



зверху – носову, знизу – ротову порожнини. Верхня поверхня піднебінного відростка гладка, трохи випукла до носової порожнини і бере участь в утворенні її нижньої стінки. Нижня поверхня, навпаки увігнута, бере участь у формуванні твердого піднебіння.

Тверде піднебіння також є складовою частиною жуваального апарату. Куполоподібна форма твердого піднебіння, так само як і дугоподібне викривлення нижньої щелепи, є важливим елементом взаємної функціональної пристосованості і рівної стійкості даних кісткових структур в акті жування.

Форма твердого піднебіння може бути еліпсоїдною, параболічною та U-подібна. Рельєф твердого піднебіння у дітей різних вікових груп, без наявності борозен та випинів (підвищення). З віком (особливо 12-16 років), на нижній поверхні піднебіння виявляються окремі випини (підвищення), борозни, мілкі заглиблення.

Проведене нами літературне дослідження свідчить, що тверде піднебіння у перинатальному періоді відзначається різноманітністю топографічного положення. Маловивчені та несистематизовані дані про органометричні параметри твердого піднебіння, про варіабельність етапів та динаміки його розвитку, що є підставою для дослідження вроджених вад обличчя і зумовлює потребу в їх подальшому анатомічному дослідженні.

Проняєв Д.В.

ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЇ ЯЄЧНИКІВ ПІЗНІХ ПЛОДІВ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Нині в науковій літературі часто трапляються фрагментарні та несистематизовані дані щодо анатомії жіночої репродуктивної системи. Цей факт виглядає дещо парадоксально з огляду на стрімкий прогрес сучасної медицини зокрема на розвиток фетальної хірургії.

Інформативними методами анатомічних досліджень є макропрепарування, препарування під контролем мікроскопу морфометрія та виготовлення анатомічних зрізів за М.І. Пироговим. Результати досліджень підлягали статистичній обробці. Перед зануренням у розчин формаліну виконували введення 5% розчину формаліну через пупкову вену. Фіксація об'єктів дослідження проводилась спочатку в 5% розчині формаліну впродовж 7 днів, а потім протягом 30 днів – у 10% розчині формаліну. Перед початком макроскопічного дослідження складових органів і структур середостіння та шиї проводили антропометричне вимірювання і маркування препаратів плодів. При дослідженні деяких плодів виконували ін'єкцію артеріальних судин контрастною сумішшю для кращої їх візуалізації. Вважаємо такий комплекс класичних методів анатомічного дослідження адекватним для використання при досягненні мети даного дослідження.

Типовими, виявленими нами особливостями будови та топографії яєчників пізніх плодів були анатомічні факти зміни їх форми з видовженої трикутної до овальної. У випадках трикутної форми умовно позначимо їх три сторони: сторона що прилягає до маткової труби – основа, сторона спрямована до задньої черевної стінки – дорсальна, сторона спрямована до передньої черевної стінки – дорсальна. Топографічно, яєчники наприкінці плодового періоду займають майже горизонтальне положення. Розглянемо ці особливості на конкретних типових прикладах.

Плід 380 мм ТПД – правий яєчник має видовжену трикутну форму, займає горизонтальне положення супроводжує праву маткову трубу по всій її дорсальній поверхні. Матковий кінець яєчника занурений у прямокишково-маткову заглибину, дорсально стикається з правим сечоводом. Трубний кінець та більша частина яєчника стикаються з петлями тонкої кишки, основа яєчника тісно прилягає до правої маткової труби. Лівий яєчник також видовженої трикутної форми, на 40° займає висхідне положення. Матковий кінець дорсальною стороною прилягає до прямої кишки. Основа яєчника стикається з лівою матковою трубою. Трубний кінець досягає лівої приободовокишкової борозни. Дорсальну поверхню перетинає лівий сечовід. Вентральна поверхня обох яєчників прилягає до петель тонкої кишки.

Плід 360 мм ТПД – правий яєчник вигнутої гачкоподібної форми. Матковий кінець занурений у матково-прямокишкову заглибину, трубний кінець зігнутий, стикається з торочками правої маткової труби. Основа та дорсальна сторона прилягають до клубових судин та правого сечоводу, вкритих пристінковим листком очеревини задньої черевної стінки. Яєчник має сегментарну будову, виділяємо маткову долю та трубну, що відділені неглибокою борозною. Слід зауважити, що сегментарна будова яєчників, яка притаманна плодам, значно рідше трапляється у дорослих, це на нашу думку пов'язано зі збільшенням об'єму паренхіми з наступним з гладженням борозен, що поділяють яєчники на долі. Отже, поділ яєчників на долі на нашу думку є дещо умовною віковою особливістю їх будови. Лівий яєчник має зігнутий трубний кінець. 2/3 основи яєчника тісно прилягає до лівої маткової труби. Дорсальна поверхня прилягає до пристінкової очеревини задньої черевної стінки, що вкриває сечоводи та клубові судини. Вентральна поверхня стикається з сигморектальним сегментом та сигмоподібною кишкою.

Плід 465 мм ТПД – яєчники конусоподібної або видовженої овальної форми. Правий яєчник займає горизонтальне положення, з дорсальної сторони прилягає до органів заочеревинного простору вкритих пристінковим листком очеревини, з вентральної сторони вкритий правою матковою трубою. Матковий кінець занурений в прямокишково-маткову заглибину, трубний кінець стикається з червоподібним відростком. У даному випадку така особливість синтопії червоподібного відростка та правого яєчника, більшою мірою, зумовлена низьким положенням червоподібного відростка. Лівий яєчник займає горизонтальне положення.



