболонка тонкої кишки потовщується завдяки набряку, покрита фібрином, у деяких місцях крововиливи та дрібні крапкові ділянки некрозу. У підслизовому шарі та слизовій оболонці тонкої кишки виявляються порушення кровообігу, набряк, скупчення лейкоцитів. Зміни паренхіми печінки характеризуються осередковою інфільтрацією з наступною зернистою і вакуольною деструкцією гепатоцитів та змінами в судинних стінках, де виникає периваскулярний набряк з наступною лімфоїдно-гістіоцитарною інфільтрацією навколо. У нирках настає вакуольна та зерниста дистрофія епітелію з відшаруванням його від базальної мембрани. Отже, введення токсичної дози жовчі в очеревинну порожнину білих щурів супроводжується морфологічними змінами з боку очеревини, кишечника, печінки та нирок, які через 72 год після введення носять дистрофічно-некротичний характер.

УДК 611.137.648

## **ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕВНОЇ ЧАСТИНИ АОРТИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ**

**І.Г.Бірюк, В.Д.Мойсюк, В.І.Стефанчук,  
В.В.Бойко, В.В.Бендас**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Дослідження проведено на 24-х препаратах новонароджених. Черевна частина аорти у всіх спостереженнях має лівобічне положення відносно середньої лінії. Фасціальна піхва аорти пухко з'єднана з серозною оболонкою. Верхня межа черевної частини аорти визначається на рівні XI грудного хребця, а нижня – на рівні V поперекового хребця. Кут біфуркації аорти коливається від 45 до 55°. Довжина черевної частини аорти становить 40,0-53,0 мм, зовнішній

діаметр в ділянці аортального розтвору діафрагми – 4,4-4,8 мм, а на рівні біфуркації – 4,8-5,0 мм.

УДК 616.61-002-089:612.46

## **ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НИРОК ПРИ ВТОРИННИХ ПІЄЛОНЕФРИТАХ В ЕКСПЕРИМЕНТІ ТА У ДІТЕЙ ДО І ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ**

**Б.М.Боднар, В.Л.Брожик, А.В.Іринчин**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Вивчені порушення функції нирок і тканинного фібринолізу в експерименті та у хворих на пієлонефрит дітей, розроблена нова методика моделювання гідронефрозу та вторинного пієлонефриту. Обстежено 30 хворих на вторинний пієлонефрит дітей до та після оперативного лікування, експериментальні дослідження виконані на 15 безпородних собаках, вагою 6±2 кг. Експериментальне моделювання дозованого гідронефрозу та пієлонефриту ґрунтується на звуженні сечовода м'язовим клаптом т. quadratus lumborum на живлячій ніжці в комбінації із введенням у ділянку пієлоуретерального сегмента 0,002 мг ендотоксину *Salmonella typhimurium*. Встановлено, що експериментальний пієлонефрит з перегином сечовода і введенням у пієлоуретеральну ділянку ендотоксину грамнегативної мікрофлори супроводжується активацією необмеженого протеолізу і процесів пероксидного окиснення ліпідів у всіх шарах нирок. Порушення екскреторної та іонорегулюючої функції нирок у дітей, хворих на обструктивний пієлонефрит, посилюється в післяопераційному періоді, що потребує відповідної корекції. У тканинах пієлоуретерального сегмента і нефростомальної сечі зменшується ферментативна фібринолітична активність, що створює умови для розвитку уролітіазу та гідронефрозу в післяопераційному періоді.

УДК 611.66

## **ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПАРАМЕТРИЯ**

**В.В.Булат, Б.М.Топор, Н.М.Фрунташ,  
В.Н.Георгица**

*Університет медицини і фармації  
ім. Н.Тестемицану, г. Кишинів (Молдова)*

При раке матки, наряду с удалением первичного очага, возникает необходимость экстирпации лимфатических узлов (ЛУ), расположенных в параметрии. Одним из доступов к ним являются параметральные разрезы. Цель исследования – изучить расположение, количество и некоторые параметры ЛУ параметрия у женщин зрелого возраста. Исследование предусматривает установление метастазов рака матки в параметральных ЛУ. Контролем слу-

жили 7 органокомплексів, отриманих від трупів жінок зрілого віку без патології органів малого таза. Матеріал, підлягає вивченню, після видалення з трупів поміщається в спеціальний розчин (етанол 40%, етиловий ефір 40%, ледяна оцтова кислота 5%, забуферений формалін 10%) на строк від 6 до 24 год. Далі фрагменти, підлягає дослідженню, фіксуються на спеціальній підставці з наступним вивченням розташування та лінійних параметрів ЛУ в різних відділах параметрія, в тому числі з урахуванням належності їх до правої та лівої половини тіла. Результати заносяться на карту-схему параметрія. Методика була використана одним із співавторів при вивченні параректальних ЛУ, де вона показала ефективність.

УДК 616.727.13-018.36-091:611.9

### **ОСОБЛИВОСТІ ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СУБАКРОМІАЛЬНОГО ПРОСТОРУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА**

*О.А.Бур'янов, І.В.Самусенко, Г.Р.Юнесі Кутанай*

*Національний медичний університет*

*ім. О.О.Богомольця, м. Київ*

З метою дослідження топографо-анатомічних особливостей субакроміального простору (САП), визначення морфометричних показників короакроміальної дуги (КАД) та оцінки можливої її ролі в етіопатогенезі субакроміального конфлікту проведено дослідження 40 плечових суглобів трупів людей, померлих в різному віці. Важливість оцінки показників будови КАД полягає в можливості з'ясування вірності анатомічного співвідношення КАД і проксимального відділу плечової кістки та пояснення генезису патологічних станів ділянки САП при їх невідповідності. Зразки плечових суглобів поділені на 2 групи, кожна верифікована за віком померлого та особливостями виявленої патології ділянки САП. З'ясовано, що КАД є кривою дугою з більшою випуклістю кісткового компоненту та меншою – зв'язкового. Визначені середньостатистичні значення довжини січних цих компонентів, їх співвідношення, взаємний нахил (кут  $\alpha$ ), горизонтального нахилу акроміона (кут  $\beta$ ). Встановлено, що потенційно "патологічну зону" мінімального вигину КАД у 16 зразках утворює кут  $\alpha=143,8^\circ$  та кут  $\beta=15^\circ$ . У межах цих величин у 6 зразках (15%) плечових суглобів виявлені зміни дегенеративного характеру в структурах САП. Не виключено, що такий варіант будови КАД є диспластичним. Уплоснена КАД впливає на взаємне розташування м'язів САП, є морфологічно невідповідною сферичній формі проксимального відділу плечової кістки, умовою формування порушень функціонування взаємодіючих анатомічних структур та розвитку дегенеративних патологічних процесів.

УДК 611.428;615.849.19.015.4

### **РЕАКЦІЯ ЛІМФОЇДНОЇ ТКАНИНИ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ НА ЛОКАЛЬНУ ДІЮ ЧЕРВОНОГО ЛАЗЕРА**

*О.М.Вайнагій*

*Ужгородський національний університет, медичний факультет*

Вивчали кількісні і якісні морфологічні зміни, що характеризують розподіл імуннокомпетентних клітин та їх функціональних характеристик у нормі та в динаміці розвитку імунної реакції. Дослідження проведено на щурах масою 180-200 г. За допомогою світловоду лазерного апарату АЛОК-1 локально та одноразово опромінювали лівий підколінний лімфатичний вузол упродовж 5, 45 та 300 сек. Дозу опромінення розраховували за відомою формулою. Правий підколінний лімфатичний вузол служив тестом реакції імунної системи на опромінення. У роботі використані гістологічні та математичні методики дослідження. Виявлено, що при наростанні дози опромінення кількісні зміни лімфоїдних клітин більш виражені. Дози опромінення до 10 дж/см<sup>2</sup> викликають процеси активації лімфоїдної тканини опроміненого та контралатерального лімфатичних вузлів. Тому ці дози можна вважати терапевтичними і рекомендувати використовувати їх у клінічній практиці.

УДК 617.55-007.274-008.93

### **ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СПАЙКОУТВОРЕННЯ В ЩУРІВ З РІЗНИМ ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ГЛУТАТІОН-ЗАЛЕЖНОЇ ЛАНКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ**

*В.Є.Вансович*

*Одеський державний медичний університет*

Надмірне спайкоутворення у черевній порожнині після оперативних втручань є однією з актуальних проблем сучасної хірургії. Дослідження останніх років вказують на можливі значення у виникненні спайкової хвороби стану систем, що забезпечують неспецифічну резистентність організму. Але достеменно невідомо, чи є значення в розвитку даної патології функціональний стан глутатіонової ланки антиоксидантної системи. Тому метою нашого дослідження було з'ясувати особливості активності ферментів метаболізму глутатіону та вмісту відновленого глутатіону в крові щурів при експериментальному моделюванні внутрішньочеревної адгезії. Дослідження виконані на 60 щурах популяції Вістар. Адгезивний процес у черевній порожнині та кількісне визначення його інтенсивності проводили за методом Воробйова та Бебуришвілі. Встановлено, що рівень спайкового процесу різний. У тварин з вираженим спайковим процесом вміст відновленого глутатіону в крові

вірогідно менший, а активність глутатіонпероксидази і глутатіон-S-трансферази нижча. Отже, функціональний стан антиоксидантної системи, зокрема її глутатіонової ланки, має значення в схильності до спайкоутворення у черевній порожнині при травмуванні очеревини, що може бути основою для розробки методів прогнозування надмірного спайкоутворення у післяопераційному періоді.

УДК 616.61-002-07

### **СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ НЕФРОПАТІЇ**

*Л.І.Власик, О.Л.Кухарчук, В.М.Магалаєс, А.О.Міхєєв, М.Г.Проданчук, Ю.Є.Роговий*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Відомий спосіб моделювання нефропатії, коли піддослідній тварині (білі шурі) вводять нефротоксичну речовину – сулему, яка з 100% точністю пошкоджує проксимальний відділ нефрону (А.И.Гоженко, 1982). Проте даний спосіб має низку недоліків, оскільки сулема пошкоджує проксимальний відділ нефрону, а це призводить до зниження проксимальної реабсорбції натрію і збільшення його доставки до *macula densa* дистального відділу нефрону, що активує внутрішньониркову ренін-ангіотензинову систему з наступним виділенням ангіотензину-II. Останній викликає спазм приносячої артерії з розвитком ішемії кіркової речовини нирки і зниженням клубочкової фільтрації. Розвиток ішемії кіркової речовини нирок призводить до вторинного пошкодження проксимального відділу нефрону і часткового ураження дистальних каналців. При цьому точність пошкодження дистальних каналців становить 30%. Отже, відома модель нефропатії має низку точність пошкодження дистального відділу нефрону, пошкодження не ізольоване, а поєднується з ураженням проксимального каналця і реалізацією тубуло-гломерулярного зв'язку з розвитком ішемії кіркової речовини нирок, що значно ускладнює аналіз патології дистального відділу нефрону. Наша модель нефропатії локалізує нефротоксичну дію оксалату калію в дистальному відділі нефрону (патент України № 20825А, 1997).

УДК 611.957

### **ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДУГОПОДІБНОГО ФАСЦІАЛЬНОГО ВУЗЛА**

*В.В.Власов, Ю.Т.Ахтемійчук, А.І.Суходоля, В.Г.Мартинюк*

*Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова, Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Передньобокова стінка живота (ПСЖ) має складну м'язово-апоневротичну будову, зумовлену не-

обхідністю динамічної рівноваги між прямими та широкими м'язами живота. Мета дослідження – вивчити особливості будови та механізм дії дугоподібного фасціального вузла (ДФВ). Матеріалом послужили 116 нефіксованих трупів та 24 ізольованих макропрепаратів ПСЖ дорослих людей. В роботі використані методи макроскопічного дослідження – препарування і розпилювання трупів за методом М.І. Пирогова. Розглядаючи дугоподібну лінію задньої стінки піхви прямих м'язів живота (ПМЖ), її з'єднання з білою лінією живота та спільним апоневрозом нижньої третини внутрішнього косоного м'яза живота (ВКМЖ) і поперечного м'яза живота (ПоМЖ), вважаємо за доцільне виділити ДФВ. Його умовно можна поділити на верхню та нижню частини, розміщені в різних взаємно перпендикулярних площинах. Верхня частина ДФВ розміщена в горизонтальній площині і на поперечному зрізі ПСЖ нагадує форму вісімки. Вона утворена за рахунок дугоподібної лінії (здаду), медіально – білої лінії, з боків – спільного апоневроза ВКМЖ і ПоМЖ, а попереду – передньої пластинки піхви ПМЖ. Нижня частина ДФВ розміщена у фронтальній площині, утворена дугоподібною лінією, яка є місцем спільного апоневроза ВКМЖ і ПоМЖ і прикріплюється до лобкових горбиків. Взаємодію серединного, параректального та медіального фасціальних вузлів (ФВ) вивчено й описано як “парасольковий” механізм, який забезпечує адекватне кровопостачання ПМЖ при фізичному навантаженні. Аналізуючи особливості будови ПСЖ, дійшли висновку, що нижче пупка “парасольковий” механізм замінюється ротаційними рухами горизонтальної частини ДФВ спереду назад. Дані рухи можливі за рахунок з'єднання горизонтальної частини ДФВ з нижньою його частиною. Тому нижче пупка механізм, який забезпечує стабільний кровотік у ПМЖ, можна назвати “стременим”.

УДК 611. 957

### **ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАХВИННОГО ФАСЦІАЛЬНОГО ВУЗЛА**

*В.В.Власов, Ю.Т.Ахтемійчук, А.І.Суходоля, С.Р.Микитюк*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Пахвинна ділянка (ПД) – об'єкт хірургічної агресії при численній хірургічній патології (грижі, апендицит тощо). Апоневротичні частини м'язів живота з'єднуються між собою, кістками таза та грудної клітки, утворюючи фасціальні вузли (ФВ). В межах ПД розташовані нижні частини бічного, параректального, дугоподібного та цілком пахвинний

(ПФВ) фасціальні вузли. Мета дослідження – вивчити особливості будови та механізму дії ПФВ. Матеріалом послужили 60 свіжих трупів і 30 здорових дорослих людей. В роботі використані методи макроскопічного дослідження за допомогою препарування, ультрасоноскопії з доплероскопією та комп'ютерної томографії. Умовно ПФВ можна поділити на надзв'язкову (вище пахвинної зв'язки) і підзв'язкову частини. Головними елементами надзв'язкової частини ПФВ є пахвинний канал (ПК) з його вмістом та пахвинний проміжок (ПП). Будова ПП вирізняється індивідуальною конституціональною мінливістю, що позначається на формуванні стінок ПК. В будові ПК доцільно виділити три анатомічні ділянки, що чітко різняться топографією їх структур: ділянка глибокого пахвинного кільця, міжкільцева ділянка та ділянка поверхневого пахвинного кільця. Така топографія ПК, особливості будови стінки живота нижче лінії Дугласа, взаємодія його з дугоподібним (забезпечує функціонування стремного механізму), параректальним, присерединним ФВ забезпечують функціонування затульного механізму ПК – забезпечення оптимального кровопостачання та іннервації яєчка, а також запобігання виходу внутрішніх органів за межі черевної порожнини. Підзв'язкова частина ПФВ утворена м'язовою і судинною лакунами з їх вмістом та зв'язковим апаратом. Скорочення клубово-поперекового м'яза, підтягування пахвинної зв'язки вгору при відтворенні стремного і затульного механізмів ПК збільшують вертикальні розміри судинної лакуни, забезпечуючи достатнє кровопостачання нижньої кінцівки при її згинанні в кульшовому суглобі. Отже, пахвинний фасціальний вузол запобігає порушенню кровопостачання яєчка та нижньої кінцівки.

