

Висновок. Виразковий інфільтративний рак шлунка розвивається на фоні НР-асоційованого пілороантрального вираженого атрофічного і атрофічно-гіперпластичного гастриту, а також гіпертрофічного гляндкулярно-проліферативного гастриту на малій кривині і навколо пухлини.

Література. 1. Аруин Л.И. Helicobacter pylori и рак желудка // Арх.патол. – 1994. – 3. – С. 3-5. 2. Бутов Ю.Л., Харченко А.В., Хуснутдинов Ш.М. Campylobacter pyloridis и рак желудка // Актуальные вопросы патол.анатомии. – Харьков, 1990. – С. 44-47. 3. Бутов Ю.Л., Садчиков В.Д., Хуснутдинов Ш.М., Харченко А.В. Helicobacter pylori и рак желудка // Лік. справа. Врачеб. дело – 1998. – № 4. – С. 69-71. 4. Correa P. Helicobacter pylori and gastric carcinogenesis // Am. J. Surg. Pathol. – 1995. – V.19. – P. 37-43. 5. Sipponen P., Kahlos T. Incidence of gastric cancer and prevalence of chronic gastritis in out patients: comparison between two geographical areas in Finland // Ann. Med. – 1995. – V.27. – P. 609-11.

THE STATE OF THE MUCOUS MEMBRANE OF DIFFERENT SEGMENTS OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH ULCEROUS INFILTRATIVE CANCER OF THE STOMACH

O.V.Khartchenko

Abstract. Ulcerous infiltrative stomach cancer develops against a background of HP-associated pyloro-antral atrophic and atrophic-hyperplastic gastritis, as well as hypertrophic glandular-proliferative gastritis within the limits of the lesser curvature and around the tumor.

Key words: gastric mucous membrane, HP-associated chronic gastritis, infiltrative stomach cancer.

Regional Pathologoanatomical Bureau (Poltava)

Надійшла до редакції 21.02.2001 року

УДК 611.24.013

О.В.Цигикало, Ю.Т.Ахтемійчук

РЕКОНСТРУКЦІЙНА МОДЕЛЬ ЕМБРІОНАЛЬНОГО КОРЕНЯ ЛЕГЕНЬ ЛЮДИНИ

Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – д.мед.н. Ю.Т.Ахтемійчук)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. За допомогою графічного реконструювання проілюстровано просторово-часову динаміку синтопії та особливості топографії головних компонентів коренів легень людини в ембріогенезі.

Ключові слова: корені легень, ембріотопографія, графічне реконструювання, людина.

Вступ. Реконструювання органів в ранньому періоді внутрішньоутробного розвитку людини дозволяє дослідити анатомічні утворення в об'ємному зображенні, вивчити форму та синтопію мікроскопічних структур [1-3]. Метод графічного реконструювання дозволив не тільки вивчити складну просторову будову коренів легень та динаміку синтопії його головних компонентів, а й уточнити морфологічні показники головних бронхів та легневих судин, визначити критичні періоди їх розвитку.

Мета дослідження. Вивчити особливості топографії головних компонентів коренів легень людини протягом раннього періоду пренатального онтогенезу.

Матеріал і методи. Досліджувались серійні гістологічні зрізи 15 зародків та 30 передплодів людини методами мікроскопії та графічної реконструкції. Періоди розвитку систематизовані за класифікацією Г.А.Шмідта (1968).

Результати дослідження та їх обговорення. На 5-му тижні внутрішньо-утробного розвитку зачатки легень утворені двома випинами (рис. 1), розміщеними по обидва боки кишкової трубки (майбутнього стравоходу) і спрямованими дорсолатерально. На даному етапі до складу коренів входить тільки головний бронх. Наприкінці 5-го тижня відбувається розгалуження правого головного бронха, що свідчить про те, що ентодермальна частина зачатка легень випереджає мезенхімну і відіграє провідну роль у формуванні бронхопульмональної системи. Артеріальний стовбур поділяється на аорту і легеневий стовбур, а шоста пара аортальних дуг трансформується в легеневі артерії та боталову протоку. Триває асиміляція венозного синуса первинним передсердям та стовбура первинної легеневої вени самим синусом.

Процеси формоутворення та інтенсивний ріст коренів легень та їх компонентів на 5-му тижні є першим критичним періодом – часом можливого виникнення природжених вад (аплазія чи агенезія легені, трахеоезофагеальні свищі).

