5. Башмакова М.А. Особенности морфологической картины биологических жидкостей при плацентарной недостаточности различного генеза / М.А. Башмакова, А.М. Савичева // Вестн. Российской ассоциации акушерства и гинекологии. – 1997. – № 3. – С. 79-81.
6. Внутриутробная бактериальная вирусная инфекция плода / Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Ванько Л.В. [и др.] // Акуш. и ги-нек. – 1994. – № 4. – С. 20-26.
7. Девис П.А. Бактериальные инфекции плода и новорожденного / П.А. Девис, Л.А. Готефорс. – М.: Медицина, 1987. – С. 193-197.
8. Евсюкова И.И. Сахарный диабет: беременные и новорожденные / И.И. Евсюкова, Н.Г. Кошелева. – Спб.: Специальная литература, 1996. – 270 с.
9. Кудашов Н.И. О роли вируса герпеса в патогенезе церебральных поражений и висцеральных нарушений у новорожденных / Н.И. Кудашов // Вопр. охр. мат-ва и дет-ва. – 1991. – № 5. – С. 3-7.
10. Микоплазменная инфекция при бесплодии в браке / Акунц К.Б., Авакян Т.С., Акунц Н.С. [и др.] // Вопр. охр. мат. и дет-ва. – 1991. – Т. 36, № 2. – С. 54-57.
11. Михайлов А.В. Предварительные результаты инфекционного скрининга беременных и новорожденных в Саратовской области / А.В. Михайлов, Т.А. Гасанова, Е.С. Коляченко // Актуальные вопросы хирургии: Сб. науч. работ. – Саратов, 2003. – С. 99-105.
12. Плацентарная недостаточность при гестозе/ Радзинский В.Е., Тареева Т.Г., Микаелян А.В. [и др.] // Вестник рос. ассоц. акуш. и гинек. – 1996. – № 4. – С. 105-112.
13. Самохин П.А. Цитомегаловирусная инфекция у детей (клинико-морфологические аспекты) / П.А. Самохин. – М.: Медицина, 1987. – 160 с.
14. Стефани Д.В. Иммунология и иммунопатология детского возраста: Руководство для врачей / Д.В. Стефани, Ю.Е. Вельтищев. – М., 1996. – 384 с.
15. Цинзерлинг В.А. Значение внутриутробной вирусной инфекции в органной патологии детей грудного возраста / В.А. Цинзерлинг // Мед. научный и учебно-методич. журнал. – 2001. – № 5. – С. 81-87.

Реферати

ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ
Булавенко О.В.

В структурі смертності новонароджених внутрішньоутробного інфікування займає 1-3 місце. Перинатальні наслідки залежать від шляхів передачі інфекції, вірулентності інфекційного агенту, соматичного здоров'я вагітної та вірного вибору акушерської тактики.

Ключові слова: внутрішньоутробне інфікування, передчасний розрив оболонок, перинатальні наслідки, інтранатальний шлях, гематогенний шлях.

PERINATAL CONSEQUENCES OF PRENATAL INFECTION
Bulavenko O. V.

In structure of newborns' mortality prenatal infection takes 1-3 places. Perinatal outcomes depend on a way of the transmission of infection, a activity of the infectious agent, somatic health of the pregnant woman and correctness of a choice of obstetric tactics.

Key words: prenatal infection, premature rupture of covers, intranatalny way, hatmatogenic way.

Стаття надійшла 15.10.2012 р.

УДК 611.342.013-07

О.М. Слободян
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Методами анатомічного дослідження встановлено, що типовою формою дванадцятипалої кишки у перинатальному періоді є кільцеподібна. Починаючи з 7-го місяця внутрішньоутробного розвитку, чітко диференціюються тканинні шари кишкової стінки. Упродовж перинатального періоду для дванадцятипалої кишки властиві два періоди прискореного розвитку (5 і 8-10 місяці) та період сповільненого розвитку (6-7 місяці).

Ключові слова: дванадцятипала кишка, анатомія, перинатальний період.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи Буковинського державного медичного університету "Закономірності перинатальної анатомії та ембріотопографії. Визначення статево-вікових особливостей будови і топографоанатомічних взаємовідношень органів та структур в онтогенезі людини" (№ 01100003078).

