

2. Гнатюк М.С., Кіт О.М., Сардинець І.С., та інші., Вікові особливості структурної перебудови стінки жовчного міхура у експериментальних тварин. // Шпитальна хірургія. – 1999. - №2. – С. 91-94.

3. Захараш Ю.М. Оптимізація хірургічної тактики і техніки виконання лапароскопічної

холецистектомії в лікуванні жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень. // Дис. ... д-ра мед. наук. - Київ, 2000. – 344 с.

4. Рамазанов Р.М. Опыт 1000 лапароскопических холецистэктомий в условиях районной больницы. // Хирургия им. Пирогова. – 2000. - №10. – С. 28-30.

Одесский государственный
медицинский университет

Статья поступила
24.03.2001 г.

УДК 616.366-002:611.36

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН В ПЕЧІНЦІ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

ДАВИДОВ Д.М., НАПХАНЮК В.К., ДМИТРИЄВ Б.І.

Проаналізовано результати гістологічного дослідження біоптатів правої долі печінки, отриманих під час холецистектомії у хворих оперованих із приводу гострого холециститу, виконаної у 41 хворого. Установлена залежність змін структури тканини печінки від загального строку захворювання. Ступень та характер змін структурних елементів печінки ма-

ють свої особливості та відмінності при різних формах холециститу, найбільш глибокі зміни відмічені при деструктивних формах. Вихід післяопераційної реабілітації у повній мірі залежить від структурних змін у паренхімі печінки.

Ключові слова: гострий холецистит, хірургічне лікування, біопсія печінки.

UDC 616.366-002:611.36

PECULIARITIES OF STRUCTURAL CHANGES IN A LIVER TISSUE AT ACUTE CHOLECYSTITIS

DAVYDOV D.M., NAPHANIUK V.K., DMITRIEV B.I.

The results of hystological research of the right liver share's bioptates during cholecystectomy at the patient who was operated concerning acute cholecystitis, executed at 41 patients, are analyzed. The dependence of structural charges in a liver tissue, both from general term of disease,

and from destructive changes in a bile bladder was established. Result of postoperative rehabilitation to the full depends on structural changes in parenchyma of the liver.

Key words: acute cholecystitis, surgical treatment, biopsy of a liver.

УДК 617.5: 616.33 – 002 – 44

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НЕЙРОНІВ ІНТРАМУРАЛЬНИХ ГАНГЛІЇВ ПІДСЛИЗОВОГО СПЛЕТІННЯ ШЛУНКУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКУ

ДУБІНІН С.І., ХАРЧЕНКО О.В.

В стінці шлунку, як відомо, розпізнають підслизове (мейснерівське), міжм'язове (аурбахівське) і субсерозне нервеве сплетіння,

які тісно пов'язані між собою як морфологічно, так і функціонально [8]. Загальноприйнятим є те, що інтрамуральні ганглії шлунку

утворені головним чином нервовими клітинами першого типу Догеля, маючими еферентну природу [9].

Вивчаючи цитоархітекtonіку нервових вузлів шлунково-кишкового тракту, Б.І.Лаврентьев [7] показав, що клітини другого типу Догеля, відносяться до аферентних нейронів, виявляються тільки в гангліях пілоричного відділу шлунку в невеликій кількості.

Отже, уявлення про структуру аферентних нейронів вегетативної нервової системи суттєво розширилось. В літературі існує інформація, що ці клітини можуть мати будову, набагато відрізняючи їх від типових нейронів другого типу Догеля. Даному питанню присвячено багато робіт [1-6].

Особливий інтерес представляє вивчення морфологічних змін нервових клітин інтрамуральних гангліїв підслизового сплетіння шлунку у хворих на хронічну виразку шлунку.

Метою дослідження було вивчення морфологічних змін нейронів інтрамуральних гангліїв підслизового сплетіння шлунку хворих на хронічну виразку шлунку.

Об'єкт і методи дослідження. Основою цієї роботи є дослідження 50 спостережень на матеріалі резекцій шлунку з приводу хронічної виразки шлунку. Серед вивчених випадків було 28 чоловіків і 22 жінки у віці від 30 до 68 років.

