

В современной хирургической практике часто проводят катетеризацию нижней надчревной артерии (ННА), ее перевязку, пересадку на ННА яичка и другие оперативные вмешательства. Нами проведено исследование топографической анатомии ННА на 15 трупах обоего пола в возрасте от 46 до 65 лет методом препарирования, измерений штангенциркулем с выделением центрального и периферического отделов и измерением угла отхождения. Чаще всего ННА отходила от наружной подвздошной артерии (справа – в 12 случаях, слева – в 15 случаях), в 3 случаях справа – от глубокой артерии бедра. В большинстве случаев ННА отходит самостоятельным стволом и лишь в 5 – общим стволом с запирающей артерией. В 89% случаев угол отхождения ННА был тупым, что является оптимальным для катетеризации ННА, но неблагоприятно для перевязки артерии (для развития коллатерального кровообращения) и реваскуляризации яичка. В ходе ис-

следования установлена изменчивость расстояния от истока ННА, диаметра и длины центрального и периферического отделов, проекции по отношению к латеральному краю прямой мышцы живота с разных сторон, расстояния от глубокого пахового кольца. Практически постоянными признаками было расположение ННА медиальнее глубокого кольца, образование поперечной фасцией влагалища для центрального участка и окружение его околососудистой клетчаткой, что позволяет осуществлять гидравлический метод препарирования. Так же отмечается постоянство отхождения от ННА кремасерной и лобковой артериальных ветвей на расстоянии 7-25 см от истока ННА. А наличие анастомозов кремасерной артерии (КА) с яичниковой и артерией семявыносящего протока, отходящих в 98% случаев от КА, позволит улучшить кровоснабжение яичка при перевязке ННА дистальнее отхождения КА.

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МОРФОГЕНЕЗУ

УКД 611.714.3.013

### ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТОКУ ПАЗУХ У ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*О.П.Антонюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У своєму розвитку стік пазух (СП) проходить стадію недиференційованого формування із переднього та середнього венозних сплетьєнь первинної вени голови. У формуванні СП безпосередньо беруть участь верхня стрілова, обидві поперечні, пряма та потилична пазухи. У СП впадають притоки поверхневих вен мозку, мозочка, намету мозочка, вени великого мозку та випускні вени. У зв'язку з цим він має складну будову, яка проявляється різноманітністю сполучення та виходу основних пазух. Виявлена вікова варіабельність у будові СП: типова хрестоподібна форма, коли всі притоки беруть участь у його утворенні з рідкісною ромбоподібною, овальною та її комірковими різновидами; біфуркаційна форма з роздвоєнням верхньої стрілової пазухи з перевагою правої чи лівої гілки. Хрестоподібна форма СП може бути симетричною й

асиметричною. Індивідуальна анатомічна мінливість розмірів СП цілком залежить від домінантності поперечних і поздовжніх розмірів черепа. У зв'язку з цим виявляється різниця у проекції СП на потиличну кістку, що має значення для здійснення раціональних діагностичних маніпуляцій. Для СП характерні дві форми будови (розсіпна та магістральна); індивідуальна анатомічна мінливість, яка характеризується різними варіантами формування, складною внутрішньою будовою, розвинутою сіткою приток та анастомозів. Морфометричні параметри СП мають тенденцію до різкого збільшення ширини та висоти, починаючи з 4-5 міс внутрішньоутробного розвитку.

УДК 611.389-013.71.8

### МОРФОГЕНЕЗ ОРГАНІВ ТА СТРУКТУР ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ ЛЮДИНИ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

*Ю.Т.Ахтемійчук*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

За допомогою сучасних морфологічних методів вивчено динаміку формоутворення заочеревинно-

#### *Приклад бібліографічного опису тез:*

*Антонюк О.П. Особливості розвитку стоку пазух у пренатальному періоді онтогенезу людини / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. “Акт. пит. клін. анат. та опер. хірургії” // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С 65.*

го простору (ЗОП) і просторово-часових взаємовідношень його органів та структур упродовж внутрішньоутробного періоду розвитку на 95 серіях гістологічних зрізів зародків і передплідів та 235 трупах плодів (105 – in situ, 130 ізольованих органокомплексів) людини. Органи ЗОП утворюють парні комплекси, які в процесі розвитку послідовно змінюють одні других і на відповідних стадіях є основою ЗОП ембріона: нирково-статевий (первинна нирка і статева залоза) – на IV тиж, первинний нирково-статевий-наднирковий (первинна нирка, статева залоза і надниркова залоза) – на V-VI тиж, вторинний нирково-статевий-наднирковий (первинна нирка, статева залоза, надниркова залоза і вторинна нирка) – на VII тиж, нирково-наднирковий (вторинна нирка і надниркова залоза) та нирково-статевий (первинна нирка і статева залоза) – на VIII тиж. З-поміж органів ЗОП найбільш сталою зовнішньою будовою характеризуються вторинні нирки. Різноманітність форм дванадцятипалої кишки (кільцеподібна, U-, V-, C-подібна), підшлункової залози (зігнута, дугоподібна, пряма), надниркових залоз (трикутна, трапецієподібна, овальна) і сечоводів (пряма, зігнута, звивиста), а також асиметрія парних органів ЗОП виникають на III міс ембріогенезу і зумовлені просторово-часовими взаємовідношеннями з суміжними органами черевної порожнини та потребою забезпечення повноцінного травлення і виділення. Охоплення вторинних нирок тимчасовими структурами ембріонального ЗОП (первинними нирками і статевими залозами) впродовж VI-VII тиж та постійними (наднирковими залозами) – з VII тиж, а також утворення навколонирикових фасціальних-мезенхімних просторів і вторинне вентральне укріплення нирок похідними дорсальної брижі на IX-XII тиж є закономірним проявом захисної та опорної функції організму для забезпечення функціонування видільної системи плода. Внаслідок шлунково-кишкового повороту і зрощення первинно-інтраперитонеально розташованих дванадцятипалої кишки, підшлункової залози та їх брижі з ембріональною пристінковою очеревиною на III міс утворюються зачатки передорганних і заорганних фасцій, розмежованих міжочеревинними шарами клітковини, які є умовною межею між ЗОП та черевною порожниною. Наприкінці передплодового періоду між задньою черевною стінкою, листками заочеревинної фасції та заочеревинними органами формуються фасціальні-клітковинні простори: власне заочеревинний, навколонириковий, навколосечовідний та простір надниркової залози. Органи ЗОП розвиваються в тісному топографо-анатомічному взаємозв'язку з суміжними органами черевної порожнини, що й зумовлює їх відповідні синтопічні поля у плодів.