В останні роки науковці зосереджують увагу на діагностиці та лікуванні природжених вад органів травлення, які потребують хірургічного лікування [8, 9]. У структурі смертності дітей з хірургічними захворюваннями питома вага летальних наслідків сягає 90 % [3]. Особливу увагу приділяють своєчасній перинатальній діагностиці, яка дозволяє визначити тактику ведення вагітності [6]. Розширення анатомічних досліджень людини у перинатальному періоді онтогенезу є назрівшою необхідністю, оскільки численні захворювання дітей і дорослих етіологічно пов'язані з внутрішньоутробним періодом розвитку [2, 4].

Відомості літератури щодо закономірностей будови дванадцятипалої кишки у перинатальному періоді фрагментарні, нечисленні та безсистемні. Здебільшого вони присвячені дослідженню або анатомії дванадцятипалої кишки певної вікової групи, або ембріональним перетворенням на ранніх стадіях розвитку [1, 5, 7]. Відсутність комплексних робіт щодо визначення динаміки морфометричних параметрів дванадцятипалої кишки у перинатальному періоді зумовлюють актуальність дослідження.

Метою роботи було встановити типової і варіантної анатомії та кореляційні зв'язки морфометричних параметрів дванадцятипалої кишки у перинатальному періоді онтогенезу людини.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено на 120 препаратах трупів плодів і новонароджених дітей in situ, методами макромікропрепарування, виготовлення послідовних гістологічних

зрізів, рентгенографії, морфометрії. Статистичну обробку одержаних даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgrafics", "Excel 7.0" та "Statistica".

Результати дослідження та їх обговорення. У перинатальному періоді розвитку простежена хронологічна послідовність просторово-часових перетворень органів і структур, які виявляють синтопічний вплив на становлення топографії та формоутворення дванадцятипалої кишки, зокрема, нутряної поверхні печінки, голівки підшлункової залози, нирок та сигмоподібної ободової кишки.

Враховуючи вираженість анатомічних частин дванадцятипалої кишки у перинатальному періоді, нами підтверджено наявність основних 4 форм органа. Типовою формою дванадцятипалої кишки є кільцеподібна, яка спостерігається у 64±5% випадків. Рідше виявляються V- (16±1%) і С-подібні (11±3%) форми кишки, найрідше – U-подібна (8±2%). З розвитком плодів кількість випадків кільцеподібної і С-подібної форм дванадцятипалої кишки зменшується, U-подібної – збільшується, а V-подібна форма має майже однакові процентні співвідношення впродовж перинатального періоду онтогенезу (рис. 1).

Відношення до очеревини анатомічних частин дванадцятипалої кишки впродовж перинатального періоду змінюється. Для ранніх плодів (4-5 місяці) характерне ретроперитонеальне розміщення дванадцятипалої кишки, крім верхньої частини і дванадцятипало-порожньокишкового вигину. У 6-10-місячних плодів та новонароджених частіше верхня частина, верхній і дванадцятипало-порожньокишковий вигини розміщені інтраперитонеально, верхня третина або половина низхідної частини і висхідна частина дванадцятипалої кишки – мезоперитонеально, решта – ретроперитонеально.

Скелетотопічна проекція дванадцятипалої кишки у перинатальному періоді мінлива. Верхня частина дванадцятипалої кишки зміщується краніально на один міжхребцевий проміжок (у ранніх плодів відповідає верхньому краю Th12 хребця, у пізніх плодів – нижньому краю Th11 хребця), нижня частина кишки зміщується каудально на висоту тіла хребця і двох міжхребцевих проміжків, аж до рівня L2 хребця.

За нашими даними, з 7-го місяця розвитку чітко виявляються ворсинки слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Наприкінці 5-го місяця спостерігаються поодинокі первинні крипти. У 6-7-місячних плодів добре сформований епітелій, що являє собою ентероцит кубічної або циліндричної форми. У 8-10-місячних плодів у слизовій оболонці містяться прозорі і розподілені нерівномірно келихоподібні клітини. З розвитком плодів збільшується кількість клітин у сполучній тканині слизової оболонки кишки. Починаючи з 6-го місяця, власна м'язова пластинка слизової оболонки добре виражена. З розвитком плодів збільшується кількість кровоносних судин у підслизовій основі. Поодинокі брунеровські залози у підслизовій основі виявляються у 7-місячних плодів, які наприкінці плодового періоду охоплюють практично всю товщину підслизової основи. У м'язовій оболонці дванадцятипалої кишки розрізняються циркулярний і поздовжній шари. Якщо у 4-7-місячних плодів поздовжній шар іноді переривається, то у 8-10-місячних плодів і новонароджених він майже однакової товщини з циркулярним. Для 4-5-місячних плодів характерним є маловираженість серозної оболонки кишки, у 6-10-місячних плодів і новонароджених вона містить велику кількість сполучнотканинних волокон та кровоносних судин. У ділянках тісного примикання підшлункової залози до дванадцятипалої кишки спостерігається зрощення серозної оболонки кишки з капсулою залози.

