

більш вираженим, порівняно з іншими позитивними клітинами вентрикулярного міокарда. На наш погляд, описані групи клітин сформують у подальшому периферійну ланку кондуктивної системи, а саме волокна Пуркінє.

На 8-10 тижнях гестації описані вище клітини мали більше широке розповсюдження. Вони зберігали характер експресії та її вираженість. У глибоких ділянках вентрикулярного міокарда подібні клітини нами знайдені не були.

Таким чином, аналіз отриманих результатів дозволив сформулювати декілька основних висновків: 1. Рівень експресії білків триплету нейрофіламентів кардіоміоцитами змінюється протягом пренатального кардіогенезу, зростаючи у ділянках формування компонентів периферійної ланки дефінітивної кондуктивної системи; 2. На 6-7 тижнях пренатального онтогенезу в субендокардіальних зонах вентрикулярного міокарда з'являються клітини з іншим характером експресії білків нейрофіламентів, який не характерний для загальної більшості ІГХ+ кардіоміоцитів.

ЗАСТОСУВАННЯ ДЕРМАТОГЛІФІЧНОГО АНАЛІЗУ ПРИ ВИВЧЕННІ ШИЗОФРЕНІЇ

Тихолаз В.О., Школьніков В.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця.

Одним з методів, що виявляє зв'язок захворювання зі спадковістю є дерматогліфічний аналіз. Шкірний рельєф дистальних фаланг пальців є полігенно успадкованою ознакою. З моменту закладки і формування дерматогліфічний малюнок має індивідуальний і неповторний характер, який зберігається незмінним протягом всього життя людини. (Демидов, 1984) У формуванні типу малюнку багато дослідників велике значення надають пренатальному впливу, складному комплексу внутрішньоутробних факторів, тому зміни дерматогліфів можна розцінювати як показник несприятливого впливу факторів середовища на генотип і його реалізацію в період пренатального та постнатального онтогенезу (Бутова, 1998). Особливий інтерес у вивченні дерматогліфіки при різноманітних психічних захворюваннях зумовлений тим, що нервова система та шкіра формуються з одного ектодермального зародкового листка. Не виключено, що дерматогліфіка є відбитком деяких морфо-функціональних особливостей центральної нервової системи.

Метою даного дослідження є вивчення дерматогліфічних особливостей чоловіків та жінок хворих на параноїдну форму шизофренії зрілого віку та виявлення розподілу папілярного малюнку у хворих різних соматотипів. В умовах стаціонару Вінницької обласної психоневрологічної лікарні обстежено 100 чоловіків та 100 жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії. Всі обстежені належали до української етнічної групи у третьому поколінні мешканців тери-

торії Подільського регіону України. Відбитки дистальних фаланг пальців отримували методом Гладкової. Аналіз дерматогліфів виконували за методикою Каммінса та Мідло. Антропометричні вимірювання обстежених проводили за методикою Бунака В.В. у модифікації Шапаренка П.П.. Соматотипування виконували за розрахунковою модифікацією метода Heath-Carter. Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою стандартного програмного пакету "STATISTICA 6.1." для Windows.

Отримані результати порівнювали з показниками практично здорових людей - 100 чоловіків та 100 жінок.

В результаті проведеного порівняльного аналізу дерматогліфів дистальних фаланг пальців хворих на параноїдну шизофренію та практично здорових людей виявив різну частоту розподілу дерматогліфічних малюнків у хворих та практично здорових людей різних соматотипів, а також бімануальну асиметрію дерматогліфів. Дане дослідження надасть змогу встановити маркерні ознаки схильності до параноїдної форми шизофренії.

АНАТОМО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАЗРАБОТКА ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ БОКОВОЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА

Ткаченко Д.А.

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск

Хирургическое лечение парасагиттальных арахноидэндотелиом, конкрементов и ранений связано с иссечением участка боковой стенки верхнего сагиттального синуса и пластикой дефекта стенки синуса.

Изучение 130 препаратов твердой мозговой оболочки головного мозга человека показало наличие в теменно-затылочном отделе синуса участка, свободного от впадения мозговых вен длиной до 13,2 см. В зависимости от характера условной патологии выделены 3 типа дефектов боковой стенки синуса: небольшие изолированные, обширные (более 3 см²) изолированные, обширные с поражением парасагиттальной твердой мозговой оболочки. Соответственно типу дефекта разработаны и осуществлены на трупных мозговых оболочках и экспериментальных животных 3 способа аутопластики дефекта боковой стенки верхнего сагиттального синуса. В качестве трансплантата использовалась твердая мозговая оболочка. Изолированные дефекты закрывались ауто трансплантатами «на ножке». Обширные, с повреждением парасагиттальной твердой мозговой оболочки – свободными дуральными ауто трансплантатами.

Гидродинамический, ангиографический и гистологический контроль показали приживляемость лоскутов, проходимость просвета и отсутствие значительного сужения в зоне пластики синуса в различные сроки после операции.