УДК 611.728.37

## СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ЛІКТЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДІВ

*Б.Ю.Банул*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

У плодів 80,0-85,0 мм тім'яно-куприкової довжини чітко диференціюються м'язи та сухожилки, які знаходяться в ліктвовій ділянці, а також місця прикріплення їх до кісток. Виразно виявляються нерви та судини цієї ділянки. Верхня бокова ліктвова та бокова середня артерії закінчуються вище ліктвового суглоба. З подальшим розвитком кількість та діаметр артерій, які беруть участь в утворенні артеріальної сітки ліктвового суглоба, зростають. Вони починають утворювати анастомози. Протягом IV міс внутрішньоутробного життя (плоди 132,0-134,0 мм довжини) закінчується формування капсули ліктвового суглоба. Починаючи з V міс, чітко визначаються всі основні елементи суглоба та ліктвової ділянки. Збільшується об'єм та міцність волокон суглоба. Змінюються розміри синовіальної оболонки, що призводить до збільшення порожнини суглоба та заворотів. У плодів 185,0 мм довжини закінчується процес утворення порожнини суглоба. У плодів 230,0-270,0 мм довжини плечова, ліктвова та променева кістки мають чіткі контури з анатомічними структурами. Капсула ліктвового суглоба разом з кістками обмежує замкнуту спільну порожнину сполучень. До кінця плодового періоду поверхнева фасція сформована, ліктвовий відросток недорозвинений, голівка променевої кістки скошена, суглобова сумка тонка, променева та ліктвова бокові зв'язки слабо виражені.

УДК 611.746.3.013

## ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ ПАХВИННОГО КАНАЛУ

*І.Г.Бірюк, В.В.Гордієнко, В.Д.Мойсюк, В.І.Стефанчук, В.В.Бойко, М.Б.Кулик*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Дослідження проведено на 12 зародках людини 4,5-14,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). У зародків 4,5-5,0 мм ТКД мезонефроси випинаються вентрально в порожнину целома. На їх вентромедіальній поверхні визначається зачаток статевої залози у вигляді гребінцевого потовщення. У зародків 9,0-10,0 мм ТКД внаслідок інтенсивного збільшення об'єму мезонефроса утворюються дві очеревинні складки. Краніальна складка прямує до діафрагми. Каудальна складка поступово набуває влас-

тивостей фіброзної тканини і в подальшому служить провідником для статевої залози (пахвинна зв'язка мезонефроса), який з'єднує каудальний відділ мезонефроса з передньою черевною стінкою. Каудальне переміщення статевих залоз в основному пов'язано з редукцією краніального та інтенсивним ростом каудального відділу мезонефроса. У зародків 13,0-14,0 мм ТКД на передній черевній стінці, біля місця фіксації повідця статевої залози, утворюється лійкоподібна заглибина, яку слід вважати початком формування пахвинного каналу.

УДК 611.746.3.013

### **ВНУТРІШНЬОУТРОБНЕ ОПУСКАННЯ ЯЄЧОК І ФОРМА ПОВЕРХНЕВОГО ПАХВИННОГО КІЛЬЦЯ**

*І.Г.Бірюк, В.Д.Мойсюк, В.І.Стефанчук, О.М.Короткий, І.І.Фесенко, М.Б.Кулик*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Дослідження проведено на 12 плодах чоловічої статі, розміром 170,0-450,0 мм тім'яно-куприкової довжини. На даному етапі розвитку розрізняються тазовий і пахвинний відділи повідця яєчка. Після опускання яєчка, починаючи з кінця 8-го міс внутрішньоутробного розвитку, повідець перетворюється у зв'язку, яка з'єднує каудальний кінець яєчка з нижнім відділом мошонки. До переміщення яєчок через пахвинний канал поверхнєве кільце має щілиноподібну або напівовальну форму, а після – овальну.

УДК 611.946:616.14;616.24-005

### **СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ЛЕГЕНЕВИХ ВЕН НА 30-35 ТИЖНЯХ ПРЕНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

*О.І.Гецько*

*Ужгородський національний університет, медичний факультет*

Розвиток і становлення легеневих вен (ЛВ) тісно пов'язані з розвитком лівого передсердя. Для дослідження використаний трупний матеріал (8 плодів віком 30-35 тиж), 4 серії гістологічних зрізів та 9 корозійних препаратів. За допомогою мікроскопічної лінійки вимірювали параметри ЛВ (діаметр, довжину, товщину стінки). У період з 30 по 35 тижень внутрішньоутробного розвитку досліджено 8 плодів розміром 311,0-345,0 мм ТКД. Встановлено, що ЛВ та їх притоки повністю розміщуються у порожнині осердя, яка простягається до воріт легені. У двох випадках від правої легені кров відводили три ЛВ – верхня, середня і нижня. У одного плода 320,0 мм ТКД виявлена тільки одна ЛВ, яка формується біля самої стінки лівого передсердя внаслідок з'єднання семи стовбурів. Ліва верхня ЛВ у семи досліджен-

нях утворюється з двох вен – верхівково-задньої і язичкової гілок, але стовбур верхівково-задньої гілки дуже короткий і міжсегментарні вени верхньої частки з'єднуються між собою майже на рівні формування верхньої ЛВ. Ліва нижня ЛВ утворюється з верхньої венозної гілки і спільної основної вени. У період з 30 по 35 тижень ембріогенезу ріст головних компонентів легень людини досить нерівномірний. З точки зору виникнення можливих вад розвитку легеневих судин такий період посиленого та уповільненого росту є “критичним”. Стінка ЛВ наближається до дефінітивної. У цей період триває процес органної адаптації і будова ЛВ стає достатньо морфологічно підготовленою до переходу від префункціонального до функціонального стану.

