



розвиток очноямкової пластинки решітчастої кістки, медіальна стінка виражена слабо. Порожнина носа представлена щілиною висотою 18,0 мм і шириною 7,0 мм на рівні нижнього носового ходу; на рівні верхнього - ширина 3,0 мм.

Отже, майже всі структури ротової ділянки у новонароджених набувають дефінітивної форми. Морфологічні особливості ротової порожнини новонароджених пов'язані насамперед з актом смоктання. При зімкнутих губах порожнина рота невелика, тому що малі розміри щелеп, відсутні зуби, короткі гілки нижньої щелепи, незначно розвинуті коміркові відростки. Повністю відсутнє склепіння твердого піднебіння. Порожнина майже повністю заповнена язиком, який у даному віці відносно великих розмірів, широкий і короткий. При закритому роті краї останнього торкаються ясен, а спинка – твердого піднебіння.

Нарсія В.І.

ПРОМЕНЕВА АНАТОМІЯ ХРЕБТОВОГО СТОВПА НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра анатомії людини імені М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

Рання і точна діагностика родових травм хребтового стовпа і спинного мозку належить до складних проблем перинаталогії і до теперішнього часу ще недостатньо вивчена, особливо при КТ і МРТ. Як відомо діагностика будь-якої патології безпосередньо залежить від точного знання нормальної променевої анатомії структур, що вивчаються. Ми досліджували нормальну картину частин хребта новонароджених при рентгенологічному, ультразвуковому, КТ і МРТ дослідженнях.

Аналізу піддані рентгенограми 110 новонароджених. Найбільшою складністю будови і складністю інтерпретації відрізнялися два перші шийні хребці. На прямій рентгенограмі атланта представлений слабкими трикутними тінями бічних мас з вершинами, обернений присередньо.

У бічній проекції бічні маси атланта проектувалися назад від зубоподібного відростка С₂ у вигляді потовщення. Ядро скостеніння передньої дуги атланта візуалізувалося у 36 дітей з 110, що склало 32,7%. Скостеніла частина зубоподібного відростка С₂ в прямій проекції була видимою у всіх новонароджених. Характер скостеніння зубоподібного відростка був різноманітним.

У бічній проекції зубоподібний відросток, розташований над тілом осевого хребця, мав два анатомічні варіанти форми: правильної конусоподібної форми і асиметричної конусоподібної форми, з переважанням переднього контура по довжині. Висота рентгенівської суглобової щілини присереднього атланта-осевого суглоба (суглоба Крювельє) коливалася від 1,9 до 3,9, в середньому була 2,7±0,8 мм.

Тіла хребців С₃-С₇ за формою були однаковими, двоопуклими з скошеними передньо-верхніми краями тіл і слабо вираженими замикальними пластинками тіл. Комп'ютерна томографія хребтового стовпа виконана 15 новонародженим.

На КТ, виконаних на рівні дуги атланта, у 3 новонароджених визначалися ядра скостеніння передньої дуги, у 2 пацієнтів передні дуги не мали ядер скостеніння. Бічні маси і задня дуга атланта у всіх випадках мали кісткову щільність. Щілиноподібне прояснення в задній дузі атланта було від 5,3 до 6,1 мм. Розмір рентгенівської суглобової щілини центрального атланта-осевого суглоба коливався від 1,6 до 1,8 мм.

На КТ, виконаних через середину тіл хребців відмічалась неоднорідність структури ядер скостеніння тіл хребців, між ніжками дуг і тілами хребців відмічалася зона хряща відростків у вигляді смуги прояснення шириною 1,1–1,3 мм, ширина щілин в задній частині дуг хребців коливалася від 3,2 до 4,5 мм. Спинний мозок на всіх рівнях виглядав однорідною структурою середньої щільності – 30-35 од.

Ультразвукова анатомія відділів хребтового стовпа вивчена у 50 новонароджених. У передній сагітальній проекції ядра скостеніння тіл хребців візуалізувалися у вигляді прямокутних ехопозитивних структур, відокремлених широкими смугами ехонегативного



сигналу міжхребцевих просторів. Висота міжхребцевого диска дорівнювала приблизно половині висоти тіла хребця і коливалася. Передній контур хребтового каналу виглядав у вигляді ехопозитивної смуги за рахунок задньої поздовжньої зв'язки і твердої мозкової оболони.