Об'єктом дослідження слугували нейрони інтрамуральних гангліїв підслизового сплетіння шлунку. При обробці матеріалу, крім звичайних була використана спеціальна нейрогістологічна методика Більшовського-Грос. За допомогою цієї методики досліджено 12 шлунків, 8 з яких належали чоловікам і 4 жінкам. Фіксатором був формалін, приготовлений на дистілірованій воді, який підлугували 0,1n розчином їдкого натру під контролем універсального індикатора до рН 8,0-8,5. Шлунок відразу після резекції, промивали водопровідною водою і занурювали в розчин фіксатора. Через добу

орган розтинали по великій кривизні, складки його ретельно відмивали від слизу, після чого його знову поміщали в свіжий розчин формаліну з рН 7,5-8,0. Фіксацію матеріалу продовжували 10 днів. Реакцію середовища підтримували додаванням до фіксатора 0,1n розчину їдкого натру під контролем універсального індикатора.

Шматочки шлунків вирізали із пілороантрального відділу, та з тіла малої кривизни. Для імпрегнації за допомогою заморожуючого мікротому готували зрізи товщиною 10-15 мк. Після імпрегнації нервових структур зрізи зневоджували і заливали кедровим бальзамом. В чотирьох випадках нами проведено дослідження процентного вмісту двудерних нервових клітин в різних відділах шлунку.

Результати досліджень. Гістологічне вивчення зрізів шлунків після резекції показало наявність в зоні виразкового дефекту ознак порушення кровообігу. Відмічена гіперемія судин і набряк, дезорганізація сполучнотканинних структур, в яких колагенові і еластичні волокна потовщені. Останні втратили правильну орієнтацію і фрагментовані. Частина мікросудин була виключена з кровообігу внаслідок стазу крові в веноулярному відділі МЦР. Виявлена присутність лейкоцитарних елементів, які приймають участь в очищенні краю виразки. Знайдені поля грануляційної тканини, яка формується в місці виразкового дефекту. В грануляційній тканині велика кількість еластичних і колагенових волокон. В усіх випадках у стінці органу знайдено розпад м'якотних нервових волокон. Наряду із зміненнями м'якотних провідників виявлена фрагментація і тонких безм'якотних нервових волокон.

В пілороантральному відділі і по малій кривизні шлунка, де як правило, в слизовій оболонці були явища вираженого атрофічного і атрофічно-гіперпластичного гастриту, звертало на себе увагу збільшення числа варикозно змінених нервових волокон у підслизовому сплетінні (рис.1). Часто виявля-

лись напливи аксоплазми по ходу товстих безм'якотних провідників, які представляють собою відростки нервових клітин другого типу Догеля. В нейрочитах інтрамуральних гангліїв виявлене набухання, набряк та перенуклеарний хроматоліз.

За допомогою методу імпрегнації в таких нейронах констатувалась чітка аргентофілія нейрофібріл, потовщення і хвилястість аксона, асиметричне розташування ядра (рис.2). Про підвищення активності нервових

клітин другого типу Догеля свідчить виявлення різкого набухання кінцевих приборів рецепторів, сформованих товстими безм'якотними провідниками. В нейронах першого типу Догеля виявлені гіпертрофія тіла і гіперплазія нейрофібріл. В гіпертрофованих гангліозних клітинах збільшувалось в розмірах і ядро. Деяка частина нейронів мала два ядра або одне ядро з кількома ядерцями (таблиця).

