

метрические параметры в пределах этого интервала. Данный интервал морфометрических параметров элементов мезонефрона обозначен как “органотипический интервал”.

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ТВЕРДОЇ МОЗКОВОЇ ОБОЛОНКИ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

М.П.Кавун

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета дослідження – визначити закономірності хронологічної послідовності морфогенезу кровоносних судин твердої мозкової оболонки (ТМО) в ранньому періоді онтогенезу людини. Венозна система головного мозку бере початок із первинного капілярного сплетення, яке формується разом з виникненням міхурів головного мозку (зародки 4,0-5,0 мм ТКД). Ділянка пазух венозної системи головного мозку виникає як сітка первинних щілин у перимедулярній мезенхімі, що оточує краніальний відділ нервової трубки. Поряд із формуванням мозкових міхурів утворюється три первинних венозних сплетення. На другому місяці внутрішньоутробного розвитку кровоносні судини ТМО мають вигляд щілин неправильної форми, які в подальшому з'єднуються у венозні лакуни; з'являється первинна стінка судин із одного ендотеліального шару. Простежується поява первинних латеральних, кортикальних, верхніх і нижніх артеріовенозних басейнів. Починається магістралізація і переплетення вен, поступове реформування трьох первинних венозних сплетень: переднього, середнього і заднього. Переднє венозне сплетення поступово перетворюється в менингеальні вени, поверхневі вени мозку, зачатки верхньої, нижньої стрілових та прямої пазух, власні вени відростків твердої мозкової оболонки. Середнє венозне сплетення формує притоки глибоких мозкових вен задньої третини верхньої стрілової пазухи, поперечних та сигмоподібних пазух. Заднє венозне сплетення перетворюється у притоки потиличної пазухи ТМО основи черепа, утворюючи венозні ланцюжки первинних судин і петель.

РАЗВИТИЕ КИШЕЧНИКА В ПРЕНАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

В.А.Козлов, С.В.Терещенко, В.А.Муцинин, Н.И.Николаев

Днепропетровская государственная медицинская академия

Материал для исследования – препараты кишечника эмбрионов и плодов (26), а также фотографии ультразвукового исследования матки 78 беременных, полученные при плановых обследованиях. В пренатальном периоде развития кишечника можно выделить три основных этапа: до появления физиологической грыжи (выпячивание кишечной петли), физиологическая гры-

жа и этап после самоликвидации этой грыжи. Первичная кишка (К) эмбриона формируется из энтодермы желточного мешка, часть которой располагается в теле зародыша (третья неделя). Мезодерма, расположенная вдоль первичной К, образует ее наружный слой, а также вентральную и дорзальную брыжейки. Между энтодермой К и мезодермой спланхноплевры врастает мезенхима спланхнотомы, которая формирует средний слой стенки К. На 5 нед. (ТКД в среднем равняется 10,2 мм ± 0,5 мм) формируется пупочная петля в пределах брюшной полости, лежащая в сагиттальной плоскости, путем сгибания быстро растущего среднего отдела кишечника. Вершина петли связана с полостью желточного мешка через желточный проток. В этот ранний период уже можно выделить слепокишечный бугорок – зачаток слепой К. К 9 нед. развития происходит усиленный рост ободочного колена, что приводит к изменению формы толстого кишечника в целом и формированию других отделов. По морфологическим и клиническим данным кишечная петля все еще находится за пределами брюшной полости. До 9-10 нед. кишечник при УЗИ визуализируется как аморфная масса средней экзогенности, что затрудняет изучение развития К. Достаточно четко можно видеть физиологическую грыжу (выпячивание первичной петли за пределы брюшной полости), которая сохраняется до 11-12 нед. По данным же морфологических исследований к концу 10 и началу 11 нед. первичная петля втягивается в брюшную полость. В связи с этим следует более объективно подойти к определению срока плода при морфологическом исследовании, дополнив их не только измерением ТКД, но учесть другие признаки. В ряде случаев, по данным УЗИ, в физиологической грыже располагается не только кишечник, но и желудок и даже печень. В анализе процессов развития этот этап самоликвидации пупочной грыжи является важным, поскольку если это не происходит, может произойти формирование врожденного порока и развитие кишечника за пределами брюшной полости. Илеоцекальный отдел в этот период располагается под печенью в правом подреберье. Селезеночный угол кишечника расположен значительно выше и ободочная кишка из сагиттальной плоскости перемещается во фронтальную плоскость за счет поворота. По данным УЗИ, дифференциация кишечника наступает после 22-24 нед., при этом толстая кишка представляет гипозоогенное трубчатое образование диаметром 2,0-2,9 мм. Вначале происходит дифференциация поперечной ободочной, а затем в 25-31 нед. восходящей и нисходящей частей ободочной кишки. Со временем опускается илеоцекальный отдел, изменяется форма толстой К, к 36-40 нед. формируется наружный рельеф, что хорошо прослеживается при УЗИ плодов. Анализ динамики изменения взаимоотношений длины плода и длины кишечника показал, что на фоне увеличения с возрастом отдельно взятого показателя, происходит умень-