На підставі аналізу одержаних результатів нами виділено два періоди прискореного розвитку дванадцятипалої кишки (5-й і 8-10 місяці) та період сповільненого її розвитку (6-й та 7-й місяці). У 6- і 7-місячних плодів відносний сповільнений розвиток властивий не для всіх, а тільки для 50% досліджуваних морфометричних параметрів анатомічних частин дванадцятипалої кишки.

Упродовж перинатального періоду встановлені прямі кореляційні залежності тім'яно-п'яткової довжини плода з діаметрами і довжинами різних анатомічних частин дванадцятипалої кишки, які зумовлені однаковою швидкістю біосинтетичних процесів морфометричних параметрів кишки і плоду в цілому.

У процесі дослідження прямі кореляційні залежності між морфометричними параметрами різних анатомічних частин дванадцятипалої кишки у перинатальному періоді онтогенезу вказують на значну ступінь інтеграції та істотний синергізм прискореного і сповільненого розвитку досліджуваних структур.

Висновки

1. Для перинатального періоду онтогенезу людини типовою формою дванадцятипалої кишки є кільцеподібна (64±5)%.
2. Гістоструктурно стінка дванадцятипалої кишки на початку перинатального періоду (4-5 місяці) характеризується наявністю первинних крипт і м'язової пластинки слизової оболонки, різною товщиною шарів м'язової оболонки; у плодів 8-10 місяців та новонароджених у дванадцятипалій кишці визначаються ворсинки слизової оболонки, келихоподібні клітини, брунеровські залози у підслизовій основі, майже однакова товщина шарів м'язової оболонки.
3. Для дванадцятипалої кишки в перинатальному періоді властиві два періоди прискореного розвитку (5 і 8-10 місяці) та період сповільненого розвитку (6-7 місяці).

Перспективи подальших досліджень. *Доцільно визначити топографо-анатомічні особливості сосочкового сегмента дванадцятипалої кишки у плодів та новонароджених.*

Література

1. Ахтемійчук Ю.Т. Ембріотопографічні взаємовідношення дванадцятипалої кишки з органами та структурами черевної порожнини / Ю.Т. Ахтемійчук // Таврич. мед.- биолог. вестн. – 2002. – Т. 5, № 3. – С. 23-25.
2. Ахтемійчук Ю.Т. Нариси ембріотопографії / Ю.Т. Ахтемійчук. - Чернівці: Видавничий дім "Букрек", 2008. – 200 с.
3. Давиденко В.Б. Ефективність та діагностичне значення пренатального дослідження плода у покращенні наслідків лікування вродженої патології травного тракту у періоді новонародженості / В.Б. Давиденко, В.В. В'юн, Н.Р. В'юн // Ультразвукова перинатал. діагностика. – 2005. – № 20. – С. 127.
4. Нариси перинатальної анатомії / [Ю.Т. Ахтемійчук, О.М. Слободян, Т.В. Хмара та ін.]; За ред. Ю.Т. Ахтемійчука. – Чернівці: БДМУ, 2011. – 300 с.
5. Становление топографии внутренних органов человека в раннем плодном периоде как отражение их структурных преобразований / Л.М. Железнов, Э.Н. Галеева, С.В. Лисицкая [и др.]: матер. междунар. науч. конф., посв. 450-летию города Астрахани // Астраханский мед. ж. – 2007. – Т. 2, № 2. – С. 76.
6. Торлопова В.А. Алгоритм антенатальной диагностики и тактики при пороках развития пищеварительного тракта / В.А. Торлопова // Дет. хирург. – 2006. – № 4. – С. 19-22.
7. Цивковский А.А. Формы двенадцатиперстной кишки человека и их топографическое положение / А.А. Цивковский // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2007. – № 9. – С. 271.
8. Bueno J. Analysis of patients with longitudinal intestinal lengthening procedure referred for intestinal transplantation / J. Bueno, J. Guiterrez // J. of Pediatric Surg. – 2001. – V. 36, № 1. – P. 178-183.
9. Natural history of experimental intestinal atresia: morphologic and ultrastructural study / S.M. Baglaj, J. Czernik, J. Kuryszko [et al.] // J. of Pediatric Surg. – 2001. – V. 36, № 9. – P. 1428-1434.

