



параметру кристалізації S₄ поляризаційно відфільтрованих мікроскопічних зображень відповідних біологічних препаратів очної ямки.

Товкач Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ ФЕТАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

В теперішній час, досить поширені захворювання, пов'язані з розладом замикальної функції стравохідно-шлункового переходу. Аномалії травної системи стають 17,8% і є однією з причин перинатальної смертності. Дедалі частіше трапляються випадки природженої патології стравохідно-шлункового сегмента, що потребує особливої уваги науковців до даної проблеми.

Метою дослідження стало вивчити будову і становлення топографії стравохідно-шлункового переходу у перинатальному періоді онтогенезу.

Досліджено виконано на 20 плодах (ізолювані органокомплекси черевної порожнини та трупи плодів людини) та 20 трупах новонароджених за допомогою класичних методів анатомічного дослідження.

Скелетотопічна проекція кардіального отвору шлунка змінюється в межах від рівня тіла ІХ грудного хребця – на 4-му місяці до рівня нижнього краю тіла ХІ грудного хребця – у новонароджених. Довжина черевної частини стравоходу в плодів вирізняється мінливістю. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини черевної частини стравоходу. У більшості плодів даного періоду ми спостерігали таку особливість: чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший її діаметр. Починаючи з 7-го місяця, довжина черевної частини стравоходу зменшується. При зіставленні одержаних нами даних виявилось, що довжина черевної частини стравоходу в новонароджених (1,17±0,19 мм) менша, ніж у плодів (1,17±0,21 мм). Вважаємо, що цей анатомічний факт зумовлений збільшенням кута Гіса в новонароджених порівняно з плодовим періодом. Величина кута Гіса впродовж плодового періоду збільшується в 1,4 рази і в новонароджених становить 80,47±2,83°. Основними джерелами кровопостачання стравохідно-шлункового сегмента є 2-5 гілок лівої шлункової артерії, додатковими – гілки нижньої діафрагмальної та верхньої надниркової артерій.

Зміна довжини черевної частини стравоходу очевидно пов'язана з формуванням стравохідно-шлункового сфінктера, утворенням добре вираженого циркулярного і повздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфінктер не сформований, остаточне формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

Хмара Т.В., Васильчишина А.В.

ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ ВЕРХНЬОЇ І НИЖНЬОЇ СІДНИЧНИХ АРТЕРІЙ У ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Незважаючи на зростаючий інтерес до хірургічної тактики лікування пошкоджень і захворювань сідничної ділянки, досліджень, присвячених хірургічній анатомії судин цієї ділянки недостатньо як у вітчизняній, так і в зарубіжній літературі (А.Б. Зарицкий, Г.В. Лобанов, Ю.А. Орлова і др., 2013), а діапазон наслідків хірургічної активності аж до летальних випадків досить великий. А.Г. Кот, А.В. Кузьменко, А.Б. Зарицкий вказують на те, що при застосуванні хірургами способів з метою зупинки кровотечі з пошкоджених сідничних артерій, повинні бути враховані особливості колатерального артеріального кровопостачання тазу. Причинами виникнення вторинних кровотеч у сідничній ділянці при оперативних втручаннях на ній є внутрішньотазові анастомози верхньої і нижньої сідничних артерій (А.В. Кузьменко, 2008).

Метою дослідження було вивчення типової і варіантної анатомії верхньої і нижньої сідничних артерій у плодів 6-10 місяців і новонароджених перших 7 діб.

Дослідження проведено на 82 препаратах плодів людини 186,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) за допомогою методів анатомічного препарування під контролем бінокулярної лупи, ін'єкції судин і морфометрії. Послідовність препарування складових утворень сідничної ділянки у плодів і новонароджених здійснювали за методикою, яка запропонована нами (Т.В. Хмара, А.В. Васильчишина, А.О. Лойтра та ін., 2013).

В результаті проведеного дослідження встановлено, що верхня сіднична артерія після виходу з порожнини тазу через надгрушоподібний отвір (у 86,95% випадків – права і у 89,13% спостережень – ліва) ділиться на поверхневу і глибоку гілки. У двох випадках (плоди 190,0 і 245,0 мм ТКД) поділ лівої верхньої сідничної артерії на кінцеві гілки відбувався у порожнині тазу. Глибока гілка верхньої сідничної артерії у 20,65% спостережень справа і у 31,52% випадків зліва анастомозує з відповідною внутрішньою соромітною артерією. Глибока гілка верхньої сідничної артерії, в свою чергу, розгалужується на верхню і нижню гілки. Поверхнева гілка верхньої сідничної артерії анастомозує у 80,43% спостережень справа і у 88,04% випадків зліва з нижньою сідничною артерією. У 4,35% випадків справа і 8,69% зліва поверхнева гілка починається від верхньої глибокої гілки верхньої сідничної артерії. Також нами виявлені анастомози поверхневої гілки лівої верхньої сідничної артерії у 5,43% справа і 8,69% зліва з внутрішньою соромітною артерією. Верхня глибока гілка верхньої сідничної артерії виявлена у 15,21% випадків справа і 19,56% зліва. Нами виявлені її анастомози