

При бічному зміщенні шкіри, її переміщення можливе на довжину перемичок із деформацією та сплюсненням жирових часточок.

Враховуючи отримані топографо-анатомічні дані у соскоподібній ділянці ми пропонуємо наступні види розрізів: криволінійний розріз у волосяній частині (в доліхоцефалів), вертикальний розріз у

завушній складці (у брахіцефалів), зигзагоподібний розріз у волосяній частині (в мезоцефалів).

Таким чином, ми обґрунтували оптимальні методики розрізів при проведенні нижньої ретидектомії, що забезпечують хірургічні втручання із збереженням природних топографо-анатомічних співвідношень тканин обличчя та шиї

УДК 616-002.7

©С. В. Кузенко

Сумський державний університет

Механізм формування гігантоклітинного епулісу

Макроскопічно епуліс за типом гігантоклітинної гранульоми являє собою осередкове розростання м'яких тканин, що виступають над рівнем ясен, розміром від вишневої кісточки і більше. Епуліс розміщується на вузькій або широкій ніжці, з поверхні він покритий слизовою оболонкою рожевого кольору як і прилегла слизова оболонка ясен.

Гігантоклітинний епуліс характеризується наявністю багатоядерних гігантських клітин (остеоподібних клітин). Злоякісні новоутворення в пухлині гігантських клітин є рідкістю і зустрічається приблизно у 2 % усіх випадків. Однак якщо злоякісне переродження має місце, це, ймовірно, метастазує в легені. Пухлини гігантських клітин зазвичай доброякісні [1], але з непередбачуваною поведінкою [2]. Ці гетерогенні пухлини складаються з трьох різних клітинних популяцій. У стромі пухлина представлена багатоядерними клітинами [3], які мають макрофагальне походження.

Медикаментозне лікування гігантоклітинних епулісів при неможливості іншого лікування включає бісфосфонати, такі як Zoledronate. Бісфосфонати індукують апоптоз у фракції макрофагальних клітин, запобігаючи остеолізу. Дослідження показали, що Zolidronat ефективний у знищенні остеокластоподібних клітин [4].

Метою роботи було проаналізувати наявність механізмів реалізації програм утворення гігантоклітинного епулісу.

Ми проаналізували архів гістологічних блоків від 20 пацієнтів Сумської обласної клінічної лікарні, яким гістологічно поставлено діагноз гігантоклітинного епулісу. Віковий діапазон наведено у таблиці.

Досліджувані зразки тканин фіксували протягом 18 год у нейтральному формаліні (рН 7,4) для зберігання максимального прижиттєвого стану.

Імуногістохімічне дослідження проведено з використанням маркерів CD68 (макрофаги), CD3 (Т-лімфоцити), CD79A (В-лімфоцити), MPO (нейтрофіли) за стандартною методикою.

У дослідженнях встановлено, що CD68 клітини (макрофаги) відіграють ключову роль у рості гігантоклітинного епулісу. Спостерігається наявність негативного кореляційного зв'язку між макрофагальними клітинами Т-, В-лімфоцитами і нейтрофільними лейкоцитами $CD68-CD3\ r=-0,58$

Таблиця. Віковий склад обстежених хворих з продуктивним запальним процесом

Віковий діапазон, роки	Гігантоклітинний епуліс (n=20)	
	стать	
	чоловіки	жінки
18–39	–	3
40–59	4	6
60–80	5	2
Усього	9	11

$p=0,05$, $CD68-CD79A r=-0,41$ $p=0,05$, $CD68-MPO r=-0,50$ $p=0,05$. Поширення резорбтивного процесу на альвеолярний відросток значно поширюється у гігантоклітинному епулісі. За нашими та літературними даними [5], впевнено можна стверджувати, що CD68 позитивні багатоядерні клітини відіграють головну роль у резорбтивному процесі.

Список літератури

Giant cell tumor of the temporal bone – a case report / Pai S. B., Lalitha R. M., Prasad K. [et al.] // BMC Ear Nose Throat Disord. – 2005. – 5. – P. 5–8.
Werner M. Giant cell tumour of bone: morphological, biological and histogenetical aspects / M. Werner // Springer-Verlag. – 2006. – 30. – P. 484–489.
Huang I. Gene Expression of Osteoprotegerin Ligand, Osteoprotegerin, and RЕceptor Activator of NF- κ B in Giant Cell Tumor of Bone / I. Huang, J. Xu, D. J. Wood, M. H. Zheng. // American Journal of Pathology. – 2000.

У стромі гігантоклітинного епулісу виявлено В-, Т-лімфоцити та нейтрофіли. Велика кількість гігантських CD68 позитивних клітин макрофагального походження, спричиняє резорбцію альвеолярного відростку. Враховуючи негативні коефіцієнти кореляції ми прийшли до висновку, що В-, Т-лімфоцити та нейтрофіли сприяють зменшенню кількості клітин макрофагального ряду.

– 156 (3). – P. 761–767.

Wuelling M. The Origin of the Neoplastic Stromal Cell in Giant Cell Tumor of Bone / M. Wuelling, G. Delling, E. Kaiser // Human Pathology. – 2006. – 34. – P. 983–993.

Torabinia N. A comparative immunohistochemical evaluation of CD68 and TRAP protein expression in central and peripheral giant cell granulomas of the jaws / N. Torabinia, S. M. Razavi, Z. Shokrolahi // J Oral Pathol Med. – 2011. – 40(4). – P. 334–337.

УДК 611.21.013.018.8

© А. В. Бамбуляк, О. М. Бойчук, І. Т. Бойчук

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Закладка та розвиток судинно-нервових елементів носової порожнини на ранніх стадіях онтогенезу людини

Детальне вивчення органів і внутрішньо-органних утворень у процесі ембріонального розвитку людини має важливе значення для розуміння та конструктивної оцінки взаємозалежності органогенетичних процесів і взаємовпливу диференціації тканинних і органних структур на формування організму взагалі. Варіанти будови і синтопії органів та органокомплексів залежать від їх просторово-часових взаємовідношень у пренатальному періоді онтогенезу з утвореннями, які знаходяться поряд. В останні роки клінічні спеціальності все більше прагнуть враховувати вікові анатомо-фізіологічні особливості, застосовувати адекватні методи діагностики та лікування. Тому на наш погляд дослідження, саме закладки та розвитку судин і нервів носової порожнини має велике прикладне значення.

У передплідів наприкінці 7-го тижня розвитку (19,5–20,0 мм ТКД) відбувається закладка передньої решітчастої артерії, яка лежить у товщі мезенхіми верхньої стінки первинної носової порожнини. Її діаметр дорівнює 18–26 мкм. Зачаток задньої решітчастої артерії виявлений біля

медіальної стінки очної ямки. Вона спрямована майже горизонтально до верхньої стінки первинної носової порожнини і втрачається в її мезенхімому шарі.

На цій стадії розвитку виявлені нюхові нитки діаметром 4,2–8,2 мкм, які прямують до нюхових цибулин, але між собою вони ще не з'єднуються. Передні й задні решітчасті нерви розташовані паралельно однойменним артеріям.

Наприкінці 8-го тижня діаметр передньої і задньої решітчастих артерій дорівнює 24–28 мкм. Нюхові нитки з'єднуються з цибулинами. Їх товщина варіює від 3,8 до 8,2 мкм.

На 10–11 тижні (передплідди 42,0–66,0 мм ТКД) нюхові нитки представлені тонкими нервовими волокнами, діаметр яких дорівнює 8–16 мкм. Дані волокна в ділянці верхньої стінки носової порожнини з'єднуються, утворюючи 10–12 великих стовбурів. Їх діаметр не перевищує 20–30 мкм. Стовбури нюхових нервів крізь отвори дірчастої пластинки решітчастої кістки проникають в передню черепну ямку, вступаючи в нюхові цибулини.