



Галиш І.В.

ГІСТОЛОГІЧНА РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПЕЧІНКИ, ЩО ВИНЕКЛА В УМОВАХ ВПЛИВУ СОЛЕЙ МЕТАЛІВ

*Кафедра гістології, цитології та ембріології
Буковинський державний медичний університет*

Забруднення навколишнього середовища солями алюмінію та свинцю характеризується кумулятивним ефектом, що в свою чергу може проявлятися як ознаками гострої чи хронічної інтоксикації, так і на протязі ряду поколінь призводити до появи певних захворювань у нащадків. Слід враховувати, що при пероральному поступленні свинець та алюміній через кров портальної вени першочергово потрапляють та накопичуються в печінці, а в подальшому відбувається їх перерозподіл в інші органи.

Аналізуючи вітчизняну та зарубіжну літературу – прийшли до висновку, що дуже мало є даних про морфологічну перебудову структурних елементів печінки на фоні хронічної алюмінієво-свинцевої інтоксикації. Тому метою нашої роботи було дослідити вплив хронічної алюмінієво-свинцевої інтоксикації на структурну організацію печінки.

Комплексом морфологічних досліджень вивчено морфологію печінки 40 статевозрілих самців білих щурів, масою 0,15 – 0,2 кг, які утримувалися в умовах віварію. Тварин було розділено на контрольну та дослідну групи по 20 тварин у кожній групі. Тваринам дослідної групи впродовж 14 діб вводили алюмінію хлорид у дозі 200мг/кг та свинцю хлорид 50мг/кг. Наступним етапом експерименту була евтаназія тварин під легким ефірним наркозом з подальшим видаленням печінки. Вивчення гістологічних препаратів проводилось за допомогою світлового мікроскопу SME-M.

Аналізуючи морфологічні зміни в печінці дослідних тварин виявляли делятаційне розширення центральних вен та їх помірне кровонаповнення. У частини судин відмічалось відокремлення формених елементів від плазми, а в деяких судинах містилася плазма без формених елементів. Окрім цього, спостерігалось розширення синусоїдів з порушення цілісності синусоїдальної вистилки. Візуалізовувалися збільшені у розмірах ендотеліоцити з просвітленою цитоплазмою, деякі зірчасті ретикулоендотеліоцити зруйновані. У просвіті деяких судин відмічалось скупчення гемолізованих еритроцитів, ниток фібрину, поодиноких поліморфноядерних лейкоцитів. Спостерігалось зменшення кількості темних гепатоцитів та велика кількість світлих по периферії печінкових часточок та зникання поліморфізму гепатоцитів. Чітко спостерігалось набухання гепатоцитів перипортальної зони з ознаками зернистої та гідропічної дистрофії, їх некробіотичні зміни. Явища діapedезних та вогнищевих крововиливів.

Отже, хронічна алюмінієво-свинцева інтоксикація призводить до незворотних змін морфології печінки, що веде за собою функціональні порушення органу та – може слугувати причиною розвитку захворювань гепатобілярної зони.

Григор'єва П.В.

АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ У ПІЗНІХ ПЛОДІВ

*Кафедра гістології, цитології та ембріології
Буковинський державний медичний університет*

Останнім часом у зв'язку із запитами судинної хірургії та ультразвукової діагностики зростає інтерес до вивчення топографо-анатомічних особливостей вен нижніх кінцівок у різні періоди онтогенезу людини. Накопичений фактологічний матеріал про топографію поверхневих вен нижніх кінцівок вкрай суперечливий. Тому необхідний індивідуальний підхід до вивчення їх вікової анатомічної мінливості, і зокрема, великої підшкірної вени (ВПВ). У доступній нам літературі відсутні дані про найбільш клінічно значущі варіанти ВПВ у плодів людини.

Метою роботи було з'ясування особливостей топографії ВПВ у плодів людини 8-10 місяців. Дослідження варіантної анатомії ВПВ проведено на препаратах нижніх кінцівок 26 плодів людини 271,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) за допомогою



макромікроскопічного препарування, ін'єкції судин, поверхневого забарвлення відпрепарованих судин і нервів, рентгенографії та морфометрії.