УДК 616.2:611.9

### **ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПІДТРИМАННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

**В.В.Власов, О.А.Малоголовка**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня*

Незрілість респіраторного відділу легень, природжені вади дихальних шляхів, слабкість дихального центру в дітей, народжених після 22 тижнів виношування, зумовлюють високу смертність, потребують тривалої штучної вентиляції. Забезпечення і підтримання прохідності дихальних шляхів пов'язано з низкою проблем, зумовлених анатомічними особливостями будови дитячого організму: складність інтубації трахеї (ІТ) у недоношених; ускладнення ІТ; невизначеність термінів пролонго-

ваної ІТ і час накладання трахеостоми; алгоритм вибору методу трахеотомії (Т); техніка проведення Т у цих дітей; підбір адекватних за розмірами ендотрахеальних та трахеостомічних трубок. Означені особливості у плодovому періоді вивчені недостатньо. В основі запобігання подібним труднощам лежить вивчення анатомії дихальних шляхів, їх розмірів і форми, визначення соматовісцеральних кореляцій у недоношених. Вивчено топографію структур ший 11 плодів 23-29 тижнів методами оглядової рентгенографії, рентгенографії з контрастуванням, комп'ютерної томографії, ультрасонографії, препарування, виготовлення зрізів методом Пирогова. Морфологічний експеримент полягав у встановленні розмірів підбиранням відповідного інструмента з відомими параметрами. Встановлено, що кількісні характеристики (діаметр трахеї, ширина хрящів та міжхрящових проміжків, відстань від поверхні шкіри до перснеподібного хряща, розміри щитоподібної та вилочкової залоз, гортанно-трахеальний кут) відповідають терміну внутрішньоутробного розвитку. Визначені анатомічні чинники ІТ у недоношених, ускладнень пролонгованої ІТ і Т. Вивчені соматометричні показники для вибору ендотрахеальних та трахеостомічних трубок, зондів відповідних розмірів. Встановлені розміри верхніх дихальних шляхів, гортані і трахеї зумовлюють вибір адекватних засобів для ІТ та Т. Топографо-анатомічно обгрунтовані показання до того чи іншого методу Т. Як і в новонароджених, розтин трахеї зручніше виконувати нижче перший щитоподібної залози (нижня трахеостомія).

УДК 616.716:615.47

### **ПРИСТРІЙ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ЧЕРЕПА**

**Ю.М.Вовк, О.Ю.Вовк, С.Ю.Труфанов, Ф.В.Логвінов, В.І.Лузін**

*Луганський державний медичний університет*

Для покращання умов краніологічних та морфометричних досліджень вперше розроблений та впроваджений у практику пристрій нової конструкції (патент № 62533А). Він дозволяє визначити зовнішні, лінійні, внутрішні, кутові розміри та площу кісток черепа. Пристрій складається з горизонтальної підставки (основи), в яку вмонтований стержень з різьбою, який служить опорою для трьох вимірювальних частин, взаємозміщуваних за допомогою різьбових втулок. Нижня частина – вимірювальна прозора пластина з рухомими горизонтальною та вертикальною лінійками. Кожна з них з'єднана з гранями пластин похилими П-подібними затискачами, які дозволяють переміщувати лінійки над препаратом уздовж пластини. Остання має градуйовану сітку (1 квадрат = 1 см), що дозволяє визначити пло-

щу анатомічних утворень. Середня частина представлена прозорим плоским (дисковим) кутомірором зі спеціальною шкалою градусів та двома стрілками, що обертаються і самостійно взаємозміщуються. Змістивши нижню вимірювальну частину назовні, над препаратом встановлюють дисковий кутомір, яким можна визначити кути у різних ділянках черепа. Верхня частина пристрою представлена глибиномірором, який складається із поздовжнього щупа у вигляді вузької лінійки з верхнім пальцевим майданчиком для зміщення щупа. Останній вмонтований у горизонтальну планку з центровим пазом для його переміщення. Глибиномір теж зафіксований на штативи за допомогою різьбової втулки.

УДК 615.361

### **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА КІСТОК ЧЕРЕПА**

*Ю.М.Вовк, Т.А.Фоміних, О.П.Дяченко,  
О.Ю.Вовк, С.Ю.Труфанов*

*Луганський державний медичний університет*

Спочатку заповнюють судини сумішшю акрилатів і виготовляють корозійний препарат. Потім формують акриловий зліпок внутрішньої поверхні кісток черепа. Перед цим необхідно зробити “негативний” пластиліновий зліпок кісткового рельєфу, який потім заливають акрилатовою масою. Після полімеризації пластилін видаляють, отримуючи “позитивне” зображення кісткового рельєфу. Сформовані два зліпки накладають один на другий. Комбінований препарат віддзеркалює існуючі топографічні взаємовідношення мозкових судин та внутрішнього рельєфу кісток черепа.

УДК 618.3-008.6:612.64:612:017.1

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ БІЛОЇ І ЧЕРВОНОЇ ПУЛЬПИ СЕЛЕЗІНКИ У СТАТЕВОЗРІЛИХ БІЛИХ ЩУРІВ**

*А.О.Гербул*

*Ужгородський національний університет,  
медичний факультет*

Серед усіх органів кровотворення та імунного захисту тільки селезінка (С) знаходиться на шляху току крові і контролює її імунний статус. Ця функція С забезпечується лімфоїдними структурами, що в сукупності називаються білою пульпою. Мета роботи – визначити співвідношення структурних компонентів білої пульпи С у статевозрілих безпородних білих щурів-самців у нормі. Дослідження проведено на 10 здорових статевозрілих білих щурах. Матеріал фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну і заливали у парафін. На гістологічних

зрізах, товщиною 5-7 мкм, забарвлених азур-ІІ-еозинором, морфометричним методом С.Б.Стефанова підраховували відносні площі структурних компонентів білої пульпи С: кількість лімфоїдних вузликів та їх діаметри, наявність у них світлого реактивного центру, визначали відносні площі зон лімфоїдного вузлика білої пульпи С (періартеріальної, мантийної та крайової). Встановлено, що у щурів відносна площа червоної пульпи найбільша і становить  $77,2 \pm 1,3\%$ , а відносна площа білої пульпи і трабекул становить відповідно  $12,2 \pm 2,2\%$  та  $10,6 \pm 1,8\%$ . Лімфоїдні вузлики розташовані досить близько біля капсули С і мають округлу або овальну форму. Аналіз показників відносних площ білої пульпи С показав, що найбільш розвинутими зонами у статевозрілих щурів є крайова та мантийна зони, показники яких становлять відповідно  $47,5 \pm 1,6\%$  і  $32,8 \pm 1,6\%$  по відношенню до умовної одиниці площі. Для періартеріальної зони і світлого реактивного центру білої пульпи С дані показники становлять відповідно  $7,1 \pm 1,1\%$  та  $7,1 \pm 1,6\%$ .

УДК 611.12-087.2

### **МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ГЕМОДИНАМІЧНОЇ ПЕРЕБУДОВ СЕРЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПНЕВМОПАТІЯХ**

*М.С.Гнатюк, Ю.О.Данилевич, Р.М.Гнатюк*

*Тернопільська державна медична академія  
ім. І.Я.Горбачевського*

Комплексними морфометричними методами (масометрія, планіметрія, об’ємні вимірювання камер серця, гістостереометрія) досліджено 32 серця людини, які були розділені на 3 групи: 1-а група включала 12 сердець практично здорових дорослих осіб, що загинули внаслідок травм (судово-медичні розтини), 2-а – 8 сердець новонароджених, що померли в результаті родових травм, 3-я – 12 сердець новонароджених, причинами смерті в яких були пневмопатії (Пп). Величини масометричних, планіметричних, об’ємних і гістостереометричних параметрів у дорослих були істотно більшими порівняно з аналогічними величинами в новонароджених. Збільшення шлуночкового індексу (відношення маси правого шлуночка до лівого), відсотка маси правого шлуночка, зменшення планіметричного індексу (відношення площі лівого шлуночка до правого), відсотка маси лівого шлуночка засвідчують переважання масометричних і просторових характеристик правих відділів серця у новонароджених. При Пп досліджувані параметри суттєво знижуються. При цьому незбалансованість і диспропорційність між масометричними, планіметричними, об’ємними і гістостереометричними показниками відділів серця були більш вираженими, ніж у 2-й групі спостережень. Також знижується відносний об’єм кар-



діоміоцитів і капілярів. При Пп значно знижуються резервні об'єми шлуночків серця, особливо правого зі зниженням його адаптаційних можливостей.

УДК 616.341-018.6-092.9

### **СТРУКТУРНА ГЕТЕРОГЕННІСТЬ МІОЦИТІВ М'ЯЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОНКОЇ КИШКИ**

*М.С.Гнатюк, Л.Т.Виклюк*

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

Комплексом морфометричних методів досліджені ізольовані гладенькі м'язові клітини м'язової оболонки 15 неуражених тонких кишок білих статевозрілих шурів-самців. Встановлено, що гладенькі міоцити мають різну довжину (від 55,0 до 220,0 мкм) і товщину (від 6,0 до 21,0 мкм). За результатами об'ємних вимірів ці клітини поділені на малі ( $1953,8 \pm 21,6$ ) мкм<sup>3</sup>, середні ( $5278,9 \pm 50,8$ ) мкм<sup>3</sup> і великі ( $9063,3 \pm 87,4$ ) мкм<sup>3</sup>. При цьому малі міоцити серед всієї популяції цих клітин становлять 23,5%, середні – 66,2%, великі – 10,3%. Різними також виявилися розміри ядер та ядерно-цитоплазматичні відношення. Останні найменшими були у великих міоцитах, трохи більшими – в середніх і найбільшими – у малих. Просторова варіабельність міоцитів та ядер м'язової оболонки тонкої кишки свідчить про нерівнозначність їхньої структури і метаболізму, тобто про неоднорідність цієї клітинної популяції. Описана гетерогенність клітин і їх інтеграція повинні забезпечувати великий резерв динамічності та пластичності м'язової оболонки тонкої кишки.

УДК 611.367+611.13/14-089

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СОСУДОВ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ**

*Г.Ф.Гузун, И.Г.Поддубный, В.Н.Георгица, В.В.Булат*

*Университет медицины и фармации им. Н.Тестемичану, г. Кишинёв (Молдова)*

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) широко внедряется в хирургическую практику, растёт объём показаний к ней, снижается смертность и осложнения (G.Latzko et al., 1995). Вместе с тем специалисты едины во мнении, что ЛХЭ требует от хирурга глубоких знаний анатомических вариантов, умения и опыта работы в этой сложной области, чтобы исключить любые повреждения и улучшить показатели оперативного лечения больных (S.Duca, 2002). На 36 трупах взрослых людей и плодов человека мы изучили анатомо-хирургические варианты и взаиморасположение желчных протоков и сосудов в печёночно-двенадцатиперстной связке. С этой целью

использована инъекция сосудов и желчных путей рентгеноконтрастными и застывающими массами с последующей топографической диссекцией, рентгенографией и изготовлением коррозионных препаратов. В работе описываются типичные варианты архитектоники сосудов и желчных протоков, а также редкие формы строения, имеющие решающее значение в допущенных практических ошибках при ЛХЭ.

УДК 618.3+616-007.213

### **ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИННОГО РУСЛА ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ПРИ ГЕРПЕТИЧНІЙ ІНФЕКЦІЇ**

*І.Г.Дацун, Г.Б.Матейко, М.А.Лизин*

*Івано-Франківська державна медична академія*

Ушкодження плаценти та її судинного русла герпетичною інфекцією призводить до зриву адаптаційно-приспосувальних механізмів, виникнення та прогресування фетоплацентарної недостатності з розвитком перинатальної захворюваності та смертності. При гістологічному дослідженні плацент у 15 вагітних жінок з герпетичною інфекцією нами виявлені ознаки передчасного старіння на фоні незрілості її структур, ділянки некрозу децидуальної пластинки та морфологічні зміни судинного русла. Спостерігаються повнокров'я і частковий тромбоз у капілярах ворсин, крововиливи у строму та міжворсинковий простір. Мікрогемосудини ворсин утворюють поліморфні за розмірами і формою синусоїди, магистральні судини різко розширені і утворюють судинні конгломерати, які часто розгалужуються на окремі сітки різноманітної форми. В результаті вивчення джерел кровопостачання плаценти нами показана наявність всіх ланок гемомікроциркуляторного русла (ГМЦР) в складових компонентах ворсинчастого хоріона. Кількість капілярів значно коливається залежно від діаметра ворсинки. Окремі капіляри мають дуже широкий просвіт у вигляді лакунарних пазух, які, як правило, розміщені в ділянках епітеліальних пластин хоріона. Просвіт капілярів в таких ворсинах значно звужений і нерівномірний. При цьому визначається мала кількість капілярів, просвіт їх звужений. Збільшена метахромазія в стромі стовбурових і поодиноких кінцевих ворсинок супроводжується масивними відкладеннями фібриноїду. Поряд із склеротично зміненими судинами локально спостерігаються ворсини з явищами компенсаторної гіперплазії капілярів. Виявлені зміни неповноцінної васкуляризації і розвитку хоріального дерева, що свідчать про хронічну плацентарну недостатність. Отже, при герпетичній інфекції спостерігаються морфологічні зміни в оболонках плаценти, які характеризуються порушенням ГМЦР та наявністю деструктивних і компенсаторних процесів, які визначають подальший розвиток плода з

явищами хронічної фетоплацентарної недостатності, хронічною гіпоксією та його гіпотрофією.

УДК 616.43+616-089.87+616-008+637.663

### **МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОКРИННОГО АПАРАТУ ТОНКОЇ КИШКИ ІНТАКТНИХ ЩУРІВ ТА ЇЇ ЗБЕРЕЖЕНИХ ВІДДІЛІВ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ КЛУБОВОЇ КИШКИ**

*І.Г.Дацун, Ю.Л.Попович, О.В.Лазуркевич*

*Івано-Франківська державна медична академія*

В експерименті на білих безпородних статевозрілих щурах-самцях підраховували кількість виявлених методами Грімеліуса і Масона-Гамперля ентероендокринних клітин слизової оболонки дванадцятипалої, порожньої і клубової (КК) кишок, ступінь наповнення їх секреторними гранулами, а також досліджували їх ультраструктурний стан в інтактних тварин, після контрольної лапаротомії та резекції КК. У розподілі аргірофільних і аргентафінних клітин уздовж кишки в інтактних щурів та після лапаротомії зазначається проксимальнодистальний градієнт. Серед аргірофільних клітин переважають аргентафінні. Кількість виявлених ендокринних клітин та ступінь наповнення їх секреторними гранулами після резекції КК в різних відділах збереженої кишки змінюються неоднаково. Зміни мають хвилеподібний характер і супроводжуються порушенням проксимальнодистального градієнта. При зменшенні кількості ендокринних клітин знижується наповнення їх зернистістю. Електронно-мікроскопічно у найпоширеніших Ес-клітинах у разі зменшення їх кількості більшість секреторних гранул пониженої електронної щільності, з неоднорідним матриксом, або майже відсутні. Навпаки, в період збільшення кількості ендокринних клітин збільшується наповнення їх зернистістю, а ультраструктурно частіше виявляються секреторні гранули підвищеної електронної щільності. Отже, зміни кількості ендокринних клітин тонкої кишки та ступінь наповнення їх секреторними гранулами, в основному, зумовлені зміною їх секреторної функції і засвідчують різну участь клітин у процесах, що розвиваються після резекції КК.

УДК 616.65-007.61-089:616.699

### **АНАТОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛОБКОВОЇ ТА ЧЕРЕЗМІХУРОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ**

*В.І.Зайцев<sup>1</sup>, Ю.М.Кудрявцев<sup>2</sup>, І.І.Глюк<sup>1</sup>, І.П.Рудейчук<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Буковинська державна медична академія,

<sup>2</sup>Сумська обласна клінічна лікарня, <sup>3</sup>Комунальна установа №1 м. Чернівці

З метою вивчення анатомічних особливостей передміхурової залози та простатичного відділу уретри досліджено 40 пацієнтів після залобкової

простатектомії (ЗП, перша група); 51 пацієнт після черезміхурової простатектомії (ЧП, друга група). Середній вік пацієнтів першої групи становив 65,9±4,3 років, другої – 64,3±3,6 років. Об'єм передміхурової залози в групі ЗП становив 50,7±11,2 см<sup>3</sup>, у групі ЧП – 47,1±10,1 см<sup>3</sup>. При ЗП вузли видаляли в 88% випадків одним блоком, з пересіченням ножицями уретри біля верхівки, при ЧП вузли в 94% випадків видаляли фрагментовано, тому їх ретельна оцінка була проблематичною. При оцінці макропрепаратів після ЗП сім'яний горбик спостерігали в 22 випадках (54%). Проте при візуальній ревізії вмістища простати під час виконання ЗП в жодному випадку сім'яного горбика не виявлено, простатичний відділ уретри повністю видалявся в усіх випадках. При виконанні ЧП макроскопічна оцінка видалених тканин не дозволяла достеменно стверджувати про видалення сім'яного горбика, проте фрагменти уретри виявлені в усіх препаратах. Отже, при відкритій простатектомії з приводу дегенеративної гіпертрофії простати (ДГП), незалежно від методу операції (ЗП чи ЧП), видаляється простатичний відділ уретри разом з сім'яним горбиком, що пояснює відсутність еякуляції у таких хворих у післяопераційному періоді. Оцінка гістологічних зрізів показала, що в 97% випадків ДГП в тій чи іншій мірі супроводжується явищами запалення. Гістологічно такі зміни проявляються осередками лейкоцитарної інфільтрації, причому вони можливі як у капсулі передміхурової залози, так і в гіперплазованих (аденоматозних) тканинах. Також запальні явища спостерігаються періуретрально та в межах сім'яного горбика.