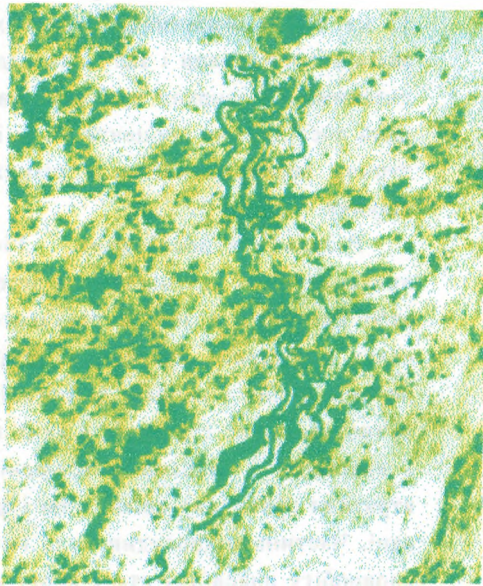


Рис.1. Мікрофото. Варикозно змінені нервові волокна в підслизовому сплетінні шлунку. Імпрегнація сріблом за методом Більшовського-Грос. х 400.

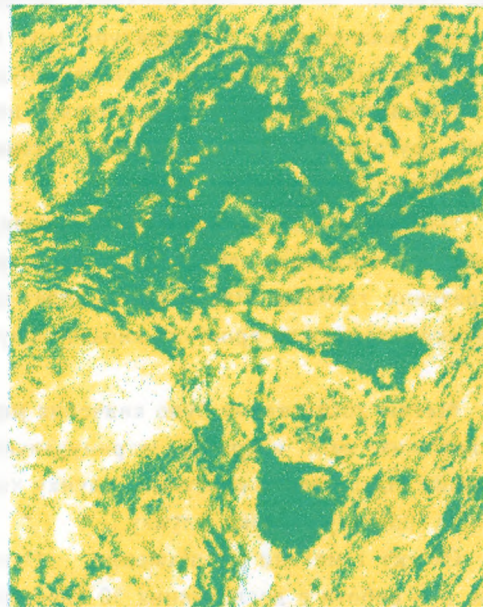


Рис.2. Мікрофото. Асиметричне розташування ядер нейронів, аргентофілія нейрофібріл, потовщення і хвилястість аксонів в клітинах інтрамуральних гангліїв підслизового нервового сплетіння шлунку. Імпрегнація сріблом за методом Більшовського-Грос. х 250.

Таблиця
Вміст двуждерних нервових клітин підслизового нервового сплетіння в різних топографоанатомічних відділах шлунку при хронічній виразці

Топографоанатомічні відділи шлунку			
НВ	П	МК	Т
35,0	30,1	29,9	23,4
34,0	31,0	29,1	24,5
30,1	29,7	30,1	23,0
31,0	29,2	29,2	24,2

Примітки: НВ – навколо виразки, П – пілороантральний відділ, МК – мала кривизна, Т – тіло шлунку.

В підслизовій оболонці тіла шлунку, де гастритичні прояви були виражені в меншій мірі, змінення нервових елементів або не проявлялись, або виражені слабо. Відзначено зменшене набухання нервових клітин і перинуклеарного хроматолізу, де ядерна оболонка гангліозних елементів нерідко набувала гіперхромності.

Підсумки. Таким чином, наші спостереження показують, що морфологічні зміни міс-

цевих нервових структур у хворих на хронічну виразку шлунку, проявляються гіпертрофією і ускладненням як еферентних, так і аферентних гангліозних елементів. Ці зміни найбільш виражені навколо виразки, в меншій мірі в пілороантральному відділі і на малій кривизні, тоді як в тілі шлунку вони виражені в незначній мірі. Зміни нервових клітин шлунку відбуваються як реакція на запальні процеси в ньому.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вайль С.С. Изменения нервной системы и поражения желудочно-кишечного тракта.- Ленинград: Медицина, 1941. - 271 с.

2. Гишинский Е.Я. Материалы по морфологии рецепторного аппарата желудка позвоночных. - Москва - Ленинград. -1958.-117 с.

3. Дубінін С.І. Морфофункціональний стан печінки, жовчного міхура та магістральних проток в умовах експериментального гострого холециститу.

Дис. докт. мед. наук. Полтава. - 1999.-286 с.

4. Журавлев Н.Н. Некоторые вопросы нейротканевых взаимоотношений в стенке желудка. //Научные труды высших учебных заведений Литовской ССР. Серия "Медицина".-1964.- Вып.5.-113 с.