Дорсальна поверхня прилягає до лівого сечоводу та клубових судин. Вентральна поверхня вкрита петлями тонкої кишки. Матковий кінець стикається з лівою латеральною стінкою прямої кишки. Трубний кінець лівого яєчника охоплений торочками лівої маткової труби. Відмітимо, що відстань між лівим яєчником та сигмоподібною кишкою становить 6 мм.

Процак Т.В.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ПЕРІОДІ РАНЬОГО ДИТИНСТВА

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

У теперішній час уже ні в кого не виникає сумнівів щодо нагальної потреби в розробці медичних аспектів сучасної ембріології, без чого неможливо вирішити такі важливі питання практичної охорони здоров'я, як проблеми безпліддя, лікування та профілактики природжених та спадкових захворювань, трансплантації органів і тканин тощо. Чисельні аномалії, що зустрічаються в клінічній практиці, здебільшого можна пояснити лише на основі з'ясування походження та взаємодії органів і структур, які з часом набувають властивої для них форми, вивчивши їх незвичайну топографію та глибоко усвідомивши відповідні ембріональні явища.

Вивчення особливостей розвитку і становлення стінок верхньощелепних пазух (ВЩП) проведено на 22 препаратах верхніх щелеп, черепах і розтинах голови трупів людей періоду раннього дитинства за допомогою гістологічного дослідження, препарування, КТ-дослідження, рентгенографії та морфометрії.

Дослідження біологічних препаратів щелепно-лицевої ділянки періоду раннього дитинства (1-3 роки) показало, що ВЩП на всіх препаратах визначається латеральніше основи нижньої носової раковини. Її вертикальний розмір становить 7,5-8,0 мм, поперечний – 5,7-6,0 мм, передньо-задній – 13,9-14,5 мм. Від нижнього і середнього носових ходів вона розташована на відстані 4,5-4,6 мм, від нижньої стінки очної ямки – 2,4-2,5 мм. Найширшою була нижня стінка пазухи. Присередня стінка відповідала середньому носовому ходу і представлена, як і на попередніх стадіях розвитку, дуплікатурою слизової оболонки. Стінки ВЩП вкриті слизовою оболонкою. Слизова оболонка вистелена багаторядним циліндричним миготливим епітелієм, який розташований на базальній мембрані. Товщина слизової оболонки досягала 1,0-1,65 мм. Наявні складні трубчасто-альвеолярні залози. Залози субепітеліального шару слизової оболонки ВЩП розташовані окремими рядами. Найбільша концентрація залоз виявлялась на присередній стінці пазухи, які межували із залозами слизової оболонки середнього носового ходу.

Рентгенографічно в передній проекції ВЩП у дітей раннього дитинства має овала форму. Розрізняються такі стінки пазух: верхня, нижня (має дугоподібну форму), передня та присередня. На рентгенограмах у передній проекції відмічається незначне розширення ВЩП латерально. Збоку від передньої стінки пазухи визначається овальний отвір, у верхній стінці підочномковий канал діаметром 1,5 мм. Спостерігаються також розвинені зачатки зубів, які займають майже все тіло верхньої щелепи. Проміжки просвітлення в ділянці зубних комірок дуже малі і важко визначаються.

Наприкінці періоду раннього дитинства пазуха ззаду торкається комірок шостого і сьомого зубів, спереду опускається нижче місця прикріплення носової раковини, дно досягає склепіння комірок ікол і торкається комірки другого премолара.

Таким чином, на основі проведеного дослідження можна зробити висновок, що у періоді раннього дитинства верхньощелепні пазухи уже мають сформовану порожнину, відбувається подальший їх розвиток, спостерігаються зміни переважно кількісного характеру (збільшуються розміри верхньощелепних пазух), і продовжується цей процес у наступні вікові періоди онтогенезу.

Мала кількість досліджень та відсутність комплексного підходу до вивчення морфогенезу верхньощелепних пазух зумовлює актуальність даної проблеми та потребу подальшого її вивчення. Одержані результати можуть стати основою для подальшого дослідження розвитку і становлення верхньощелепних пазух в наступних вікових періодах онтогенезу людини з метою з'ясування особливостей будови, синтопії стінок та варіантної анатомії верхньощелепних пазух.

Руснак В.Ф.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ГЛОТКОВИХ МИГДАЛИКІВ НА ПОЧАТКУ ПЛОДОВОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ

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

На початку плодового періоду, у плодів 92,0 – 95,0 мм ТКД, макроскопічно вперше відмічається закладка глоткового мигдалика у вигляді поздовжніх складок (довжиною від 124 мкм до 356 мкм) та дрібних і неглибоких борозенок між ними. У переважній більшості вони відходять від задньої частини середньої борозенки та від поперечної борозенки – розміщеною між задньою стінкою глотки і власне склепінням. У більшості випадків вони направлені паралельно і лише в окремих випадках від задньої стінки глотки до бокових відділів її склепіння. Наприкінці четвертого місяця внутрішньоутробного розвитку довжина глоткового мигдалика складає $7,22 \pm 0,18$ мм, а ширина – $5,68 \pm 0,20$ мм.