УДК 616.36-001.28-092.9:57.012.4

### **УЛЬТРАСТРУКТУРА ГЕПАТОЦИТІВ ПІД ВПЛИВОМ МАЛИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОЇ РАДІАЦІЇ**

*В.В.Захлебаєва*

*Сумський державний університет, медичний факультет*

В експерименті на 60 білих щурах-самцях вивчали зміни ультраструктури печінки під впливом малих доз іонізуючого випромінювання (0,1 Гр, 0,2 Гр, 0,3 Гр). Ультраструктура гепатоцитів експериментальних тварин, які отримали загальне опромінення в кількості 0,1 Гр, майже не відрізняється від інтактних. При електронній мікроскопії у цитоплазмі деяких гепатоцитів виявляються вакуолі, збільшена кількість лізосом і рибосом. Ендоплазматична сітка помірно розширена, зменшена щільність матриксу мітохондрій, ущільнений внутрішньоклітинний хроматин. Біологічний ефект від дії радіації у дозі 0,2 Гр і 0,3 Гр більш значний. У багатьох гепатоцитах цитоплазма містить розширену гранулярну ендоплазматичну

сітку, оточену рибосомами, кількість яких зменшена. Набухають ендоплазматичний ретикулум і мітохондрії. Вміст мітохондрій у клітині зменшується. У них нечітко контуруються мембрани, матрикс просвітлений. Комплекс Гольджі гіперплазований, містить велику кількість гранул і вакуолей. Ядра гепатоцитів переважно неправильної форми, хроматин розташований нерівномірно, ближче до ядерних мембран, контури яких нечіткі і нерівні. Спостерігається пікноз ядер у деяких гепатоцитах. Навколо ядер цитоплазма просвітлена. Агранулярна ендоплазматична стінка має розширені каналці та цистерни, в яких накопичується рідина і ліпіди, тобто розвивається ліпоїдна і гідроїчна дистрофія гепатоцитів. У деяких гепатоцитах органели не візуалізуються. Отже, малі дози іонізуючого випромінювання суттєво впливають на ультраструктуру гепатоцитів. Зміни органел залежать від дози радіації.

УДК 611.134.9

### ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЛ-ЛИЗИЕВА КРУГА

*З.А.Зорина, А.П.Бабуч, С.Д.Шевченко*

*Університет медицини і фармації  
ім. Н.Тестеміцану, г. Кишинів (Молдова)*

Изучены индивидуальные формы изменчивости артериального круга (АК) большого мозга, определены параметры передних и задних соединительных и мозговых артерий. Чаще встречается замкнутый (полный) АК и реже разомкнутый (неполный). Замкнутый АК весьма различен. Он может быть в форме девятиугольника (62,5%), восьмиугольника (23%), семиугольника (4%), шестиугольника (0,5%), а также неправильной формы. Неправильная форма определяется в основном особенностями заднего отдела артериального кольца. Встречается значительное увеличение калибра задних соединительных артерий или их резкое истончение с одной или с двух сторон, либо неравномерность просвета на правой и левой стороне. Уменьшение диаметра задней соединительной артерии с одной стороны обычно сопровождается увеличением противоположных артерий. Неполный (открытый) АК обнаруживается в разных его отделах. Изредка (0,4%) встречается полное отсутствие задних соединительных артерий (открытый симметричный АК), при котором отмечаются анастомозы передней ворсинчатой артерий или задней мозговой артерии каротидного происхождения с задними мозговыми артериями из позвоночной артерии или с задними ворсинчатыми артериями. Левая сторона АК развита обычно лучше правой. Может отсутствовать задняя соединительная артерия только с одной стороны (открытый асимметричный АК), в результате чего задняя мозговая артерия является ветвью внутренней сонной арте-

рии. Очень редко передние мозговые артерии отсутствуют. Знание индивидуальных особенностей строения АК большого мозга имеет важное значение для нейрохирургической клиники. Оно даёт возможность объяснить, в ряде случаев, патогенез нарушения мозгового кровообращения, имеет значение для ангиографической диагностики заболеваний центральной нервной системы и для оценки возможностей коллатерального мозгового кровообращения.

УДК 591.442+591.433

### МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФОЇДНИХ СТРУКТУР ШЛУНКА СТАТЕВО-ЗРІЛИХ БІЛИХ ЩУРІВ

*І.Г.Калинюк*

*Ужгородський національний університет,  
медичний факультет*

В експерименті на 10 білих статевозрілих щурах-самцях досліджено цитоархітекtonіку лімфоїдних структур слизової оболонки різних відділів шлунка (Ш). На гістологічних зрізах, забарвлених азур-П-еозином, під світловим мікроскопом при збільшенні  $\times 1050$  на площі  $625 \text{ мкм}^2$  морфометричним методом С.Б.Стефанова рахували щільність малих, середніх і великих лімфоцитів, макрофагоцитів і плазмоцитів у лімфоїдних структурах слизової оболонки кардіальної і воротарної частин тіла Ш. Лімфоїдні утворення слизової оболонки Ш білих щурів представлені дифузною лімфоїдною тканиною, лімфоїдними передвузликами та вузликами, які розташовані у власній пластинці слизової оболонки. Найбільше лімфоїдних вузликів і передвузликів знаходиться між м'язовою пластинкою слизової оболонки і дном залоз, а найменше їх – між шлунковими залозами. Перша лінія захисту утворюється дифузною лімфоїдною тканиною, представлена малими, середніми і великими лімфоцитами, а також плазмоцитами, які утворюють ланцюжки імунокомпетентних клітин, розташованих по 2-3 і більше рядів, орієнтованих у різних напрямках. Лімфоїдні вузлики і передвузлики овальної або круглої форми, їх щільність і розміри зростають у напрямку від кардіальної частини Ш до воротаря. Вони, в основному, складаються з малих лімфоцитів, щільність яких у кардіальній частині становить  $9,9 \pm 0,8$ , а у воротарній –  $14,2 \pm 0,9$ , причому щільність "темних" форм лімфоцитів більша ніж "світлих". У воротарній частині Ш щурів найбільша щільність плазмоцитів і макрофагоцитів.

УДК 611.018.4:612.015.3

### УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ ЗАГАЛЬНІЙ ДЕГІДРАТАЦІЇ

*В.І.Каваре, Л.І.Кіптенко*

*Сумський державний університет, медичний факультет*

Експеримент проведено на 48 білих лабораторних щурах-самцях 3-місячного віку масою 150-200 г. Тваринам моделювали загальну дегідратацію тяжкого, середнього та легкого ступенів. Зубним диском робили дефект у середній третині діяфіза стегнової кістки глибиною 2 мм. Через місяць тварин виводили з експерименту способом декапітації. Вивчали ультраструктурну будову регенерату травмованої кістки. При дослідженні тварин першої групи (легкий ступінь дегідратації) на електроннограмах спостерігається вакуолізований ендоплазматичний ретикулум, іноді його мембрани фрагментовані. Комплекс Гольджі в остеобластах частково редукований і оточений у вигляді окремих мембран великими електроннопрозорими вакуолями. У міжклітинній речовині виявляються осміофільні включення. Матрикс ядра помірно просвітлений. Зовнішні мембрани мітохондрій розпушені. У наступній групі тварин (середній ступінь дегідратації) відбувається надмірне набухання мітохондрій з порушенням зовнішніх мембран, матрикс їх електроннопрозорий. Ядра пікнотичні, матрикс їх має низьку електронну густину. Гранулярний ендоплазматичний ретикулум різко вакуолізований, його мембрани фрагментовані. При тяжкому ступені дегідратації в остеобластах спостерігаються не тільки дистрофічні, але й вогнищево-деструктивні зміни внутрішньоклітинних органел, що засвідчує зниження активності процесів внутрішньоклітинної регенерації і процесів синтезу колагену. Отже, при загальній дегідратації відбувається затримка репаративного остеогенезу кісток внаслідок порушення морфологічної організації клітин.

УДК 611.36

### **МИКРОМОРФОЛОГИЯ НЕРВНО-СОСУДИСТОГО АППАРАТА ГЕПАТОЛИГАМЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА**

*И.М.Катеренюк*

*Университет медицины и фармации  
им. Н.Тестемичану, г. Кишинёв (Молдова)*

Исследование является попыткой дополнить, расширить и углубить имеющиеся на современном этапе данные о микроморфологии нервно-сосудистого аппарата (НСА) гепатолигаментарного комплекса (ГЛК). Нейрогистологическими методами установлены особенности строения, топографии и взаимоотношений компонентов НСА ГЛК, миелоархитектоники и природы нервов печени и её связок, дана сравнительная характеристика ганглиозных клеток различной специализации из состава пара- и превертебральных с компонентами около- и внутриорганных узлов. Нервный аппарат ГЛК включает одиночные нервные волокна, пучки и стволы различного диаметра, солитар-

ные нервные клетки и их скопления различных форм и размеров, интра-, пери-, параорганные и поливалентные нервные сплетения и разнообразные формы рецепторов, являющиеся биологическим монитором афферентных чувствительных путей. Наиболее насыщены нервными структурами гилосные и прегилосные участки соединительнотканых структур печени и клетчаточные пространства переходных гепатолигаментарных зон серозной оболочки. Зоны с максимальной степенью насыщенности нервно-сосудистыми элементами различной морфофункциональной специализации в определённых участках ГЛК рассматриваются нами как рефлексогенные зоны, периферические (местные) нервные центры, регулирующие и компенсирующие функции печени. Они могут служить пусковыми механизмами висцеровисцеральных рефлексов, обеспечивая возможность замыкания местных рефлекторных дуг при пересадке органа и других радикальных хирургических вмешательствах. Наличие по ходу основных и дополнительных источников иннервации (вне- и внутривольно) нервноклеточных образований свидетельствует об их миграции в эмбриогенезе, обеспечивая многоступенчатость в иннервации структур ГЛК. Тесные взаимоотношения между функционально различными сосудами и нервами ГЛК способствуют более надёжной интеграции деятельности различных его компонентов.

УДК 611.018

### **МОРФОМЕТРИЧНА ТОПОГРАФІЯ ТА ГІСТОТОПОГРАФІЯ СЕЧОВОДА**

*М.М.Кернесюк*

*Уральська державна медична академія, НДІ  
“Фтизіопульмонологія”, м. Єкатеринбург (Росія)*

Вивчення морфометричної топографії (скелето- та синтопії) черевної частини сечовода (С) за спеціальною програмою проведено у 74 померлих дітей і 42 померлих дорослих людей. На 10 органокomплексах (20 сечоводів) досліджено гістотопографію миско-сечовідного сполучення, поперекового та клубового відділів органа способом мікродисекції з диференційним пофарбуванням сполучної та м'язової тканин. Із 15 органокomплексів (30 сечоводів) виготовлені гістотопографічні зрізи, пофарбовані за методом ван Гізона і на еластичні волокна. Проведений аналіз м'язо-сполучнотканинного співвідношення в різних відділах С. Встановлено, що приріст довжини та зміна показників скелето- та синтопії відділів С в різних періодах дитячого віку і гетеротопічні, і гетерохронічні. Найбільш стабільними виявилися довжина і діаметр миско-сечовідного відділу: до періоду другого дитинства вони збільшуються в порівнянні з раннім

дитинством на 8-10%, а у дорослих – на 35-50%. Довжина поперекового відділу С до періоду першого дитинства в порівнянні з грудним збільшується на 45-60%, а в дорослих – на 130%. У клубовому відділі названі розміри інтенсивно змінюються до 1-4 років, в другому дитинстві в порівнянні з раннім – на 150-250%, у дорослих – на 600-800%. Як видно, орган з віком збільшується в основному в поперековому та клубовому відділах, а його верхнє та середнє анатомічні та верхнє проміжнє звуження в розмірах змінюються мало. М'язо-сполучнотканинні утворення в структурованому С такі: м'язові волокна (об'єднані ендомізієм міоцити), перимізій (пучка волокниста сполучна тканина поміж м'язовими волокнами), внутрішні та зовнішні поздовжні, циркулярні міофасцикули в кожному з відділів, м'язо-сполучнотканинні центри на межі відділів (у звуженнях), м'язо-фасціальний футляр миско-сечовідного сполучення, періуретеральна фасція, з якими з'єднані міофасцикули.

УДК 611.96-055.23/477.85

### **ДИНАМІКА ФОРМУВАННЯ РОЗМІРІВ ТАЗА У ДІВЧАТ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Н.І.Ковтюк**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Нами обстежено 90 дівчат шкільного віку (9-17 років) Чернівецької області. Перша група – 47 дівчат, що проживають у гірському регіоні Чернівецької області (с.м.т. Путила). Друга група – 43 дівчини, які проживають на рівнинній місцевості (м. Чернівці). Групи за віком зіставимі. Проводили антропометричне дослідження, яке включало оцінку фізичного, статевого та кісткового розвитку. Для визначення динаміки формування розмірів таза визначали зовнішні розміри (прямий і три поперечні), індекс Соловйова. Визначали коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона та середні величини за загальноприйнятим рівнем вірогідності ( $p < 0,05$ ). Анатомічно вузький таз виявлено у 4,7 % дівчат рівнинної місцевості. Даний показник вищий у жительок гірської місцевості – 8,7 %. Вікові зміни розміру таза у дівчат гірської місцевості можна охарактеризувати як рівномірно проградієнтний розвиток. У той же час дівчатам рівнинної місцевості властивий певний “спурт”, який відображає загальну динаміку фізичного розвитку. Цінною є динаміка зміни показника обводу променево-зап'ясткового суглоба у дівчат. Нами зазначено два періоди прискороного росту кісток у товщину: для дівчат рівнинної місцевості 9 та 12 років, гірської – 9 та 15 років. Отримані дані вказують на необхідність більш поглибленого вивчення формуван-

ня кісткової зрілості в процесі становлення репродуктивної функції у дівчат шкільного віку.

УДК 616.373-06

### **НАСЛІДКИ ПІДВИЩЕНОГО ТИСКУ В ПРОТОКАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Г.Я.Костюк, В.І.Піоторак, П.М.Гуцько,  
А.В.Фуїков**

*Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І.Пирогова*

Ми не знайшли відповіді на низку питань, пов'язаних з внутрішньопротоковою гіпертензією, що виникає в підшлунковій залозі (ПЗ) в перші хвилини дії підвищеного тиску. Нами проведені досліди на 15 собаках. Оперативні втручання проводили під внутрішньоплевральним тіопенталовим наркозом. У протоки ПЗ 10 собакам вводили контраст (метилєновий синій) під тиском: препарат ПЗ розташовували на вологому аркуші білого паперу. За допомогою апарата Боброва грушою подавали синій розчин у відвідну трубку і катетер, виключаючи попадання повітря в протоку. Поліхлорвініловий катетер з отворами вводили в протоку ПЗ і фіксували за допомогою лігатури до її стінки. Після повільного підвищення тиску в системі проток ПЗ відмічали, при якому тиску, на якій поверхні ПЗ і в якому її відділі скоріше з'являться сині плями під капсулою залози. Перші сині плями з'являються частіше в межах 2,5-3,9 кПа при початковому тиску 1,8 кПа. Сині плями з'являлися в основному в периферичних ділянках ПЗ. Аналогічні дані отримані у 5 собак при введенні в протоку ПЗ рентгенконтрасту. Зазначено пошкодження більш поверхневих тканин. Отже, підвищений тиск у протоці ПЗ призводить до пошкодження її периферичних тканин в основному дистальних відділів органа.

