

МОРФОЛОГІЯ

ДЕЯКІ МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХИЖИХ РИБ

Виконавець: Барська Є.І. – студ. 2 курсу мед. ф-ту №1.

Науковий керівник: ст. викладач Рябушко О.Б.

Кафедра медичної біології.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Актуальність проблеми: топографо-анатомічне взаєморозташування печінки, жовчного міхура та магістральних жовчовивідних шляхів зумовлює складність лікування жовчнокам'яної хвороби та залучення в запальний процес органів, що близько розташовані: дванадцятипала кишка, підшлункова залоза та інші. (Глушко Л.В., 2004; Дубінін С.І., 2007; Круглова О.В., 2005; Рябенко Н.Б., 2005; Ціммерман Я.С., 2002.)

Наукова новизна: на підставі обґрунтованої оцінки морфологічних особливостей будови стінки жовчного міхура у хижих риб у порівнянні з людиною надасть можливість значно уточнити етіологію та патогенез запальних процесів жовчного міхура та міхурової протоки.

Мета: вивчити особливості будови стінки жовчного міхура щуки та судака у порівняльно-анатомічному аспекті, що зможе допомогти у вирішенні проблеми профілактики виникнення жовчнокам'яної хвороби та ефективного лікування запальних процесів в органах гепатобіліарної системи.

Методи: матеріалом для дослідження були жовчні міхури щуки та судака. Робота виконана на 20 препаратах. Використовували метод анатомічного препарування, морфометричний метод, загально-гістологічні методи дослідження (гематоксилін-еозин та інші) та метод корозійного виготовлення препаратів.

Результати дослідження: встановлено характерно виражену трьохшарову будова стінки в усіх ділянках (дно, тіло, шийка). Основу стінки складає оболонка утворена комплексом тонких звивистих волокон. Останні, в ділянці дна розташовані компактно, а в інших ділянках, спостерігається розволокнення різного ступеню, що нагадує набряк. Характерно, що внутрішня поверхня стінки у всіх відділах жовчного міхура рівна. Лише в деяких місцях спостерігається її хвилястість. В ділянці дна, практично у всіх випадках, відмічено доволі високі випинання стінки в порожнину міхура. Ці поодинокі випинання можуть мати трикутну та плоску форму. Якщо уявити наявність епітелію, то ці випинання утворюють, не що інше, як складки слизової оболонки. Стінка жовчного міхура звернена до печінки має більш компактну будову. Протилежна, тобто, вільна стінка жовчного міхура виглядає пухкою, і нагадує губку. Крім цього до неї примикає доволі широка смужка пухкої сполучної тканини. В складі цієї тканини міститься жировий прошарок, а також елементи гемомікроциркуляторного русла і велика кількість дрібних різноспрямованих лімфатичних судин. На наш погляд, така будова гістоструктур цієї стінки зумовлена функціональною активністю в ній всіх елементів. В першу чергу, це пояснюється активною дегідратацією вмісту жовчного міхура.

Висновки: виявлено особливості будови стінки жовчного міхура щуки та судака, які являються хижаками, у порівняльно-анатомічному аспекті, що зможе допомогти у вирішенні проблеми профілактики виникнення жовчнокам'яної хвороби та ефективного лікування запальних процесів в органах гепатобіліарної системи.

СПІВСТАВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМ АМЕЛОБЛАСТОМ З РЕНТГЕНДІАГНОСТИКОЮ

Виконавці: Василенко М.С., Лях А.А. - студ.ІІІ курсу стом.ф-ту.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Новосельцева Т.В.

Кафедра патоморфології з секційним курсом

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Вступ. Амелобластома є органоспецифічною пухлиною, яка найчастіше зустрічається в області кута нижньої щелепи (80 %), рідше на верхній щелепі (20 %). Вона характеризується місцеводеструкуючим ростом, що проявляється руйнуванням прилеглої кісткової тканини. Рентгенологічно діагностуються такі форми амелобластом: монокістозна, полікістозна і «бджолині стільники».