УДК 611.34.013-005

### **ЕМБРІОГЕНЕЗ КИШКОВОЇ ТРУБКИ**

*Н.І.Гаїна*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

У зв'язку з великою кількістю оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту та розширенням показань до хірургічної корекції природжених вад у новонароджених та дітей раннього віку зростає цікавість дослідників до більш детального вивчення органогенезу і морфології кишкової трубки. Аналіз літератури засвідчує недостатнє вивчення розвитку кишечника та його судин. Вивчення складних топографо-анатомічних взаємовідношень кишечника та його кровоносних судин у процесі внутрішньоутробного розвитку сприятиме глибшому розумінню ембріопатогенезу природжених вад.

УДК 618.3-091

### **ГІПОТЕЗА ПРО ПРИСТОСУВАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗУПИНКИ РОСТУ ПЛАЦЕНТИ У ТОВЩИНУ В ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ**

*І.С.Давиденко*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Гіпотеза ґрунтується на узагальненні фактичного матеріалу, отриманого при комплексному морфологічному дослідженні 548 плацент терміном гестації 37-40 тиж з використанням органометричних, гістологічних, цитологічних та гістохімічних методів. Зазначено, що при легкій хронічній патології (компенсовані та субкомпенсовані варіанти хронічної плацентарної недостатності, залізодефіцитна анемія вагітних I та II ступеня, полікомбінований вплив промислових забруднювачів повітря на вагітну за умов проживання біля промислового підприємства) плаценти в середньому характеризуються меншою величиною товщини. При цьому збільшується пло-

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 шпυль 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 відрізу. 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.Кавун*

*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 променевій 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 колono

с илеоцекальным отделом (ИЦО) из сагиттальной плоскости переходит во фронтальную вокруг вертикальной оси. После втяжения ИЦО располагается в правом верхнем квадранте брюшной полости под печенью. Самоликвидация “пупочной грыжи”, по-видимому, обусловлена рядом факторов, одним из которых является резкое увеличение объема брюшной полости, что в свою очередь приводит к увеличению диаметра пупочного кольца на протяжении 9-11 недель развития. Наибольший диаметр ИЦО по сравнению с другими участками кишки препятствует в определенный период самоликвидации “пупочной грыжи”. И после того, как диаметр пупочного кольца достигает параметров ИЦО кишки за счет быстрого увеличения объема брюшной полости, происходит резкое втяжение кишки. Конечно же, в этом процессе нельзя исключить и рефлекторное генетически обусловленное воздействие на мускулатуру окружающих структур. После втяжения кишки ИЦО расположен под печенью, в связи с этим выделить восходящий отдел ободочной кишки не представляется возможным. У плодов 3-4 месяцев слепая кишка сравнительно рано опускается до нижнего полюса правой почки, однако колено ободочной кишки, соответствующее восходящему отделу, растет медленно. Таким образом, за счет смещения ИЦО книзу и поперечного отдела вправо по горизонтали толстая кишка достигает дефинитивного состояния.

УДК 611.12: 616.126.425: 577.95-091

### **РАЗВИТИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СТРУКТУР СЕРДЦА В РАННЕМ ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

*В.А.Козлов, В.Ф.Шаторная, Е.А.Шевченко*

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Развитие сердца тесно связано с правильным пониманием механизмов образования его различных врожденных аномалий. На стадии развития 12 по Гамбургеру и Гамильтону (48 часов инкубации) в области будущего атриовентрикулярного отверстия появляются складки эндокарда. Между эндокардом и миокардиальной пластинкой находится бесструктурное внеклеточное вещество – кардиогель. Редукция кардиогеля приводит к их сближению и образованию единой стенки трубчатого сердца. На границе между предсердием и желудочком остается участок несблизившихся слоев эндокарда и миокарда, заполненный кардиогелем – эндокардиальные подушки. Редукция кардиогеля в этой части замедляется или полностью отсутствует на небольшом отрезке времени. К свободному краю эндокардиальных подушек прилежит большее количество мезенхимных клеток, которые располагаются плотнее, иногда сгруппированы по 3-4 клетки. Именно здесь

происходит деление этих клеток, которые мигрируют в полость эндокардиальных подушек и вытесняют кардиогель. Расселение мезенхимных клеток происходит в направлении от свободного края подушек к стенке атриовентрикулярного канала, что в последующем приводит к развитию клапанов сердца и папиллярно-трабекулярного аппарата.

УДК 611.145.15/16

### **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ВЕНОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГЛАЗНИЦЫ**

*М.А.Корнеева*

*Луганский государственный медицинский университет*

Для установления диапазона индивидуальной анатомической изменчивости вен глазницы и изучения особенностей их топографо-анатомических взаимоотношений проведена инъекция акрилатовыми массами 30 трупов плодов возрастом от 18 до 36 нед с последующими микро- и макропрепарированием, морфо- и краниометрией. Установлено, что у плодов 18-20 нед вены глазницы достаточно сформированы. Обнаружена связь длины, диаметра и характера ветвления вен с формой черепа. У брахицефалов наблюдается увеличение диаметра и количества притоков верхней глазничной вены. Ширина её увеличивается по мере роста плода от 0,8 до 1,6 мм у брахицефалов, 0,7-1,4 мм – мезоцефалов и 0,5-0,9 мм – долихоцефалов; длина соответственно – от 8,4 до 16,2 мм, 9,1-21 мм и 8,4-16,2 мм. Нижняя глазничная вена чаще имеет сплетениевидную форму с диаметром сосудов 0,2-0,3 мм. Для долихоцефалов характерно уменьшение диаметра и количества притоков верхней глазничной вены и магистрализация нижней глазничной вены. Длина последней в этом случае увеличивается по мере роста плода от 4 до 11 мм, диаметр – от 0,3 до 0,8 мм. Диапазон индивидуальной анатомической изменчивости венозных образований глазницы определяется степенью редукции первичного венозного сплетения, окружающего глазное яблоко на начальных этапах эмбрионального развития.