УДК 612.35.428:16

### **ЛІМФОЇДНІ СТРУКТУРИ ПЕЧІНКИ ПРИ ДЕЯКИХ ЇЇ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ**

**М.Ю.Кочмарь, А.С.Головацький, Я.І.Федонюк**

*Ужгородський національний університет,  
медичний факультет; Тернопільська державна  
медична академія ім. І.Я.Горбачевського*

Розвиток патологічних процесів печінки (П) зумовлений не тільки деструктивними змінами її паренхіми і кровоносних судин, але й динамічною недостатністю лімфатичної системи. Однією з найважливіших властивостей лімфатичної системи П є здійснення дренажу органа і транспортування по лімфатичних судинах мікробних токсинів та метаболітів із патологічних вогнищ у регіонарні та колекторні вузли (В.М.Буянов, А.А.Алексєєв, 2002). Для дослідження використано фрагменти П та печінкові лімфатичні

вузли трупів. На гістологічних препаратах морфологічним методом вивчено характер скупчення лімфоїдних утворень та їх клітинний склад, форму, відносні площі структурних компонентів лімфатичних вузлів П. Встановлено, що лімфоїдні елементи П представлені поодинокими дифузно розташованими, в основному, малими лімфоцитами та їх групами по 3-4 клітини, а також печінковими макрофагами навколо розгалужень дрібних судин ворітної вени та по ходу жовчних проток. Відтік лімфи здійснюється у 3-4 регіонарні лімфатичні вузли, розташовані у воротах П між стовбурами ворітної вени, власної печінкової артерії та спільною печінковою протокою. Структурні зміни лімфатичних вузлів П характеризуються збільшенням відносних площ мозкової речовини, мозкових тяжів, що зменшує кірково-мозковий індекс, а також слабко вираженою паракортикальною зоною. Серед клітин лімфоїдних вузликів переважають малі лімфоцити.

УДК 616.12

### **РЕНТГЕНОАНАТОМІЯ СЕРЦЯ ТА ВЕЛИКИХ СУДИН ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ**

*С.Ю.Кравчук, Г.К.Бутвін, В.М.Печенюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Обстежено 67 жінок та чоловіків літнього віку (61-74 років) з клінічно відсутньою серцево-судинною та легеневою патологією. За допомогою рентгенографії у передній прямій, правій та лівій косих, лівій бічній проєкціях з контрастуванням стравоходу вивчали положення, розміри, форму серця та великих судин. На рентгенограмах у передній прямій проєкції у переважній більшості обстежених виявляється аортальна форма серця, збільшення поперечного розміру серця за рахунок лівого шлуночка; верхівка серця заокруглена і піднята. Кут нахилу серця між його поздовжньою віссю і горизонтальною лінією дорівнює 42-43°, тобто наближується до горизонтального. Серцево-легеневий коефіцієнт збільшений до 55-58%. Серцево-діафрагмові кути наближені до прямих. У лівій косій і бічній проєкціях спостерігається широке прилягання лівого шлуночка до діафрагми. Діаметр аорти становить в середньому 3,0-3,5 см. В окремих випадках спостерігається розширення аорти до 4,0-4,5 см, що супроводжується деяким зміщення трахеї і стравоходу вправо. У передній прямій проєкції висхідна частина аорти утворює у верхньому відділі контури серцево-судинної тіні, дуга аорти може досягати рівня лівого груднинно-ключичного суглоба. Спостерігається посилення інтенсивності контура аорти, що пояснюється склерозуванням її стінки, над дугою аорти простежується контур початкового відділу плечоголового стовбура. В окремих випадках виявляються невеликі дугоподібні звапнення вздовж кон-

тура дуги аорти. Отже, виявлені рентгенологічні зміни аорти без клінічних даних необхідно розцінювати як патологію – атеросклероз аорти.

УДК 616.348-002/002.44-06

### **СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ВИРАЗКОВОМУ КОЛІТІ**

*Р.Я.Красний*

*Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького*

Ін'єкцією внутрішньостінкових судин 0,2% розчином азотнокислого срібла методом Ранв'є досліджено 10 препаратів дистального відділу товстої кишки, видалених під час операції з приводу виразкового коліту. Основну увагу приділяли вивченню структурної організації мікросудинного русла в місцях виразок, прилеглих і віддалених ділянках слизової оболонки. Виявлено, що структурна організація мікροциркуляторного русла дистального відділу товстої кишки зазнає суттєвих змін, в основному в прилеглих до виразок ділянках слизової оболонки. Вони охоплюють усі ділянки структурно-функціональних комплексів (артеріола, прекапіляр, капіляр, посткапіляр, венула), однак стосуються головним чином їх капілярної сітки і венозної частини. У прилеглий до виразки ділянці спостерігається нерівномірність капілярної сітки, значне збільшення кількості капілярів, зміна діаметра капілярів, товщини стінки і кількості капілярів на одиницю площі. Діаметр капілярів коливається від 4 до 14 мкм і в середньому становить 9,8 мкм, що на 22,5% більше норми ( $P < 0,001$ ). Капілярна сітка в ділянці виразок переважно деформована, неправильної форми, кількість капілярів різко зменшена, спостерігається значна кількість безкапілярних ділянок. Капіляри різко деформовані, змін зазнає сама стінка капілярів, вона нерівномірно потовщена, діаметром від 5 до 15 мкм і в середньому становить 9,9 мкм. У віддалених від виразок ділянках змін не виявлено, але спостерігаються відхилення в діаметрах як капілярів, так і венозної частини функціональних комплексів.

УДК 611.714

### **ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ТА РОЗМІРІВ ПАЗУХ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНКИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ**

*О.В.Круцяк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Дослідження проведене на 50 препаратах твердої оболонки головного мозку трупів людей різного віку та статі. Використані сучасні методи дослідження: ін'єкція судин, виготовлення корозійних препаратів, комп'ю-

терно-графічне моделювання. Встановлено, що довжина верхньої стрілоподібної пазухи в доліхоцефалів становить 14,0-26,0 см, у мезоцефалів – 13,2-23,5 см, у брахіцефалів – 12,5-22,0 см. Ліва і права поперечні пазухи мають довжину 5,8-7,5 см: у доліхоцефалів – 6,5-7,5 см, у мезоцефалів – 6,2-7,3 см і брахіцефалів – 5,8-6,5 см. Довжина потиличної пазухи у дорослих людей досягає 1,5-2,5 см і завжди переважає у доліхоцефалів. Висота стоку пазух має індивідуальний діапазон від 1,0 до 2,2 см з деяким зменшенням у людей з брахіцефалічною формою голови. Ширина верхньої стрілоподібної пазухи знаходиться у межах від 0,9 до 1,5 см і збільшується у кінцевій частині, ширина стоку пазух досягає 1,2-1,7 см. Найменшу ширину має задня стінка потиличної пазухи (0,5-0,8 см). Ширина пазушних стінок має тенденцію до збільшення у брахіцефалів.

УДК 611.714/716:575.2

### **МІНЛИВІСТЬ ВИПУСКНИХ КАНАЛІВ ЧЕРЕПА ЛЮДИНИ**

*П.В.Кульбаба*

*Кримський державний медичний університет  
ім. С.І.Георгієвського*

Мета дослідження – вивчити індивідуальну мінливість випускних вен та каналів черепа людини. Матеріалом для дослідження послужили 46 плодів людини обох статей, 30 черепів дорослих. Основними методами були: морфометрія, ін'єкція, виготовлення корозійних препаратів. Встановлено, що випускні вени розташовані у кісткових каналах, які здебільшого мають отвори на обох поверхнях черепних кісток. Для деяких випускників у дорослих не характерний наскрізний хід, у таких випадках спостерігається однібочне сполучання вен губчастої речовини з поза- або внутрішньочерепною венозною сіткою. У цілому венозним випускникам властивий широкий діапазон розмірів, кількості та розташування. Для всіх випускників характерна асиметрія: у 60-75% випадків розміри отворів справа переважають. Розміри та кількість соскоподібних отворів мають достатньо щільний зв'язок з розмірами борозен пазух твердої оболонки та яремного отвору. Кількість і ступінь розвитку випускних каналів та отворів черепа у пре- та постнатальному періодах розвитку різні. На нашу думку, у дорослих функціональна роль випускних вен знижується: з віком часто облітерується лобовий випускник, у більшості випадків – потиличний; зменшуються відносні розміри решти випускників.

УДК 811-018

### **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ХРОМАФІННИХ КЛІТИН НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ПРИ АЕРОБНОМУ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ**

*В.А.Левицький, Б.М.Мицкан, С.Л.Попель,  
І.В.Левицький, О.Т.Білоус, Т.М.Власюк*

*Івано-Франківська державна медична академія*

Відомо, що клітини мозкової речовини надниркових залоз досить чутливі до дії екстремальних факторів. Але питання щодо їх морфологічних змін при фізичному навантаженні розроблені недостатньо. Метою дослідження було вивчення ультраструктурної організації хромафінних клітин надниркових залоз (ХКНЗ) за умов субмаксимального аеробного навантаження. За характером фізичне навантаження становило до 85% від рівня індексу максимального поглинання кисню. Наші спостереження показали, що ХКНЗ в умовах субмаксимального навантаження мають індивідуальні морфологічні характеристики, які проявляються різним коефіцієнтом форми та різноманітною структурою цитоплазми. Ця різниця стосується, в основному, специфічної зернистості. Кількість гранул коливается в значному діапазоні і залежить від тривалості експерименту. Так, у ранні терміни експерименту в одних клітинах визначається щільний цитоплазматичний матрикс, в інших він електронно-світлий, майже безструктурний. Кількість гранул катехоламінів не корелює із ступенем щільності розташування внутрішньоклітинних органел у цитоплазмі. Розподіл гранул і їх структура навіть у межах однієї клітини можуть бути неоднорідними. Через 15-30 діб якісні та кількісні характеристики гранулярного компоненту ХКНЗ стабілізуються. Отже, в перші 7 діб спостерігається виражений поліморфізм ХКНЗ і нерівномірність розподілу клітинних органел та гранул, що вказує на нераціональний тип адаптаційної реакції після розвитку стресу. Стабілізація гранулярного компоненту ХКНЗ у пізні терміни є свідченням розвитку адаптаційної реакції.

УДК 611.623

### **МИСКО-СЕЧОВІДНИЙ СЕГМЕНТ ЯК ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ**

*С.О.Лісничок*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У структурі урологічної допомоги пильну увагу приділяють пієлоуретеральному сегменту, якому серед елементів ексреторного апарату нирки належить особливе місце. Він здійснює евакуацію сечі з миски завдяки присмоктувальному механізму сечовода, а також є важливою пусковою ритмогенною ділянкою, яку називають проксимальним цистоїдом. У проміжках між цистоїдами розташовуються так звані фізіологічні сфінктери, де у стінках сечовода характерна наявність каверноподібних утворень. Наповнення їх кров'ю на зразок гідравлічних замкачів сприяє закриванню просвіту органа. На думку багатьох дослідників (М.П.Бурьх, 1990; Т.В.Красовская и др., 2002; В.В.Ростовская и др., 2003),

пієлоуретеральний сегмент не має чітких меж. Він складається з пієлоуретерального сполучення разом з мисковою стінкою та початковим відділом сечовода, має довжину 1,5-2,0 см, причому його калібр різко зменшується (на 85%) поза воротами нирки (А.И.Цуканов и др., 1996). Перехід ниркової миски в сечовід важко розрізнити й гістологічно у зв'язку з відсутністю спільних м'язових груп, що виконують роль сфінктера. Патологічні зміни цього відділу сечових шляхів призводять до уродинамічних розладів, розширення чашечко-мискової системи нирки з наступним розвитком пієлоектазії, гідронефрозу, пієлонефриту, нефролітіазу, вазоренальної гіпертензії тощо. Рання діагностика уродинамічних розладів за допомогою УЗД, фармакоехографії, діуретичної сонографії, радіоізотопної ренографії визначає вибір оптимального методу оперативного лікування та подальше прогнозування. Тлумачення результатів обстежень, обсяг малоінвазивних оперативних втручань, а також фрагментарність анатомічного дослідження спонукають до подальшого уточнення будови і становлення топографії пієлоуретерального сегмента в динаміці.

УДК 611.21+611.216]013

### **ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ**

*Б.Г.Макар, Л.Я.Лопушняк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Морфологічними методами досліджено 20 біологічних об'єктів людини. Встановлено, що верхньощелепна пазуха в новонароджених знаходиться латерально від основи нижньої носової раковини або трохи вище від неї. Нижня стінка пазухи розташована на 4,0-5,0 мм вище твердого піднебіння. Її вертикальний розмір дорівнює  $3,0\pm 0,05$  мм, поперечний –  $2,0\pm 0,05$  мм, передньозадній –  $10,0\pm 0,06$  мм. Від нижнього і середнього носових ходів вона розташована на відстані  $2,5\pm 0,13$  мм, а від нижньої стінки очної ямки – на  $2,0\pm 0,13$  мм. Верхня (очноямкова) стінка відмежована від очної ямки хрящовою тканиною завтовшки  $1,2\pm 0,05$  мм. Бічна стінка пазухи закінчується на рівні підочноямкового каналу. Досить вузькою є нижня стінка. Шар кісткової тканини товщиною  $1,8\pm 0,05$  мм відмежовує її від зубних комірок. Медіальна стінка відповідає середньому носовому ходу і являє собою дуплікатуру слизової оболонки. Передній край медіальної стінки досягає заднього краю носо-сльозового каналу. Передня стінка досить коротка. Товщина кісткової тканини дорівнює  $8,5\pm 0,13$  мм. Добре виражені решітчасті комірки, кількістю 4-8. Вони мають овальну форму та різні розміри. Найбільша з них досягає  $2,2\times 1,6$  мм, а найменша –  $1,6\times 1,0$  мм. Всі комірки вистелені сли-

зовою оболонкою, в якій виявляються кровоносні судини і слизові залози. Лобові пазухи являють собою випини слизової оболонки бічної стінки носової порожнини, які розташовуються біля переднього краю півмісяцевого розтвору. Клиноподібна пазуха має овальну форму, вертикальний її розмір –  $2,2\pm 0,03$  мм, поперечний –  $0,8\pm 0,04$  мм і передньозадній –  $4,4\pm 0,13$  мм.

УДК 611:616-007.246

### **ОБ АСИММЕТРИИ СИНУСНОГО СТОКА ЧЕЛОВЕКА**

*О.В.Маркович*

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского*

Цель исследования – выяснить степень асимметрии синусного стока (СС) человека и, соответственно, путей венозного оттока от головного мозга. Материалом для исследования послужили 12 коррозионных препаратов синусов твердой мозговой оболочки (ТМО) взрослых людей и 55 препаратов венозной системы головы плодов. Основные методы исследования: инъекция, коррозия, морфометрия, математический анализ. Выявлены основные особенности строения и закономерности формирования СС в онтогенезе человека. По нашим данным, уже в пренатальном периоде развития наблюдается преобладание несимметричных форм СС ТМО. При этом характерны более крупные размеры правого поперечного синуса и преимущественный переход верхнего сагиттального синуса в соответственно больший поперечный. Затылочный синус у плодов чаще вливается в правый поперечный, при этом обращают на себя внимание значительные размеры затылочного синуса, чего не наблюдается на препаратах взрослых. Часто несимметрично также впадение прямого синуса в СС или в один из поперечных. В дальнейших исследованиях будут изучены возрастные аспекты асимметрии синусного стока.

УДК 611.137.013:616-089-019

### **ВАРИАНТНАЯ ТОПОГРАФИЯ ЯГОДИЧНЫХ АРТЕРИЙ, ЗНАЧИМАЯ ПРИ РАНЕНИИ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ**

*Н.А.Мамедалиев, А.Б.Зарицкий, Т.В.Семенова,  
И.В.Жук, Л.Н.Яковлева*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

Повреждения яголичных сосудов встречается довольно редко. Редкость патологии обуславливает отсутствие внимания хирургов к тактике лечения пострадавших. Исследования проведены на 42 фиксированных и 58 нефиксированных трупах людей обоего



пола. При исследовании топографии верхней ягодичной артерии (ВЯА) выяснилось, что в 100 случаях она выходила из полости малого таза через надгрушевидное отверстие диаметром от 2,5 до 4 мм, в среднем – 3,6 мм. В 62 случаях она выходила из малого таза единым стволом, формируя глубокую и поверхностную ветви. В 31 случае из надгрушевидного отверстия появлялись ее ветви. В 7 случаях из малого таза выходили ее множественные ветви – рассыпной тип деления магистрального сосуда. Поверхностная ветвь ВЯА имела выраженные анастомозы: в 72 случаях – с поверхностной артерией, огибающей подвздошную кость, в 65 случаях – с нижней ягодичной артерией (НЯА). Ее диаметр колебался от 1,5 до 2,2 мм (в среднем – 1,9 мм.). Глубокая ветвь ВЯА имела диаметр от 2,2 до 2,8 мм (в среднем – 2,6 мм) и имела магистральный тип деления в 33 случаях, в 67 случаях рассыпалась на большое количество ветвей, обильно анастомозировавших с НЯА, глубокой артерией, огибающей подвздошную кость и своей поверхностной ветвью НЯА выходила из малого таза в 100% случаев из подгрушевидного отверстия. Ее диаметр колебался от 2,5 до 3,0 мм (в среднем – 2,7 мм) НЯА в 98 случаях имела выраженные анастомозы с глубокой ветвью и в 65 – с поверхностной ветвью ВЯА. В 78 случаях она имела выраженные анастомозы с запирательной артерией, в 72 – с мадиальной и латеральной, огибающими бедренную кость артериями, в 26 случаях – с внутренней половой.

