

Література. 1. В а л ь к е р Ф. И. О вариантах форм и положения двенадцатиперстной кишки. // Сборник научных трудов в честь 50-летия научно-врачебной деятельности А. Н. Нечаева.-Л. 1922.-Т.2.-С.389-395. 2. Г е р к е П. Я. Частная эмбриология.-Рига, 1957.-245 с. 3. Г в о з д у х и н А. П., Шматова Т. Н. Некоторые особенности закладки, морфологической и гистохимической дифференцировки поджелудочной железы человека в эмбриогенезе. // Морфология.-К., 1984.-Вып.9.-С.50-53. 4. М а м и с в Б. Г. Индивидуальные различия внешней формы двенадцатиперстной кишки. // Сборник научных трудов Северо-Осетинского мединститута.-Орджоникидзе, 1967.-Вып.16.-С.214-222. 5. М а с я в и ч у с И. Ю. Гистогенез поджелудочной железы в раннем эмбриональном периоде развития человека. // Матер. 8-ой науч. конф. преподавателей Каунасского мед. института.-Каунас, 1968.-С.223-224. 6. Н о г а л л е р М. Л. Некоторые вопросы возрастных изменений топографии и строения поджелудочной железы во внутриутробном периоде. Хирургическая анатомия и восстановительная хирургия органов пищеварительного тракта.-Киев, 1969.-С.147-148. 7. С о к о л о в П. А. О возрастной изменчивости длины и формы двенадцатиперстной кишки у человека. // Сб. работ, посвященный 60-летию со дня рождения и 25-летию научно-педагогической деятельности в Казахстане проф. П. О. Исаева.-Алма-Ата, 1958.-С.56-60. 8. Т а в е р Р. А. Внутриутробное развитие двенадцатиперстной кишки человека. // Автореф. дис. ...канд. мед. наук.-Самарканд, 1969.-28 с. 9. Ч а у с о в (Приводится по Валькер Ф. И., 1922). 10. Ш м а т о в а Т. Н. Особенности гистогенеза поджелудочной железы на различных этапах эмбрионального развития у человека. // Тр. Крымского мед.ин-та. Симферополь, 1983.-Т.101.-С.227-228. 11. В r a u n W. Notiz Uber die Ringform des Duodenun. Arch.f. Anat. u. Physik.Anat.Abt.1877.-P.468-473. 12. В u c h e r O. Formtypen und Formentwicklung des menschlichen Duodenum. Zeitschr. F. Anat. u. Entwicklungsgeschichte. 1937.107.-№3.-P 388-410. 13. K a n a g a s u n t h e r a m R. Some observations on the development of the human duodenum J.Anat.1960.94.-№2.P.221-240. 14. P e r n k o p f E. Die Entwicklung der form des Magens-Darm-Kanals beim Menschen.Zeitschen.f.Anat.U Entwicklungsgesch.1925. 73. P.1-144. 15. S t a a r k D. Embryologi.Stuttgart.1965 741p.

THE FORMATION OF THE DUODENUM IN A HUMAN EMBRYOGENESIS

A. O. Loytra, F. D. Marchuk, G. M. Chernikova, V. G. Miglas

Abstract. Studied through employment of methods of the histologic research into the plastic and graphic reconstruction, together with macro- and microscopic preparation was the dynamics of the duodenum formation. It has been shown that through a series of transitive forms and under the influence of some extraorgan factors (a rigid fixation by the ventral mesentery to the liver hilus and by the dorsal mesenery to the back splanchnic (wall) of the abdominal cavity, along with a correlative interrelations with the pancreas head) already in the 4th month oh the fetal development all the four basic duodenal definitive forms as, a horseshoe-shaped, circular, V-or U-like could be traced.

Key words: duodenum, form, fetal development.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi).

УДК 611.41.013

С. М. Лютик, Б. І. Шумко

ДЕЯКІ ЗАУВАЖЕННЯ ЩОДО МЕХАНІЗМУ ВИНИКНЕННЯ АКЦІСОРНИХ СЕЛЕЗИНОК

Кафедра анатомії людини (зав. — проф. В. М. Круцяк)
Буковинської державної медичної академії

Ключові слова: селезінка, природжені вади, ембріональний розвиток.

Резюме. Виготовлено та вивчено 34 серії гістологічних зрізів зародків і передплідів людини розмірами від 10,0 до 80,0 мм тім'яно-курикової довжини (ТДК).

Встановлено, що на початку передплідного періоду на краях та поверхні закладки селезінки утворюються борозни і щілини, інколи такі глибокі, що призводить до повного відділення від материнської закладки. Відділені частки селезінки проходять стадію фізіологічної редукції й розсмоктуються. Під впливом негативних факторів процеси редукції можуть сповільнюватись або повністю зупинятись, приводячи до виникнення додаткових селезінок, що можуть розсмоктатись і після народження дитини.