Субарахноїдальний простір візуалізувався у вигляді смуги ехонегативного сигналу. Задні структури хребтового каналу, представлені твердою мозковою оболонкою, епідуральним жиром, венозними судинами, давали широкий ехопозитивний сигнал. На цьому фоні нечітко простежувався задній субарахноїдальний простір.

Отже, на задній поперечній проекції виразно візуалізувалася дуга у вигляді ехогенних смуг. Спинний мозок виглядав овальним гіпоехогенним утворенням без чітких контурів з ехопозитивною крапкою в центрі за рахунок спинального каналу.

Процак Т.В.

МОРФОГЕНЕЗ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

Дослідження особливостей розвитку і становлення стінок верхньощелепних пазух проведено на 42 препаратах передплідів та плідів людини (31,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТДК)) методами гістологічного дослідження, препарування і морфометрії.

Встановлено, що на початку 3-го місяця внутрішньоутробного розвитку (передплід 31,0-41,0 мм ТДК) внаслідок випинання слизової оболонки середнього носового ходу вище основи нижньої носової раковини в оточуючу мезенхіму виявляється зачаток верхньощелепної пазухи. Латеральніше від зачатка пазухи розташована хрящова капсула бічної стінки носової порожнини. На цій стадії розвитку форма верхньощелепної пазухи наближається до овальної. Її передньозадній розмір становить 0,4-0,5 мм, поперечний – 0,03-0,08 мм і вертикальний – 0,07-0,08 мм. Наприкінці 3-го місяця розвитку передньозадній розмір верхньощелепних пазух збільшується до 1,1-1,3 мм, поперечний – до 0,16-0,19 мм і вертикальний – 0,14-0,23 мм.

На початку плодового періоду людини верхньощелепна пазуха має овальну форму і розташована біля основи нижньої носової раковини. Дно пазухи топічно знаходиться на 1,0 мм вище дна носової порожнини. Від нижнього носового ходу її відділяє шар пухкої сполучної тканини товщиною 0,45-0,5 мм, від середнього – 0,6-0,65 мм, а від очної ямки – 0,7-0,74 мм. На 5-му місяці внутрішньоутробного розвитку варіабельність форми правої і лівої верхньощелепних пазух можна представити такими видами: округла, овальна та кулясто-овальна. Передньозадній розмір правої верхньощелепної пазухи становить 2,1-2,3 мм, поперечний – 0,18-0,22 мм, вертикальний – 0,22-0,3 мм, а розміри лівої верхньощелепної пазухи відповідно дорівнюють: 0,19-2,1 мм, 0,18-0,20 мм, 0,23-0,25 мм. Пазуха обмежена твердим остовом верхньої щелепи. У 6-місячних плідів (14 спостережень) вперше виявляється асиметрія форми та розмірів верхньощелепних пазух. Упродовж 8-10 місяців спостерігається інтенсивний розвиток верхньощелепних пазух. Так, справа у 50% випадків спостерігається овальна форма, у 33% – округла і у 17% – округло-овальна. Зліва округла форма пазухи зустрічається у 58% випадків, овальна – у 33%, округло-овальна – у 9%. На цій стадії розвитку верхньощелепна пазуха знаходиться за початковим відділом нижньої носової раковини. Упродовж 8-10 місяців спостерігається інтенсивний розвиток верхньощелепних пазух. Передньозадній розмір правої верхньощелепної пазухи становить 5,0-5,5 мм, поперечний – 1,0-1,2 мм та вертикальний – 2,0-2,5 мм, а лівої відповідно: 4,5-5,0 мм, 0,8-1,0 мм, 1,9-2,2 мм.

Отже, на основі проведеного комплексу морфологічних методів дослідження встановлено, що впродовж внутрішньоутробного періоду відбувається закладка верхньощелепних пазух та інтенсивний їх розвиток.