



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 ТҚД, 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.



Між піднебінно-язиковими та піднебінно-глотковими дужками спостерігаються заглиблення слизової оболонки бокових стінок глотки, що мають вигляд ямочок – мигдаликових заглибин, що мають довжину наприкінці четвертого місяця $2,68 \pm 0,13$ мм. На дні цих заглибин, у плодів 92,0 – 95,0 мм ТКД (четвертий місяць внутрішньоутробного розвитку) макроскопічно виявляються дві закладки правого і лівого піднебінних мигдаликів – довжиною $2,17 \pm 0,06$ мм та шириною – $0,87 \pm 0,12$ мм. На шістнадцятому тижні ембріонального розвитку у плодів 131,0 – 134,0 мм ТКД, на поверхні мигдаликів відкриваються одне або два устя мигдаликових крипт, що мають вигляд борозенок та крапкових заглиблень.

Наприкінці п'ятого місяця ембріонального розвитку із ростом піднебінно-язикових та піднебінно-глоткових дужок чіткіше виділяються мигдаликові заглибини – на дні яких продовжують свій ріст піднебінні мигдалики, які можуть мати форму у вигляді пластинок, горбочків, валка. Довжина мигдаликових заглибин досягає $3,54 \pm 0,18$ мм, довжина піднебінних мигдаликів – $3,08 \pm 0,07$ мм, шириною – $1,35 \pm 0,09$ мм.

Довжина глоткового мигдалика на шостому місяці внутрішньоутробного розвитку досягає $9,70 \pm 0,12$ мм, ширина $7,51 \pm 0,24$ мм. Збільшується розмір мигдаликових заглибин до $3,80 \pm 0,19$ мм. Довжина піднебінних мигдаликів становить $3,47 \pm 0,06$ мм, ширина – $1,59 \pm 0,07$ мм.

У плодів сьомого місяця внутрішньоутробного розвитку, в глоткових мигдаликах, горбки та борозенки, що знаходились раніше на поверхні складок мигдаликів, переходять на задні губи глоткових отворів слухових труб. На деяких препаратах, де перехід виражений досить чітко, спостерігається своєрідне півкільце лімфоїдної тканини у носовій частині глотки. Кількість дрібних борозенок та горбиків з крапковими отворами збільшується до 11 – 13. Кількість складок коливається в межах 10 – 20. При морфометрії глоткового мигдалика плодів сьомого місяця внутрішньоутробного розвитку довжина сягає $10,51 \pm 0,24$ мм, ширина $7,62 \pm 0,25$ мм. Довжина мигдаликових заглибин складає $4,05 \pm 0,15$ мм, довжина піднебінних мигдаликів збільшується до $3,56 \pm 0,04$ мм, ширина $1,72 \pm 0,05$ мм. На зовнішній поверхні мигдаликів у вигляді крапкових заглиблень трикутної форми відкриваються по 6-7 усть мигдаликових крипт.

На протязі восьмого – десятого місяця внутрішньоутробного розвитку плодів 284 – 376 мм ТКД макроскопічна будова глоткових мигдаликів практично не змінюється, відбувається лише зростання абсолютних розмірів. Кількість складок слизової оболонки у ділянці глоткового мигдалика коливається від 12 до 22. Збільшується кількість дрібних борозенок та горбиків з крапковими отворами до 17-19. Довжина глоткового мигдалика у плодів восьмого місяця внутрішньоутробного розвитку становить $10,66 \pm 0,29$ мм, ширина – $7,78 \pm 0,25$ мм. Мигдаликові заглибини мають розмір $4,15 \pm 1,10$ мм. Піднебінні мигдалики мають довжину $4,21 \pm 0,07$ мм, ширину – $2,26 \pm 0,04$ мм.

Наприкінці десятого місяця внутрішньоутробного розвитку глотковий мигдалик у довжину відповідає $10,96 \pm 0,28$ мм, а у ширину – $8,15 \pm 0,24$ мм. Довжина мигдаликових заглибин становить $4,54 \pm 0,07$ мм, піднебінні мигдалики збільшуються у довжину до $4,65 \pm 0,06$ мм, у ширину – до $2,58 \pm 0,05$ мм. На зовнішній поверхні мигдаликів відкриваються по 7 – 8 усть мигдаликових крипт у вигляді крапкових, трикутної форми заглиблень.

Сапунков О.Д., Сапункова Л.О.

РОЗВИТОК ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ БАРАБАННОЇ ПОРОЖНИНИ В ПІЗНЬОМУ ПЕРІОДІ ЕМБРІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Вищій державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

За останні 10 років у розвинутих країнах відсоток передчасно народжених дітей залишається стабільним і складає 5-12% всіх новонароджених. Важкий соматичний стан їх вимагає проведення реанімаційних заходів із тривалим використанням ШВЛ і СРАР-терапії, а також допоміжного годування через назогастральний зонд. За даними деяких авторів, застосування СРАР в 30-35% випадків призводить до травмування зовнішнього носа і ці ятрогенні зміни виникають вже на 3-ю добу.

Тривалий компресійний вплив біназальної канюлі, інтубаційної трубки та назогастрального зонду призводить до деструктивних змін у носовій порожнині та носовій частині глотки. Все це, а також постійне горизонтальне положення дитини призводить до затяжних ринітів, що, в свою чергу, може викликати запалення слухової труби і середнього вуха, виникнення ускладнень і необхідність хірургічного втручання. Зазначимо, що ризикова робота на даних структурах вимагає точного знання топографоанатомічних особливостей будови скроневої кістки, в тому числі і у цій віковій групі. Тому вивчення особливостей морфогенезу і становлення топографії середнього вуха, його індивідуальної анатомічної мінливості у плодів та новонароджених людини залишається актуальним і пріоритетним.

В результаті вивчення препаратів 22-х плодів людини 271,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) та 11-ти трупів новонароджених без зовнішніх анатомічних відхилень або аномалій розвитку кісток черепа встановлено, що на 8-му місяці внутрішньоутробного розвитку починає формуватися передня стінка барабанної порожнини. Формуванню її сприяє збільшення розмірів внутрішньої сонної артерії, адже відповідно до цього збільшується і сонний канал. Під час цього процесу барабанне кільце переходить з горизонтального положення в похиле, а барабанні отвори слухових труб починають зміщуватися доверху. Сонний канал проходить під кутом 40° до основи черепа, діаметр його становить $1,18 \pm 0,04$ мм. Товщина передньої стінки становить $0,35 \pm 0,01$ мм.