Вступ. Наявність різних природжених вад селезінки — явище не нове, а публікації про їх знахідки нерідко можна знайти в періодичній літературі. Разом з тим, в наявних публікаціях зустрічаються тільки поодинокі спроби пов'язати виникнення додаткових селезінок з порушеннями процесів морфогенезу на ранніх стадіях ембріонального розвитку. В той же час ці повідомлення ґрунтуються на вивченні невеликої кількості морфологічного матеріалу, а інколи вони базуються на випадкових знахідках під час операцій або секційних досліджень, в зв'язку з чим висновки авторів не мають достатньо глибоко обґрунтованого морфологічного підтвердження. До природжених вад селезінки відносяться виродливості, в основі яких лежать морфологічні дефекти, зумовлені аномаліями процесу морфогенезу. В першу чергу це стосується акцісорних, або додаткових селезінок. Вивчення розвитку селезінки та особливостей перебігу процесів диференціації й відмежування закладки органу від стінки чепцевої сумки показало, що саме в цей час мають місце явища, які вважаються ембріологічними передумовами виникнення природжених вад і пов'язані з відхиленнями від нормального ходу ембріонального розвитку. Саме цей факт і спонукав нас поділитися своїми морфологічними знахідками, які в деякій мірі дають можливість пояснити механізм та час виникнення акцісорних селезінок.

Матеріал і методи. Виготовлено та вивчено 34 серії гістологічних зрізів зародків і передплідів людини довжиною від 10,0 до 80,0 мм ТКД, а також окремі гістологічні зрізи селезінки, забарвлені гематоксилін-еозином та по Ван Гізону. Із серійних зрізів виготовлено та вивчено 2 пластичних і 2 графічних реконструкційних моделі закладки селезінки і суміжних органів.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому місці за частотою можливого виникнення ембріональних порушень форми селезінки є додаткова селезінка — *lien accessorius*. Вивчаючи ембріональний розвиток селезінки, ми вже в передплідному періоді знайшли чисельні борозни і щілини на краях та поверхнях зачатка органа, які інколи були настільки глибокими, що мало місце ві-

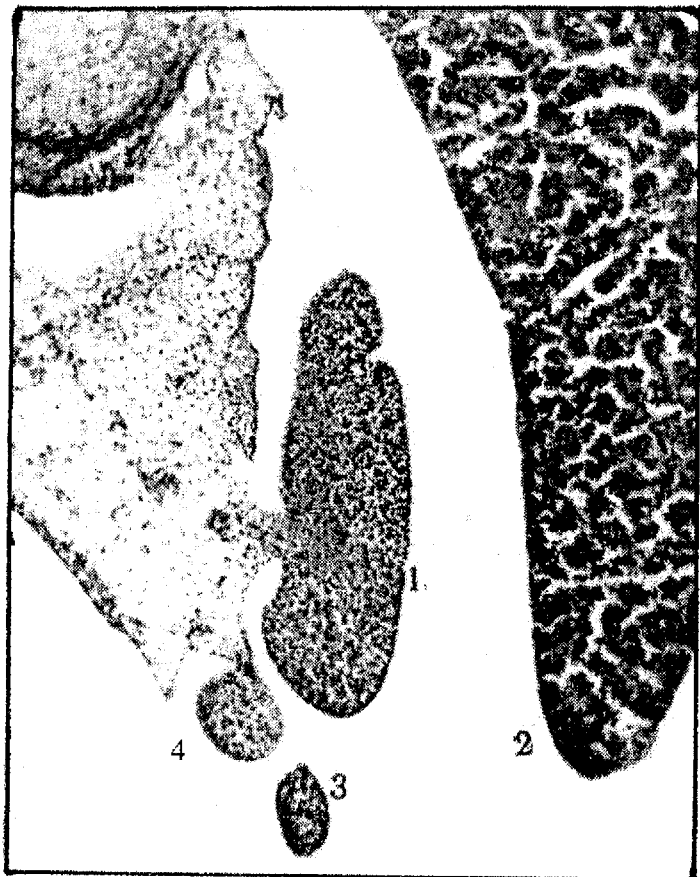


Рис. 1 Фронтальний зріз передпліода людини 30,0 мм тім'яно-куприкової довжини. Гематоксилін-еозин.

Мікрофото Об. 8, ок. 7

- 1 — закладка селезінки;
- 2 — ліва частка печінки;
- 3 — додаткові селезінки;
- 4 — закладка шлуноково-селезінкової зв'язки

зв'язки

докремлення частки органа від основної його маси (рис. 1). Такі відшнуровані частки селезінкової тканини, переважно в ділянці її полюсів, були пов'язані з материнською закладкою власною судинною ніжкою. Результати одержаних нами ембріологічних знахідок дають підстави не погоджуватись з думкою окремих авторів [8,10], які до додаткових селезінок відносять тільки ті частки відшнурованої селезінкової тканини, які пов'язані з основним органом смужкою тканини, що складається з червоної та білої пульпи. Якщо погодитись з думкою, що додаткова селезінка не має власної судинної ніжки, то такі відшнуровані частки селезінкової тканини, як засвідчують дані літератури, а також отримані нами результати, маючи неповноцінну васкуляризацію, обов'язково проходять стадію фізіологічної редукції.