УДК 611.135.1.013

### **ОСОБЛИВОСТІ ТОПОГРАФІЇ МІЖРЕБЕРНОГО СУДИННО-НЕРВОВОГО ПУЧКА У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ**

**Ф.Д.Марчук**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

На рівні основ поперечних відростків грудних хребців як задні міжреберні артерії (МА), так і вени (МВ) розміщуються позаду симпатичного стовбура, після чого вони занурюються глибше в міжреберні проміжки. Поблизу грудного відділу хребта задні МА вкриті внутрішньогрудною фасцією та пристінковою плеврою. Слід зазначити, що у плодів людини складові міжреберного судинно-нервового пучка (СНП) розміщуються у такому порядку: нерв – спереду і знизу, задня МА – позаду нерва, а вена – позаду і вище артерії. Всі складові елементи міжреберного СНП розміщуються між зовнішніми і внутрішніми міжреберними м'язами. Задні МВ анастомозують з передніми переважно на рівні передньої пахвової лінії. Задні праві МВ, починаючи з п'ятої, впадають безпосередньо в непарну вену.

Верхні чотири МВ утворюють спільний венозний стовбур, який впадає у непарну вену. Задні ліві верхні МВ впадають безпосередньо у напівнепарну вену. Нижні задні МВ як справа, так і зліва за діаметром переважають верхні МВ.

УДК 611.314

### **ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ КРОНОК РЕЗЦОВ ЧЕЛОВЕКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛИЦЕВОГО УГЛА**

**А.С.Масловский**

*Харьковский государственный медицинский университет*

Изучение индивидуальной анатомической изменчивости коронок резцов человека имеет большое практическое значение с точки зрения эстетики и функциональных особенностей этих зубов. Мы проследили связь между отдельными параметрами зубов и лицевым углом. С этой целью изучено 52 гипсовых модели зубов людей различного пола одной возрастной группы (18-20 лет), на которых измеряли ширину коронки зуба на режущем крае и у шейки, медиальную и латеральную высоту коронки, форму бугорков на язычной поверхности, а также дистальный и медиальный углы всех восьми передних зубов. Всего изучено 416 зубов. Из изученных параметров мы выбрали для сравнительной характеристики наиболее вариабельный – ширина второго нижнего резца на режущем крае (коэффициент вариабельности – 45). Лицевой угол определяли по общепризнанной антропологической методике. На нашем материале оказалось 65 % ортогнатических лиц, 25 % мезогнатических и 10 % прогнатических. В отличие от наших предыдущих сообщений, этот материал позволил выявить определенную тенденцию зависимости этого параметра от лицевого угла – по мере его увеличения ширина увеличивается от 5,1 до 5,3 мм.

УДК 611.817.1

### **НЕКОТОРЫЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИ РАЗНЫХ ОТДЕЛОВ КОРЫ МОЗЖЕЧКА**

**С.Ю.Масловский, А.Ю.Степаненко**

*Харьковский государственный медицинский университет*

Мозжечок (М) – центральный орган равновесия, координации движений и регуляции мышечного тонуса. М участвует в высших интегративных процессах, обеспечивающих восприятие внимания, долгосрочной памяти, речевой и когнитивной деятельности в целом. В его коре выделяют три филогенетически разных отдела: древний М или архиперебеллум, старый или палеоцеребеллум и

новый – неocerebellum. Они различаются характером связей с другими структурами мозга и функциональной специализацией. Задачей исследования было изучение особенностей распределения клеток Пуркинье и капилляров в филогенетически разных областях коры червя М крысы. Установлено, что линейная плотность клеток Пуркинье в архиецереbellуме в 1,25 раза больше, чем в нео- и палеоцереbellуме. При этом линейная плотность в верхнем палеоцереbellуме в 1,1 раза меньше, а в нижнем – в 1,1 выше, чем в неocerebellуме. Прослеживается тенденция к увеличению линейной плотности нейронов Пуркинье от дольки I к долке X. Прослеживается подобная тенденция в распределении сосудов в гранулярном слое коры М, в результате во всех долях значение капиллярного индекса равно 1,0 – в среднем на одну клетку Пуркинье приходится один капилляр. В неocerebellуме чаще, чем в других отделах коры, один капилляр может обеспечивать два нейрона. Из-за этой особенности расположения капилляров по отношению к нейронам коэффициент васкуляризации в неocerebellуме в 1,4 раза выше, чем в палео- и архиецереbellуме.

УДК 611.842-076.1-08

### **ПРО РАЦІОНАЛЬНУ МЕТОДИКУ ІН'ЄКЦІЇ СУДИННОГО РУСЛА ОКА ЩУРА**

*Л.Р.Матешук-Вацеба, Х.А.Кирик*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

В експерименті на 15 щурах вивчена можливість застосування для ін'єкції судинного русла очного яблука казеїнової олійної газової сажі “Темпера”. Запропонована нами ін'єкційна маса є водною суспензією казеїно-олійної газової сажі “Темпера” – художньої фарби чорного кольору. Після розведення водою (у пропорції 1/2 тубика на 50 мл води) вона стає рідкою і легко заповнює найдрібніші судини ока. Ін'єкційна маса вводиться шприцом, з'єднаним через гумову насадку зі скляною канюлею, яка встановлюється у грудний відділ аорти. Аорту перев'язують над канюлею шовковою лігатурою. Частіше 10 мл маси достатньо для повного завершення ін'єкції судин очного яблука. Показником повноцінної ін'єкції судинного русла ока є контрастування судин лімба. Виготовлення препаратів очей щура проводиться через добу після ін'єкції. Дана методика дозволяє заповнити не тільки великі судини очного яблука, але й крайову петлясту сітку рогівки, капілярну петлясту сітку знічного краю райдужки, хоріокапіляри, вени. Дана методика ін'єкції раціональна, технічно проста, дозволяє уникнути використання високовартісних препаратів і отримати за-

довільні результати, тому може успішно застосовуватися при експериментально-морфологічних дослідженнях.

УДК 611.447:572.512:616-053.7(477.8)

### **КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ЗВ'ЯЗОК ОБ'ЄМУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ПРИКАРПАТТЯ**

*О.М.Мота, У.М.Галюк*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Нами проведено комплексне дослідження 149 корінних мешканців Прикарпаття віком від 16 до 21 року. Антропометричне дослідження включало визначення ваги, зросту, довжини тулуба, ширини плечей, периметру шиї та площі поверхні тіла. Ультразвукове дослідження щитоподібної залози (ЩЗ) проводили за допомогою сонографа “SIEMENS” на базі Львівської міської клінічної лікарні № 8. Отримані дані обробляли способами математичної статистики з використанням кореляційного аналізу. Проведений кореляційний аналіз свідчить, що об'єм ЩЗ найбільш тісно корелює з вагою і площею поверхні тіла. Сильний прямий статистично вірогідний зв'язок між об'ємом ЩЗ і вказаними параметрами виявили в чоловіків з мезоморфним та брахіморфним типами будови тіла і в осіб жіночої статі з мезоморфним типом будови тіла. В осіб інших конституційних типів будови тіла кореляційний зв'язок між даними параметрами є середнім. У осіб обох статей всіх конституційних типів будови кореляційний зв'язок між об'ємом ЩЗ і зростом також середній. Несуттєвий кореляційний зв'язок між об'ємом ЩЗ і периметром шиї: у чоловіків та жінок з доліхоморфним типом будови тіла – слабкий, у осіб інших конституційних типів – середній. Отже, незалежно від статі і конституційних особливостей існує прямий кореляційний зв'язок між об'ємом ЩЗ і вагою, зростом, площею поверхні тіла, периметром шиї. Проте ступінь кореляції різний.

УДК 611.61

### **К ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ**

*О.Мочалов, Н.Фрунташ, Б.Топор, О.Беденкова*

*Університет медицини и фармации им. Н.Тестемичану, г. Кишинёв (Молдова)*

Цель исследования – сравнительное изучение архитектоники кровеносных сосудов почек человека и некоторых экспериментальных животных (крыса, кролик, собака) с учётом их индивидуальной изменчивости. Методами анатомической препаровки, инъекции сосудов полихромной массой и коррозии изучали истоки происхождения главных

и добавочных артерий почек, их ход, строение и интраорганное расположение. Параллельно изучались венозное русло почек, включая топографию их магистральных вен, места вливания и архитектонику лоханочно-чашечной системы. Всего изучено 300 почек от трупов людей различного возраста и 120 почек от экспериментальных животных (по 40 почек от крыс, кроликов и собак). Установлено, что строение сосудов почек, как и лоханочно-чашечной системы, отличается индивидуальной изменчивостью, особенно у человека. В отличие от животных, у человека множественные почечные сосуды, в частности добавочные и перфорирующие артерии, обнаруживаются чаще. Так, при изучении 300 почек частота обнаружения перфорирующих артерий составила 10,9%, в том числе двухсторонние в одних и тех же субъектах. Внутрпочечная архитектоника кровеносных сосудов имеет не столько местное (метаболического плана) значение, сколько для организма в целом при реализации выделительной, гомеостатической, гематопозитической и других функций. Ход артериальных и венозных компонентов интраорганного русла во многом не совпадает, что должно учитываться как при операциях на почке, так и при проведении фундаментальных исследований ангиологического плана, в том числе и при определении морфометрических и тензиометрических параметров почечных сосудов.

УДК 611.7

### **ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ У ВІКОВІЙ ПОРІВНЯЛЬНІЙ ОСТЕОЛОГІЇ**

**Ю.М.Нечитайло, С.Є.Фокіна**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У сучасних клініках є можливість використовувати комп'ютерну томографію, ядерно-магнітно-резонансне дослідження. У той же час останні методи не завжди показані із-за променевого навантаження, особливо немовлят та дітей. Ультрасонографічне дослідження не має протипоказань для дослідження кісток після народження дитини. Для оцінки особливостей формування точок скостеніння кісток зап'ястка нами проведено дослідження 480 дітей грудного та раннього віку за допомогою ультрасонографії у фронтальній та сагітальній площинах лінійним датчиком 7,5 МГц (глибина проникнення – від 2-х до 20 мм). Вперше описано три стадії скостеніння кісток зап'ястка та утворення кісток з декількох центрів осифікації. В.Г.Штефко (1947) посилається на дві роботи початку минулого століття (Serries, 1903; Pryor, 1906), в яких автори вказують на можливість утворення двох центрів осифікації у тригранній та гачкуватій кістках. Отже, ультрасонографічним методом можна визна-

чати прижиттєві особливості формування кісткової тканини на тканинному рівні. Завдяки високій роздільній здатності метод можна рекомендувати для досліджень на межі хрящової та кісткової тканин.

УДК 616-007-06:616.155.194.8

### **ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПРЕНАТАЛЬНИМ ДЕФІЦИТОМ ЗАЛІЗА**

**Ю.М.Нечитайло, В.В.Безрук**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Нами проведено аналіз корелятивних зв'язків між наявністю залізодефіцитної анемії (ЗДА) у матері під час вагітності, чинниками зовнішнього і внутрішнього середовища та показниками фізичного розвитку дітей. Наявність і тяжкість перебігу ЗДА у матері вірогідно асоціюють з масою тіла дитини ( $r=-0,29$ ,  $p<0,05$ ), її зростом ( $r=-0,27$ ,  $p<0,05$ ) та індексом гармонійності розвитку (ІГР) ( $r=-0,26$ ,  $p<0,05$ ) – з віком сила асоціацій зменшується. Негативні кореляції також спостерігалися з масою та довжиною тіла дитини при народженні ( $r=-0,21$  та  $r=-0,29$ ,  $p<0,05$ ). Виявлено вірогідні корелятивні зв'язки між показниками фізичного розвитку та соціометричними даними. Маса тіла дитини ( $r=0,72$ ,  $p<0,05$ ), зріст ( $r=0,75$ ,  $p<0,05$ ), ІГР ( $r=0,75$ ,  $p<0,05$ ) асоціювали із дотриманням режиму дня та харчування дитини. ІГР ( $r=0,32$ ,  $p<0,05$ ) також має асоціативний зв'язок із регулярними дозованими фізичними навантаженнями дитини. Харчування дітей відіграє провідну роль у фізичному розвитку дитини. Маса тіла ( $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ), зріст ( $r=0,36$ ,  $p<0,05$ ) та ІГР дітей ( $r=0,35$ ,  $p<0,05$ ) мають вірогідний зв'язок із вигодовуванням дітей грудним молоком. Зменшення тривалості грудного вигодовування негативно впливає на ці показники. В той же час зріст дітей ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), обвід грудної клітки ( $r=0,32$ ,  $p<0,05$ ), індекс маси тіла ( $r=0,30$ ,  $p<0,05$ ) мають вірогідні корелятивні зв'язки з вчасною корекцією вигодовування. Отже, наявність ЗДА у матері впродовж вагітності, нераціональне вигодовування призводять до відставання у фізичному розвитку дітей раннього віку.

УДК 616.149-008.331

### **ПЕРЕТВОРЕННЯ ІНТРАМУРАЛЬНИХ НЕРВІВ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ПОРТАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЇЇ ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ**

**М.В.Пархоменко, Н.Ю.Радомська,  
Т.Т.Хворостяна**

*Національний медичний університет  
ім. О.О.Богомольця, м. Київ*

Тонка кишка дуже чутлива до порушень гемодинаміки при портальній гіпертензії (ІПГ). В експерименті на 40 безпородних собаках змодельовано підпечін-

кову форму ПГ оригінальними методиками. 14 тваринам через 30 діб накладали мезентеріокавальний анастомоз. Забір матеріалу проводили через 1-3, 7-10, 30, 90, 180 діб резекцією середніх та дистальних ділянок тонкої кишки під внутрішньовенним знеболюванням. Матеріал досліджували загальногістологічними, нейрогістологічними та морфометричними методиками. У нервовому апараті тонкої кишки після моделювання ПГ на початкових етапах розвиваються значні реактивні, а згодом деструктивні зміни, які пізніше призводять до зменшення кількості нервової тканини в органі, що підтверджено морфологічно із застосуванням методів математичної статистики (непараметричний критерій Вілкоксона,  $P=0,95$ ). Збережені елементи інтрамурального нервового апарату тонкої кишки знаходяться в стані хронічного подразнення та дистрофії. Хірургічна корекція ПГ накладанням мезентеріокавального судинного шунта в ранні терміни призводить до збільшення реактивних змін нервів. У пізні терміни темп дистрофічних змін уповільнюється, але прогресування їх триває.

УДК 591.4:616.831:611.1.001.5

### **ЗМІНИ МАКРОМОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ДИСЛІПІДЕМІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

*Р.П.Піскун, С.М.Горбатюк*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

У кроликів з експериментальною дисліпідемією (Н.Н.Анічков) вивчали кількісні показники головного мозку: масу, об'єм, довжину, висоту, а також довжину та ширину півкуль головного мозку. Одночасно вивчали головний мозок інтактної групи тварин. При глибокій дисліпідемії всі вивчені параметри головного мозку зменшуються, але по-різному. Так, маса мозку зменшується до  $11,33 \pm 0,23$  проти  $13,36 \pm 0,23$  г; об'єм – до  $10,0 \pm 0,35$  проти  $12,8 \pm 0,23$ ; довжина – до  $3,8 \pm 0,2$  см проти  $4,4 \pm 0,2$ ; висота – до  $1,5 \pm 0,06$  проти  $1,7 \pm 0,03$  см. Відповідно зменшується довжина півкуль головного мозку до  $2,4 \pm 0,09$  проти  $3,0 \pm 0,03$  та їх ширина – до  $3,1 \pm 0,4$  проти  $3,3 \pm 0,6$  см. У трупах кроликів, які з лікувальною метою отримували вінборон, вінпоцетин та пентоксифілін, досліджені кількісні показники збільшувалися відносно нелікованих тварин, майже досягаючи значень інтактних. Збільшував масу мозку вінборон до  $12,20 \pm 0,55$ , вінпоцетин – до  $11,61 \pm 0,38$ , пентоксифілін – до  $11,52 \pm 0,48$ ; об'єм мозку – до  $11,7 \pm 0,53$ ,  $11,1 \pm 0,35$ ,  $11,2 \pm 0,46$ ; довжину мозку – до  $4,4 \pm 0,40$ ,  $4,0 \pm 0,2$ ,  $4,4 \pm 0,2$ ; висоту мозку – до  $1,54 \pm 0,03$ ,  $1,56 \pm 0,12$ ,  $1,54 \pm 0,06$ ; довжину півкуль – до  $2,9 \pm 0,09$ ,  $2,9 \pm 0,07$ ,  $2,8 \pm 0,05$ ; ширину півкуль – до  $3,3 \pm 0,6$ ,  $3,2 \pm 0,6$ ,  $3,2 \pm 0,07$  відповідно. Отже, тривале навантаження

тварин холестеринном призводить до явищ дистрофії та атрофії головного мозку, що розвиваються на основі стенозуючого атеросклерозу мозкових артерій, і можуть бути зменшені призначенням застосованих препаратів.

