

шовується 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 ППУ 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

СИНТОПІЯ ЯЄЧНИКІВ У ПЛОДА ЛЮДИНИ 3 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'яза. 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 правої 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 зубошелепної 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 по чергово 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 бранхіоген-

ної 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 бранхіогенної 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%, переносеними – 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 дванадцятипалої кишки навколо печінково-підшлункової ампули та міжм'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 ВЗАЄМВІДНОШЕННЯ 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-еозинном та пікрофуксином. У слизовій оболонці надгортанника плодів 20 тиж виявляються сформовані артерії, 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