На початку 6-го тижня чітко вирізняється окрема дуга аорти та легеневий стовбур (рис. 2), який розгалужується на дві легеневі артерії та боталову протоку. До складу коренів легені входить головний бронх та легенева артерія. Триває процес диференціювання головних венозних магістралей малого кола кровообігу – в кожному зачатку легень виявляються часткові гілки, які утворюють легеневі вени. Зачаток легень являє собою парне утворення овальної форми з горбистою поверхнею. В них можна виділити реберну поверхню та середостінну, на якій розміщуються ворота органа.

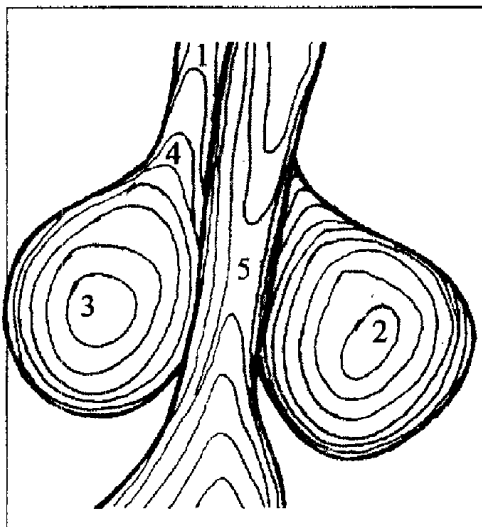


Рис. 1. Графічна реконструкція зачатка органів дихання зародка людини 7,0 мм ТКД. Вигляд ззаду. Зб. x200
1-зачаток трахеї; 2-права легеня; 3-ліва легеня; 4-лівий бронх; 5-стравохід.

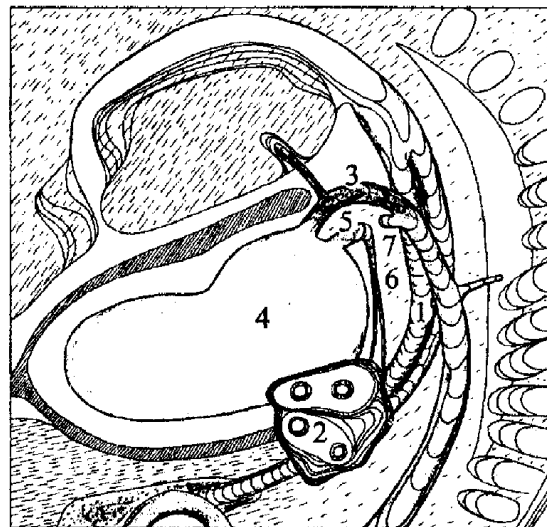


Рис. 2. Графічна реконструкція верхньої частини зародка людини 9,0 мм ТКД. Вигляд зліва. Зб. x100
1-лівий головний бронх; 2-ліва легеня; 3-аорта; 4-контури серця; 5-легеневий стовбур; 6-легенева артерія; 7-боталова протока.

Наприкінці зародкового періоду у співвідношенні головних компонентів коренів легень починають простежуватись ознаки дефінітивної топографії (рис. 3), але взаєморозміщення бронхів та легеневих судин в корені правої та лівої легені майже симетричне: найвище положення займає легенева артерія, яка проходить по передньовіршньому півколу головного бронха. Попереду від неї розміщується верхня легенева вена, а нижня займає найнижче положення.

На початку передплодового періоду (7-й тиждень) встановлюється зв'язок між внутрішньо- та позалегеневими судинами. Формування легеневих судин відбувається в двох взаємопротилежних напрямках: з одного боку – в закладку легень входять судини ззовні, з другого – розвиваються з мезенхіми. Синтопія

компонентів коренів стає асиметричною: права легенева артерія зміщується на передню поверхню головного бронха, а найвище положення у воротах органа займають часткові її гілки, що переходять на задню поверхню бронха верхньої частки (рис. 4). У корені лівої легені артерія з частковими гілками знаходиться над бронхом. Верхні легеневі вени, як справа, так і зліва, проходять попереду головних бронхів, а нижні – на рівні їх нижнього краю. Ворота наближені до задніх країв легень і знаходяться майже на однаковій відстані між їх верхівкою та нижнім краєм.