Реферати

ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДВАНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Слободян А.Н.

Методами анатомического исследования установлено, что типичной формой дванадцатиперстной кишки есть кольцеобразная. Начиная с 7-а месяца внутриутробного развития, четко дифференцируются тканевые слои кишечной стенки. На протяжении перинатального периода для дванадцатиперстной кишки характерны два периода ускоренного развития (5 и 8-10 месяца) и период относительного медленного развития (6-7 месяца).

Ключевые слова: дванадцатиперстная кишка, анатомия, перинатальный период.

Стаття надійшла 01.01.2003 р.

TOPOGRAPHOANATOMICAL CHARACTERISTICS OF THE DUODENAL IN THE PERINATAL PERIOD OF HUMAN ONTOGENESIS

Slobodian O.M.

It has been established by means of anatomical research that a ring-shaped form is typical of the duodenum during the perinatal period. Starting from the 7th month of the intrauterine development the tissue layers of the duodenal wall are clearly differentiated. Two periods of an accelerated development (months 5 and 8-10) and a period of a slowed down development (months 6-7) are characteristic of the duodenum throughout the perinatal period.

Key words: duodenum, anatomy, perinatal period.

УДК 611.819

В. С. Черно
Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського, м. Миколаїв

РЕЛЬЄВ ЛЮМЕНАЛЬНОЇ ПОВЕРХНІ СТІНОК СТОКУ ПАЗУХ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

За макро- мікроскопічною та мікроскопічною методиками встановлено макро та мікрорельєф пазушного стоку. Показана гістологічна будова його стінок та внутрішньопазушних утворень

Ключові слова: пазухи твердої оболони головного мозку, ёстік пазух, внутрішньопазушні утворення.

Пазухи твердої оболони головного мозку, які є основним шляхом відтоку венозної крові від головного мозку і завжди були предметом пильної уваги та об'єктом ретельного вивчення. Поява значної кількості наукових праць, у яких переконливо доводиться важлива роль венозних пазух у регуляції мозкового кровообігу [1, 2]. Але аналіз літератури залишає відкритим питанням про макро – і мікрорельєф внутрішньої поверхні стінок пазух, відсутні повідомлення про морфогенез внутрішньо пазушних утворень та їх роль у регуляції відтоку крові, адже таку регуляторну роль традиційно приписується кавернозному синусу, де існують механізми для безпосередньої передачі пульсової хвилі від внутрішньої сонної артерії на стінки синусів. Отже, решті синусів ця роль не відводиться, хоча кровоток носить пульсуючий характер, який зумовлює передачу пульсової хвилі від внутрішньої сонної артерії через масу мозку, спинномозкову рідину на стінки синусів.

Метою дослідження було встановити макро – мікроорганізацію стоку пазух твердої мозкової оболони.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження виконано на препаратах від 10 померлих людей зрілого та літнього віку, використовували макро-мікроскопічний та мікроскопічний методи дослідження. Матеріал фіксували у 12% розчині формаліну. Після фіксації стінки стоку пазухи твердої оболони головного мозку розкривали і досліджували за допомогою мікроскопу МБС-9. Фотографування проводили за допомогою відеонасадки. Відеонасадка з'єднана з персональним комп'ютером і виводила зображення на монітор. Освітлення об'єкту проводили з чотирьох сторін. Лінійне збільшення визначали шляхом виміру об'єкту мікрометром.

Необхідні фрагменти стінок синусів разом із внутрішньосинусними утвореннями відсікали за допомогою леза безпечної бритви і знову занурювали у фіксатор. Після ущільнення об'єктів у парафін, за