

човода, має довжину 1,5-2,0 см, причому його калібр різко зменшується (на 85%) поза воротами нирки (А.И.Цуканов и др., 1996). Перехід ниркової миски в сечовід важко розрізнити й гістологічно у зв'язку з відсутністю спільних м'язових груп, що виконують роль сфінктера. Патологічні зміни цього відділу сечових шляхів призводять до уродинамічних розладів, розширення чашечко-мискової системи нирки з наступним розвитком пієлоектазії, гідронефрозу, пієлонефриту, нефролітіазу, вазоренальної гіпертензії тощо. Рання діагностика уродинамічних розладів за допомогою УЗД, фармакоехографії, діуретичної сонографії, радіоізотопної ренографії визначає вибір оптимального методу оперативного лікування та подальше прогнозування. Тлумачення результатів обстежень, обсяг малоінвазивних оперативних втручань, а також фрагментарність анатомічного дослідження спонукають до подальшого уточнення будови і становлення топографії пієлоуретерального сегмента в динаміці.

УДК 611.21+611.216]013

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ

Б.Г.Макар, Л.Я.Лопушняк

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Морфологічними методами досліджено 20 біологічних об'єктів людини. Встановлено, що верхньощелепна пазуха в новонароджених знаходиться латерально від основи нижньої носової раковини або трохи вище від неї. Нижня стінка пазухи розташована на 4,0-5,0 мм вище твердого піднебіння. Її вертикальний розмір дорівнює $3,0 \pm 0,05$ мм, поперечний – $2,0 \pm 0,05$ мм, передньозадній – $10,0 \pm 0,06$ мм. Від нижнього і середнього носових ходів вона розташована на відстані $2,5 \pm 0,13$ мм, а від нижньої стінки очної ямки – на $2,0 \pm 0,13$ мм. Верхня (очноямкова) стінка відмежована від очної ямки хрящовою тканиною завтовшки $1,2 \pm 0,05$ мм. Бічна стінка пазухи закінчується на рівні підочноямкового каналу. Досить вузькою є нижня стінка. Шар кісткової тканини товщиною $1,8 \pm 0,05$ мм відмежовує її від зубних комірок. Медіальна стінка відповідає середньому носовому ходу і являє собою дуплікатуру слизової оболонки. Передній край медіальної стінки досягає заднього краю носо-слизового каналу. Передня стінка досить коротка. Товщина кісткової тканини дорівнює $8,5 \pm 0,13$ мм. Добре виражені решітчасті комірки, кількістю 4-8. Вони мають овальну форму та різні розміри. Найбільша з них досягає $2,2 \times 1,6$ мм, а найменша – $1,6 \times 1,0$ мм. Всі комірки вистелені слизовою оболонкою, в якій виявляються кровоносні судини і слизові залози. Лобові пазухи являють собою випини слизової оболонки бічної стінки носо-

вої порожнини, які розташовуються біля переднього краю півмісяцевого розтвору. Клиноподібна пазуха має овальну форму, вертикальний її розмір – $2,2 \pm 0,03$ мм, поперечний – $0,8 \pm 0,04$ мм і передньозадній – $4,4 \pm 0,13$ мм.

УДК 611:616-007.246

ОБ АСИММЕТРИИ СИНУСНОГО СТОКА ЧЕЛОВЕКА

О.В.Маркович

Крымский государственный медицинский университет им.С.П.Георгиевского

Цель исследования – выяснить степень асимметрии синусного стока (СС) человека и, соответственно, путей венозного оттока от головного мозга. Материалом для исследования послужили 12 коррозийных препаратов синусов твердой мозговой оболочки (ТМО) взрослых людей и 55 препаратов венозной системы головы плодов. Основные методы исследования: инъекция, коррозия, морфометрия, математический анализ. Выявлены основные особенности строения и закономерности формирования СС в онтогенезе человека. По нашим данным, уже в пренатальном периоде развития наблюдается преобладание несимметричных форм СС ТМО. При этом характерны более крупные размеры правого поперечного синуса и преимущественный переход верхнего сагиттального синуса в соответственно больший поперечный. Затылочный синус у плодов чаще вливается в правый поперечный, при этом обращают на себя внимание значительные размеры затылочного синуса, чего не наблюдается на препаратах взрослых. Часто несимметрично также впадение прямого синуса в СС или в один из поперечных. В дальнейших исследованиях будут изучены возрастные аспекты асимметрии синусного стока.

УДК 611.137.013:616-089-019

ВАРИАНТНАЯ ТОПОГРАФИЯ ЯГОДИЧНЫХ АРТЕРИЙ, ЗНАЧИМАЯ ПРИ РАНЕНИИ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

*Н.А.Мамедалиев, А.Б.Зарицкий, Т.В.Семенова,
И.В.Жук, Л.Н.Яковлева*

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Повреждения ягодичных сосудов встречается довольно редко. Редкость патологии обуславливает отсутствие внимания хирургов к тактике лечения пострадавших. Исследования проведены на 42 фиксированных и 58 нефиксированных трупах людей обоего пола. При исследовании топографии верхней ягодичной артерии (ВЯА) выяснилось, что в 100 случаях она выходила из полости малого таза через надгру-