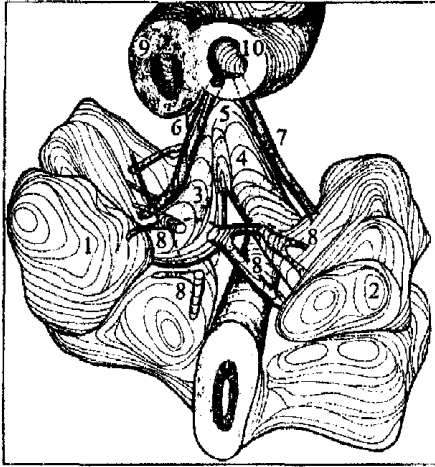


Рис. 3. Графічна реконструкція органів грудної порожнини зародка 13,0 мм ТКД. 36. х65
1-права легеня; 2-ліва легеня; 3-правий головний бронх; 4-лівий головний бронх; 5-трахея; 6-права легенева артерія; 7-ліва легенева артерія; 8-легеневі вени; 9-аорта; 10-легеневий стовбур.

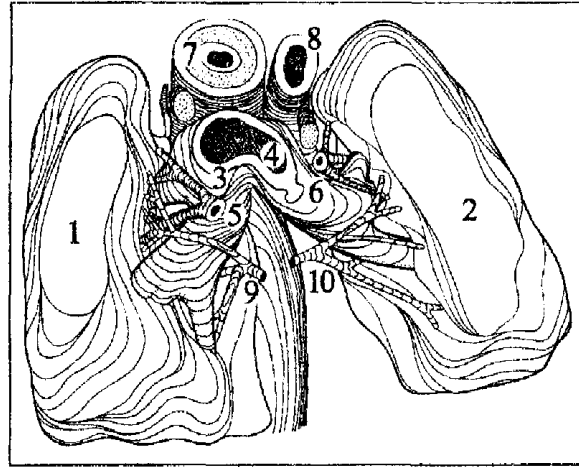


Рис. 4. Графічна реконструкція органів грудної порожнини передплота 17,0 мм ТКД. 36.х60
1-права легеня; 2-ліва легеня; 3-правий головний бронх; 4-лівий головний бронх; 5-права легенева артерія; 6-ліва легенева артерія; 7-стравохід; 8-аорта; 9-праві легеневі вени; 10-ліві легеневі вени.

Протягом 6-7-го тижнів відбувається інтенсивний ріст бронхів та легеневих судин, формуються бронхіальні залози, стінка легеневих вен складається вже з трьох оболонок. Відбуваються зміни в топографії воріт та їх компонентів. В корені правої легені легенева артерія з частковими та сегментарними гілками прилягає до передньої поверхні головного бронха (рис. 5). Ворота лівої легені зміщуються краніально і займають положення на межі верхньої та середньої третини середостінної поверхні органа.

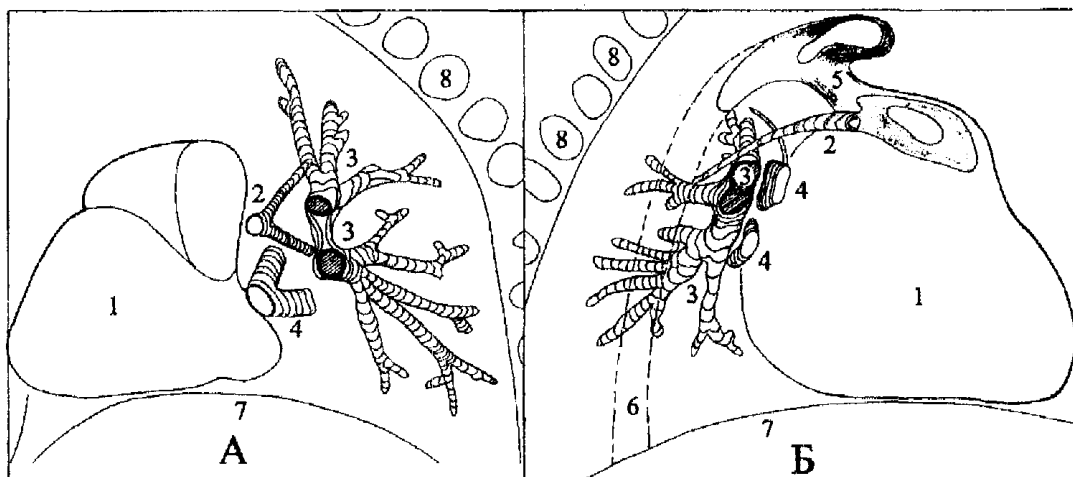


Рис. 5. Графічна реконструкція органів грудної порожнини передплота 25,0 мм ТКД. 36.х20
А-корінь лівої легені. Б-корінь правої легені. 1-серце; 2-легенева артерія; 3-бронхи; 4-легеневі вени; 5-боталова протока; 6-контур аорти; 7-діафрагма; 8-ребра.

