



параметру кристалізації S_4 поляризаційно відфільтрованих мікроскопічних зображень відповідних біологічних препаратів очної ямки.

Товкач Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ ФЕТАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

В теперішній час, досить поширені захворювання, пов'язані з розладом замикальної функції стравохідно-шлункового переходу. Аномалії травної системи стають 17,8% і є однією з причин перинатальної смертності. Дедалі частіше трапляються випадки природженої патології стравохідно-шлункового сегмента, що потребує особливої уваги науковців до даної проблеми.

Метою дослідження стало вивчити будову і становлення топографії стравохідно-шлункового переходу у перинатальному періоді онтогенезу.

Досліджено виконано на 20 плодах (ізолювані органокомплекси черевної порожнини та трупи плодів людини) та 20 трупах новонароджених за допомогою класичних методів анатомічного дослідження.

Скелетотопічна проекція кардіального отвору шлунка змінюється в межах від рівня тіла ІХ грудного хребця – на 4-му місяці до рівня нижнього краю тіла ХІ грудного хребця – у новонароджених. Довжина черевної частини стравоходу в плодів вирізняється мінливістю. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини черевної частини стравоходу. У більшості плодів даного періоду ми спостерігали таку особливість: чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший її діаметр. Починаючи з 7-го місяця, довжина черевної частини стравоходу зменшується. При зіставленні одержаних нами даних виявилось, що довжина черевної частини стравоходу в новонароджених ($1,17 \pm 0,19$ мм) менша, ніж у плодів ($1,17 \pm 0,21$ мм). Вважаємо, що цей анатомічний факт зумовлений збільшенням кута Гіса в новонароджених порівняно з плодовим періодом. Величина кута Гіса впродовж плодового періоду збільшується в 1,4 рази і в новонароджених становить $80,47 \pm 2,83^\circ$. Основними джерелами кровопостачання стравохідно-шлункового сегмента є 2-5 гілок лівої шлункової артерії, додатковими – гілки нижньої діафрагмальної та верхньої надниркової артерій.

Зміна довжини черевної частини стравоходу очевидно пов'язана з формуванням стравохідно-шлункового сфінктера, утворенням добре вираженого циркулярного і повздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфінктер не сформований, остаточне формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

Хмара Т.В., Васильчишина А.В.

ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ ВЕРХНЬОЇ І НИЖНЬОЇ СІДНИЧНИХ АРТЕРІЙ У ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Незважаючи на зростаючий інтерес до хірургічної тактики лікування пошкоджень і захворювань сідничної ділянки, досліджень, присвячених хірургічній анатомії судин цієї ділянки недостатньо як у вітчизняній, так і в зарубіжній літературі (А.Б. Зарицкий, Г.В. Лобанов, Ю.А. Орлова і др., 2013), а діапазон наслідків хірургічної активності аж до летальних випадків досить великий. А.Г. Кот, А.В. Кузьменко, А.Б. Зарицкий вказують на те, що при застосуванні хірургами способів з метою зупинки кровотечі з пошкоджених сідничних артерій, повинні бути враховані особливості колатерального артеріального кровопостачання тазу. Причинами виникнення вторинних кровотеч у сідничній ділянці при оперативних втручаннях на ній є внутрішньотазові анастомози верхньої і нижньої сідничних артерій (А.В. Кузьменко, 2008).

Метою дослідження було вивчення типової і варіантної анатомії верхньої і нижньої сідничних артерій у плодів 6-10 місяців і новонароджених перших 7 днів.

Дослідження проведено на 82 препаратах плодів людини 186,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) за допомогою методів анатомічного препарування під контролем бінокулярної лупи, ін'єкції судин і морфометрії. Послідовність препарування складових утворень сідничної ділянки у плодів і новонароджених здійснювали за методикою, яка запропонована нами (Т.В. Хмара, А.В. Васильчишина, А.О. Лойтра та ін., 2013).

В результаті проведеного дослідження встановлено, що верхня сіднична артерія після виходу з порожнини тазу через надгрушоподібний отвір (у 86,95% випадків – права і у 89,13% спостережень – ліва) ділиться на поверхневу і глибоку гілки. У двох випадках (плоди 190,0 і 245,0 мм ТКД) поділ лівої верхньої сідничної артерії на кінцеві гілки відбувався у порожнині тазу. Глибока гілка верхньої сідничної артерії у 20,65% спостережень справа і у 31,52% випадків зліва анастомозує з відповідною внутрішньою соромітною артерією. Глибока гілка верхньої сідничної артерії, в свою чергу, розгалужується на верхню і нижню гілки. Поверхнева гілка верхньої сідничної артерії анастомозує у 80,43% спостережень справа і у 88,04% випадків зліва з нижньою сідничною артерією. У 4,35% випадків справа і 8,69% зліва поверхнева гілка починається від верхньої глибокої гілки верхньої сідничної артерії. Також нами виявлені анастомози поверхневої гілки лівої верхньої сідничної артерії у 5,43% справа і 8,69% зліва з внутрішньою соромітною артерією. Верхня глибока гілка верхньої сідничної артерії виявлена у 15,21% випадків справа і 19,56% зліва. Нами виявлені її анастомози