УДК 611.451:599-001.8

### **РЕАКЦІЯ ГЕМОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА МОЗКОВОЇ РЕЧОВИНИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ НА БАГАТОРАЗОВІ ГРАВІТАЦІЙНІ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ**

*В.С.Пикалюк, Г.О.Мороз, Н.В.Кірсанова*

*Кримський державний медичний університет ім. С.І.Георгієвського, м. Сімферополь*

Дослідження проведено на 12 статевонезрілих щурах-самках лінії Вістар. Експериментальних тварин піддавали впливові поперечно-спрямованих гравітаційних перевантажень (до 10 g) протягом 10 хв. Через 10 днів експерименту проводили забір матеріалу для гістологічного дослідження. Надниркові залози (НЗ) фіксували та фарбували стандартними морфологічними методами. Контролем служили НЗ інтактних тварин. При світлооптичному дослідженні препаратів НЗ щурів після впливу гіпергравітації, у їх мозковій речовині спостерігаються виражені циркуляторні розлади: розповсюджений набряк міжклітинної речовини, повнокров'я і розширення судинного русла. Виявляється перивазальний набряк з нейтрофільною інфільтрацією прилеглих тканин. У розширених синусоїдних капілярах спостерігається агрегація та пристінкове стояння еритроцитів. Центральні вени різко повнокровні, ендотелій набряклий, з вогнищами десквамації. У просвіті деяких судин з порушеним ендотелієм трапляються одиничні тромби. Базальна мембрана окремих венул ушкоджена, виявляється вихід формених елементів крові в міжклітинний простір, утворюються “кров'яні озера”. Спостерігається проліферація сполучнотканинних елементів навколо судин, синтез ретикулінових і колагенових волокон. Виявляються макрофаги, у цитоплазмі яких знаходяться включення у вигляді фагоцитованих залишків хроматинних клітин. На наш погляд, виявлені ознаки циркуляторних розладів зі структурними перетвореннями мозкової речовини НЗ є ознаками компенсаторно-приспосовувальної реакції органа на стрес і гемодинамічні зрушення в організмі під впливом гіпергравітації.

УДК 191.4:616.12:611.1.001.5

### **МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ЧАСТИН СЕРЦЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ДИСЛІПІДЕМІЇ**

*Р.М.Піскун, Т.І.Шевчук*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

Вивчали серця кролів-самців після холестеринового навантаження в дозі 0,5 г/кг упродовж трьох місяців у порівнянні з інтактними тваринами. Програма макроморфометрії включала методи окремого зважування його частин, планіметрію та об'ємні вимірювання. Встановлено, що в інтактних кролів найбільшу масу має лівий шлуночок (ЛШ), майже в 1,6 раза меншою була маса правого шлуночка (ПШ). Найменші масометричні параметри спостерігаються у передсердях. Площа ендокардіальної поверхні ПШ перевищує аналогічну ЛШ на 22,4%, а площа міжшлуночкової перегородки (МШП) правої поверхні на 50,2% більша за ліву поверхню. Питома вага ЛШ більша в 3,4 раза в порівнянні з аналогічним показником ПШ. В експериментальних тварин маса серцевого м'яза досягала 10,54 г, що на 15,4% більше, ніж у групі інтактних тварин. При цьому гіпертрофія серця виникає завдяки зміні маси всіх його частин, але в різній мірі. Так, маса ЛШ перевищувала величини інтактних кролів на 26,3%, ПШ – була меншою на 18,2%, маса передсердь збільшилася на 16,2%. Питома маса ЛШ зросла на 10,3% в порівнянні з інтактною групою. Площа лівої поверхні МШП на 5,3% перевищувала даний показник у інтактних, а планіметричний індекс, який відображає співвідношення площі ПШ та ЛШ, зріс на 23,2%. Суттєве зростання індексу Фултона на 27,4% та зниження шлуночкового індексу на 49,3% засвідчує порушення співвідношення між масами шлуночків завдяки переважаючому масометричним характеристикам ЛШ.

УДК 616.367-006.02

### **ЗМІНИ СТРУКТУР СТІНОК ПОРОЖНИСТИХ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ПРИ ДІЇ РІЗНИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ**

*І.Ю.Полянський, В.В.Андрієць, І.І.Полянська*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Вплив радіації на морфофункціональні структури порожнистих органів (ПО) травлення став об'єктом цілеспрямованих досліджень після аварії на Чорнобильській АЕС. Ми дослідити зміни, що виникають у стінках шлунка, тонкої та товстої кишок білих щурів лінії Вістар, які зазнали одноразового загального опромінення в дозах від 1 до 10 Гр. Виявлено різну чутливість шарів стінок ПО до дії іонізуючого випромінювання. Найбільш чутливою, за нашими даними, є слизова оболонка. В ній при опроміненні в дозі 1-3 Гр спостерігаються дистрофічні зміни епітелію. У підслизовому шарі виникає помірний набряк. При опроміненні в дозі 4-5 Гр в слизовій оболонці виникають дегенеративні зміни – некрози, десквамація епітелію. Підслизовий шар оголюється, у ньому спостерігаються розширені судини, виражений

набряк. Спостерігається набряк у м'язовому шарі, дистрофічні зміни у міоцитах, у серозній оболонці – злушення мезотеліоцитів. При опроміненні в дозі 6-8 Гр у слизовій оболонці виявлені ділянки злушеного епітелію з оголенням підслизового шару. Характерне зменшення в цьому шарі кількості лімфоїдних фолікулів, що знижує захисні властивості стінки кишки. У м'язовому шарі, окрім набряку, дистрофічних змін міоцитів, спостерігаються крововиливи. Мезотелій очеревини місцями злущений. При опроміненні у дозі 9-10 Гр спостерігається майже тотальний некроз слизової оболонки. Підслизова оболонка майже не містить лімфоїдних клітин, спостерігаються крововиливи. М'язовий шар потовщений (набряк), у ньому видно численні крововиливи. В мезотелії очеревини спостерігаються дистрофічні і дегенеративні зміни, крововиливи. Проведені дослідження засвідчують, що променеве ураження призводить до суттєвих морфофункціональних змін у стінках ПО травлення, вираженість яких прямопропорційна дозі опромінення. Найбільш чутлива до дії іонізуючого випромінювання слизова оболонка, яка є найбільш функціонально активною. Найбільш стійкими до дії іонізуючого опромінення є підслизовий шар та серозна оболонка.

УДК 611.814.441.5-053.2-08

### **ИЗУЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ СТЕРЕОТАКСИСА**

*А.И.Полякова, Е.Е.Витриченко,  
В.А.Недорезова, Т.Ф.Карпак*

*Харьковский государственный медицинский университет*

Для изучения особенностей строения центральной нервной системы широко используется стереотаксический метод, включающий в себя как одномоментное разрушение участков головного мозга, так и вживление электродов в изучаемое образование. Этим методом пользуются нейрофизиологи и нейрохирурги для диагностических и лечебных целей. Стереотаксический метод требует высокой точности определения локализации "зоны поражения". Неудачный исход стереотаксических операций объясняется недостаточным изучением индивидуальных вариантов топографии различных образований головного мозга. Особенностью стереотаксического метода является изготовление серийных срезов изучаемых структур головного мозга с обязательной маркировкой стереотаксических координат. Нами изучены глубокие структуры промежуточного и среднего мозга, а также поясная извилина конечного мозга по отношению к стереотаксическим координатам. Определены их линейные параметры и стереотаксические координаты в раз-

личних вікових групах в залежності від статі та форми черепа. Установлено достовірне збільшення розмірів вивчених структур головного мозку людини в різних вікових групах та індивідуумів з різними формами черепа.

УДК 611.346.2:[611.839+611.47+611.428]

## **СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ НЕРВОВОГО, ЕНДОКРИННОГО ТА ІМУННОГО АПАРАТІВ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ЛЮДИНИ**

*Ю.Л.Попович*

*Івано-Франківська державна медична академія*

За допомогою світлооптичного, морфометричного та електронно-мікроскопічного методів досліджено 143 видалені під час апендектомії червоподібні відростки (ЧВ) людей першого періоду зрілого віку (22-35 років). Контролем служили ЧВ людей, померлих від патології, що не викликала змін з боку імунної системи та шлунково-кишкового тракту, а також ЧВ, видалені під час апендектомії, але без патоморфологічних змін. Встановлено, що при простому та поверхневому апендициті у нервовому, ендокринному та імунному апаратах ЧВ виявляються однотипні зміни, які корелюють між собою, мають реактивний характер і свідчать про підвищену їх функціональну активність та участь у регуляції процесів запалення. На противагу цьому, флегмонозний апендицит характеризується більш вираженим наростанням дистрофічних процесів у згаданих апаратах ЧВ. Виявлено залежність між змінами в нервовому, ендокринному та імунному апаратах з патоморфологічними змінами в стінці ЧВ. Отже, нервовий, ендокринний та імунний апарати ЧВ при різних формах апендициту реагують як єдина функціональна система – первинного реагування, оповіщення і захисту організму. На основі морфометричних даних розроблено алгоритм морфофункціональних змін нервового, ендокринного та імунного апаратів при гострому апендициті, який представляє модель концепції даної системи.

УДК 618.019

## **ФУНКЦІОНАЛЬНІ БЛОКИ КРИЖОВО-КЛУБОВОГО З'ЄДНАННЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ХРЕБТА**

*І.М.Рубленік, І.М.Циркот*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Рухи в крижово-клубовому суглобі (ККС) мінімальні (до 5-6 мм), проте вони забезпечують еластичну буферну функцію таза, особливо під час пересування (В.П.Веселовский, 1991; О.Г.Коган і др., 1993; К.Левит і др., 1993; Д.Д.Черкес-Заде, 1998). При деструктивно-дистрофічних ураженнях хребта можуть

виникати функціональні блоки (ФБ) ККС з відповідною клінічною симптоматикою: болем в попереково-крижовому відділі хребта, напруженням і болючістю періартикулярних тканин, обмеженням рухів в ККС, позитивним симптомом Ласега, вторинними м'язово-тонічними змінами, порушенням рухового стереотипу. Клінічні прояви ФБ ККС помилково розцінюються фахівцями як неврологічні ознаки деструктивно-дистрофічних захворювань поперекового відділу хребта, що призводить до незадовільних результатів лікування в тих випадках, коли основна причина захворювання знаходиться у ККС. Наші спостереження показали, що навіть незначні зміни в ККС можуть бути причиною значних зрушень у хребті, впливати на руховий стереотип. Для виявлення ФБ ККС ми використовуємо три основні тести: спайн-тест, тест сакральної флексії та дослідження “суглобової гри” – joint play (К.Левит і др., 1993; Д.Д.Черкес-Заде, 1998). Тести позитивні при виявленні болючості міжкільцевих зв'язок на боці ураження, що дає змогу оцінити рухи та ступінь свободи в ККС і виявити локалізацію блокування. У 21 з 28 обстежених хворих виявлені ФБ ККС, у 6 – скручений таз з однією ФБ ККС, у 1 хворого – ФБ ККС на фоні спондилолітезу на рівні L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>.

УДК 616.711-009.12-19

## **ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРКИНЕЗИИ**

*А.Е.Сак*

*Харьковская государственная академия физической культуры*

Исследования проведены на неполовозрелых и половозрелых крысах линии Вистар 1- и 12-месячного возраста. Экспериментальную группу составили 30 животных. Режим гиперкинезии достигался бегом крыс в тредбане. Опыт длился в течение 90 дней. Материал исследован методами макромикроскопии, биометрии и стандартной гистологии. Количественные данные обработаны методами математической статистики. У всех животных после 90-дневного бега в поясничном отделе наблюдались изменения формы, размеров и структуры межпозвонковых дисков (МД). Более выраженные и распространенные изменения обнаружены в шейном отделе позвоночника, где средне- и нижнешейные МД в вентральных отделах содержали обширные поля хондроидной ткани. Очаги хондроиды выступали за линию вентральной поверхности позвоночника и были резко деформированы. В трех наблюдениях у молодых животных обнаружены разрывы дорсального отдела фиброзного кольца поясничных МД и наличие в центре МД

щелевидной полости, лишенной студенистого ядра. Края полости окружали массы тканей в состоянии некроза. На границе с пораженными дисками в поясничном и шейном отделах обнаружены переломы кортикального слоя и обширные периостальные напластования у вентральной поверхности позвонков. В мозговых пространствах тел позвонков следов студенистых ядер не обнаружено. Таким образом, длительные физические нагрузки динамического характера способны вызвать не только адаптивные перестройки позвоночника, но и определять распространение дистрофических поражений в аваскулярных структурах позвоночника. Осложнением перестройки явились разрывы фиброзного кольца и выход студенистого ядра за пределы МД. Интраспонгиозные грыжи типа грыж Шморля у крыс не обнаружены, возможно, в связи с особенностями строения у крыс пограничных пластинок и отсутствием осевых нагрузок, характерных для позвоночника человека.

УДК 616.711:796.071

### **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА СПОРТСМЕНОВ-ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ**

*Н.Н.Сак, А.Е.Сак, В.А.Антипова*

*Харьковская государственная академия физической культуры*

Обследовано 22 штангиста в возрасте от 18 до 37 лет, которые обращались в лечебные учреждения города по поводу периодических болей в спине. Используются методы клинической антропометрии, оценен тип телосложения спортсменов, проанализированы результаты анамнеза и анкетирования, изучены результаты рентгенологического обследования и данные магнитно-резонансной томографии поясничного отдела позвоночника. Преобладающий тип осанки обследованных – лордотический, у 8 штангистов – с подчеркнутым поясничным гиперлордозом. Высоким развитием отличались паравертебральная мускулатура и мышцы таза, соседствующие с поясничным отделом позвоночника. У всех обследованных имелись гипертонусы паравертебральных мышц, вплоть до напряжений каменистой плотности. На рентгенограммах отчетливо контурировали гипертрофированные большие поясничные мышцы. У 5 спортсменов отмечены внешние проявления перегрузки этих мышц в виде паравертебральных вдавлений на уровне L<sub>1</sub> позвонка, в 2 наблюдениях – асимметричных. Морфологически поясничный отдел позвоночника штангистов отличается массивными позвонками с утолщенными поперечными отростками, широкими остистыми отростками и объемными основаниями корней дужек. На МР-томограммах межпозвоночные диски (МД) имели подчеркнuto клиновидную

форму с расширенным вентральным суженным дорсальным отделом. Т-2 взвешенные изображения выявляли уплощенные пульпозные ядра, простирающиеся на 2/3 вентродорсального диаметра диска у атлетов и на большую длину – у пикников. Эти морфологические особенности являются характерными для лиц атлетического и пикнического типов телосложения и поэтому могут служить структурными маркерами данных соматотипов. Из всех возможных вариантов поясничного лордоза для обследованных штангистов характерен лордоз с пологой дугой, центр которой был на уровне L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>, и лордоз с короткой дугой при максимальной выраженности изгиба на L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> уровне. Структурные проявления дистрофических поражений позвоночника у штангистов имеют индивидуально-типологические особенности. Особенности строения тела спортсменов и позвоночника в частности влияют на уровень и место преимущественного поражения позвоночника. У всех обследованных штангистов имелись дистрофические поражения вентрального отдела позвоночника с характерными рентгенологическими проявлениями в виде снижения высоты межпозвоночных промежутков и межпозвоночных отверстий, склерозом замыкающих костных пластинок и краевыми остеофитами различной степени выраженности. Результаты МРТ показали, что наиболее частым уровнем поражения поясничного отдела являются нижнепоясничные МД: L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> уровня – при пологой дуге поясничного гиперлордоза и L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> уровня – при короткой дуге гиперлордоза. У спортсменов-пикников на фоне поясничного гиперлордоза отмечены дистрофические поражения дугоотростчатых суставов. Признаки спондилоартроза выявлялись в суставах, находящихся на вершине поясничного изгиба и сочетались со структурными проявлениями межпозвоночного остеохондроза. По данным анкетирования установлено, что особенностью дистрофических поражений позвоночника у штангистов является раннее начало заболевания (17-25 лет) и проявление осложнений в молодом возрасте. Изменениям позвоночника сопутствовало нарушение мышечных взаимодействий и моторики штангистов. Изменение мышечных взаимодействий у штангистов проявляется развитием мышечных дисбалансов, чаще по типу лестничных и нижних перекрестных синдромов. Эти синдромы закрепощают позвоночник, отягощая дистрофические поражения опорных структур и поэтому требуют своевременной коррекции.