Наприкінці передплодового періоду топографія коренів легень максимально схожа до дефінітивної (рис. 6). Відбувається інтенсивне зростання розмірів коренів легень та їх головних компонентів. Цей період можна також вважати критичним з точки зору можливого виникнення вад розвитку органів дихання (полікістоз легень, бронхомегалія тощо).

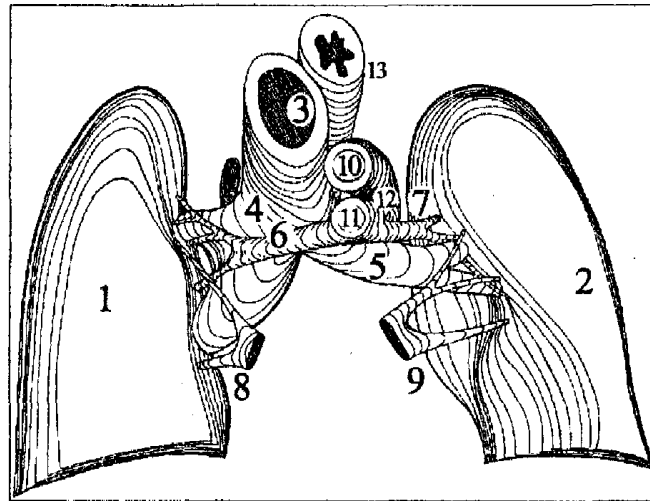


Рис. 6. Графічна реконструкція органів дихання передплота 48,0 мм ТКД. Зб. х15
1-права легеня; 2-ліва легеня; 3-трахея; 4-правий головний бронх; 5-лівий головний бронх; 6-права легенева артерія; 7-ліва легенева артерія; 8-праві легеневі вени; 9-ліві легеневі вени; 10-аорта; 11-легеневий стовбур; 12-артеріальна протока; 13-стравохід.

Висновки. 1. Ворота легень з єдиним компонентом – головним бронхом – з'являються наприкінці VI тижня розвитку на медіальній поверхні органа. 2. Послідовність появи головних компонентів кореня легені зумовлює характер їх взаєморозташування у воротах органа: ближче до головного бронха і вздовж нього розміщена легенева артерія, а вени займають нижнє положення, розташовуючись спереду. 3. Періоди нерівномірного росту супроводжуються процесами ускладнення будови бронхів та легневих судин і тому є критичними з точки зору можливого виникнення уроджених вад дихальної системи.

Література. 1. Круцяк В.Н., Ахтемійчук Ю.Т., Ватаман В.Н. и др. Графические и пластические реконструкции в изучении развития и становления топографии органов в пренатальном периоде онтогенезе человека // Эмбриогенез и сравнит. анат. органов и систем / Под ред. проф. П.И.Лобко. – Минск. – 1986. – С. 11-23. 2. Круцяк В.М., Проняев В.І., Ахтемійчук Ю.Т. Значення ембріологічних досліджень на сучасному етапі розвитку морфологічної науки // Буковинський медичний вісник. – 1998. – Т.2, №1. – С. 3-7. 3. Туркевич Н.Г. Реконструкция микроскопических объектов по гистологическим срезам. – М.: Медицина, 1967. – 176 с.

RECONSTRUCTIVE MODEL OF THE EMBRYONIC ROOT IN THE HUMAN LUNG

O.V.Tsyhykalo, Yu.T.Akhtemiiichuk

Abstract. By means of graphic reconstruction the authors have illustrated the spatial-temporal dynamics of syntopy and distinctive features of the topography of the chief components of the human pulmonary roots in embryogenesis.

Key words: pulmonary roots, embryotopography, graphic reconstruction, human being.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 20.05.2001 року