УДК 611.839.2.013

### **РОЗВИТОК І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ СИМПАТИЧНОГО СТОБУРА В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

*В.В.Кривецький*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

За допомогою морфологічних методів досліджено морфогенез і динаміку просторово-часових взаємо-

відношень гангліїв грудного відділу симпатичного стовбура (СС) людини в зародковому періоді. Вивчено 35 серій гістологічних зрізів зародків людини довжиною 6,5-14,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД), забарвлених гематоксилін-еозином, методом ван Гізона, Ніссля. Розвиток вегетативної нервової системи характеризується низкою спільних рис. Це – єдине походження вегетативних нейронів, міграційні процеси як основа формування вегетативних вузлів. Джерелом нейронів периферичного відділу вегетативної нервової системи є гангліозна пластинка, яка виникає з нервових валиків – перехідної ділянки між нервовою пластинкою і шкірною ектодермою. Клітини гангліозної пластинки зміщуються у вентральному напрямку і з боків від дорсальної аорти утворюють СС. Подальша міграція клітин із зачатка СС та гангліозної пластинки призводить до формування попереду аорти передхребтових сплетень. СС розміщуються вентральніше нервової трубки і спинної струни. Латеральніше СС знаходяться соміти. Навколо первинних гангліїв формується сполучнотканинна капсула, яка має зв'язок зі сполучнотканинними волокнами передхребтової фасції. У цьому віці з'являється зв'язок СС з блукаючим нервом у вигляді пучка волокон, який з'єднує зачаток верхнього шийного вузла з блукаючим стовбуром.

УДК 611.135-053.1

### ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СУДИН ГРУДНОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДІВ 5-6 МІСЯЦІВ

*В.Ф.Кузь*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

При макроскопічному дослідженні двох плодів людини 200,0 мм тим'яно-куприкової довжини виявлено, що від грудної частини аорти попарно відходять міжреброві артерії, які прямують до міжребрових проміжків (від третього до п'ятого). На рівні голівок ребер відходить г.dorsalis. Від міжребрової артерії відходить латеральна гілочка, яка пронизує зовнішній міжребровий м'яз. Міжреброва артерія, меншого діаметра, знаходиться поверхневіше від вени. У судин слабо розвинуті м'язова та адвентиційна оболонки. Стінка артерій товстіша, ніж стінка вен.

УДК 611.353.013

### РОЗВИТОК М'ЯЗІВ ПРОМЕЖИНИ В ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*А.О.Лойтра*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Дослідження проведено на 25 передплодах 15,0-80,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД) методами мікроскопії гістологічних зрізів та тонкого

препарування. Встановлено, що на початку передплодового періоду розвитку (VII тиж) уроректальна складка росте в напрямку клоакальної мембрани, досягаючи її у передплодів 16,0-17,0 мм ТКД, і перетворюється в уроректальну перегородку. Остання поділяє клоаку та мембрану на 2 частини: передню – сечостатеви́й синус та сечостатеви́ю мембрану; задню – первинну пряму кишку та відхідникову мембрану. Зачаток клоакального стискача у зв'язку з вищезазначеними перетвореннями також поділяється на два відділи – сечостатеви́й та відхідниковий. Протягом III міс (передплоди 33,0-80,0 мм ТКД) спостерігається диференціювання вказаних стискачів. Так, у ділянці сечостатевого стискача у передплодів XI-XII тиж виявляються окремі пучки зачатків м'язів, які досягають статевого горбика, що розцінено як появу цибулино-губчастого м'яза. У ділянці відхідникового стискача в передплодів 50,0-53,0 мм ТКД виявлено відокремлення м'язових пучків у вигляді тонкої пластинки, яка одним кінцем досягає бічної стінки таза, а другим – циркулярно розташованого м'яза-стискача відхідника, тобто м'яза-підіймача відхідника.

УДК 611.819

### МОРФОГЕНЕЗ ДІАФРАГМИ У РАНЬОМУ ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*М.Д.Люттик, С.М.Луканьова, Б.І.Шумко*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Виявлено, що на початку VII тиж внутрішньоутробного розвитку (передплоди 14,0-15,0 мм ТКД) сполучення між плевральною та очеревинною порожнинами ще зберігається. Зачаток діафрагми представлений поперечною перегородкою (ПП), яка щільно зрощена з краніальною поверхнею печінки і повторює її форму. Товщина ПП у різних відділах неоднакова. Так, у центральній частині її товщина сягає 120-140 мкм, а в бічних відділах зменшується до 20-30 мкм. У передплодів 16,0-18,0 мм ТКД зачаток діафрагми зверху межує з порожниною осердя, а знизу прилягає до верхньої поверхні печінки. У присерединних відділах між краніальною поверхнею печінки та каудальною поверхнею зачатка діафрагми утворюються щілини шириною до 60-80 мкм. Зрощена з печінкою центральна частина ПП охоплює зачаток стравоходу і зростається з дорсальною брижею, утворюючи стравохідний розтвір діафрагми. У передплодів 19,0-20,0 мм ТКД (кінець VII тиж) діафрагма з краніальною поверхнею печінки зрощена за допомогою серпоподібної та трикутних зв'язок. Отвір нижньої порожнистої вени розташований у задньомедіальному

відділі ПП. Аортальний розтвір діафрагми розташовується у ділянці дорсальної брижі, позаду і медіально від стравохідного розтвору та отвору нижньої порожнистої вени. Плевро-очеревинні канали на початку VIII тиж внутрішньоутробного розвитку повністю закриваються. Внаслідок закриття плевро-очеревинних каналів завершується перетворення ПП у діафрагму, в якій на даній стадії розвитку можна виділити груднинну, реброву і поперекову частини. Отже, критичним періодом можливого виникнення природжених діафрагмальних гриж внаслідок порушень процесів закриття плевро-очеревинних каналів є початок VIII тиж внутрішньоутробного розвитку.

