

основних ядрах і стовбурі головного мозку. Наслідками осередків ішемічного некрозу є так звані «білі плями» жирової тканини, гліальні рубці та кісти. У прямій залежності від тяжкості органічних пошкоджень і розладів рефлекторної діяльності центральної нервової системи знаходяться вторинні зміни структури та функції провідникової системи нервових шляхів, периферичних нервів і нервових закінчень. Усе це зумовлює функціональну неповноцінність нервово-м'язового апарату та порушення функції нижніх кінцівок у цих хворих.

Мета роботи. Визначення характеру морфологічних змін у нервово-м'язовому апараті хворих на ДЦП з різними ступенями тяжкості захворювання.

Досліджували м'язи 13 хворих віком 4–25 років, серед них з нижнім спастичним монопарезом – 1, спастичним гемипарезом – 1, тетрапарезом – 5, нижнім спастичним парапарезом – 6 хворих. За ступенем виразності спастичності їх поділили на групи: легку – 2, середньої тяжкості – 5, тяжку – 6 хворих.

Операційний матеріал фіксували в 10% нейтральному формаліні, після гістологічної проводки отримували на заморожуючому мікротомі зрізи 10–15 мкм завтовшки,

які імпрегнували азотнокислим сріблом за методикою Більшовського-Грос у модифікації Коротченко.

У всіх розглянутих випадках при патоморфологічному дослідженні, незважаючи на ступінь спастичного парезу, визначали схожі однотипні атрофічні та дегенеративно-дистрофічні зміни. Гістологічна різниця між спазмованими м'язами полягала тільки в інтенсивності та розповсюдженості патологічного процесу. Сполучна тканина, що оточує судини та нерви, була без виразних патологічних змін, але з меншою кількістю фібробластичних клітинних елементів. При легкому ступені спастичного парезу судинно-нервові пучки, виявлені в досліджуваній м'язовій тканині, у більшості зберігали повздовжню спрямованість і морфологічну будову. У хворих з виразнішою спастичністю виявляли дегенеративно-дистрофічні зміни м'язових волокон і розростання фіброзно-сполучної тканини, що певною мірою, свідчить про ступінь органічних та функціональних змін.

Висновки. Гістоморфологічне дослідження отриманих при операційному втручанні біоптатів м'язів хворих на ДЦП дозволяє певною мірою оцінити можливість відновлення структури м'язової тканини та функції опорно-рухової системи.

УДК:616.718.41-021.4-002.4

О.М. Блінова

Іннервація головки стегнової кістки при асептичному некрозі

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

Ключові слова: асептичний некроз, гістологічне дослідження, іннервація.

Innervation of the femoral head in aseptic necrosis

A.M. Blinova

Key words: aseptic necrosis, histological studies, innervation.

У вивченні етіології та патогенезу асептичного некрозу головки стегнової кістки існує багато протиріч і невирішених питань. Відомий анатомічний зв'язок між кульшовим суглобом і структурами спинного мозку здійснюється на поперековому рівні хребта.

Мета роботи. Висвітлити морфологічно-функціональні аспекти цього зв'язку при захворюваннях на асептичний некроз головки стегнової кістки.

На секційному матеріалі хворого К., 48 р., іст. хв. № 344156, який страждає на двобічний асептичний некроз головки стегнової кістки і помер після тотального ендопротезування обох кульшових суглобів, гістологічно дослідили патологічні зміни в стовбурі спинного мозку, спинномозкових вузлах і гангліях пограничного симпатичного ланцюга на рівні Th12 – L5.

Отримані результати зіставили з даними проведених раніше гістоморфологічних досліджень на семи дорослих безпородних собаках (1985), яким проводили екстирпацію головки стегнової кістки з наступним вивченням структур поперекового рівня спинного мозку та пограничного симпатичного стовбура. Встановили однотипність дегенеративно-дистрофічних змін у нейронах спинномозкових вузлів у вигляді перичелюлярних набряків, гомогенізації цитоплазми, пікнозу та лізису приблизно однієї четвертої частини клітин із заміщенням

їх проліферуючими гліальними клітинними елементами. Крім змін архітекtonіки нервових вузлів, констатували дегенерацію окремих мієлінових нервових волокон у нервових гілочках і нервових стовбурах, переважно товстого та середнього калібру, у вигляді різних стадій валеровського переродження. Найімовірніше, ці нервові волокна були відростками незворотно змінених чутливих нейронів. На поперековому рівні пограничного симпатичного стовбура, де немає можливості морфологічно відокремити ганглії, більшість нейронів мікрогангліїв незмінна. Виявлені патологічні зміни були менш інтенсивними та захоплювали меншу кількість нейронів симпатичних вузлів. Нервові волокна пограничного симпатичного стовбура, де спостерігали патологічні зміни, можна віднести до транзиторних аксонів дегенеративно змінених паравертебральних гангліїв.

Висновки. Оскільки іннервація кульшового суглоба здійснюється сегментами L4–L5 спинного мозку, саме він виявився частково деаферентованим і десимпатизованим. Як наслідок цієї часткової денервації поступово розвивається вторинне порушення трофіки тканин раніше патологічно зміненого кульшового суглоба, що піддається максимальному функціональному навантаженню.