УДК 616.33-006.6-085.849

### **АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ШЛУНКА**

*Р.В.Сенютювич, Г.К.Бутвін, С.Ю.Кравчук, Е.В.Олійник, А.О.Гонца*

Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці

Променева терапія стала невід’ємним етапом лікування хворих на рак шлунка T<sub>2</sub>-T<sub>4</sub>. Розроблена й апробована на 42 хворих методика опромінення печінково-шлункової, печінково-дванадцятипалої, шлунково-селезінкової, шлунково-ободової зв’язок, а також шлунково-панкреатичних та печінково-панкреатичних складок. Анатомічними дослідженнями виявлено, що шлунково-підшлункова та печінково-підшлункова складки очеревини розташовані на рівні XII грудного – I поперекового хребців, завдовжки 2-3 см, вкривають ліву шлункову і спільну печінкову артерії, досягають початку черевного стовбура. Променеву терапію проводили в лежачому положенні хворого на спині через 5-10 хв після випивання ним 250 мл рідкої барієвої суміші (з розрахунку 100 мг сухого сульфату барію). На живіт у проекції шлунка наклали металеву сітку з кроком 1 см і металеве кільце. Виконували рентгенографію на плівці 30x40 см, яка захоплювала всю епігастральну ділянку та діафрагму. Передумовою для правильного планування променевої терапії є цілковите заповнення із захопленням черевної частини стравоходу та верхньої частини дванадцятипалої кишки. На животі, користуючись даними координатної сітки, замальовували контури шлунка ляписним олівцем і чорнилом, а далі наносили поля опромінення: праве – від діафрагми на відстані 5-6 см від контрастованої малої кривини шлунка до дванадцятипалої кишки на 7-8 см вище її верхнього контура, ліве – від великої кривини на 6 см і на таку ж відстань вниз, нижче пупка. Зіставлення цих полів з анатомічними утвореннями після лапаротомії показали, що вони охоплюють означені шляхи лімфовідтоку, майже половину лівої частки печінки, ворота селезінки, більшу частину тіла та хвоста підшлункової залози.

УДК 616.59-053.2-076-089

### **ЗМІНИ МОРФОСТРУКТУРИ НІГТЬОВОГО ЛОЖА ПРИ ВРОСЛОМУ НІГТІ**

**С.О. Сокольник**

Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці

Врослий ніготь – досить поширене захворювання у різних вікових груп населення, переважно у працездатному віці. Частота врослого нігтя становить 5-10% від усіх амбулаторних хворих. У клініці дитячої хірургії проведено гістологічне дослідження біопсійного матеріалу врослих нігтів від 10 хворих дітей. Використано матеріал, забраний при оперативному лікуванні інкарнованого краю нігтя (бічний валік, грануляційні тканини, врастаючий край нігтя). Встановлено, що зміни морфоструктури м’яких тканин нігтьового ложа зумовлені постійним стиску-

ванням бокових нігтьових валків пальців стопи врастаючою нігтьовою пластинкою. У тканинах, які зазнають постійного тиску, виникають стійкі трофічні зміни з порушенням кровопостачання м’яких тканин, спотворюється нормальний ріст нігтя. В ішемізованих тканинах надмірно розвивається менш стійка до дії зовнішніх чинників грануляційна тканина, що об’єктивно проявляється “наповзанням” грануляцій на бічну поверхню нігтьової пластинки.

УДК 611.81

### **О СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ КООРДИНАТАХ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА**

**М.В. Сотникова, С.Ю. Масловский<sup>1</sup>**

Харьковский национальный университет им. Каразина, <sup>1</sup>Харьковский государственный медицинский университет

Стереотаксические операции (СО) являются “последним словом” нейрохирургии. Наиболее частые локусы СО – субталамическое ядро (СТЯ), ядра таламуса, поля Фореля. Особенно актуальными эти локусы являются для лечения экстрапирамидных нарушений. В последнее время все больше СО по поводу экстрапирамидных расстройств, в частности болезни Паркинсона, проводят на СТЯ, что подтверждается уменьшением количества осложнений, увеличением эффекта от СО. Для успешного проведения операций необходимо знать точные стереотаксические координаты СТЯ относительно внутримозговых ориентиров, а также индивидуальную вариабельность координат. Нами исследовано 14 пар СТЯ головного мозга людей разных возрастных групп. За нулевую стереотаксическую координату принято считать середину межспаечной линии. Установлено, что расстояние от нулевой сагитальной стереотаксической плоскости до центра СТЯ зависит от возраста, связано с длиной межспаечной линии и ширины III желудочка. Стереотаксические координаты СТЯ не зависят от пола, формы черепа. Не выявлено асимметрии координат левого и правого полушарий. Подсчитано количество нейронов, глиальных клеток и капилляров в 1 мм<sup>2</sup>. Дальнейшие исследования позволят уточнить стереотаксические координаты СТЯ, а также нейроно-глиально-капиллярные отношения СТЯ.

УДК 611.342:616-089

### **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНТОМИИ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**С.П. Суман, Б.М. Топор, А.В. Суман, В.Е. Наку**

Государственный университет медицины и фармации, г. Кишинёв (Молдова)



Большой сосочек (БС) двенадцатиперстной кишки (ДПК) расположен на заднебвнутренней полуокружности, примерно на уровне середины нисходящей части ДПК на расстоянии 8-12 см от привратника. В отдельных случаях он может находиться в области ее верхней или нижней частей. Интрамуральная часть общего желчного протока (ОЖП) не соприкасается с тканью поджелудочной железы (ПЖ) и далее проходит косо в толще ДПК. ОЖП приподнимает слизистую в виде продольной складки, на котором открывается устье. Открывающееся на вершине БС отверстие имеет около 3 мм в диаметре и ведет в дивертикулообразное расширение – *ampulla Vateri*, шириной 2-4 мм и длиной 2-10 мм. Часто оба протока соединяются в один и тогда в области слияния образуется расширение соединенного протока – *diverticulum duodenale*. Слизистая оболочка БС покрыта высоким однослойным призматическим эпителием. Подэпителиальный слой состоит из рыхлой соединительной ткани с наличием мелких кровеносных сосудов и мышечных микропучков. Складки-клапаны канала БС имеют вид полуовальных лепестков, расположенных в поперечном направлении в 3-4 яруса, покрытых с обеих сторон цилиндрическим эпителием. На дне ампулы открывается дистальный конец интрадуоденальной части ОЖП, рядом с которым располагается главный панкреатический проток. Внутреннее строение БС довольно сложно в связи с наличием специального запирающего механизма желчного и панкреатического протоков. Этот механизм образован мышечным жомом, который имеет три сегмента: а) сфинктер, окружающий дистальную часть ОЖП; б) сфинктер панкреатического протока; в) сфинктер ампулы. Мышечные волокна сфинктерного аппарата состоят из гладкой мускулатуры, расположенной в косом, продольном и циркулярном направлениях и связанной с мышечным слоем ДПК. Ампула БС имеет длину от 2 до 10 мм и заканчивается коротким каналом, выход из которого является самым узким местом ОЖП. Наиболее выраженным является циркулярный мышечный слой сфинктера Oddi вокруг устья ОЖП (сфинктер Westphal) с отходящими продольными мышечными волокнами, переходящими на стенку протока. Мышечные циркулярные и продольные волокна вокруг устья панкреатического протока обычно выражены слабо и часто отсутствуют. Выше сфинктера Westphal циркулярные волокна участвуют в образовании собственного сфинктера ОЖП – сфинктер Aschoff. Кровоснабжение БС осуществляется из системы печеночной и верхней брыжеечной артерий через передние и задние ветви верхней и нижней панкреатодуоденальных артерий, образующих аркады в борозде между головкой ПЖ и ДПК. От них к области БС отходят мелкие

артериальные веточки, дающие многочисленные анастомозы. Рядом с артериями идут мелкие вены, сливающиеся в панкреатодуоденальные вены и впадающие в воротную вену. Лимфатическая система области БС тесно связана с лимфатическими сосудами ДПК, желчных путей и ПЖ. Иннервация БС происходит от чревного и печеночного сплетений, а также частично от ауэрбаховского сплетения ДПК, образующих вокруг БС многочисленные нервные волокна и микроганглии. Знания особенностей хирургической анатомии терминального отдела ОЖП и большого сосочка ДПК способствуют уменьшению количества послеоперационных осложнений после различных видов папилосфинктеротомий.

УДК 617.51-001-0532

## ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

*В. Сунчук*

*Университет медицины и фармации  
им. Н.Тестемицану, г. Кишинёв (Молдова)*

Рассмотрены черепно-мозговые травмы (ЧМТ) у детей, исходя из анатомо-функциональных особенностей мозга, мозговых оболочек и черепа. У новорождённого плотность костей черепа равномерна, отсутствуют пальцевые вдавления и сосудистые борозды. Черепные швы открыты и на рентгенограммах их можно легко перепутать с линией перелома. Твёрдая оболочка головного мозга у детей плотно сращена с костями черепа и часто вклинивается между краями костных обломков, ведя к прогрессирующему перелому. Содержание воды в мозге новорождённого (90-95%) больше, чем у взрослого (75%), а обмен веществ интенсивней, поэтому он сильнее страдает от гипоксии. Череп ребёнка эластичнее, в результате чего он легко меняет конфигурацию при ударе без появления переломов, при этом мозг сильно страдает. Вследствие неполной миелинизации у детей при ЧМТ часто возникает диффузное повреждение аксонов с тяжёлыми посттравматическими последствиями. Диффузное повреждение аксонов чаще всего возможно обнаружить лишь посмертно – с помощью электронной микроскопии. Исследованы 1717 случаев ЧМТ у пациентов, поступивших в отделение нейрохирургии больницы скорой помощи г. Бухареста в течение года. Дети составили 10,4% (178) из числа всех поступивших с этим диагнозом, большинство из них наблюдались и после выписки из стационара. У большинства пациентов детского возраста (76,4%) была лёгкая травма мозга. Смертность среди детей составила 5,0%, а среди взрослых – 9,6%. Большая часть пациентов детского возраста (102) после выписки повторно обратилась к врачу с жалобами на

головную боль, головокружение, нарушение памяти и др. Из общего числа детей у 164 была проведена КТ, из них в 18,5% случаев обнаружены переломы черепа, но у большинства (76%) не выявлено изменений. У детей самым распространённым оказался линейный (45,5%) и вдавленный перелом черепа (42,4%), в то время, как отёк мозга составил 26,6% из паренхиматозных осложнений. Долгосрочный прогноз у детей менее благоприятный, чем у взрослых, так как посттравматические осложнения у них возникают чаще (13% по сравнению с 3-5% у взрослых). Отсутствие клинических симптомов или изменений со стороны мозга на снимках КТ и ЯМР при поступлении не должно быть поводом для спокойствия. Данные цифры рассчитаны на основании обращений в больницу и не включают случаи физического насилия над детьми, которые довольно распространены и обычно скрываются.

УДК 611.832.9-008+611.003.725

### **НОРМАЛЬНЫЙ ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА**

*В.В.Ткач, В.В.Ткач (мл.), В.В.Киселёв*

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь*

Изучали химический состав и содержание некоторых биологически активных веществ в cerebrospinalной жидкости (ЦСЖ) крупного рогатого скота. Анализ ЦСЖ на микро- и макроэлементы выполняли атомно-абсорбционным методом, что позволило определить количественно элементы с очень низким содержанием. Исследования выполнены на атомно-абсорбционном спектрофотометре с графитовой кюветой “Хитачи-Z-700” (Япония) из нескольких параллельных проб с последующей компьютерной обработкой анализа. Содержание эпинефрина и норэпинефрина определяли по В.В.Меньшикову, серотонина – с помощью флюориметрического метода Кунтцмана, концентрацию мелатонина – флюориметрическим методом с использованием ортофталевого альдегида. Содержание альдостерона измеряли радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов “Aldok-M”. ЦСЖ получали прижизненно путем субокципитальной пункции с последующей криоконсервацией при температуре -196°C. В результате исследований обнаружены следующие макро- и микроэлементы: железо, медь, алюминий, титан, никель, хром, кобальт, цинк, магний, бром, марганец и др. Высокий уровень белка обусловлен широким спектром аминокислот (лизин, гистидин,

аргинин, треонин, серин, валин, метионин, тирозин, лейцин, аспарагиновая и глутаминовая кислоты) и нейропептидов. В некоторых образцах обнаружены ароматические аминокислоты. Нормальный состав ЦСЖ включает: эпинефрина –  $2,9 \pm 0,6$  мг/мл, норэпинефрина –  $2,0 \pm 0,2$  мг/мл, серотонина –  $12,7 \pm 1,6$  мг/мл, мелатонина –  $14,9 \pm 0,2$  мг/мл, альдостерона –  $0,08 \pm 0,01$  мг/мл.

УДК 611.91:611.14:575.2

### **ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ КРИЛОПОДІБНИХ ВЕНОЗНИХ СПЛЕТЕНЬ ЛЮДИНИ**

*Т.А.Фоміних, П.М.Можжаєв*

*Кримський державний медичний університет ім. С.І.Георгієвського, м. Сімферополь*

Мета дослідження – вивчити діапазон індивідуальної мінливості крилоподібних венозних сплетень (КВС) людини. Матеріалом дослідження служили 66 черепів дорослих та 120 плодів людини. Основні методи дослідження – препарування, ін’єкція, корозія, а також морфометрія та математичний аналіз. За нашими даними, для КВС властивий визначений діапазон індивідуальної мінливості. За формою КВС можуть бути витягнутими відносно горизонтальної площини; у дорослих, на відміну від плодів, КВС мають більш плескату форму. Відтік з КВС здійснюється у зовнішню яремну вену, діаметр якої коливається на цьому рівні від 3 до 4,5 мм. Доцільно виділити дві крайні форми будови КВС: магістральну, утворену відносно великими венами, та сіткоподібну, утворену дрібними численними венами.

УДК 612.6-053.5

### **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РІЗНИМ РІВНЕМ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ**

*В.С.Хільчевська*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Обстежено 530 дітей віком від 8 до 17 років – учнів шкіл міста та області. Група дітей з гармонійним фізичним розвитком становила 78,0% обстежених, з дисгармонійним розвитком (ДР) – 9%, з різко ДР – 12%. Розподіл дітей за рівнями гармонійності фізичного розвитку виявив значну кількість дисгармонійних дітей з надлишком маси тіла. Хлопчиків з дефіцитом маси тіла вдвічі більше за дівчат. Найбільша частка дітей з ДР і дефіцитом маси тіла зазначається в 17 років у хлопців та 10 і 17 років у дівчат. ДР з надлишком маси тіла частіше трапляється у віці 8-9 і 14 років у хлопців та 14 і 16 років – у дівчат. Виявлено слабку залежність гармонійності фізичного розвитку від віку ( $r = -0,23$ ,  $p < 0,05$ ). Між конституційним типом та гар-

монійністю спостерігається середньої сили зв'язок ( $r=+0,58$ ,  $p<0,05$ ). Існує взаємозв'язок між гармонійністю розвитку дітей та порушеннями постави ( $r=-0,31$ ,  $p<0,05$ ), курінням батьків ( $r=-0,23$ ,  $p<0,05$ ), шкідливостями їхньої роботи ( $r=-0,37$ ,  $p<0,05$ ). Серед дітей виявлено 40% астеніків, 28% нормостеніків та 32% гіперстеніків. Майже у половини дівчат виявлено астенічну конституцію (46%), частка нормостеніків серед них була найменша. Серед хлопчиків спостерігається рівномірний розподіл за конституційними типами, з деяким переважанням дітей з гіперстенічною будовою тіла. Гіперстенічна конституція корелювала зі стандартизованими показниками маси тіла ( $r=+0,43$ ,  $p<0,05$ ), обводу грудної клітки ( $r=+0,60$ ,  $p<0,05$ ), показниками артеріального тиску ( $r=+0,23$ ,  $p<0,05$ ). Астеніки порівняно з гіперстеніками і нормостеніками частіше хворіють, більше скаржаться. У цій групі дітей спостерігається більша частота хронічних захворювань. У віковому періоді 11-13 років чим більший приріст показників фізичного розвитку, тим повільніший темп розумової діяльності. В цей період збільшується кількість дітей з гіперреактивністю та синдромом дефіциту уваги. У дітей з високим темпом розумової діяльності спостерігаються більш високі стандартизовані показники зросту, маси тіла та обводу грудної клітки. Гіперстеніки показали більш високий рівень розумової працездатності, ніж діти з астенічною та нормостенічною конституцією ( $2,3\pm 0,3$  порівняно з  $3,0\pm 0,7$  бала,  $p<0,05$ ). Отже, комплексна оцінка розумових здібностей дитини та фізичних особливостей організму дає більш повну картину гармонійності розвитку, може виступати критерієм інтегральної оцінки стану здоров'я, адекватних і резервних можливостей дитячого організму.

