

дення ксенобіотиків відмічаються адаптаційні зміни до кінця 1 і 2 тиж. відновного періоду та зрив адаптації на кінець експерименту.

### ІНДЕКС ГІСТОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА ГІСТОЛОГІЧНИЙ ІНДЕКС СКЛЕРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ В ТА АЛКОГОЛЬНОМУ ГЕПАТИТІ

*З.Я.Гурик*

*Івано-Франківський державний медичний університет*  
Оскільки клінічна картина і біохімічні проби печінки (Пч) при хронічних гепатитах не завжди дають можливість правильно оцінити активність процесу і стадію захворювання, доцільним є морфологічне дослідження тканини Пч із застосуванням пункційної біопсії. Мета дослідження – вивчити морфологічну картину Пч при хронічному вірусному гепатиті В (ХВГ В) та хронічному алкогольному гепатиті (ХАГ) з визначенням ступеня активності процесу і гістологічного індексу склерозу Пч. Досліджені біоптати Пч у 28 хворих на ХВГ В, діагноз в яких підтверджений лабораторно, і у 20 хворих на ХАГ, в анамнезі яких зловживання алкоголем в дозі не менше 50 г/д протягом п’яти і більше років. Тканину Пч для гістологічного дослідження отримували шляхом пункційної і лапароскопічної біопсії. Матеріал фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, проводили за загальноприйнятими методиками. Парафінові зрізи товщиною 5-7 мкм забарвлювали гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за методом Ван-Гізона, орсеїном за методом Шиката. У гістологічних препаратах визначали індекс гістологічної активності запального процесу в печінковій тканині (ІГА) за методом R.G.Knodell et al. та гістологічний індекс склерозу Пч за методом V.J.Demset et al. При визначенні ступеня гістологічної активності виявлено, що у хворих на ХВГ В вона вища, ніж у хворих на ХАГ. У хворих на ХВГ В висока активність процесу спостерігалася у 7,1% хворих, тоді як при ХАГ висока активність не відмічалася; помірна активність при ХВГ В становила 57,2%, при ХАГ – 30%; низька активність при ХАГ спостерігалася у половини хворих, а при ХВГ В – у чверті хворих. Визначення ступеня фіброзу Пч показало, що він більше виражений у хворих на ХАГ. При ХАГ у 10% знайдений цироз, при ХВГ В – у 3,6%; виражений склероз – відповідно у 30% і 21,5%, помірний – у 45% та 35,7%. У 7,1% хворих на ХВГ В склероз відсутній, чого не спостерігалася при ХАГ.

### МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІДКЛАДЕНЬ СОЛЕЙ КАЛЬЦІУ В ПЛАЦЕНТІ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНІЙ ВАГІТНОСТІ

*І.С.Давиденко, М.С.Крилюк*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Більшість відкладень кальцію (ВК) чітко візуалізуються під мікроскопом при оглядовому забарвленні гематок-

силіном і еозином як темно-фіолетові ділянки різної форми та розмірів. Однак такі ж морфологічні властивості в плаценті можуть мати інші об’єкти, зокрема, ділянки фізіологічних накопичень деградованого клітинного матеріалу (з концентрацією клітинних ядер з явищами каріопікнозу чи каріорексису), скупчення бактерій чи мікроскопічних грибків, деякі сторонні тіла. Тому для надійної мікроскопічної верифікації ВК застосовують адекватні гістохімічні методи. На 28 спостереженнях фізіологічної вагітності (термін гестації 37-40 тиж., пологи природні) використано методику з алізариновим червоним за Mc Gee-Russel та власну методику діагностики ВК з застосуванням інфрачервоної мікроскопії. У результаті проведених досліджень встановлено, що ВК в плаценті при фізіологічній вагітності мають різну локалізацію та морфологічні властивості. Дрібні (0,25-1 мкм) пілоподібні кальцифікати як окремі об’єкти або як розріджені скупчення трапляються на поверхні синцитіотрофобласта, рідше – у його цитоплазмі, у субепітеліальній базальній мембрані, зрідка – у стромі хоріальних ворсин (здебільшого це стосується стовбурових ворсин, зокрема, їх якірних варіантів). Кальцифікати середніх розмірів (15-30 мкм), здебільшого круглястої форми, високої оптичної щільності, визначаються в інтервільозному фібриноїді. Великі кальцифікати, як правило, неправильної форми, меншої оптичної щільності, виявляють переважно у базальній пластинці (переважно у її фібриноїді) та інтеркотиледонних септах (переважно також у фібриноїді). У смугах фібриноїду Рора та Лангханса кальцифікати трапляються лише в окремих спостереженнях.

### УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ГАЛЬМУВАННЯ ВІДЦЕНТРОВОГО РОСТУ ЕКСТРАХОРИАЛЬНИХ ПЛАЦЕНТ

*І.С.Давиденко, О.А.Тюленєва*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Однією з поширених гіпотез виникнення екстрахоріальних плацент (ЕХП) є гіпотеза про маргінальне часткове відшарування плаценти від поверхні матки з наступною швидкою його самоліквідацією. Проміжок між відшаруванням та його самоліквідацією, як правило, триває кілька десятків хвилин, іноді – до 1-3-х годин, тому задокументувати його вдається зрідка. Наслідком такого часткового відшарування є не тільки утворення ЕХП з характерними ознаками її форми, але й різке гальмування відцентрового росту органа, що призводить до формування плаценти з порівняно малою площею найбільшого перерізу і тому має значення у розвитку плацентарної недостатності. Досліджено 16 випадків ЕХП за допомогою шодвотижневого ультрасонографічного вимірювання площі найбільшого перерізу органа, починаючи з 28-го тижня вагітності. Встановлено, що у 12 спостереженнях (75%) різке гальмування відцентрового росту плаценти відбувалося у проміжок гестації 30-32 тиж., у 4

випадках (25%) це відбувалося у проміжок вагітності 34-36 тиж. Вивчення морфологічних особливостей формування плацентарної недостатності у випадках ЕХП найбільшою мірою слід сконцентрувати на проміжку гестації 30-32 тиж.

### **ВІКОВА МІНЛИВІСТЬ ІННЕРВАЦІЇ ТОНКОЇ І ТОВСТОЇ КИШОК У НОРМІ, ЕКСПЕРИМЕНТИ ТА ПРИ ГЕМОРОЇ**

*І.Г.Дацун, Ю.Л.Попович, О.В.Лазуркевич, В.М.Федорак*  
*Івано-Франківський державний медичний університет*  
Застосовуємо методи Ніссля, Гримеліуса, Массона-Гамперля на гістологічних та ультратонких зрізах тонкої і товстої кишки в нормі, експерименті і патології. Триває вивчення реактивного впливу "вкороченої" тонкої кишки при проксимальній резекції порожньої кишки для визначення трофічних ускладнень клубової кишки. Відмічені дані підтверджуються визначенням адренергічної іннервації за методом Фалька-Хілларпа з розвитком ентерального синдрому. Встановлено, що кількість нейрочитів в інтрамуральних гангліях тонкої і товстої кишки не компенсують вікові розлади нейроендокринного гомеостазу у дифузній APUD-системі у літніх людей. Зокрема в стінці прямої кишки кількість нейрочитів поступово наростає, досягаючи максимальних величин у зрілому віці з формуванням глобусних кавернозних тілець в ембріогенезі. Найбільші зміни виникають у портокавальних анастомозах підслизової основи аноректальної ділянки з розвитком гемороїдальних вузлів.

### **МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕПАТОЦИТІВ ПРИ ДІЇ ЦИСПЛАТИНУ**

*О.І.Дельцова, С.Б.Герасценко, О.Р.Кушнір, В.М.Волошинович*

*Івано-Франківський державний медичний університет*  
В експерименті цисплатин вводили 25 білим дорослим щурам внутрішньоочеревинно в дозі 2 мг/кг один раз на тиждень протягом 9 тиж. Матеріал забирали на 3, 7, 15 і 30 доби після останнього введення. Гістологічні зрізи, забарвлені гематоксилином і еозином, підлягали морфометричному дослідженню за допомогою аналізатора зображень на базі програмного забезпечення UTHSCSA Image Tool. У динаміці експерименту відбуваються зміни характеру розподілу гепатоцитів (Гц) за величиною показника площі клітин. У контролі пік гістограми знаходиться в інтервалі 100,0-120,0 мкм<sup>2</sup>. Ця ж група клітин є домінуючою на 3 та 15 доби експерименту, однак спостерігається збільшення відсотка Гц середніх і дрібних розмірів. Показник площі клітини зазнає на 30 добу найбільших змін. Через 3 доби досліджує клітини, площа ядра яких становить 20,0-25,0 мкм<sup>2</sup>, 11,4% Гц мають площу ядра 10,0-15,0 мкм<sup>2</sup> (у контролі – 6,74%). До 30 доби зростає число Гц з малими ядрами і зменшується – з ядрами середніх і великих розмірів. На 3 і 15 доби зміни показника відношення площі ядра до площі Гц мають односпрямований характер, до 30 доби перева-

жає зменшення площі ядра і зростання площі Гц. Від 15 до 30 доби морфометричні дослідження підтвердили деформацію Гц та їх ядер на підставі змін величини коефіцієнту форми Гц та їх ядер. При цьому зростає кількість клітин, в яких значення цього параметра становить понад 1,25 за рахунок зменшення чисельності клітин з показником 1,15-1,20. Отже, виявлені значні зміни морфометричних показників Гц свідчать про виражений гепатотоксичний вплив цисплатину на клітини печінки при введенні препарату протягом 9 тиж.

### **ВІКОВІ ЗМІНИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ЛЮДИНИ**

*С.І.Дубінін, Н.А.Улановська-Циба*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Аналіз різних ділянок жовчного міхура (ЖМ) показує, що впродовж життя відбувається структурна перебудова в усіх його оболонках. Перший період – від народження дитини до приблизно 18-20 років. За цей час спостерігається ускладнення будови елементів стінки ЖМ, особливо слизової оболонки (СО). Відбувається структурно-функціональне становлення та стабілізація розвитку різних відділів (частин) ЖМ. Другий період який охоплює наступні приблизно 40 років життя, характеризується відносно стабільною будовою, а отже, функцією ЖМ. Приблизно з 55-60 років життя настає третій період, який характеризується інволютивними змінами в будові елементів стінки ЖМ. Стінка ЖМ дитини одного місяця життя має добре сформовані оболонки. Рельєф внутрішньої поверхні нерівний: спостерігаються окремі складки, вкриті одношаровим епітелієм. Власна пластинка СО містить численні клітинні елементи, які нагадують фібробласт, що може свідчити про колагенез. У дітей п'ятнадцятирічного віку рельєф поверхні СО змінює свою конфігурацію. Широкі ворсинки дна ЖМ подовжуються. Між суміжними ворсинами з'являються широкі анастомози, які обмежують різноманітні за площею та формою проміжки. Ці проміжки, при екстраполяції їх на подальші мікропрепарати, утворюють подібність тунелів або каналів, які розповсюджуються. Цілком ймовірно, на нашу думку, є припущення, що названі канали призначені для переміщення ними жовчі. Вони являють собою одну із структур складної дренажної системи СО ЖМ. Ця система забезпечує одну з основних функцій жовчного міхура – концентрацію жовчі. В межах дна, ближче до тіла, ворсинки СО сягають значної висоти. Відмічаються численні анастомози між суміжними мікроросинами, а також вільні паростки. Дренажна система цих ворсин складається в основному з поздовжніх тонкостінних мікросудин і добре розвинутої системи тканинних щілин. Поперечні зрізи кровоносних судин трапляються рідко. Цей факт може свідчити про зміну напрямку складок СО та про особливості кровопостачання ЖМ. Упродовж наступних 30-35 років індивідуального життя основа мікроросин переважно широка, висота вор-