У плодів людини встановлено анатомічну мінливість великої підшкірної вени, яка характеризується варіабельністю форми, топографії і білатеральною асиметрією її приток та формування анастомозів. Зокрема, у плода 305,0 мм ТКД ВПВ у ділянці стегнового трикутника роздвоюється на два венозні стовбури: присередній та бічний, які перед впаданням у стегнову вену (СВ) з'єднуються в один загальний короткий венозний стовбур. У присередній і бічний стовбури ВПВ впадають підшкірні вени, що збирають кров від шкіри і підшкірної клітковини присереднього відділу стегна. У 48,5% випадків (18 препаратів) у стегнову частину ВПВ (ділянка стегнового трикутника) впадає передня додаткова підшкірна вена (ПДПВ), яка починається від венозної сітки передньобічної поверхні нижньої третини стегна. У 14,3% спостережень (5 препаратів) ПДПВ впадає в дугу ВПВ, у 28,6% (10 препаратів) – у СВ нижче дуги ВПВ та у 8,6% (3 препарати) – у СВ вище дуги ВПВ. На 17 препаратах (32,7% випадків) ПДПВ відсутня. Задня додаткова підшкірна вена (ЗДПВ) виявлена нами на 21 препараті (40,4% спостережень). ЗДПВ утворюється із підшкірних вен присередньої і задньої поверхонь стегна та проходить паралельно і дещо дозад від ВПВ і, як правило, впадає в останню.

У плода 275,0 мм ТКД ліва ЗДПВ збирає кров із шкіри та підшкірної клітковини присереднього відділу стегна, на рівні пахвинної зв'язки повертає медіально і впадає у ліву СВ, вище місця впадання в останню ВПВ. У 14,3% випадків дистальний кінець ЗДПВ анастомозує з малою підшкірною веною. У ЗДПВ впадають пронизні вени присередньої поверхні гомілки. У ВПВ у ділянці підшкірного розтвору перед впаданням її у СВ переважно впадають 1-3 зовнішні соромітні вени, поверхнева огинальна вена клубової кістки, поверхнева надчеревна вена, поверхневі спинкові вени клітора (статевого члена), передні губні (калиткові) вени, підшкірні вени зовнішніх статевих органів і передньої черевної стінки. Останні виявлені нами на 14 препаратах (26,9%). У плодів виявлено внутрішньосистемні венозні анастомози між притоками ВПВ, а саме, – передніми калитковими і зовнішніми соромітними венами. При цьому впадання підшкірних вен зовнішніх статевих органів і передньої черевної стінки у ВПВ ми спостерігали на 8 препаратах (57,2%). У 21,4% випадків (3 препарати) виявлено впадання підшкірних вен зовнішніх статевих органів і передньої черевної стінки у СВ над дугою ВПВ, у 7,1% спостережень (1 препарат) – у підшкірно-стегновий (сафенофеморальний) кут, розміщуючись дозад від ВПВ та у 14,3% випадків (2 препарати) – у ПДПВ або ЗДПВ, пронизуючи широку фасцію, що, на нашу думку, ускладнює ідентифікацію місця впадання. У 15,4% випадків (8 препаратів) стегнова частина ВПВ представлена одним стовбуром, великих приток не виявлено.

Для ВПВ характерно переважання перехідного венотипу (27 препаратів, 51,9%) над магістральним (19 препаратів, 36,5% спостережень) і розсипним (6 препаратів, 11,6%). Магістральний тип переважає над розсипним у співвідношенні 3,2:1. Співпадання типу формування ВПВ на правій і лівій нижніх кінцівках відзначено у 16 досліджених плодів (61,5% випадків). Істотних статевих відмінностей у типології ВПВ не виявлено.

Таким чином, різноманітність варіантів топографії ВПВ у межах передньої стегнової ділянки у плодів людини не тільки різних вікових груп, але й одного віку, вимагає повного зняття поняття «норми». Уточнення форм анатомічної мінливості ВПВ у плодів людини розширює уявлення про фетальну варіантну анатомію поверхневих вен нижніх кінцівок. Поряд із загальними закономірностями будови і топографії ВПВ, фетальна анатомія їх різна у кожного конкретного плода.