УДК 611.65:618.232

### **СИНТОPIЯ ЯЄЧНИКІВ У ПЛОДА ЛЮДИНИ З МІСЯЦІВ**

*В.Ф.Марчук*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

При дослідженні плода людини 3-х місяців виявлені особливості топографії внутрішніх жіночих статевих органів. Права маткова труба, довжиною 8,2 мм, має вертикальний напрямок. До її медіальної поверхні прилягає яєчник довжиною 5,5 мм. У яєчнику відповідно до його положення розрізняються верхній трубний і нижній матковий кінці, бічна та присередина поверхні, передній вільний і задній брижовий краї. Товщина яєчника в середній ділянці становить 2,0 мм. Своєю присерединною поверхнею правий яєчник прилягає до бічної поверхні прямої кишки. Бічна поверхня правої маткової труби прилягає до медіального краю великого поперекового м'язу. Лійка правої маткової труби, як і верхній кінець правого яєчника, прилягає до випуклої частини сигмоподібної ободової кишки. Ліва маткова труба, довжиною 8,0 мм, розташована горизонтально, за винятком лійки, яка утворює прямий кут з ампулою труби. Лівий яєчник, довжиною 5,3 мм, розміщений над матковою трубою. Матковий кінець яєчника загострений, розміщується позаду тіла матки, торкаючись її задньої поверхні. Трубний кінець згладжений, безпосередньо межує з лійкою труби. У лівому яєчнику розрізняються передня і задня поверхні, верхній вільний та нижній брижовий краї. Товщина яєчника в середній його ділянці становить 2,1 мм. Власні зв'язки обох яєчників товщиною 0,6 мм. Довжина підвішувальної зв'язки правого яєчника становить 3,5 мм, лівого яєчника – 6,5 мм, що зумовлено відмінністю в їх положенні.

УДК 616.314-007.11-073.71

### **РЕНТГЕНОЛОГІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ВАРІАНТІВ ПРОРІЗУВАННЯ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ**

#### **3.3.Масна**

*Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького*

Класифікацію варіантів прорізування постійних зубів, що мають молочних попередників, проведено в результаті аналізу 138 інтраоральних рентгенограм та 48 ортопантомограм дітей періоду змінного прикусу. Аналіз рентгенівських знімків зубощелепної ділянки дітей 5-12 років засвідчив, що процеси резорбції коренів молочних зубів та кісткової пластинки, яка розділяє зачаток постійного зуба з його молочним попередником, можуть відбуватися паралельно або почергово з певним часовим проміжком. Можливі три фізіологічні варіанти прорізування постійного зуба: а) з паралельним перебігом резорбції кісткової пластинки зубної комірки та коренів молочного зуба; б) з затримкою резорбції коренів молочного зуба; в) з затримкою резорбції кісткової пластинки. Всі три варіанти можуть спостерігатися в однієї дитини при прорізуванні різних зубів. При фізіологічній зміні зубів часовий проміжок між завершенням резорбції коренів молочних зубів та кісткової пластинки короткий, затримку одного з процесів можна діагностувати лише рентгенологічно. Проте тривала затримка резорбції кісткової пластинки зубної комірки чи коренів молочних зубів може стати причиною розвитку аномалій прорізування зубів, тому рентгенологічне виявлення затримки одного з названих процесів є підставою для продовження спостереження над перебігом прорізування даного постійного зуба.

УДК 611.43.018.72:611.013

### **КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ МІЖТКАНИННИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ У РАНЬОМУ ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ГІСТОГЕНЕЗІ БРАНХІОГЕННОЇ ГРУПИ ЗАЛОЗ ЛЮДИНИ**

*І.Ю.Олійник*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Зміна розмірів ядер клітин служить загальним критерієм ступеня і перебігу дивергентного диференціювання клітинного компоненту ембріональних зачатків тканин, які знаходяться у взаємозв'язку і мають вплив один на другого. Загальногістологічними і кількісними морфологічними методами вивчали каріометричні характеристики клітин епітелію та мезенхіми в процесі нормального генетично детермінованого ембріонального гістогенезу бранхіогенної групи залоз у зародків людини з подальшим кореляційним аналізом. Дослідження проведено на

68 зародках людини віком 3-12 тиж, що відповідає 9-23 стадіям, розроблених в Інституті Карнегі. Вивчена можливість появи значущих відмінностей у розмірах ядер між двома видами тканин – епітелію і мезенхіми – як в цілому, так і між окремими зачатками епітелію і мезенхіми, які з'являються з розвитком зародків. Встановлено, що в ранньому ембріональному гістогенезі бронхіогенної групи залоз людини темп диференціювання епітеліальних зачатків, оцінений на підставі каріометричних даних, переважає темп диференціювання прилеглої мезенхіми. Виявлено тісний “локальний зв'язок” епітеліальної тканини з прилеглою ембріональною сполучною тканиною анатомічно близьких ділянок.

УДК 611.8-053.1

### **ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

*Н.Б.Решетілова, Н.М.Гузік*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Більшість вад головного мозку формується протягом 3-8 тиж ембріонального життя, тому що в цей час відбувається посилене диференціювання його тканин та структур. Незважаючи на те, що процес активного розвитку ЦНС триває до досягнення дитиною однорічного віку, дія шкідливих факторів на ЦНС, як правило, не викликає тяжких вад. За спостереженнями Holmes та Shepard, приблизно 2-4% дітей народжуються з вадами розвитку, з них 26-28% – з вадами нервової системи. В Україні природженим вадам належить II місце серед причин смертності новонароджених. Дефектам нервової трубки плода належить 2-3 місце в структурі причин перинатальної та ранньої дитячої смертності. У дітей з вадами головного мозку гідроцефалія трапляється в 45-50% випадків, хвороба Дауна – 16-18%, мікроцефалія – 7-8%, аненцефалія – 9-10%, циклопенія – 1-1,1%, грижа мозку – 2-2,2%, вади судин головного мозку – 16-18%, інші вади – 4-4,4%. Народжуються доношеними 39-43,4% дітей, недоношеними – 45-50%, переношеними – 6-6,6%. Перинатальна смертність становить 64,4%, мертвонародженість – 41,1%. При обтяженому акушерському анамнезі вади виникають втричі частіше.

