

но порушення з боку клітинної ланки імунітету, які в цілому характеризуються як вторинний імунodefіцитний стан, переважно по відношенню до сугресорного варіанту. Встановлено, що при застосуванні ентобану відмічається скорочення тривалості збереження синдрому інфекційного токсикозу та діарейного синдрому в середньому на $1,9 \pm 0,1$ діб ($P < 0,05$), тривалості післяінфекційної астени – на $3,8 \pm 0,15$ діб ($P < 0,05$), а також виявлення залишкових явищ перенесеної ГКІ в середньому в 2,7 рази ($P < 0,05$). Застосування ентобану в комплексі лікування ГКІ, викликаних УПІЗ, забезпечило ліквідацію вторинного імунodefіцитного стану, що виявилось нормалізацією показників клітинного імунітету у хворих основної групи. У групі зіставлення, не дивлячись на деяку позитивну динаміку, нормалізації вивчених показників не спостерігалось – число (CD3+)–лімфоцитів на момент завершення курсу лікування складало в середньому $(1,0 \pm 0,4) 10^9/\text{л}$, що було в 1,26 рази менше норми; (CD4+)–лімфоцитів – $(0,66 \pm 0,02) 10^9/\text{л}$, що було менше норми в 1,3 рази; імунорегуляторний індекс CD4/CD8 склав $1,65 \pm 0,02$, що було менше норми в 1,24 рази; показник РБГЛ дорівнював $(45,7 \pm 2,2)\%$, що було в 1,43 рази нижче за норму. Таким чином, отримані дані свідчать про клінічну ефективність та патогенетичну обґрунтованість застосування ентобану у терапії хворих на ГКІ, що викликані УПІЗ.

УДК 619:611.018:636.594

© Хомич В.Т., Мельник В.В., 2010

ДО МОРФОЛОГІЇ СЕЛЕЗІНКИ ФАЗАНІВ

Хомич В.Т., Мельник В.В.

Національний університет біоресурсів і природокористування України, м. Київ

Досліджені топографія, макро- і мікроструктура селезінки 6 голів фазанів віком 5 місяців з масою тіла $828,67 \pm 50,062$ г. При виконанні роботи використані загальноприйняті макро- і мікроскопічні методи морфологічних досліджень.

Проведені макроскопічними дослідженнями підтверджено, що селезінка фазанів, як і інших видів птахів є непарним органом, який розміщений у грудно-черевній порожнині між залозистою і м'язовою частинами шлунка. Вона має випукло-трикутну форму і темно-вишневий колір. На її виспиральній поверхні селезінки знаходиться заглиблення – ворота.

На селезінці, як на окремому органі, ми пропонуємо виділяти розширену основу і звужену верхівку, дорсальну і вентральну плоскі поверхні та краніальний і каудальний загострені краї. Основа селезінки прилягає до передньої ділянки дорсальної стінки м'язової частини шлунка, а верхівка, яка дещо зміщена вліво – до виспиральної поверхні залозистої частини шлунка. Вентральна поверхня селезінки спрямована до перешийку, який з'єднує частини шлунка, і частково – до їх дорсальних стінок, а дорсальна поверхня прилягає до порожньої кишки і яєчника. Краніальний край спрямований в передній відділ грудно-черевної порожнини, а каудальний – у задній.

Абсолютна маса селезінки становить $0,59 \pm 0,009$ г, а відносна – $0,007 \pm 0,0012\%$. Її довжина складає

$14,333 \pm 0,654$ мм, висота – $9,62 \pm 0,532$, а товщина – $6,3 \pm 0,299$ мм. Зовні селезінка вкрита серозною оболонкою, яка щільно зростається із сполучнотканиною капсулою. Від капсули в товщу органа відходять нечисленні трабекули, які разом з нею утворюють сполучнотканинну строму селезінки і побудовані із щільної волокнистої сполучної тканини, в якій виявляються поодинокі пучки гладких м'язових клітин і кровоносні судини.

Між складовими сполучнотканинної строми розташована паренхіма селезінки – пульпа. Її основу формує лімфоїдна тканина. Пульпа займає в селезінці значно більшу площу ($91,92 \pm 0,052\%$) ніж сполучнотканинна строма ($8,08 \pm 0,053\%$).

