

Продовження таблиці

Показники	Юнаки		Дівчата	
	ПН	ЛН	ПН	ЛН
Площа поздовжнього перерізу (см ²)	42,38±6,82	46,14±6,03 ^	37,84±6,35	40,33±6,18 ^
Площа поперечного перерізу (см ²)	22,74±4,50	20,01±2,83 ^	18,98±3,65	17,86±2,56 ^
Площа поздов. перерізу синуса (см ²)	15,31±3,18	16,98±2,80 ^	13,64±2,94	14,43±2,69 ^
Площа попер. перерізу синуса (см ²)	5,692±1,480	5,328±1,201 #	4,662±1,365	4,576±1,073
Об'єм (см ³)	146,3±30,8	152,1±26,5 #	122,4±28,5	129,6±25,4 ^
Товщ. пар. верхнього сегмента (мм)	14,30±1,56	14,45±1,45	13,26±1,28	13,76±1,35 ^
Тов. пар. на межі між ПВС/ЛНС (мм)	14,38±1,51	14,49±1,46	13,45±1,34	13,86±1,33 #
Тов. паренх. по серед. латер. краю (мм)	18,65±2,26	20,00±2,34 ^	18,10±2,14	18,92±2,04 ^
Тов. паренхіми нижнього сегмента (мм)	14,29±1,44	14,76±1,38 #	13,58±1,28	14,17±1,29 ^
Товщина паренхіми в ділянці середини заднього сегмента (мм)	14,86±1,54	14,49±1,27 *	13,93±1,34	13,79±1,25
Нирковий індекс (відн. од.)	0,360±0,036	0,368±0,034 *	0,358±0,036	0,358±0,036

Примітки: тут і в подальшому 1. * – показник статистичної значущості різниці між відповідними показниками в юнаків (ю) або дівчат (д) на рівні <0,05; 2. # – на рівні <0,01; 3. ^ – на рівні <0,001; 4. ” – наявність тенденції між відповідними показниками в юнаків або дівчат.

Необхідно відмітити, що прояви асиметрії сонографічних розмірів нирок отримані нами у юнаків і дівчат майже співпадають з результатами отриманими Д.А. Коваленко (2011) у практично здорових чоловіків і жінок Поділля першого зрілого віку, де також статистично значуще більші, або тенденції до більших значень ЛН встановлені серед параметрів, що визначали на її поздовжньому перерізі, а ПН – у більшості випадків серед параметрів, що визначали на її поперечному перерізі.

Шиян Д.Н., Карпак Т.Ф.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ

*Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков*

Исследование структуры органов иммунной системы в различные периоды онтогенеза представляет особый интерес для морфологов, а также врачей различных специальностей.

Исследование проведено на вилочковых железах 40 плодов (32-40 недель) и 46 новорожденных. В данной работе были использованы макромикроскопические и морфометрические методы исследования.

В своей работе мы классифицировали вилочковую железу по количеству ее долей: основные (96,51%) – одна доля (5,81%), две доли (84,89%), три доли (9,3%) и добавочные доли (3,49%). Установлены формы индивидуальной анатомической изменчивости вилочковой железы у плодов и новорожденных с учетом соматотипа. По количеству долей выделены 3 вида вилочковой железы: однодолевая – преобладает при брахиморфном типе телосложения (5,81%), встречается чаще у мальчиков (6,79%), чем у девочек (5,81%), двухдолевая – преобладает при мезоморфном типе телосложения (75,58%), встречается чаще у мальчиков (44,18%), чем у девочек (31,40%), трехдолевая – преобладает при долихоморфном типе телосложения (6,97%), встречается одинаково часто как у мальчиков (5,81%), так и у девочек (5,81%). По форме долей: конусовидная – преобладает при брахиморфном типе телосложения (9,30%), листовидная – преобладает при мезоморфном типе телосложения (75,58%), подковообразная – выявлена нами у плода мужского пола с долихоморфным типом телосложения (1,16%).

Добавочные доли вилочковой железы определены нами у одного плода 38 недель, в количестве трех долей, и двух новорожденных, в количестве двух долей.

У новорожденных добавочные доли располагались в области шеи между верхними концами основных долей вилочковой железы и нижним краем долей щитовидной железой. Задней поверхностью эти доли прилежали к трахее, передней – к грудино-щитовидным мышцам. У плода они располагались в шейном отделе над подъязычной костью. Размер добавочных долей варьировал от 5 до 15 мм.