УДК 611.367.013

### **ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ У ПЕРЕДПЛОДІВ ЛЮДИНИ**

*С.І.Рябий*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Досліджено 36 серій гістологічних зрізів передплідів людини від 14,0 до 79,0 мм тім'яно-куприкової

довжини (ТКД) методами мікроскопії, морфометрії та графічного реконструювання. Ознаки формування інтраорганного кровоносного русла спільної жовчної протоки (СЖП) виявлені у передплідів 18,0-19,0 мм ТКД у вигляді окремих просвітів кровоносних судин капілярного типу, розташованих у прилеглому мезенхімному шарі переважно зліва і каудально від СЖП. Починаючи з передплідів 21,0-23,0 мм ТКД, сформовані 3 відділи СЖП: ретродуоденальний, панкреатичний та інтрамуральний. Ретродуоденальний відділ СЖП отримує 1-2 задванадцятипалокишкові гілочки від шлунково-дванадцятипалокишкової артерії (ШДКА) зліва у поздовжньому напрямку. До панкреатичного відділу СЖП прямують гілочки від верхньої підшлунково-дванадцятипалокишкової артерії (ПШДКА) справа в косо-поперечному напрямку. Інтрамуральний відділ СЖП та печінково-підшлункова ампула краніально і зліва постачаються судинами, що походять, головним чином, з нижньої ПШДКА. У передплідів 45,0-52,0 мм ТКД виявлені зачатки підепітеліального та міжм'язового судинних сплетень великого сосочка дванадцятипалокишки навколо печінково-підшлункової ампули та між м'язовими пучками сфінктера Одді. Отже, впродовж передплодового періоду розвитку формується інтра- та позаорганне кровоносне русло СЖП. Джерелом васкуляризації СЖП в її ретродуоденальному та панкреатичному відділах є гілки ШДКА, а в інтрамуральному відділі – нижньої ПШДКА.

УДК 611.165:611.916/.917:611.22.018.73:57.017.642

### **СУДИННО-НЕРВОВІ ВЗАСМОВІДНОШЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НАДГОРТАННИКА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ**

*В.В.Сачок*

*Національний медичний університет  
ім. О.О.Богомольця, м. Київ*

Дослідження проведено на плодах віком 20-26 тиж з використанням гістологічних методів: імпрегнація сріблом за методом В.В.Купріянова в модифікації Расказової, забарвлення гематоксилін-еозином та пікрофуксином. У слизовій оболонці надгортанника плодів 20 тиж виявляються сформовані артеріоли, капіляри, венули та нервові волокна, які утворюють сплетення між епітелієм та судинами. У сполучній тканині слизової оболонки надгортанника нервові волокна формують малі пучки, які йдуть самостійно або розгалужуються на менші пучки, утворюючи сплетення навколо залоз та судин. У деяких ділянках терміналі нервових волокон вільно знаходяться в товщі слизової оболонки або на стінках судин. У плодів 26 тиж у слизовій оболонці надгортанника збільшується кількість судин та нервових



елементів, які супроводжують кровоносні судини. Найбільша кількість їх виявлена у верхній частині слизової оболонки надгортанника.

УДК 611.846.1-053.1

### **ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ВЕРХНЬОГО КОСОГО М'ЯЗА ОКА У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

*Т.Б. Сикирицька*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

За допомогою макромікроскопії, графічного і пластичного реконструювання, ін'єкції та морфометрії 40 біологічних об'єктів людини вивчено становлення верхнього косоного м'яза ока (ВКМО) у плодовому періоді онтогенезу людини. У плодів IV міс ВКМО починається від сухожилкового кільця, медіально від м'яза, що піднімає верхню повіку, прямує краніально і дещо вентрально. Біля верхньої стінки очної ямки м'яз перекидається через блокову ость, повертає донизу і латерально, прикріплюючись невеликим сухожилком на верхній поверхні оболонки очного яблука на відстані 5,6 мм від лімба. Товщина м'яза дорівнює  $0,59 \pm 0,03$  мм, ширина –  $1,49 \pm 0,04$  мм, довжина –  $5,5 \pm 0,3$  мм. У плодів 136,0-230,0 мм ВКМО починається від сухожилкового кільця медіально від стовбура зорового нерва, прямує вентромедіально. На відстані 4,2 мм від лімба м'яз закінчується коротким сухожилком на зовнішній оболонці очного яблука. Товщина м'яза досягає  $1,2 \pm 0,05$  мм, ширина –  $2,6 \pm 0,08$  мм, довжина –  $10,8 \pm 0,4$  мм. У плодів VII-VIII міс розвитку в місці фіксації ВКМО до блокової ості верхньої стінки очної ямки виявляються невеликі сухожилкові волокна. Окрім цього, поступово зміщується місце фіксації м'яза дорсально на 2,0-3,0 мм від екватора очного яблука. На IX-X міс розвитку в ділянці блокової ості збільшується кількість сухожилкових волокон м'яза. Його товщина дорівнює  $1,56 \pm 0,02$  мм, ширина –  $4,0 \pm 0,06$  мм, довжина –  $31,0 \pm 0,55$  мм.