з глибокою огинальною артерією клубової кістки (у 16,30% спостережень справа і у 20,65% випадків зліва) та з нижньою сідничною артерією (у 43,47% випадків справа і у 47,82% спостережень зліва). М'язові гілки верхньої сідничної артерії, кількістю від 2 до 7, анастомозують з глибокою огинальною артерією клубової кістки (у 20,65% випадків справа і у 31,52% зліва) та з нижньою сідничною артерією (в 27,17% спостережень справа і у 41,30% зліва). У поодиноких випадках нами виявлені анастомози верхньої сідничної артерії із поверхневою огинальною артерією клубової кістки, бічною огинальною артерією стегна, із затульною та з четвертою поперековою артеріями. У плода 280,0 мм ТКД спостерігалось відгалуження правої верхньої сідничної артерії від внутрішньої клубової артерії єдиним стовбуром із нижньою сідничною артерією.

Нижня сіднична артерія (у 80,43% випадків справа і в 88,04% спостережень зліва) анастомозує з поверхневою гілкою верхньої сідничної артерії та з верхньою глибокою гілкою верхньої сідничної артерії (у 43,47% випадків справа і в 47,82% спостережень зліва), про що було зазначено вище. Також нижня сіднична артерія анастомозує із затульною артерією (в 19,56% випадків справа і в 16,30% спостережень зліва) та з присередньою огинальною артерією стегна (у 23,91% випадків справа і в 26,08% спостережень зліва). У плодів і новонароджених людини супутня артерія сідничного нерва, що є гілкою сідничного відділу нижньої сідничної артерії, як правило, розміщується на задній або задньоприсередній поверхні нерва, кровопостачаючи його. В поодиноких випадках (плоди 260,0 і 275,0 мм ТКД) відмічена тенденція переходу супутньої артерії сідничного нерва на його бічну поверхню. У плода 215,0 мм ТКД від правої нижньої сідничної артерії до сідничного нерва під різним кутом відходили три артерії: верхня, середня і нижня, а у плода 315,0 мм ТКД – три гілки: дві присередні та бічна. Сідничний відділ нижньої сідничної артерії, а в одиничних спостереженнях і супутня артерія сідничного нерва, беруть участь у кровопостачанні великого і середнього сідничних, грушоподібного і близнюкових м'язів, квадратного м'яза стегна, півперетинчастого і півсухожилкового м'язів, довгої головки двоголового м'яза стегна.

Юзько Р.В.

ЛІТЕРАТУРНІ ВІДОМОСТІ, ЩОДО АНАТОМІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Жовчний міхур відіграє важливу роль у процесі травлення завдяки своїм функціям: накопичувально-резервуарній, всмоктувально-концентраційній та скорочувальній.

Серед захворювань травної системи у дітей одне з перших місць за розповсюдженістю займають захворювання жовчного міхура та жовчовідвідних шляхів, які становлять від 10% до 36,4% від загальної кількості гастроентерологічних захворювань. Встановлено, що серед дітей пік захворюваності припадає на 5-6 та 9-12 років, тобто на періоди найінтенсивнішого розвитку та росту організму. Саме в ці терміни організм є сприйнятливим та нестійким до впливів зовнішнього середовища [Ю.В. Белоусов, І.В. Журавлева, 2008]. В той же час дослідниками [Л.М. Железнов и др., 2006] наголошується на важливість досліджень морфологічних перетворень органів та систем, та встановлення критичних періодів їх розвитку в перинатальному періоді онтогенезу.

Несистематизовані відомості щодо синтопічних кореляцій жовчного міхура та її протоки із суміжними органами та варіантів впадання міхурової протоки на ранніх етапах онтогенезу вказують на необхідність поглибленого вивчення особливостей морфогенезу в плодовому періоді онтогенезу та у новонароджених. Відсутні дані макромікроскопічного дослідження стінки жовчного міхура та її протоки в перинатальному періоді онтогенезу. Потребують подальшого уточнення скелетотопія та кровопостачання жовчного міхура та міхурової протоки. Брак відомостей стосовно хронологічної послідовності топографо-анатомічних перетворень жовчного міхура та її протоки у перинатальному періоді онтогенезу визначають потребу подальших наукових досліджень.

Boichuk O.M.

MORPHOGENESIS OF ETHMOID BONE AT THE END OF FETAL PERIOD OF HUMAN ONTOGENESIS

*Mykola Turkevich Department of Human Anatomy
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

A detailed study of organs and intraorganic structures during human embryonic growth is essential to understand and evaluate constructively the interdependence of organogenesis and two-way influence of differentiation of tissue and organ structures on the formation of the body as a whole. It is unfair that researchers do not pay attention to issues of the fetal period of human development, because at any time after 22 weeks of fetal development a fetus can turn into a viable baby. In the early fetal period of the growth the rudiments of the frontal sinuses and cells of the ethmoidal labyrinth appear. The rudiment of frontal sinuses is represented by a depression of epithelium directed upwards and laterally near the front edge of semilunar hiatus. Paranasal ethmoid sinuses form during 2-6 months of the fetal life.

Based on the study of fetuses aged seven-eight months (231,0-310,0 mm of crown-rump length) it was established that the nasal septum is presented by cartilaginous and osseous tissues. In the cartilaginous part the