

ща найбільшого перетину плаценти, що можна розцінити як компенсаторне явище, спрямоване на збереження об'єму органа. При тяжких формах хронічної патології (декомпенсована хронічна плацентарна недостатність, залізодефіцитна анемія вагітних III ступеня, полікомбінований вплив промислових забруднювачів повітря на вагітну за умов роботи під час вагітності на промисловому підприємстві) в середньому не виявлено стоншення плацент, а їх об'єм при цьому зменшений. Низькі величини товщини плаценти при легких варіантах хронічної патології можна пояснити так. У певний період вагітності в клітинах плаценти з різних причин з'являється енергодефіцит та нестача пластичних компонентів. Потовщення ж плаценти, як добре відомо, спричиняє уповільнення току материнської крові по інтервільозних просторах плаценти, що в цілому за інших рівних умов погіршує обмін речовин між кров'ю матері та кров'ю плоду. Оскільки для органних та гістологічних перебудов органа в процесі розвитку першочерговим є збереження оптимальних умов для функціонування клітин, можна припустити, що плацента, припиняючи рости у товщину, утворює більш економну структуру з точки зору енерговитрат і в такий спосіб пристосовується до тривалого впливу негативного фактора.

УДК 616.833-091.8

### **МОРФОГЕНЕЗ АКСОНІВ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН, ЩО РЕГЕНЕРУЮТЬ, ПРИ КОМБІНОВАНІЙ ДІЇ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ ТА ЛАЗЕРОПУНКТУРИ**

*Н.Ф.Єрьоміна, О.Д.Лисаченко*

*Українська медична стоматологічна академія,  
м. Полтава*

Мета дослідження – вивчення дії лазеропунктури на післятравматичну регенерацію та диференціювання нервових волокон периферійних нервових стовбурів після їх пошкодження іонізуючим опроміненням. Дослідження виконані на білих лабораторних щурах. Тваринам контрольної групи за добу до невротомії опромінювали місцево сідничні нерви в дозі 20 Гр. У дослідній групі тваринам після невротомії і радіаційного пошкодження здійснювали лазеропунктуру точок загальноенергетичної дії 4 С I та 36 Е. Комплекс нейрогістологічних, електронно-мікроскопічних та морфометричних методів досліджень дозволив виявити значну затримку регенераторного процесу в опроміненому нерві: утворення радіаційних шпульт та стрічкоподібних комплексів, велика кількість затриманих колб росту, зменшення кількості новоутворених волокон та затримка формування їх оболонок. Сеанси лазерної рефлексотерапії стимулюють процес регенерації травмованих після опромінення нервових стовбурів.

Збільшується кількість волокон середнього та великого калібру в периферійному відрізку. На електронно-мікроскопічному рівні зазначається збереження структури мітохондрій, ендоплазматичної сітки та комплексу Гольджі, потовщення мієлінового шару, який характеризується упорядкованістю ламелярного комплексу.

УДК 611.71.98-013

### **РОЗВИТОК ТА СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ДВОГОЛОВОГО М'ЯЗА ПЛЕЧА В ПЕРЕДПЛОДІВ ЛЮДИНИ**

*М.П.Кивун*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Зачаток двоголового м'яза плеча (ДМП) виявляється у передплідів 23,0 мм довжини. Черевце ДМП на цій стадії розвитку відносно велике, має вигляд веретена, яке продовжується в проксимальному напрямку у вузький мезенхімний тяж, що являє собою зачаток довгої голівки і позбавлений м'язових елементів. Коротка голівка у передплідів 23,0 мм відсутня, довгу можна простежити до хірургічної шийки плечової кістки. Сухожилок м'яза дуже короткий, закінчується поблизу голівки променевої кістки. У передплідів 24,0-25,0 мм довжини з'являється коротка голівка, яка з'єднується з довгою набагато проксимальніше, ніж у дефінітивному стані. Якщо в передплідів 23,0 мм довжини довга голівка простежується тільки до шийки плечової кістки, то у передплідів 25,0 мм довжини вона досягає плечового суглоба і зростається з капсулою. У передплідів 35,0-40,0 мм ДМП досягає лопатки, а у передплідів 45,0-50,0 мм довга голівка відокремлюється від суглобової сумки і наприкінці передплодового періоду знаходиться в порожнині плечового суглоба. М'язова частина довгої голівки починає диференціюватися тільки у передплідів 55,0-60,0 мм довжини. Отже, характерною особливістю ДМП на цій стадії онтогенезу є високий рівень з'єднання голівок, слабкий розвиток м'язової частини та більш проксимальний рівень фіксації сухожилка на променевої кістці.

УДК 611.348:572.785:575.16-073

### **ФОРМООБРАЗОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

*В.А.Козлов, В.А.Муцинин, С.В.Терещенко*

*Днепропетровская государственная  
медицинская академия*

На 32 плодах человека установлено, что процесс втяжения кишки в брюшную полость, то есть самоликвидация "пупочной грыжи" происходит на 10 неделе развития. Процесс втяжения кишки сопровождается ее поворотом на 90°, то есть ободочное колесо