УДК 611.81.013

### **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМПОНЕНТІВ ЦИРКУМВЕНТРИКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ЛЮДИНИ**

*Т.В. Смірнова*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Спинно-мозкова рідина (СМР) продукується у шлуночках мозку судинним сплетенням. Цей апарат має властивість пропускати в рідину одні речовини і затримувати інші (гематоенцефалічний бар'єр), що має велике значення для захисту мозку від шкідливих впливів. Простір, у якому міститься СМР, замк-

нений і являє собою циркумвентрикулярну систему (ЦВС). Ця система включає в себе: бічні шлуночки (I і II, які являють собою порожнину кінцевого мозку), III шлуночок (порожнина проміжного мозку), водопровід мозку (міститься у середньому мозку), IV шлуночок (являє собою порожнину довгастого мозку), центральний канал спинного мозку, V (термінальний) шлуночок (розміщується в ділянці *conus medullaris* спинного мозку), субарахноїдальний простір головного (містить систему цистерн) і спинного мозку, субарахноїдальний простір очної ямки, зв'язаний з передньою і задньою камерами ока, лімфатичні судини порожнини носа, в які здійснюється відтік СМР. Продуктом фільтрації СМР служить перилімфа внутрішнього вуха, яка є одним із факторів діяльності вестибулярного апарату. Якщо розглядати поняття ЦВС ширше, то до її компонентів також потрібно віднести центральний відділ: субкомісуральний орган, субфурнікальний орган, фронтальний орган, шишкоподібне тіло, бічний орган – стінки III шлуночка, *area postrema* і серединне підвищення. У процесі розвитку компонентів даної системи можна спостерігати важливі перетворення. Так, на IV тиж внутрішньоутробного розвитку (у зародків 4,0-5,0 мм тим'яно-куприкової довжини) центральний канал нервової трубки зазнає оклюзії одразу ж після нейруляції, що перешкоджає вільному сполученню між системою шлуночків мозку і амніотичною порожниною, тобто в розвитку даних структур має місце явище фізіологічної атрезії (М.Г. Туркевич). Якщо ж протягом одного з критичних періодів будуть порушені механізми розвитку, то це може призвести до виникнення менінгоцеле, коли продукція СМР утруднена або неможлива. Також варто зазначити тісний взаємозв'язок між циркулюючими в організмі рідинами, які можуть переходити одна в другу зі зміною властивостей: артеріальна кров – спинно-мозкова рідина – венозна кров – лімфа.

УДК 611.13-611.23-611.24

### **ОСОБЛИВОСТІ АНГІОГЕНЕЗУ ЛЕГЕНІ, ТРАХЕЇ ТА ПРИСТІНКОВОЇ ПЛЕВРИ**

*С.В. Стеценко, А.М. Синицька, О.В. Соколова*

*Національний медичний університет  
ім. О.О. Богомольця, м. Київ*

При дослідженні 306 об'єктів легень, трахеї та пристінкової плеври (ПП) людини ембріонального і плодового періодів розвитку на мікро- та ультрамікроскопічному рівнях використовували анатомічні, гістологічні та морфометричні методики. Виявлені загальні закономірності організації судинного русла віддзеркалюють основні історичні етапи його становлення. У легені, трахеї та в ПП наприкінці 4 та на початку 5 тиж існують досудинні шляхи циркуляції

рідини – широкі міжклітинні простори, які сполучаються між собою. Зі збільшенням клітинної маси зачатків легені, трахеї, підмезотеліального простору ПП міжклітинні простори звужуються, обростають ендотеліоцитами, перетворюючись у первинне судинне русло. На 5-6 тиж у легені, трахеї та в підмезотеліальній сполучній тканині ПП з'являються гілки позаорганичних судин, які з'єднуються з первинним судинним руслом. Судинне русло досліджуваних органів стає частиною загального судинного русла, яке сполучається з серцем. З 8 тиж під дією кровотоку з'являються ланки приносного і виносного відділів мікросудинного русла. З 9-10 тиж стінка проксимальних гілок легеневої артерії складається з трьох оболонок, які мають незрілі міоцити і волокнисті структури. Дистально вони переходять в ендотеліальні судини, які зменшуються у діаметрі, утворюють капіляри. Останні оточують пневмометри у формі великопетлистої сітки, з якої виходять виносні ендотеліальні судини. Поступово ендотеліальні судини перетворюються у м'язові, еласто-м'язові та еластичні артерії і вени з 1-2 шарами циркулярно та поздовжньо розташованих міоцитів. Органоспецифічне мікроциркуляторне русло легені починає утворюватися з 19 тиж з початком альвеологенезу. В цей термін у великих петлях з широких капілярів з'являються дрібнокоміркові петлі з вузьких капілярів. Наші дослідження підтверджують дані професора В.А.Малішевської про наявність ендотеліальних судин у легені під час внутрішньоутробного розвитку. Вони є резервом для диференціювання артеріальних і венозних легневих судин. Така особливість судинного русла виявлена тільки в малому колі кровообігу.

УДК 611.32/33

### **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ**

**Ю.В.Товкач**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Незважаючи на значні досягнення, хірургія стравохідно-шлункового переходу відноситься до категорії чи не найскладніших розділів хірургії шлунково-кишкового тракту. Адже смертність після операцій в цій ділянці досягає 10-20% (Э.А. Степанов и др., 1998). Природжена або набута дисфункція стравохідно-шлункового сфінктера у новонароджених може спровокувати езофагіти, стриктури, блювання, зменшення маси тіла, обструктивне апное, брадикардію, ларингоспазм, збільшення ризику раптової смерті. Гастроєзофагеальний рефлюкс виявляється у 21-74% новонароджених та дітей старшого віку (А.С.Свінцицький та ін., 1999). Відсутність даних про топографо-анатомічні особ-

ливості стравохідно-шлункового переходу в пренатальному періоді онтогенезу людини зумовлюють потребу в подальшій науковій розробці цього питання.