Вилочкову железу с тремя основными долями была отмечена нами у трех плодов и пяти новорожденных. Так у трех новорожденных и одного плода одна большая доля располагалась справа, а две меньших слева, у двух новорожденных одна большая доля располагалась слева, а две меньших справа и у двух плодов были большими правая и левая доли, а под ними третья меньших размеров.

Шкробот Л.В.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СУДИННИХ ЗМІН В ТОНКІЙ КИШЦІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ МОДЕЛЮВАННІ ГОСТРОЇ ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського”, м. Тернопіль

Як відомо, компресія органів черевної порожнини, що розвивається внаслідок підвищення внутрішньочеревного тиску при гострій кишковій непрохідності, приводить до порушення гемоциркуляції і тромбоутворення в дрібних судинах, ішемії кишкової стінки і її набряку. Однак, в наявних наукових публікаціях такі явища описані переважно для ділянок, наближених до місця непрохідності, що ж до віддалених ділянок, то перебудова їх кровоносного русла за таких умов вивчена недостатньо.

В експерименті на щурах проведено вивчення динаміки судинних змін у різних відділах тонкої кишки за умов моделювання гострої низької тонкокишкової непрохідності. Отримані в процесі експерименту дані свідчать про початкове реактивне посилення кровотоку в судинах тонкої кишки на всьому її протязі. Однак, в подальшому виникає зворотній процес, який може бути обумовлений підвищенням інтраабдомінального та інтраінтестинального тиску. Сповільненню кровотоку при цьому також сприяє звуження просвіту кінцевих гілок артерій та артеріол внаслідок підвищення тонузу їх стінки. Встановлено певні відмінності цих процесів у надстенотичному і підстенотичному відділах. Більш виражені морфологічні ознаки розладів кровообігу були виявлені вище від місця стенозування, що може бути обумовлене підвищенням інтраінтестинального тиску. Саме тому зміни дистрофічного і деструктивного характеру також виявлялися швидше в надстенотичних ділянках кишки, особливо по мірі наближення

до місця її непрохідності, де рівень інтраінтестинальної гіпертензії був найвищим. У віддалених ділянках і підстенотичних відділах вони також виникали, але лише у кінцевій стадії експерименту (через 72 години від його початку).

Таким чином, моделювання гострої низької тонкокишкової непрохідності приводить до морфофункціональної перебудови кровоносного русла і структурних елементів стінки тонкої кишки. На ранніх стадіях виникає реактивне посилення кровотоку на яке судини кишки рефлекторно реагують підвищенням тонузу стінок артерій, що в подальшому разом із інтраабдомінальною і інтраінтестинальною гіпертензією та компресією судин приводить до зниження інтенсивності кровотоку. Вище від місця стенозування розлади кровообігу більш виражені, ніж у постстенотичному відділі. Разом з тим, до уваги слід брати те, що стінка тонкої кишки і її судини володіють значними фізіологічними резервними можливостями щодо наповнення і підвищення тиску.

Яворська-Скрабут І.М.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ БІЛИХ ЩУРІВ ПРИ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського”, м. Тернопіль

Епідеміологічні дослідження в Україні свідчать про постійне збільшення числа хворих на цукровий діабет як першого, так і другого типів. На сьогоднішній день в Україні офіційно зареєстровано понад 1 млн хворих на цукровий діабет (ЦД). Актуальність вивчення цукрового діабету визначається винятково швидким зростанням захворюваності та розвитком важких хронічних ускладнень. Відомо, що одним із ранніх симптомів ЦД є сухість слизової оболонки порожнини рота, пов'язана із зменшенням виділення слизу і слини та зневодненням.

Метою дослідження стало вивчення морфологічних змін великих слинних залоз білих щурів при стрептозотоциновому цукровому діабеті.

У щурів інсулінзалежну форму цукрового діабету викликали шляхом одноразового внутрішньочеревного введення стрептозотину фірми “Sigma” з розрахунку 60 мг/кг. Забій тварин здійснювали шляхом введення тіопенталу натрію через 1, 2 та 3 місяці від початку експерименту, після чого проводили