Серед пульпи виділяється біла і червона. Біла пульпа представлена лімфоїдними вузликами і періартеріальними лімфоїдними півхами. Лімфоїдних вузликів може бути 10 – 15 на зрізі органа. Їх будова подібна такій лімфоїдних вузликів селезінки інших видів птахів (кури, гуси, качки) і ссавців. Тобто вони мають центральну артерію, яка розташована ексцентрично, періартеріальну, мантію і маргінальну зони та світлий центр. Лімфоїдна тканина червоної пульпи не утворює специфічних структур. У ній міститься багато мікроциркуляторних кровоносних судин. Червона пульпа селезінки фазанів займає значно більшу площу ($78,07 \pm 5,23\%$) ніж біла ($21,93 \pm 2,53\%$)

УДК 616.24-003.661+616.24-002

© Чашева О.Г., 2010

СТАН СИСТЕМИ ФАГОЦИТУЮЧИХ МАКРОФАГІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ГАЙМОРИТ

Чашева О.Г.

Київський НАД оториноларингології АМН України ім. О.С. Каломийченка, м. Київ

Проведено дослідження показників системи фагоцитуючих макрофагів (СФМ) в сироватці крові 44 хворих на хронічний гнійний гайморит (ХГ) в динаміці консервативного лікування. Дослідження стану СФМ здійснювали шляхом вивчення фагоцитарної активності моноцитів (ФМ) чапечковим методом. Тест-об'єктом була жива добова культура *Staph. aureus*, штам 505. Підраховували наступні показники ФМ: фагоцитарне число (ФЧ), фагоцитарний індекс (ФІ), індекс атракції (ІА) та індекс перетравлення (П). При проведенні імунологічного дослідження до початку лікування було встановлено, що ФІ був знижений в середньому в 2,2 рази (при нормі $26,5 \pm 2,1$;

$P < 0,001$) та склав $12,1 \pm 0,9\%$, ФЧ також було знижено в середньому в 1,8 рази (при нормі $4,0 \pm 0,03$; $P < 0,01$), досягнувши $2,2 \pm 0,08$. Стосовно П була встановлена кратність його зниження в середньому в 2,1 рази відносно показника норми (при нормі $24,3 \pm 1,8$; $P < 0,001$) до значення $11,7 \pm 1,0\%$. При цьому показник ІА був нижче за норму в середньому в 1,65 рази (при нормі $16,9 \pm 0,6$; $P < 0,01$) і становив $10,2 \pm 0,2\%$. Отримані дані свідчать про наявність пригнічення функціонального стану СФМ II-III ступеня у всіх обстежених хворих на ХГ. При аналізі динаміки показників ФМ в обстежених хворих було встановлено, що на момент завершення консервативного лікування

ФІ залишався в 1,37 рази нижче норми, тобто дорівнював $19,4 \pm 0,8\%$, ФЧ було в 1,2 рази нижче норми та складало $3,4 \pm 0,04$, ІА - в 1,25 рази нижче норми та рівнявся $18,5 \pm 0,12\%$, ІП був в 1,3 рази нижче норми та дорівнював $13,1 \pm 0,2\%$. Отже, проведення терапії загальноприйнятими засобами у хворих на ХГГ має пози-

тивний вплив на імунологічні показники, але повноцінного відновлення функціонального стану СФМ не відбувається. Тому можна вважати патогенетично доцільним застосування в комплексі терапевтичних заходів хворих на ХГГ лікарських засобів, що володіють імуноактивними властивостями.

УДК 611-019:611.9+611.714.14:617.51

© Чередникова М. А., 2010

ЧЕШУЯ ЗАТЫЛОЧНОЙ КОСТИ И ЕЕ РОЛЬ В ОРГАНИЗАЦИИ ФОРМЫ ЧЕРЕПА В ВЕКОВОМ АСПЕКТЕ

Чередникова М.А.

Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко

Исследование проведено на паспортизированных черепах VIII (60 черепов) и XX веков (70 черепов) из анатомической и антропологической коллекции кафедры анатомии и физиологии человека и животных Луганского национального университета имени Тараса Шевченко и кафедры топографической анатомии Крымского медицинского института (г. Симферополь). Изучены конфигурация, линейные размеры и площадь чешуи затылочной кости. Установлено, что у людей VIII века изученные параметры отличались от показателей, определенных на черепах людей XX века. Эти различия явились причиной неодинакового процентного распределения черепов в соответствии с их формой. Среди черепов у людей VIII века брахицефалов было 40 %, мезоцефалов – 33 % и долихоцефалов – 27 %. Тогда когда в XX эти показатели распределялись как 69 %, 23 % и 8 % соответственно. У мужчин VIII века брахицефалов было 28 %, мезоцефалов – 44 % и долихоцефалов – 28 %, а у мужчин XX века – 75 %, 25 % и 0% соответственно. У женщин VIII века брахицефалов было 54 %, мезоцефалов – 21

% и долихоцефалов – 25 %, а среди женских черепов XX века – 63 %, 21 % и 16 % соответственно. В процессе изучения выявлена тенденция к брахицефализации черепов в процессе 12 вековой эволюции. Так, по данным О. В. Бондаренко (2002) в Луганском регионе преобладают лица с брахицефалической формой черепа (70%). Мезоцефалов было выявлено 18% а долихоцефалов – 12%. Причем долихоцефалов в женской группе больше (около 19%), чем в мужской (около 8%).

Проведенное исследование говорит о том, что на протяжении последних 12 веков изменились форма и размеры чешуи затылочной кости, что по-видимому связано с научно-техническим прогрессом и урбанизацией населения. По данным литературы этот процесс идет неравнозначно. О. В. Худякова (2010) установила, что происходит увеличение линейных размеров и площади чешуи лобной кости у людей XX века. Что подтверждает наши данные о произошедшей за последние 12 веков брахицефализации черепа человека.

УДК 616.24-003.661+616.24-002

© Шаповалова І.О., 2010

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОГО ПРЕПАРАТУ ГЕПАДИФУ НА РІВЕНЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХ ФРАКЦІЙНИЙ СКЛАД У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТИМ ТА ОЖИРІННЯМ

Шаповалова І.О.

Луганский государственный медицинский университет

Обстежено дві групи хворих віком від 20 до 55 років, в яких за даними клінічного та біохімічного (так звані «функціональні проби печінки») обстеження було встановлено наявність хронічного токсичного гепатиту (ХТГ), поєданого з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) та ожирінням (Ож). Основна група додатково отримувала в комплексі лікування метаболічно активний препарат гепадиф по 1 флакону у 5% розчині 400,0 глюкози внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу на протязі 10 діб, далі по 2 капсули 3 рази на день протягом 30-40 діб постіль, група зіставлення – лише загальноприйняте лікування. При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що до початку лікування у хворих на ХТГ, поєднаний з ХНХ та Ож, відзначалися збільшення загального рівня ЦІК в середньому в 1,7 рази відносно норми, вміст середньомолекулярної фракції був підвищений в основній групі в 2,24 рази, в групі зіставлення в 2,19 рази ($P < 0,01$), рівень дрібномолекулярних ЦІК в основній групі була під-

вищена в 1,97 рази, в групі зіставлення – в 1,89 рази ($P < 0,01$). Після завершення основного курсу лікування в основній групі хворих відмічене зниження концентрації ЦІК до верхньої межі норми та нормалізація молекулярного складу ЦІК. В той же час, у групі зіставлення, що одержувала лікування лише за допомогою загальноприйнятих засобів, незважаючи на деяку позитивну динаміку, загальний рівень ЦІК був в 1,3 рази вище нормальних значень ($P < 0,05$). Дисбаланс фракційного складу ЦІК полягав у збереженні підвищення вмісту середньомолекулярної фракції ЦІК в 1,53 рази ($P < 0,05$) та дрібномолекулярної – в 1,35 рази ($P < 0,05$). Отже, отримані дані свідчать, що включення гепадифу в програму терапії ХТГ, поєднаний з ХНХ та Ож, сприяє позитивній динаміці рівня ЦІК у сироватці крові та їхнього молекулярного складу, тобто ліквідації синдрому імунотоксикозу. Виходячи з цього, можна рекомендувати використання гепадифу у поєднанні з загальноприйнятою терапією для лікування хворих на ХТГ, поєднаний з ХНХ та Ож.