УДК 611.818.5.013

### **РОЗВИТОК СУДИННОГО СПЛЕТЕННЯ ІV ШЛУНОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ**

**Г.М.Халатурник**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У передплідів 19,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) відбуваються зміни дорсальної стінки ІV шлуночка. Місце розвитку судинного сплетення (СС) має вигляд смужки, спрямованої в порожнину ІV шлуночка. СС являє собою ряд близько розташованих горбиків висотою 30-40 мкм з діаметром основи 50-100 мкм. У передплідів 30,0 мм ТКД СС має розмір 6,0-8,0 мм, медіальна частина якого вкриває гребінь судинної складки. У передплідів 40,0 мм ТКД бічна частина СС знаходиться на латеральних стінках заутка ІV шлуночка. На даній стадії розвитку виявляються дві групи ворсинок, перша з яких знаходиться в медіальних відділах СС, а друга – біля входу в заутки і в самих заутках. Ділянка СС у передплідів 80,0-85,0 мм ТКД охоплює 8,0-12,0 мм. Ворсинки мають кінцеві потовщення, розгалужену форму з основою 200 мкм. Бічні заутки, як і присередні, мають добре виражені війки. Отже, у передплідів 19,0-20,0 мм ТКД з'являються виражені зміни дорсальної стінки ІV шлуночка головного мозку людини, які призводять до утворення судинного сплетення.

УДК 611.735.1(2-053)

### **МАКРО- ТА МІКРОСКОПІЧНА БУДОВА М'ЯЗІВ ГРУДНОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДІВ 5-6 МІСЯЦІВ**

**Г.М.Чернікова**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

При макроскопічному дослідженні двох плодів 200,0 мм тім'яно-куприкової довжини міжреброві проміжки були заповнені м'язовими пучками, які ближче до груднини мали вертикальний напрямок. Між окремими м'язовими пучками знаходяться сполучнотканинні перегородки. До медіальної половини ключиці, передньої поверхні груднини та хрящів ІІ-ІV ребер прикріплюється великий грудний м'яз, вкритий ніжною фасцією. На всій поверхні фасції виявляються у вигляді острівців скупчення жирової тканини. Ключична частина цього м'яза має низхідний напрямок. Між окремими м'язовими пучками знаходяться сполучнотканинні перегородки.

УДК 611.21-053.31+611.21.013

### **ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИВЧЕННЯ БІЧНИХ СТІНОК НОСА ЛЮДИНИ В РАНЬОМУ ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ**

**К.І.Яковець**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Морфологічне дослідження 120 препаратів носової ділянки людини доповнює і по-новому розкриває існуючі уявлення про становлення і зміну топографо-анатомічних взаємовідношень бічних стінок носа впродовж раннього періоду онтогенезу. Одержані дані можуть бути використані в навчальному процесі на кафедрах морфологічного профілю, ЛОР-

хвороб, а також при написанні монографій, навчальних посібників і підручників. Результати наукового дослідження можуть стати основою для подальшого вивчення розвитку і топографії структур бічних стінок носа в екологічно несприятливих регіонах. Виявлені окремі критичні періоди органогенезу структур бічних стінок носа необхідно врахувати під час профілактично-роз'яснювальної роботи з жінками 1-3-го місяців вагітності. На основі результатів комплексного дослідження морфології приносних пазух (верхньощелепних, комірок решітчастого лабіринту та клиноподібної) рекомендуємо їх обстеження при невизначеності патологічного процесу в ділянці носа в новонароджених задля вибору оптимального методу лікування.

## **СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ**

УДК 616.381-085.2.469-075-019

### **ДЕТОКСИКАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ СОРБОГЕЛЮ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПЕРИТОНІТУ**

**І.І.Білик**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

З метою кращої детоксикації у комплексному лікуванні перитоніту використовують сорбційні методи. Для вивчення детоксикаційних властивостей сорбогелю проведено 12 серій стендових досліджень на перитонеальному ексудаті (ПЕ) від 12 безпородних собак, яким моделювали перитоніт за методикою С.С.Ременніка. Контейнери з сорбентом занурювали у пробірки з ПЕ та інкубували впродовж 72 год. Контролем була пробірка з ПЕ без сорбента. Через 12, 24, 48 та 72 год досліджували токсичність ПЕ за допомогою парамеційного тесту та визначення питомої електропровідності. Дослідження показали, що сорбогель володіє вираженими детоксикаційними властивостями. За даними парамеційного тесту, токсичність ПЕ становила  $5,34 \pm 0,60$  хв. Через 12 год токсичність вірогідно збільшилась в ПЕ без сорбенту до  $4,90 \pm 0,83$  хв та знизилася на 72,2% ( $9,27 \pm 0,78$  хв) у ПЕ з сорбогелем. Через 24 год тривалість життя парамецій зменшилася у контрольній пробірці до  $4,41 \pm 0,80$  хв

та збільшилась у дослідній до  $9,71 \pm 0,95$  хв. Через 48 та 72 год інкубації токсичність у контрольній пробірці становила відповідно  $4,2 \pm 1,07$  хв і  $4,15 \pm 1,29$  хв, у дослідній –  $10,25 \pm 0,8$  хв,  $11,61 \pm 1,28$  хв. За даними питомої електропровідності, вихідний рівень становив  $0,70 \pm 0,08 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ . Динаміка зміни токсичності суттєво не відрізнялася від динаміки змін парамеційного тесту. Через 12, 24, 48, 72 год токсичність ПЕ без сорбенту становила  $0,64 \pm 0,08 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ ,  $0,62 \pm 0,1 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ ,  $0,59 \pm 0,05 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ ,  $0,56 \pm 0,06 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$  відповідно і знижувалася у пробірці з сорбогелем ( $1,02 \pm 0,04 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ ,  $1,2 \pm 0,04 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ ,  $1,22 \pm 0,09 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ ,  $1,25 \pm 0,08 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ ).

УДК 616.361-002-89.168.1-08

### **ЛІКУВАННЯ ХОЛАНГІТУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

**І.С.Білик, А.О.Кудла**

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Упродовж 25 років у клініці прооперовано 2684 хворих на гострий та хронічний холецистит. Холангіт верифікований у 387 хворих. В комплексній терапії хворих на гострий холангіт (318) операцію закінчували дренажуванням спільної жовчної протоки методом Холстеда-Піковського, з них у 144 хворих розбужо-

#### **Приклад бібліографічного опису тез:**

*Білик І.І. Детоксикаційні властивості сорбогелю за умов експериментального перитоніту / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. “Акт. нит. клін. анат. та опер. хірургії” // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С 75.*