

початку 5 тиж існують досудинні шляхи циркуляції рідини – широкі міжклітинні простори, які сполучаються між собою. Зі збільшенням клітинної маси зачатків легені, трахеї, підмезотеліального простору ПП міжклітинні простори звужуються, обростають ендотеліоцитами, перетворюючись у первинне судинне русло. На 5-6 тиж у легені, трахеї та в підмезотеліальній сполучній тканині ПП з'являються гілки позаорганичних судин, які з'єднуються з первинним судинним руслом. Судинне русло досліджуваних органів стає частиною загального судинного русла, яке сполучається з серцем. З 8 тиж під дією кровотоку з'являються ланки приносного і виносного відділів мікросудинного русла. З 9-10 тиж стінка проксимальних гілок легеневої артерії складається з трьох оболонок, які мають незрілі міоцити і волокнисті структури. Дистально вони переходять в ендотеліальні судини, які зменшуючись у діаметрі, утворюють капіляри. Останні оточують пневмомери у формі великопетлистої сітки, з якої виходять виносні ендотеліальні судини. Поступово ендотеліальні судини перетворюються у м'язові, еласто-м'язові та еластичні артерії і вени з 1-2 шарами циркулярно та поздовжньо розташованих міоцитів. Органоспецифічне мікроциркуляторне русло легені починає утворюватися з 19 тиж з початком альвеологенезу. В цей термін у великих петлях з широких капілярів з'являються дрібнокоміркові петлі з вузьких капілярів. Наші дослідження підтверджують дані професора В.А.Малішевської про наявність ендотеліальних судин у легені під час внутрішньоутробного розвитку. Вони є резервом для диференціювання артеріальних і венозних легеневих судин. Така особливість судинного русла виявлена тільки в малому колі кровообігу.

УДК 611.32/33

### ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

*Ю.В.Товкач*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Незважаючи на значні досягнення, хірургія стравохідно-шлункового переходу відноситься до категорії чи не найскладніших розділів хірургії шлунково-кишкового тракту. Адже смертність після операцій в цій ділянці досягає 10-20% (Э.А. Степанов и др., 1998). Природжена або набута дисфункція стравохідно-шлункового сфінктера у новонароджених може спровокувати езофагіти, стриктури, блювання, зменшення маси тіла, обструктивне апное, брадикардії, ларингоспазм, збільшення ризику раптової смерті. Гастрозофагеальний рефлюкс виявляється у 21-74% новонароджених та дітей старшого віку (А.С.Свінцицький та ін., 1999). Відсутність даних про топогра-

фо-анатомічні особливості стравохідно-шлункового переходу в пренатальному періоді онтогенезу людини зумовлюють потребу в подальшій науковій розробці цього питання.

УДК 611.818.5.013

### РОЗВИТОК СУДИННОГО СПЛЕТЕННЯ ІV ШЛУНОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

*Г.М.Халатурник*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

У передплідів 19,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) відбуваються зміни дорсальної стінки ІV шлуночка. Місце розвитку судинного сплетення (СС) має вигляд смужки, спрямованої в порожнину ІV шлуночка. СС являє собою ряд близько розташованих горбиків висотою 30-40 мкм з діаметром основи 50-100 мкм. У передплідів 30,0 мм ТКД СС має розмір 6,0-8,0 мм, медіальна частина якого вкриває гребінь судинної складки. У передплідів 40,0 мм ТКД бічна частина СС знаходиться на латеральних стінках заутка ІV шлуночка. На даній стадії розвитку виявляються дві групи ворсинок, перша з яких знаходиться в медіальних відділах СС, а друга – біля входу в заутки і в самих заутках. Ділянка СС у передплідів 80,0-85,0 мм ТКД охоплює 8,0-12,0 мм. Ворсинки мають кінцеві потовщення, розгалужену форму з основою 200 мкм. Бічні заутки, як і присередні, мають добре виражені війки. Отже, у передплідів 19,0-20,0 мм ТКД з'являються виражені зміни дорсальної стінки ІV шлуночка головного мозку людини, які призводять до утворення судинного сплетення.

УДК 611.735.1(2-053)

### МАКРО- ТА МІКРОСКОПІЧНА БУДОВА М'ЯЗІВ ГРУДНОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДІВ 5-6 МІСЯЦІВ

*Г.М.Чернікова*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

При макроскопічному дослідженні двох плодів 200,0 мм тім'яно-куприкової довжини міжреброві проміжки були заповнені м'язовими пучками, які ближче до груднини мали вертикальний напрямок. Між окремими м'язовими пучками знаходяться сполучнотканинні перегородки. До медіальної половини ключиці, передньої поверхні груднини та хриців ІІ-ІV ребер прикріплюється великий грудний м'яз, вкритий нижньою фасцією. На всій поверхні фасції виявляються у вигляді острівців скупчення жирової тканини. Ключична частина цього м'яза має низхідний напрямок. Між окремими м'язовими пучками знаходяться сполучнотканинні перегородки.