5. Колосов Н.Г. Иннервация пищеварительного тракта человека. - Москва-Ленинград.-1962.-215 с.

6. Колосов Н.Г. Нервная система пищеварительного тракта позвоночных и человека. -Ленинград: Наука. - 1968.-195 с.

7. Лаврентьев Б.И. Морфология антагонистической иннервации в автономной нервной системе и методы ее исследования. В сб. Морфология автономной нервной системы.-Москва.-1946.-С.46-51.

8. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. Москва: Медицина.-1974.-Т.3.-287 с.

9. Ярыгин Н.Е., Ярыгин В.Н. Патологические и приспособительные изменения нейрона. -Москва: Медицина.-1973.- 190 с.

Українська медична
стоматологічна академія, м. Полтава

Стаття надійшла
6.05.2001 р.

УДК 617.5:616.33-002-44

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ ИНТРАМУРАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ ПОДСЛИЗИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА

ДУБИНИН С.И., ХАРЧЕНКО А.В.

Изменение морфологии структур интрамуральных ганглиев желудка, у больных хронической язвой его, проявляются гипертрофией и усложнением ганглиоз-

ных элементов, и развиваются на фоне выраженных форм хронического гастрита.

Эти изменения наиболее развиты во-

круг язвы, в меньшей мере в пилороантральном отделе и на малой кривизне.

В теле желудка, где гастритические изменения менее выражены, изменения

UDC 617.5:616.33-002-44

MORPHOLOGICAL CHANGES OF NEURONS OF INTRAMURAL GANGLIONS OF SUBMUCOSAL PLEXUS OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH CHRONIC ULCER OF THE STOMACH

DUBININ S.I., KHARCHENKO A.V.

Changes of morphology of the structures of intramural ganglions of the stomach in patients with its chronic ulcer manifest in hypertrophy and complexing ganglionic elements and is developing on the background of expressed forms of chronic gastritis.

These changes are mostly developed

УДК 611.819:611.14

РОЗВИТОК ТА СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ВЕНОЗНИХ ПАЗУХ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНКИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗАРОДКІВ ЛЮДИНИ НА СТАДІЯХ 12-23

ХИЛЬКО Ю.К.

Рівень технічного оснащення більшості вітчизняних відділень нервових хвороб робить неможливою прижиттєву діагностику цілого ряду вроджених мальформацій венозних пазух твердої оболонки головного мозку. Між тим велика кількість повідомлень в англomовних виданнях останніх років [5-6] свідчить проте, що зазначена патологія складає серйозну проблему в клініці нервових хвороб та нейрохірургії. Значна частина мальформацій є проявом порушень їх нормального розвитку у ембріональному періоді [7].

Метою дослідження було виявлення особливостей просторової будови венозних пазух та становлення їх топографії в залежності від характеру кровотоку, який обумовлюється ступенем розвитку відділів мозку та його похідних.

нервных структур незначительны.

Ключевые слова: морфологические структуры, интрамуральные ганглии, хроническая язва желудка.

around the ulcer, and less – in pyloroantral region and on the small curvatura.

In the stomach body where the gastric changes are not so expressed, the nervous structures changes are insignificant.

Key words: morphology structures, intramural ganglions, chronic ulcer of the stomach.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єкти набирали в патологоанатомічному бюро і гінекологічних відділеннях лікарень м. Полтави. Для дослідження були використані голівки 17-и ембріонів людини на стадіях 12-23 за міжнародною шкалою Карнегі (4-й – 8-й тижні внутрішньоутробного розвитку, тім'яно-куприкова довжина зародків 5 - 40 мм). Частину матеріалу (10 випадків) ущільнювали у парафіні за загальноприйнятими методиками. Серійні зрізи отримували у сагітальній або горизонтальній площинах на ротатійному мікротомові МПС-2, забарвлювали гематоксилін-еозином. 7 голівок зародків заключали в глікольметакрилатну смолу (GMA). Напівтонкі серійні зрізи великої площі отримували на модифікованому [2] мікротомові МПС-2 за допомогою скляних ножів з довгим лезом, які закріплювали у спе-