На біоптичному матеріалі гістологічно можна діагностувати такі види амелобластом: акантоматозна, плексиформна, фолікулярна, базальноклітинна, аденоматоїдна, амелобластична фіброма, амелобластична фіброодонтома, одонтоамелобластома.

Матеріалами дослідження стали 5 біопсій і 3 резекційованих щелепи з приводу амелобластом. Шматочки тканини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, потім декальцінували, виготовляли парафінові зрізи, які фарбували гематоксиліном і еозином і за ван Гізон.

Метою нашого дослідження було співставлення гістоструктури різних видів амелобластом з рентгенологічними її проявами. Результати дослідження та їх обговорення. Нами проведено гістологічне дослідження біопсійного матеріалу і, що особливо важливо, гістотопографічне вивчення ділянок кістки, видалених з приводу амелобластоми.

При макроскопічному вивченні першого випадку була виявлена величезна порожнина, заповнена опалісуючою холестеринвмістною рідиною. Порожнина чітко обмежена від навколишньої кісткової тканини, має рівні контури. Гістологічно дана форма була представлена кістозною базальноклітинною амелобластою.

В наступному випадку макроскопічно пухлина складалася з безлічі кіст від 1,0 до 1,5 см., що чергувалися з солідними ділянками. Ріст без вираженої межі. При гістологічному дослідженні ділянки такої пухлини, нами виявлена будова фолікулярної амелобластоми. Нарешті, в останньому випадку, пухлина носила солідний вигляд. Кісти візуально не визначалися. Чітких меж пухлина не мала. При гістологічному дослідженні з центральної ділянки пухлини визначалась будова акантоматозної амелобластоми. Серед строми спостерігались ділянки кутикулярного плоского епітелію, навіть з елементами часткового зроговіння.

В інших центральних ділянках можна було виявити аденоматоїдну структуру пухлини. У ділянках, взятих на межі з кісткою, будова амелобластами походила на амелобластичну фіброму.

Отже, ріст амелобластом залежить від їх гістологічного типу. Так, монокістозна рентгенологічна форма відповідає гістологічно кістозній базальноклітинній формі. Для неї характерний експансивний ріст з чіткими рівними межами.

Рентгенологічна полікістозна форма порівняна з фолікулярною амелобластомою. Вона має місцеводеструкуючий ріст.

І нарешті, рентгенологічна картина «бджолині стільники» має різну гістологічну структуру в різних ділянках. Так, в центрі пухлини може бути акантоматозний і аденоматоїдний вид амелобластами. Тоді, як на периферії спостерігалася будова амелобластичної фіброми. Рентгенологічно амелобластична фіброма погано діагностується, що не дає хірургам можливість повністю видалити її і призводить до рецидивів.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ НА ТЛІ ГОСТРОГО ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СІАЛОДЕНІТУ

Виконавці: Гудімова Н. – студ. III курсу мед. ф-ту, Ваценко А. – студ. I курсу мед. ф-ту.

Науковий керівник: проф. Шепітько В.І., викл. Вільхова О.В.

Кафедра гістології, цитології та ембріології

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

На сьогоднішній день у клініці хірургічної стоматології досить часто зустрічаються запальні та дистрофічні зміни у слинних залозах. За даними різних авторів вони складають від 3 до 24%. Серед чинників, які викликають зміни у слинних залоз можна виділити погіршенням довілля (екологічний компонент), порушенням якісно-кількісного компонентів травлення, зростанням захворювань ендокринної системи (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози та ін.) та в клініках хірургічної стоматології зустрічаються відносно часто. Проблема лікування хворих сіаладенітами і сіаладенозами до теперішнього часу залишається актуальною у зв'язку з відсутністю об'єктивних критеріїв для призначення того або іншого виду вже розробленої терапії. Це призводить до емпіричного призначення схем лікування, що може чинити не лише токсичну дію на паренхіматозні органи і, зокрема, на слинні залози, але і призводити до зміни їх гемодинаміки, внаслідок чого виникає порушення мікроциркуляції органу.

Використання кріоконсервованих тканин для лікування пацієнтів набуває практичного значення, однак залишаються недостатньо вивченими гістофункціональні особливості впливу введення кріоконсервованої плаценти на органи ротової порожнини, зокрема слинні залози.

