

"Тесла-БС-613". На основании выявленных ультраструктурных признаков создана классификация микрососудов опухоли, в соответствии с которой система кровотока в злокачественных эпителиальных опухолях включает в себя внесосудистое звено, представленное тканевыми щелями (псевдососудами), и сосудистое звено, состоящее из недифференцированных микрососудов типа протокапилляров, капилляров, лакун, синусоидов и венул, характеризующихся полиморфизмом морфофункциональных свойств, обусловленным гетерогенностью опухоли, различиями паренхиматозно-стромальных взаимоотношений ее микрорегионов.

## **МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕННИХ ВІД МАТЕРІВ З ГЕСТОЗАМИ**

*І.Ф.Шелкова, С.В.Долга, А.В.Сімачова*

Харківський медичний інститут

Метою дослідження було вивчення особливостей ембріогенезу та морфології серцево-судинної, імунної, ендокринної та статеві систем плодів від матерів з гестозами. Матеріалом дослідження стали серця, підшлункова залоза, яєчники та матки 80 плодів та новонароджених в період від 20 тижнів і до кінця вагітності. Виявлено, що у плодів, які розвиваються в умовах патологічної вагітності достовірно відмічалось запізнення та порушення структурної і функціональної диференцировки серцево-судинної та статеві систем. І навики - спостерігався передчасний розвиток імунної та ендокринної систем з ознаками виснаженості їх.

## **УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ АЭРОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА (АГБ) ЛЕГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ СЕРНИСТОГО ГАЗА**

*В.И.Шестаков, Л.М.Заяц*

Ивано-Франковский медицинский институт

Целью исследования было изучение в динамике ультраструктурных изменений компонентов АГБ под влиянием сернистого газа в разных концентрациях. Эксперименты проводились на 42 белых крысах-самцах массой 180-200г. Животные были распределены на 3 группы: 1 - крысы подвергались ингаляционной затравке сернистым ангидридом в концентрации 0,05мг/куб.м в течении 4 часов, 2 - 0,5 мг/куб.м, 3 - контрольная группа.

Установлено, что сернистый газ в концентрации 0,05 мг/куб.м через 1 сутки приводит к нарушению функционального состояния альвеолярного эпителия и эндотелиальных клеток. Спустя 7 суток в компонентах воздушно-кровяного барьера наряду с компенсаторными процессами наблюдаются дистрофические и деструктивные изменения, особенно выраженные через 1 час при ингаляции сернистого газа в концентрации 0,5 мг/куб.м.

## **АНАТОМІЯ ВНУТРИДОЛЬКОВОГО ПРОТОКА НЕБНОЇ СЛЮННОЇ ЖЕЛЕЗИ НОВОРОДЖЕНОГО ЧЕЛОВЕКА**

*О.А.Шерстюк*

Полтавский медицинский стоматологический институт

Анализ серийных полутонких срезов железистой зоны твердого неба показал, что у новорожденных концевые отделы максимально приближены к стенкам разветвлений внутридолькового протока, так как большинство их имеет короткие вставочные протоки, а в ацинусах имеющих форму "почки", они вообще не определяются. Вставочные протоки в дольке железы располагаются между концевыми отделами и соответствующим разветвлением внутридолькового протока 1,2 или третьего порядка, в которые они открываются. Внутридольковых протоков в дольке, обычно, 2, и они у новорожденного достаточно дифференцированы. По протяжению внутридолькового протока выявлены 2 дихотомических

деления. Изменение калибра протока на всем протяжении показывает, что резких изменений наружного и внутреннего диаметра, а также толщины стенки не происходит. Однако, наблюдается постепенное расширение внутريدольковых протоков по направлению к дольковому. Внутридольковый проток располагается в субдольковой единице небной железы центрально. Внутридольковые протоки, сливаясь, образуют короткий дольковый проток. Толщина внутридолькового протока значительна: почти соответствует толщине стенки ацинуса. В просвете протока содержится секрет, проявляющий метахромазию при окраске толуидиновым синим. Индекс соотношения толщины стенки к диаметру просвета во внутридольковых протоках меняется незначительно, несколько нарастает по направлению к междольковому протоку у которого наибольшая пропускная способность, а наименьшая - у вставочного и внутридолькового.

### **МОРФОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ (ВЫПОЛНЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ШВА) ПРИ ЧРЕСПЛЕВРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА**

*Н.И.Шкодовский, А.А.Марцovenко, С.Я.Коваль*

Крымский медицинский институт

Проведенные экспериментальные исследования показали, что в ручных пищеводно-кишечных анастомозах в сроки 3-5 суток выявлялись значительные явления некробиоза и некроза сшиваемых тканей с выраженным гнойно-грануляционным воспалением, приводя к резкому снижению в цитоплазме фибробластов, количества гликогена в 4-5 раз, РНК в 10-11 раз, СДГ в 3-4 раза, на фоне повышения активности ЛДГ в 1,5-2 раза со слабой активностью КФ и ЩФ.

В механических анастомозах в первые 3 суток вышеотмеченные состояния были менее выражены и характеризовались умеренным снижением гликогена, РНК, СДГ и увеличением ЛДГ на фоне умеренной активности КФ и повышенной ЩФ. Начиная с 4-5 суток в механических и с 6-7 суток в ручных анастомозах альтернативно-экссудативные изменения сменялись выраженной регенерацией эпителия слизистой с развитием грануляционной ткани. На 10-14 сутки отмечалось снижение воспалительно-деструктивных процессов с преобладанием органотипической и репаративной регенерации поврежденных структур анастомоза. Зрелая соединительная ткань формировалась на 14-21 сутки в механических и на 21-30 сутки в ручных анастомозах. Механический шов является методом выбора для успешного течения регенераторных процессов в сшиваемых тканях.

### **АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННЫХ ПОСТИНФАРКТНЫХ РАЗРЫВОВ СЕРДЦА**

*В.Е.Шляховер, О.К.Зенин, П.А.Тополов*

Донецкий медицинский институт

Исследованию были подвергнуты 50 секционных наблюдений постинфарктных разрывов сердец, возникших в течение первых 10 суток от начала заболевания. Возраст умерших - от 52 до 88 лет. Лица женского пола составляли 58%. С возрастом величина относительного истончения сердечной стенки в месте разрыва уменьшается. Выявлено, что величина относительного истончения сердечной стенки в месте разрыва максимальна у передней и нижней стенок, а минимальна у межжелудочковой перегородки и боковой стенки. Выделены 2 типа спонтанных постинфарктных разрывов сердец. Для первого, протекающего с истончением сердечной стенки в месте разрыва, характерны: относительно молодой возраст умерших, большие массы сердца и левого желудочка (ЛЖ), большая исходная толщина сердечной стенки, локализация канала разрыва на передней и нижней стенках ЛЖ. Для второго, протекающего без истончения сердечной стенки в месте разрыва, характерны: