



Рис. 5. Зона дозрівання емалі, інтактні щурі Нінгдрін - Шифф реакція, збільшення 4600.

A – Середній шар емалі **B** – Зовнішній шар емалі (кінцева емаль) **C** – Безпризмenna емаль **D** – Амелобласти **E** – Поліпептиди міжпризмного простору **F** – Емалева призма.

Зона дозрівання емалі амелогенезу інтактних щурів при гістохімічному дослідженні (рис. 5) забарвлюється більш інтенсивно, що свідчить про більшу кількість поліпептидів в зоні дозрівання при амелогенезі. Локалізація поліпептидів залишається незмінною в порівнянні зі зрілою емаллю. Більша кількість поліпептидів знаходиться в поверхневому та безпризмному шарі синтезованої емалі

Висновки. В результаті дослідження розроблена методика фарбування поліпептидів емалі зубів. Локалізація поліпептидів підтверджує теоретичне уявлення про білкову структуру та молекулярно-функціональну модель емалі зуба.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити особливості змін поліпептидів емалі в умовах впливу несприятливих факторів.

Список літератури

1. Биохимия ротовой полости : уч.-метод. пособие / [Л. М. Тарасенко, Р. А. Юхновец, В. К. Григоренко и др.]. - Полтава, 1990. - 115 с.
2. Гасюк А.П. Морфо – и гистогенез основных стоматологических заболеваний / А.П. Гасюк, В.И. Шепитько, В.М Ждан. - Полтава 2008 . - 94с.
3. Грошиков М.И Некариозные поражения тканей зубов / М.И Грошиков - М.: Медицина 1985. – 176 с.
4. Луппа Х. Основы гистохимии / Х Луппа. – М.: Мир 1980. – 343 с.
5. Хоменко Л. О. Терапевтична стоматологія дитячого віку Л. О. Хоменко - К.: 1999. – 523 с.
6. Cloning and characterization of the human ameloblastin gene. / S. Toyosawa, T. Fujiwara, T. Ooshima, [and rather] // NUCLEOTIDE SEQUENCE. – 2000. – 256. – P. 1-11
7. Human and mouse enamel phenotypes resulting from mutation or altered expression of AMEL, ENAM, MMP20 and KLK4. / J.T.Wright, T.C. Hart, P.S. Hart, [and rather] // Cells Tissues Organs. – 2009. – 189. - P.1-4.
8. The leucine-rich amelogenin peptide alters the amelogenin null enamel phenotype. / C.W. Gibson, Li Y, B. Daly, C. Suggs, [and rather] // Cells Tissues Organs. - 2009. – 189. - P.169-74.

УДК 611.314. 616.314-002

МЕТОДИКА ЗАГАЛЬНОГО ФАРБУВАННЯ ПОЛІПЕПТИДІВ ЕМАЛІ ЩУРІВ

Романюк А. М., Кузенко Є. В.

Резюме. У статті запропоновано метод гістохімічного фарбування поліпептидів емалі щурів, котрі відіграють ключову роль в обмінних процесах підчас синтезу, формування та дозрівання емалі. Метод фарбування поліпептидів відображає орієнтовну локалізацію кальцій - зв'язуючої системи поліпептидів.

Ключові слова: емаль, поліпептиди, кальцій.

УДК 611.314. 616.314-002

МЕТОДИКА ОБЩЕГО ОКРАШИВАНИЯ ПОЛИПЕПТИДОВ ЭМАЛИ КРЫС

Романюк А. М. Кузенко Е. В.

Резюме. В статье предложен метод гистохимического окрашивания полипептидов эмали крыс, которые играют ключевую роль в обменных процессах во время синтеза, формирования и созревания эмали. Метод окрашивания полипептидов отображает ориентировочную локализацию кальция - связывающей системы полипептидов.

Ключевые слова: эмаль, полипептиды, кальций.

UDC 611.314. 616.314-002

TECHNIQUE GENERAL STAINING OF THE POLYPEPTIDES ENAMEL OF RATS

Romanyuk A. Kuzenko Y.

Summary. In this article resulted of the histochemical method induced staining polypeptides enamel of rats, which play a role in metabolic processes in time of synthesis formation and maturation of enamel. The above example shows the staining of polypeptides indicative localization of calcium - binding of polypeptides.

Key words: enamel, polypeptides, calcium.

Стаття надійшла 29.03.2011 р.

УДК 616.346-089.844

О.М.Слободян, Д.В.Проняев, В.В.Проняев*

БАУГІНІОПЛАСТИКА

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

*Лікарня швидкої медичної допомоги (м. Чернівці)

Робота виконана в рамках науково-дослідної роботи Буковинського державного медичного університету "Закономірності перинатальної анатомії та ембріотопіаграфії. Визначення статеві-вікових особливостей будови і топографо-анатомічних взаємовідношень

органів та структур в онтогенезі людини" № держреєстрації 0110U0003078.

Баугініопластика, як окрема маніпуляція так і в комплексі з формуванням анастомозу є важливою передумовою для як найшвидшого відновлення всіх функцій

травного тракту. До того ж при цьому вдається уникнути багатьох післяопераційних ускладнень з боку процесів травлення [1, 4, 5, 12].

Класичним методом пластики ілеоцекального клапана є метод, розроблений Я.Д.Вітебським. Операція є технічно проста, проводиться без розтину просвіту травного каналу. Спочатку видаляють червоподібний відросток, якщо він не був видалений раніше. Сегмент тонкої кишки довжиною 4 см занурюють у сліпу кишку і фіксують серозними швами. Додатковим трикутним швом фіксують протибрижовий край тонкої кишки до дуплікатути товстої – формують вентральну вуздечку, яка забезпечує поперечне розтягнення ділянки анастомозу. Дорсальна вуздечка формується аналогічно вентральній, голкою з ниткою двічі пронизують брижу тонкої кишки в безсудинній ділянці. Далі контролюють прохідність створеного клапана вказівним пальцем з боку сліпої кишки [10, 11].

Модифікація даного способу полягає у створенні губ баугінієвої заслінки з усіх шарів термінального відділу клубової кишки [3].

Інший варіант реконструктивного ілеоцекоколоанастомозу «кінець у бік», що найоптимальніше забезпечує арефлюксу функцію. Після мобілізації та резекції відповідної ділянки товстої кишки з формуванням кукси та ілеоцекального клапана зі збереженням його кровопостачання, наносять прямокутний дефект на бокову поверхню товстої кишки, край якого пошарово з'єднують з краями збереженого клаптя сліпої кишки, що оточує ілеоцекальний клапан. М'язову оболонку латеральних країв клаптя, в яких закінчуються вуздечки ілеоцекального клапана, фіксують до поздовжніх країв дефекту, тобто до пересіченого циркулярного шару м'язової оболонки збереженого сегмента товстої кишки, чим доягають закриття замикального апарату ілеоцекального клапана. Нижній і верхній краї клаптя фіксують відповідно до проксимального та дистального країв дефекту [6, 9].

Оперативне лікування баугініостенозу здійснюється поздовжньо-поперечним розтином кінцевого відділу клубової кишки з переходом на сліпу розтином за методом І.І.Грекова. Але експериментально встановлено недоцільність такої маніпуляції через можливий розвиток недостатності ілеоцекального отвору, що створює умови для рефлюксу, застою та бактеріальної колонізації вмісту клубової кишки, розвитку синдрому мальабсорбції, виникненню деструктивно-запальних змін стінок тонкої кишки [8, 14].

У теперішній час використовують інший метод

баугініопластики з приводу баугініостенозу. Обабіч звуження в поздовжньому напрямі розсікають стінку тонкої та товстої кишки до слизової оболонки, після чого її відшаровують, розширюють просвіт та інвагінують ранову поверхню в поперечному напрямі окремими серозно-м'язовими швами. Тим самим подовжують губи ілеоцекального клапана та його вуздечки [7].

В літературі описані дані щодо відновлення функції баугінієвої заслінки консервативно (пероральне введення магнезії оротату) [13].

Останнім часом широко впроваджуються методи лапароскопічної пластики ілеоцекального клапана. Один з них виконується у два етапи і полягає в утворенні антирефлюксної манжети шляхом накладання 4-5 серозно-м'язових швів між куполом сліпої кишки та протибрижовим краєм термінального відділу клубової кишки. При цьому попередньо виконують колоноскопію з внутрішньопросвітливою пластикою ілеоцекального клапана. За цією методикою кліпси накладають на кути ілеоцекального клапана за допомогою кліпаплікатора під час проведення колоноскопії з метою зменшення просвіту клубового отвору. Цей метод має патогенетичне та морфофункціональне обґрунтування. Губи ілеоцекального клапана сформовані за рахунок дуплікатур серозно-м'язового шару кишкової стінки. М'язовий шар розміщується в межах 1,5-2 мм від поверхні слизової оболонки. Випинальна частина губ баугінієвої заслінки досягає 1-1,5 см у найширшій частині. Довжина бранш кліпс становить 1 см з висотою зубців 2 мм та максимальною амплітудою бранш 1,5 см. Дана конструкція кліпс дозволяє у повному обсязі виконати захоплення та фіксувати всі шари губ ілеоцекального клапана впродовж тривалого часу. Додаткова електрокоагуляція ділянок клапана, розміщених латеральніше місць кліпування, викликає некроз та рубцювання слизової оболонки із залученням м'язових шарів. Після відторгнення кліпс формується надійний рубець із залученням слизово-м'язових шарів, що формує стійке звуження просвіту клубового отвору в межах фізіологічних норм [2].

Висновки. Анатомічно обґрунтований ілеоцекоколоанастомоз дає змогу істотно знизити частоту післяопераційних ускладнень та покращити перебіг післяопераційного періоду. Досконале вивчення анатомо-фізіологічних особливостей будови клубово-сліпокишкового сегмента та його анатомічних варіантів створить підґрунтя для розроблення нових та удосконалення існуючих методів баугініопластики.

Список літератури

1. Біктіміров О.В. Застосування інвагінаційної баугінопластики при недостатності клубового отвору / О.В.Біктіміров // Від фундаментальних досліджень – до прогресу в медицині: Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 200-річчю з дня заснування ХДМУ. – Харків: ХДМУ, 2005. – С. 139.
2. Валишин Е.С. Сравнительно-анатомическое становление тонко-толстокишечного (илеоцекального) замыкательного аппарата / Е.С.Валишин, М.С.Муниров // Морфология. – 2002. – № 6. – С. 49-52.
3. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1988. – 122с.
4. Етинген Л.Е. Некоторые структурно-функциональные критерии организации сфинктеров полых внутренних органов / Л.Е.Етинген, Д.Б.Никитюк // Морфология. – 1999. – Т. 115, № 1. – С. 7-10.
5. Жученко О.С. Морфофункціональні особливості дилатативної баугінопластики / О.С. Жученко // Актуальні питання морфогенезу: Тези доповідей Всеукр. конф. – Чернівці. – 1996. – С. 117.
6. Жученко С.П. Хирургическое восстановление илеоцекального отдела при баугиностенозе / С.П.Жученко, А.С.Жученко // Акт. пит. хірургії: Матер. доп. наук.-практ. конф. – Київ-Хмельницький-Вінниця, 1997. – С. 208-209.
7. Крюкова О.Д. Значение хирургической анатомии терминального отдела подвздошной кишки, илеоцекального клапана и их практическое значение / О.Д.Крюкова, Г.Е.Цай, В.Е.Лашкевич // Морфология. – 2000. – № 3. – С. 64.
8. Клапанный бичный анастомоз тонкой кишки з товстою, як спосіб запобігання рефлюкс-ентериту після геміколонектомії / О.В.Антименюк, Є.В.Нікітіна, О.Б.Боднар та ін. // Молоді науковці охороні здоров'я: тези доповідей ювілейної наукової конференції. – Чернівці. – 1994. – С. 5.
9. Костюк Г.Я. Вплив розмірів кукси (КС) товстої кишки (ТК) на арефлюксу надійність ілеоцекоколоанастомозу (ІЦКА) / Г.Я.Костюк, І.В.Мороз // Актуальні питання морфології: III Національний конгрес АГЕТ України. – Київ. – 2002. – С. 162-163.
10. Морфометричне та математичне обґрунтування реконструктивного ілеоцекоколоанастомозу «кінець у бік» / І.В.Мороз, В.І.Півторак, Г.Я.Костюк та ін. // Вісн.ик морфології. – 2000. – Т. 6, № 2. – С. 335-337.
11. Мухин В.И. Ошибки и опасности лапароскопической коррекции несостоятельности илеоцекального клапана / В.И.Мухин И.В.Федоров // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 6. – С. 14-18.

12. Ормантаев К.С. Клинико-функциональная диагностика и хирургическое лечение недостаточности илеоцекального запирающего аппарата у детей / К.С.Ормантаев, Н.Н.Ахпаров, Р.Р.Аипов // Дет. хирургия. – 1999. – № 1. – С. 6-9.
13. Патент РФ на изобретение 2150110 "Способ диагностики первичной недостаточности баугиниевой заслонки" /В.Л. Мартынов, А.В. Клеменов, опубликованный в БИ 15, 27.05.00.
14. Самохина Н.В. О морфологии и функции илеоцекального отдела кишечника / Н.В.Самохина // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1988. – № 2. – С. 23-29.

УДК 616.346-089.844

БАУГИНОПЛАСТИКА

Слободян О.М., Проняев Д.В., Проняев В.В.

Резюме. Літературне дослідження присвячене аналізу даних сучасної наукової літератури щодо методів оперативних втручань, які корегують неспроможність ілеоцекального клапана, їх класифікації та систематизації.

Ключові слова: баугинієва заслінка, хірургія, людина.

УДК 616.346-089.844

БАУГИНОПЛАСТИКА

Слободян О.М., Проняев Д.В., Проняев В.В.

Резюме. Литературное исследование посвящено анализу данных современной научной литературы о методах оперативных вмешательств корректирующих несостоятельность илеоцекального клапана, их классификации и систематизации.

Ключевые слова: баугиниева заслонка, хирургия, человек.

UDC 616.346-089.844

BAUGINOPLASTY

Slobodjan O.M., Pronyaev D.V., Pronyaev V.V.

Summary. The paper analyses the findings of modern scientific literature in relation to updating the modern methods of correcting operations for ileocecal insufficiency and it is a trying to its classification and systematization.

Key words: ileocecal valve, surgery, human.

Стаття надійшла 18.03 2011 р.

УДК 611.36:616-07

А.А. Терещенко, Г.В. Горяинова, И.А. Запорожец, И.Г. Гриша

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ДОЛЕЙ И ПРАВЫХ СЕКТОРОВ ПЕЧЕНИ ЧЕЛОВЕКА С ПОМОЩЬЮ НОМОГРАММ

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

Исследование является фрагментом плановой научной работы кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Харьковского национального медицинского университета: «Анатомия некоторых внутренних органов человека применительно к малоинвазивным оперативным вмешательствам» (номер государственной регистрации 0104U002234).

Вступление. В то время как системная анатомия накопила огромный фактический материал, посвященный сегментарному строению печени, изучению объема органа не уделялось должного внимания [5,7]. Выполнение анатомических резекций печени базируется на данных, касающихся определения объема органа, объема его долей, секторов, сегментов [2,3]. В хирургической гепатологии изучение объема печени и ее структурно-функциональных элементов (долей, секторов, сегментов) имеет большое практическое значение при решении вопросов объема хирургического вмешательства, а также при определении остаточного после резекции, функционирующего объема органа [6,8,9,10].

Целью настоящего исследования явилось определение среднего значения объема печени, объема ее долей, секторов и сегментов волюмометрическим и планиметрическим способами.

Объект и методы исследования. Материалом настоящего исследования послужили 57 трупов людей, обою пола, зрелого возраста, умерших по причине, не связанной с патологией гепатобилиарной системы. Волюмометрический объем печени вычисляется методом погружения препаратов печени в жидкость с помощью специального прибора – «Волюмометра». При этом, объем органа вычислялся путем умножения цены деления бюретки «Волюмометра» на величину разницы между

исходным уровнем жидкости и уровнем после погружения органа.

Перед определением объема печени планиметрическим способом нами производилась селективная ангиография портальной системы печени. Инъецированные препараты печени рассекались гильотинным ножом на срезы толщиной 1 см. Количество срезов зависело от высоты печени.

В связи с отсутствием способов вычленения долей, секторов и сегментов из целого органа и невозможностью оценки их абсолютных объемов, полученные срезы печени подвергались планиметрической морфометрии [1,4].

Результаты исследований и их обсуждение. Вариация полученных показателей объема печени с использованием планиметрического способа измерения составила 716 – 1457 см³, срединная точка распределения (Me) – 1500 см³. Колебания объема печени с использованием волюмометрического способа измерения составило 772 – 1664 см³, срединная точка распределения (Me) – 1150 см³.

Объем левой доли печени в наших исследованиях составляет в среднем 54,0±5% общего объема печени. Таким образом, левая доля является наиболее крупным ее структурно-функциональным элементом. Объем правой доли печени составляет 46,0±10% общего объема печени.

Имитационное моделирование демонстрирует практически линейную зависимость между объемами правой доли и печени в целом (**рис. 1**).

Нами определена нелинейная зависимость между объемами левой доли и печени в целом (**рис. 2**).

При объемах печени до 1150 см³, удельный вес объемов долей имеет линейную зависимость, а при увеличении объема печени свыше 1150 см³, происходит уменьшение относительного объема левой доли, при увеличении относительного объема правой.