Заслуговує на увагу думка про те, що джерелом виникнення додаткових селезінок є надлишково закладені ділянки селезінкової тканини, розкиданої по стінці малого перитонеального мішка, а також на органах, з якими межує зачаток в зародковому і передплідному періодах. Згадані вище частки селезінкової тканини з часом розсмоктуються, але інколи, під впливом негативних зовнішніх і внутрішніх факторів, ці процеси можуть сповільнюватись, що призводить до виникнення додаткових селезінок. Нередуковані до народження ділянки селезінкової тканини можуть розсмоктуватись і протягом перших років життя. Саме цей факт і дав підставу деяким авторам [2,5,6] акцентувати увагу на тому, що чим менше вік дитини, тим більше шансів виявити у неї додаткові селезінки.

Отримані нами результати дають підставу не погоджуватися з твердженням [2,6,7,12], що додаткові селезінки є не що інше, як ті ділянки зародкової мезенхіми, що не злилися з основним органом. Вивчаючи серії гістологічних зрізів, ми в жодному спостереженні не знайшли морфологічного підтвердження злиття зародкового мезенхімального зачатка селезінки, а навпаки — багаторазово спостерігали її розсмоктування. Розкиданість додаткових селезінок по всій черевній порожнині і порожнині таза ми пояснюємо тим, що на початку ембріонального розвитку закладка селезінки входить до комплексу органів черевної порожнини, що включає в себе зачатки шлунка, підшлункової залози, чепцевої сумки і великого чепця, нирки, надниркової залози та статевих органів. У процесі розвитку і росту названі зачатки постійно зміщуються, віддаляються один від одного та від материнського зачатка селезінки, захоплюючи частки селезінкової тканини, які, маючи достатню васкуляризацію, починають самостійно функціонувати як орган. Такі явища поліспленії описані в літературі [1,3,4,7,9,11] як випадкові знахідки під час сперацій або секційних досліджень. У випадках перекручення додаткової селезінки виникає її некроз із явищами гострого живота.

Таким чином, вади розвитку селезінки є наслідком порушень морфогенетичних процесів у ранньому періоді пренатального розвитку під впливом несприятливих зовнішніх і внутрішніх факторів та дефектного генотипу.

Індивідуальна мінливість та досить складний шлях розвитку організму створюють відповідні умови для виникнення природжених вад та варіантів будови і топографії селезінки.

Література. 1. Брандт А. Ф. О полисплении // Русский врач. — 1914. — Т. 13, № 8. — С. 262-264. 2. Валькер Ф. И. Морфологические особенности развивающегося организма. — Л., 1959. — С. 139-146. 3. Винтлер Э. Н. Редкий случай множественных прибавочных селезёнок, рассеянных в количестве нескольких сотен по всей брюшине // Харьковский медицинский журнал. — 1907. — Т. 4, № 6-7. — С. 24-34. 4. Гриднев А. П. О полисплении // Врачебное дело. — 1930. — № 8. — С. 579-582. 5. Гундобин Н. П. Особенности детского возраста // Практическая медицина. — Спб, 1906. — 480 с. 6. Золотухин А. С. Фиксирующий аппарат селезёнки // Вестник хирургии им. И. И. Грекова и пограничных областей. — 1922. — Т. 2, кн. 4-6. — С. 411-415. 7. Левит В. С. К вопросу о полисплении // Новый хирургический архив. — 1923-4. — Т. 4, кн. 2. — С. 163-168. 8. Мельников

Разведенков Н. Ф. Селезёнка // БМЭ. — 1963. — Т. 29. — С. 640-670. 9. Хрусталёв А. Д. О добавочных селезёнках человека // Труды ин-та. — Ярославский мед. ин-т. — 1961. — Вып. 26. — С. 98-100. 10. L a n g m a n J. Embryologie medicale. Development humaen normale et pathologique. Paris: Masson et Cie. Edit., 1963. — 43 p. 11. B e r g e r I. P. et al. Regeneration splenique apres splenectomie posttraumatique // Nov. Press. med. — 1979. — Vol. 8, N 17. — P. 1428-1429. 12. F r a z e r J. E. Buchanas manual of anatomy including embryology. — London, 1937. — P. 1772.

**SOME REMARKS TO MECHANISM OF ADDITIONAL
SPLEENS APPEARANCE**
S. M. Lyutyk, B. I. Shumko

Abstract. We have prepared and studied 34 series of microscopic sections of human embryos and prefetuses ranging in length from 10 to 80 mm. It was established that at the beginning of the prefetal period grooves and fissures are formed on the edges and surfaces of the spleen. Sometimes they are so deep that this fact leads to complete dissociation of a part of the organ from the maternal primordium. The separated parts of the spleen pass through the state of physiologic reduction and resolve. Under the influence of negative factors the reduction processes may slow down or stop entirely giving rise to supplementary spleens which may dissolve after birth.

Key words: spleen, embrio development, inborn diseases.
Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi).