УДК 611.44+616.441

### **МОРФОЛОГІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В УМОВАХ СТРЕСУ НА ФОНІ НОРМО- ТА ГІПЕРФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОГО ТІЛА**

*А.А.Ходоровська*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Відомо, що стрес спричиняє нейроендокринну перебудову, яка супроводжується зміною морфологічних особливостей ендокринних залоз, в тому числі і щитоподібної (ЩЗ). Стрес може слугувати патологічною основою розвитку тиреоїдних захворювань, тому визначення механізмів адаптації організму до стресу та пошук стрес-протективних факторів залишається актуальною проблемою сучасної медицини. Мета дослідження – вивчити морфологічні зміни ЩЗ в умовах іммобілізаційного стресу на фоні зміненої функції шишкоподібного тіла. Експериментальні дослідження проведені на 14 білих статевозрілих самцях білих шурів, розділе-

них на 2 групи по 7 особин у кожній: 1 група – тварини з нормофункцією шишкоподібного тіла, 2 група – тварини з гіперфункцією епіфіза. Гіперфункцію шишкоподібного тіла викликали утриманням тварин у темряві впродовж 7 діб. Стрес моделювали 1-годинною іммобілізацією тварин у пластикових клітках. Результати дослідження показали, що паренхіма ЩЗ тварин 1-ої групи представлена переважно дрібними фолікулами, просвіт яких заповнений десквамованим епітелієм. Спостерігається значне сплюснення фолікулярного епітелію, а також виражена його десквамація. Визначаються розлади кровопостачання у вигляді венозного застою. У тварин 2-ої групи означені зміни в мікроструктурі ЩЗ менш виражені. Її паренхіма представлена фолікулами різних розмірів. Десквамація фолікулярного епітелію має вогнищевий характер. Отже, у тварин із гіперфункцією епіфіза спостерігаються помірні відхилення морфологічного стану ЩЗ в умовах стресу порівняно з тваринами з нормофункцією шишкоподібного тіла.

УДК 611-018.24:615.361.36:616.441-007.61-092.9

### **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ ПРИ ВВЕДЕННІ КЛІТИН ФЕТАЛЬНОЇ ПЕЧІНКИ**

*О.Л.Холодкова, Д.М.Пухтєєв, О.О.Муравйова,  
А.Л.Щербатюк, Т.Г.Тіток*

*Одеський державний медичний університет,  
Одеський НДІ нових медичних технологій та  
проблемних захворювань, Інститут  
молекулярної біології та генетики НАН України*

Використання ембріональних та фетальних клітин у клінічній практиці набуває все більш широких масштабів. Тому вивчення можливих механізмів дії малодиференційованих клітин стало актуальною проблемою сучасної медицини. В експерименті на 45 статевозрілих мишах лінії ICR та C57B1 морфологічні дослідження показали, що дворазове введення клітин фетальної печінки сумарною кількістю 1,5 млн. викликає суттєві зміни як у макроскопічній, так і мікроскопічній структурі щитоподібної залози. Маса залози збільшується в 5-7 разів (від 4,3 до 20-32 мг). Відносна маса органа збільшується в 3,4 раза й становить 0,2% в контролі та 0,80-0,93% у тварин експериментальної групи. При цьому спостерігається розвиток дифузного гіперпластичного процесу на зразок аденоматозно-фолікулярних змін. Розвивається місцева лімфопроліферативна реакція з інвазією лімфатичних вузликів у тканину залози. Подібні зміни можуть бути спричинені розвитком аутоімунної реакції на введення хоча й сингенних, але відмінних за віком клітин в організм реципієнта. Але різноманітність змін не можна пояснити суто гетерохронією вве-

дених клітин. Цілоком ймовірно, що донорські клітини викликають перебудову та перепрограмування спадкового апарату тироцитів. Отже, клітинна терапія потребує подальшого експериментального дослідження.

УДК 611.631-053.1

### **ПРИРОДЖЕНА ВАДА ЯЄЧОК У ПЛОДА 8 МІСЯЦІВ**

**Т.В.Хмара**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

При дослідженні плода людини 285,0 мм тім'яно-куприкової довжини виявлено відсутність лівого яєчка і над'яєчка. Праве яєчко і над'яєчко виявлені в черевній порожнині біля глибокого пахвинного кільця. Лівий піхвовий відросток очеревини простягається до середини пахвинного каналу. Праве яєчко бобоподібної форми, висотою – 14,2 мм, шириною – 9,3 мм і товщиною – 5,6 мм. Над'яєчко прилягає до медіального краю яєчка. У ньому розрізняються голівка, тіло і хвіст. Хвіст над'яєчка, огинаючи внутрішню клубову артерію, переходить у сім'яносну протоку. Над'яєчко має довжину 18,1 мм, ширина на рівні його голівки становить 5,7 мм, а на рівні тіла і хвоста – 4,2 і 3,3 мм відповідно. Пазуха над'яєчка знаходиться між медіальним краєм яєчка і тілом над'яєчка. Яєчко і над'яєчко з усіх боків покриті очеревиною, прилягають до передньої поверхні великого поперекового м'яза. Статевостегновий нерв простягається між передньою поверхнею великого поперекового м'яза, голівкою над'яєчка і верхнім кінцем яєчка. Правий піхвовий відросток очеревини знаходиться в межах пахвинного каналу, глибоке пахвинне кільце діаметром 3,8 мм.

УДК 618.145:612.621.31.013

### **МОРФОЛОГІЯ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК З ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ**

**С.А.Цинтар**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Обстежено 50 жінок з пременопаузальними (ПМ) і клімактеричними (КМ) менометрорагіями (середній вік – 44,8±1,5 років) і 40 здорових жінок (середній вік – 41,6±2,4 років). Для вивчення морфології ендометрія у жінок з ПМ зразки ендометрія брали на фоні маткової кровотечі, а в здорових жінок – під час видалення внутрішньоматкової спіралі. Зразки ендометрія отримували при діагностичному вишкрібіванні стінок матки, перед яким проводили промивну гістероскопію за допомогою гісте-

роскопа фірми “Karl Storz” (Німеччина). У більшості жінок з ПМ і КМ спостерігалася гіперплазія ендометрія (77%). Так, у 34,8% жінок виявлена залозиста гіперплазія, у 34,5% – залозисто-кістозна гіперплазія, у 8,6% – залозиста гіперплазія з осередковим аденоматозом, у 4,6% – аденоматозна гіперплазія, у 8,6% – стадія проліферації, у 8,6% – стадія секреції. У 41,7% здорових жінок в ендометрії зазначена стадія проліферації, у 29,2% – стадія секреції і у 8,3% – стадія десквамації. Ендометрій з ознаками зворотного розвитку виявлений у 20% жінок. Одже, морфологічним субстратом ПМ і КМ в 77% випадків є гіперплазований ендометрій.

УДК 611.145

### **МОРФОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ НЕРВНОГО АППАРАТА ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ**

**Г.Н.Чертан**

*Университет медицины и фармации  
им. Н.Тестемицану, г. Кишинёв (Молдова)*

Макроскопическими, макро- и микроскопическими и нейростологическими методами исследования в стенке верхней полой вены (ВПВ) обнаружен хорошо развитый нервный аппарат, представленный крупными нервными стволами, пучками и сплетениями, а также клеточными элементами в виде изолированных нейронов и узлов, располагающихся в непосредственной близости к кровеносным сосудам. Разнообразные по форме неинкапсулированные рецепторы в виде кустиков, а также инкапсулированные тельца типа Фатер-Пачини распределены неравномерно. Наибольшая концентрация рецепторных приборов наблюдается в рефлексогенных зонах, локализованных у слияния плечевого вен, в месте впадения непарной вены в ВПВ и в ее устье в правом предсердии. Состояние интрамурального нервного аппарата ВПВ исследовалось при раке грудной части пищевода, дифференцированной лимфоцитарной саркоме и при декомпенсированном митральном стенозе. На основании полученных данных следует отметить, что при патологических процессах претерпевают изменения все нервные элементы, особенно выраженные в одиночных нервных волокнах, претерминалях и рецепторных нервных окончаниях. Миелиновые волокна более ранимы, реагируют среди первых, их изменения выражаются повышенной аргентофилией, варикозным набуханием и появлением вакуолей как в одиночных нервных волокнах, так и в составе нервных стволов и пучков, вплоть до дегенеративных изменений и фрагментации. Аналогичные про-

цессы обнаружены в претерминалях, рецепторных нервных окончаниях и в нервных клетках. Выявленные внутривенные морфологические изменения нервных образований помогут раскрыть механизмы расстройства регуляции кровотока в ВПВ.

УДК 611.63

**МАКРОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ ФУНИКУЛОТЕСТИКУЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ЧЕЛОВЕКА**

*М.И.Штефанец, Н.М.Фрунташ, Т.А.Штефанец*

*Университет медицины и фармации им. Н.Тестемциану, г. Кишинёв (Молдова)*

Для безинъекционного выявления лимфатических сосудов (ЛС) в тотальных объёмных анатомических препаратах нами предложен метод окрашивания с использованием реактива Шиффа. Метод позволяет наблюдать вариабельность топографического хода и расположения ЛС, их возрастные особенности, взаимоотношение с элементами тканевого субстрата, формирование более крупных лимфатических магистралей, количество, форму и размер лимфангионов, наличие клапанного аппарата. Достоинство метода и в том, что при его использовании можно также проследить иннервацию и кровоснабжение ЛС. Этот метод позволил нам выявить в фуникулотестикулярном комплексе четыре типа ЛС, отражающие их морфофункциональное состояние на момент исследования. Наиболее распространёнными являются ЛС с цилиндрической формой лимфангионов и выраженной поперечной исчерченностью стенки, основной функцией которых является лимфообращение. В меньшем количестве выявляются “прозрачные” и гофрированные ЛС, состоящие из длинных лимфангионов со слабо выраженным клапанным синусом. По всей вероятности, эти две группы ЛС являются резервными и малофункциональными. К четвёртой группе относятся ЛС, в строении которых преобладают крупные овальной формы лимфангионы с выраженным сетчатым рисунком, которым принадлежит определённая роль и в депонировании лимфы. Характерной особенностью для ЛС фуникулотестикулярного комплекса является наличие большого количества цистерн. Благодаря применению указанного метода нам удалось выделить в строении лимфатической системы но-

вое активное образование – макромикроскопический сегмент, представляющий собой участок ЛС между двумя цистернами, включая каудальную. Количество лимфангионов в составе одного сегмента варьирует от 3-5 до 10-12. Макромикроскопический сегмент обладает хорошо выраженным нервным и сосудистым аппаратом.

УДК 611-24.2

**ВАРИАНТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЩИТОВИДНЫХ АРТЕРИЙ**

*Л.Н.Яковлева, С.В.Войтенко, И.В.Жук, А.А.Христуленко*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

Нами исследовано 100 препаратов щитовидной железы трупов людей, из которых мужского пола было 60 и женского – 40, которые наполняли рентгенконтрастной массой, затем проводили рентгеновазографию, препарирование, измерения и зарисовки. Выявлено 38 верхних щитовидных артерий (ВЩА) и 36 нижних щитовидных артерий (НЩА). В 1 случае отсутствовала ВЩА справа и в 1 – слева. В 10 случаях НЩА отсутствовала (3 – справа и 7 – слева) и в 4 случаях занимала атипичное положение. Ветви ВЩА и НЩА играют важную роль в снабжении кровью органов шеи и могут иметь значение в развитии окольного кровообращения после перевязки общей сонной артерии. Отсутствие одной из ВЩА, одной или даже обеих НЩА встречается редко. ВЩА справа возникает чаще из наружной сонной артерии, слева – чаще на уровне деления общей сонной артерии. Уровень возникновения правых ВЩА и НЩА чаще выше уровня возникновения левых. Длина и наружный диаметр ВЩА и НЩА не имеют значительных различий между собой. Кровь из внеорганного отдела ВЩА по ветвям ее поступает к гортани, предгортанным и кивательным мышцам, глотке, подъязычной кости и добавочным щитовидным железам. Из внеорганных ветвей НЩА осуществляется кровоснабжение щитовидной железы, гортани, трахеи, околощитовидных желез и шейной части вилочковой железы.

УДК 611-053.2

**ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ НАДЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ**

*Л.Н.Яковлева, И.В.Жук, С.В.Войтенко, А.Б.Зарицкий*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

В современной хирургической практике часто проводят катетеризацию нижней надчревной артерии (ННА), ее перевязку, пересадку на ННА яичка и другие оперативные вмешательства. Нами проведено исследование топографической анатомии ННА на 15 трупах обоего пола в возрасте от 46 до 65 лет методом препарирования, измерений штангенциркулем с выделением центрального и периферического отделов и измерением угла отхождения. Чаще всего ННА отходила от наружной подвздошной артерии (справа – в 12 случаях, слева – в 15 случаях), в 3 случаях справа – от глубокой артерии бедра. В большинстве случаев ННА отходит самостоятельным стволом и лишь в 5 – общим стволом с запирающей артерией. В 89% случаев угол отхождения ННА был тупым, что является оптимальным для катетеризации ННА, но неблагоприятно для перевязки артерии (для развития коллатерального кровообращения) и реваскуляризации яичка. В ходе ис-

следования установлена изменчивость расстояния от истока ННА, диаметра и длины центрального и периферического отделов, проекции по отношению к латеральному краю прямой мышцы живота с разных сторон, расстояния от глубокого пахового кольца. Практически постоянными признаками было расположение ННА медиальнее глубокого кольца, образование поперечной фасцией влагалища для центрального участка и окружение его околососудистой клетчаткой, что позволяет осуществлять гидравлический метод препарирования. Так же отмечается постоянство отхождения от ННА кремасерной и лобковой артериальных ветвей на расстоянии 7-25 см от истока ННА. А наличие анастомозов кремасерной артерии (КА) с яичниковой и артерией семявыносящего протока, отходящих в 98% случаев от КА, позволит улучшить кровоснабжение яичка при перевязке ННА дистальнее отхождения КА.

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МОРФОГЕНЕЗУ

УДК 611.714.3.013

### ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТОКУ ПАЗУХ У ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*О.П.Антонюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У своєму розвитку стік пазух (СП) проходить стадію недиференційованого формування із переднього та середнього венозних сплетень первинної вени голови. У формуванні СП безпосередньо беруть участь верхня стрілова, обидві поперечні, пряма та потилична пазухи. У СП впадають притоки поверхневих вен мозку, мозочка, намету мозочка, вени великого мозку та випускні вени. У зв'язку з цим він має складну будову, яка проявляється різноманітністю сполучення та виходу основних пазух. Виявлена вікова варіабельність у будові СП: типова хрестоподібна форма, коли всі притоки беруть участь у його утворенні з рідкісною ромбоподібною, овальною та її комірковими різновидами; біфуркаційна форма з роздвоєнням верхньої стрілової пазухи з перевагою правої чи лівої гілки. Хрестоподібна форма СП може бути симетричною й

асиметричною. Індивідуальна анатомічна мінливість розмірів СП цілком залежить від домінантності поперечних і поздовжніх розмірів черепа. У зв'язку з цим виявляється різниця у проекції СП на потиличну кістку, що має значення для здійснення раціональних діагностичних маніпуляцій. Для СП характерні дві форми будови (розсіпна та магістральна); індивідуальна анатомічна мінливість, яка характеризується різними варіантами формування, складною внутрішньою будовою, розвинутою сіткою приток та анастомозів. Морфометричні параметри СП мають тенденцію до різкого збільшення ширини та висоти, починаючи з 4-5 міс внутрішньоутробного розвитку.

УДК 611.389-013.71.8

### МОРФОГЕНЕЗ ОРГАНІВ ТА СТРУКТУР ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ ЛЮДИНИ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

*Ю.Т.Ахтемійчук*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

За допомогою сучасних морфологічних методів вивчено динаміку формоутворення заочеревинно-

#### *Приклад бібліографічного опису тез:*

*Антонюк О.П. Особливості розвитку стоку пазух у пренатальному періоді онтогенезу людини / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. “Акт. пит. клін. анат. та опер. хірургії” // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С 65.*