

изображений VIDAS (Германия). Полученные данные обрабатывали статистически.

Результаты. Установлено, что 3-х месячная алкоголизация приводит к функциональным (тахикардия и снижение инотропной функции), биохимическим (активация нитрозирующего стресса и дефицит NO) и морфологическим (развитие дилатационной сердечной недостаточности, жировая дистрофия миокарда уменьшение плотности ядерного матрикса и количества РНК) признакам повреждения миокарда по типу алкогольной кардиомиопатии. Проведенная экспериментальная терапия продемонстрировала защитные эффекты милдрона, мексидола и ангиолина при явном преимуществе последнего.

Вывод. Полученные результаты демонстрируют развитие алкогольной кардиомиопатии на 14-сутки после 3 месячной алкоголизации и экспериментально обосновывают применение ангиолина в качестве кардиопротектора в комплексной терапии алкогольной болезни.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

В.С. Супрунова, Д.Н. Шиян, М.А. Лютенко

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Кровоснабжение сердца остается актуальной проблемой в кардиологии и кардиохирургии.

Материалом нашего исследования являлись сердца людей возрастом 20 - 90 лет в количестве 74 шт. из фондов трупного материала кафедры анатомии человека ХНМУ.

Форма, размеры и положение сердца индивидуально изменчивы во всех возрастных периодах. Развитие и рост сердца зависит от многих внутренних и внешних факторов и в известной мере отражает развитие и рост других систем организма, в первую очередь, мышечной системы. Поэтому с полным основанием говорил академик В.П. Воробьев, что каждый человек имеет свое сердце. Известный анатом В.Н.Тонков, также отмечал: «Форма сердца, как и всякого другого органа, описывается в анатомии, совершенно индивидуально.

Сердце по своей форме напоминает конус, несколько сдавленный в переднезаднем направлении. Можно выделить у взрослого человека четыре типа сердца: конусовидно-овальный, сужено-овальный, расширено-овальный и округло-уплощенный. Существует определенная зависимость между массой сердца и весом тела. Вес сердца взрослого человека составляет примерно 0,47% веса тела: у мужчин, в среднем, – 330 г., у женщин, в среднем, – 240 г. Форма и масса сердца

связана с длиной тела. При росте 165 см. вес сердца равен 301 гр., при росте 175см. - 312гр., при росте 185см. - 322 гр. Форма сердца и его положение в грудной полости связаны с формой грудной клетки и типом телосложения. При брахиморфном типе, с широкой и короткой грудной клеткой, сердце располагается поперечно, при долихоморфном типе, когда грудная клетка вытянутая и узкая, положение сердца приближается к вертикальному расположению. К другим факторам, влияющим на положение сердца, относятся положение тела в пространстве, расположение соседних органов. Состояние сердца зависит от двигательной активности человека. Определенной форме сердца часто соответствует как различный угол отхождения вторичных ветвей венечных артерий, так и дальнейшее их направление. Нами было установлено, что при переходной или шаровидной форме сердца, углы отхождения ветвей венечных артерий приближаются к прямому углу, а сами ветви имеют почти горизонтальное направление. При конусообразном или «капельном» типе сердце, указанные ветви отходят от венечных артерий под острыми углами и имеют косое или даже вертикальное направление.

Основным источником артериального кровоснабжения сердца являются венечные артерии. Кроме того, существует система сосудов Вьессена-Тебеяя; дополнительным источником также следует считать ветви нисходящей аорты, медиастинальные, перикардальные, пищеводные артерии. Эти дополнительные источники кровоснабжения наблюдаются примерно в 30% случаев.

Левая венечная артерия начинается чаще на высоте свободного края полулунных заслонок, а правая в большинстве случаев в синусе аорты и реже на уровне свободного края заслонки. Уровни возникновения рассматриваемых артерий по отношению к свободному краю заслонок аортального клапана на протяжении жизни, как правило, не изменяются: у лиц различных возрастных групп начало правой венечной артерии,находятся выше,а левой -на высоте свободного края. По отношению же к срединной линии уровни формирования артерии на протяжении жизни несколько меняются. Так, до 50 лет устье левой артерии локализуется преимущественно посредине, а в более зрелом возрасте - у вентрального края левого синуса аорты. Правая венечная артерия в начальном отделе следует чаще вверх, реже идет горизонтально. Левая артерия на большинстве препаратов имеет нисходящее направление,реже горизонтальное и совсем редко восходящее. Индивидуальные особенности расположения устьев венечных артерий представляют клинический интерес. Расположение устьев венечных отверстий имеет важное физиологическое значение. Так как устья артерий располагаются ниже верхних краев полулунных клапанов (Привес М.Г. и соавторы, 1956), то во время систолы вход в устья коронарных артерий несколько прикрывается клапанами, а сами артерии сжимаются благодаря сокращению мышцы сердца. В связи с этим снабжение мышцы сердца кровью во время систолы несколько уменьшается. В период диастолы, когда устья венечных артерий зияют, кровь поступает интенсивно, при этом входные отверстия не закрыты полулунными клапанами аорты. Правая и левая венечные артерии залегают под эпикардом, при этом сосуды заключены в жировую ткань что способствует амортизации их в момент

систоли (Кованов В.З., Аникина Т.И., 1972).

Таким образом, исследовав имеющиеся препараты сердца, известные нам литературные источники, мы установили наличие прямой зависимости расположения кровеносных сосудов сердца человека, от индивидуальных антропологических и морфологических особенностей.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ВЕНОЗНОГО РУСЛА КЛУБОВОЇ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ РІЗНИХ ОБ'ЄМІВ ПЕЧІНКИ

Л.В. Татарчук, М.С. Гнатюк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

E-mail: hnatjuk_te.ua@mail.ru

Вивчення ангіоархітекτονіки інтраорганного судинного русла в нормі і при різних патологічних станах, де локалізовані складні процеси взаємовідношень крові та тканин, постійно знаходиться в полі інтересів клініцистів і дослідників. Зміни ангіоархітекτονіки артерій та вен після оперативних втручань є актуальною проблемою сучасної медичної науки.

Виходячи з наведеного, за допомогою комплексу морфологічних методів досліджено венозне русло клубової кишки (Кб) 43 статевозрілих щурів-самців, які були розділені на 4 групи. 1-а група нараховувала 12 інтактних практично здорових тварин, 2-а – 11 щурів після резекції лівої бокової частки – 31,5 % паренхіми печінки, 3-я – 12 тварин після резекції лівої бокової і внутрішньої часток – 42,0 % об'єму печінки, 4-а – 8 щурів після резекції правої та лівої бокових часток печінки (58,1 %). Евтаназія дослідних тварин здійснювалася кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу через 1 місяць від початку експерименту. Шматочки стінки Кб забирали для гістологічного вивчення. Проведеним дослідженням виявлено, що резекція 42 % та 58,1 % паренхіми печінки призводила до виражених структурних змін венозного русла Кб. Досліджувані структури розширені, переповнені кров'ю, відмічався виражений перивазальний набряк, який здавлював вени, деформував просвіт, що призводило до порушення дренажної функції венозного русла Кб. У венах спостерігалася дистрофія гладких міоцитів, ендотеліоцитів, осередки з десквамацією останніх. Отже, резекція більше 42 % і більше паренхіми печінки призводить до вираженої структурної перебудови вен клубової кишки та порушень венозного дренажу у досліджуваному органі.