Вперше отримана комплексна характеристика змін, які відбуваються у під нижньощелепних слинних залозах при використанні кріоконсервованої плаценти на тлі змодельованого гострого сіалоденіту.

Методи дослідження – гістологічний, метод серійних напівтонких зрізів, гістохімічний, морфометричний метод - для визначення кількісних параметрів, методи варіаційної статистики, електронномікроскопічний метод.

При підшкірному введенні кріоконсервованої плаценти на тлі гострого експериментального сіалоденіту мінімальні значення діаметру артеріол спостерігались на 2-у добу експерименту, на 10-у добу спостереження відновились надходження крові до часточок ПНЦСЗ. Метричні показники діаметру просвіту капілярів на 2-у добу експерименту були вірогідно більшими, ніж в контрольній групі у тварин, яким вводили ККП. Розширення венул було незначним (до 5 %* від значень в інтактній групі), явища периваскулярної гіпергідратації не визначались. Відновлення показників спостерігалось на 10-у добу.

В кінцевих відділах і протоках при введенні ККП на тлі гострого експериментального сіалоденіту на ранніх термінах експерименту переважали дистрофічні зміни. Метричні показники мали від'ємну тенденцію. Мінімальні значення виявлені на 3-5 доби і відновлювалися на 10-у добу спостереження.

Підтвердженням концепції про камбіальну роль протокових епітеліоцитів вставних проток було виявлення морфологічних ознак підвищення проліферативної активності протокових епітеліоцитів на 2-3-у доби. Деструктивні зміни в посмугованих і гранулярних протоках проявлялися на 3-5-у доби, відновлення структури визначалось на 10-14-у.

МІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БУДОВИ МАТКИ БІЛИХ ЩУРІВ У НОРМІ

Виконавці: Костюк В.В., Лиходій С.С. – студ. III курсу мед. ф-ту №1

Науковий керівник: доц. Данильченко С.І.

Кафедра медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією і топографічною анатомією

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сьогодні захворювання органів сечостатевої системи становлять важливу медико-соціальну проблему як для України, так і для всього світу. Така ситуація потребує пошуку шляхів вдосконалення профілактичних заходів, діагностики та лікування цієї патології. Для розвитку знань, перевірки гіпотез, вивчення механізмів розвитку захворювань сечостатевої системи широко використовується моделювання на тваринах із залученням до експериментів різних лабораторних тварин. При цьому важливо знати особливості їхньої видової морфології у нормі.

Метою роботи було вивчення гістологічної будови матки білих щурів лінії Вістар у нормі.

Дослідження було виконано з урахуванням норм біоетики на 10 білих щурах-самках лінії Вістар масою 240-260 грам, віком 8-10 місяців, які утримувалися в стандартних умовах віварію академії та не залучалися до жодних експериментів. Забій експериментальних тварин проводився шляхом декапітації під тіопенталовим наркозом. Після проведення забору матеріалу, матку щурів фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну. Шматочки матки поміщали в парафін за звичайною методикою. Мікропрепарати забарвлювали гематоксилін-еозином.

При гістологічному дослідженні встановлено, що стінка матки складається з трьох оболонок: слизової (ендометрія), м'язової (міометрія), серозної (периметрія).

У рогах і тілі матки міометрій складається з трьох шарів – внутрішнього (підслизового), утвореного циркулярно орієнтованими міоцитами; середнього (судинного) з невеликою кількістю гладких міоцитів, які розміщуються у косо-поперечному напрямку, та зовнішнього (надсудинного), клітини якого розміщені у косо-поздовжньому напрямку. У ділянці злиття спостерігається об'єднання зовнішньої оболонки – периметрія і частини міометрія, а саме його надсудинного і судинного шарів.

У нижньому сегменті наявна серединна перегородка, яка розділяє дві порожнини нечітко окресленого тіла і шийки матки. Серединна перегородка має в своєму складі підслизові шари міометрія, тонку лінію судинного шару і ендометрія.