

Результати дослідження. Права маткова труба у плодів 270,0-310,0 мм ТКД розміщена в порожнині великого таза і вкрита очеревиною з усіх боків. Загальна довжина маткової труби становить $22,5 \pm 0,5$ мм, зокрема: лійки – $5,1 \pm 0,1$ мм, ампули – $10,0 \pm 0,3$ мм, перешийка – $5,7 \pm 0,1$ мм, маткової частини – $1,8 \pm 0,1$ мм, ширина лійки – $4,1 \pm 0,2$ мм, товщина ампули – $4,3 \pm 0,1$ мм, товщина перешийки – $2,3 \pm 0,05$ мм, довжина брижі маткової труби – $12,2 \pm 0,2$ мм. Брижа утворена двома листками очеревини, один з яких без чітких меж переходить у пристінкову очеревину, що вкриває великий поперековий м'яз та суміжні з ним структурами (стегновий нерв, статево-стегновий нерв, зовнішні клубові судини), а верхній листок брижі обмежений підвішувальною та власною зв'язками яєчника. Трубний край брижі довший, ніж яєчниковий. Амбула труби видовженої колоподібної форми. Вздовж труби визначаються три звуження, одне з яких (найвужче) – у місці з'єднання ампули з перешийком, друге – в середній ділянці перешийка, третє – на межі між лійкою і торочками, що є анатомічною особливістю. Маткова труба розміщена горизонтально. Торочки труби розвинуті добре у вигляді численних пластинчатих відростків, які примикають до передньої поверхні клубового м'яза та стегового нерва. Перешийок труби розміщений у одній (фронтальній) площині з круглою зв'язкою матки. Власна зв'язка яєчника прикріплюється до бічного краю матки під трубою. До передньої поверхні труби примикають петлі клубової кишки.

Ліва маткова труба розміщена в порожнині великого таза і вкрита очеревиною з усіх боків. Її загальна довжина становить $20,0 \pm 0,5$ мм, зокрема: лійки – $4,2 \pm 0,1$ мм, ампули – $8,9 \pm 0,1$ мм, перешийка – $6,1 \pm 0,1$ мм, маткової частини – $1,7 \pm 0,2$ мм, ширина лійки – $3,8 \pm 0,2$ мм, товщина ампули – $4,9 \pm 0,1$ мм, товщина перешийки – $2,2 \pm 0,1$ мм, довжина брижі маткової труби – $12,1 \pm 0,2$ мм. Брижа утворена двома листками очеревини, один з яких без чітких меж переходить у пристінкову. Трубний край брижі довший від яєчничового. Уздовж труби виявляються п'ять звужень, два з них – у ділянці її перешийка. Труба має виражену звивисту форму, розміщена горизонтально. Торочки труби розвинуті добре у вигляді численних коротких пластинчатих відростків, розміщуються на передній поверхні великого поперекового м'яза. До лійки труби зверху примикає сигмоподібна кишка, до передньої поверхні ампули та перешийка – петлі клубової кишки. Кругла зв'язка матки виявляється під перешийком труби спереду останньої. Власна зв'язка яєчника прикріплюється до задньої поверхні тіла матки під трубою.

Висновки. Впродовж 30-38 тижнів внутрішньоутробного розвитку спостерігається морфометрична асиметрія складових сечостатевих комплексів, асинхронна редукція первинних нирок та морфометричні відмінності у розвитку парамезонефральних проток. Процес відмежування статевих залоз від мезонефросів спостерігається впродовж плодового періоду.

Бірюк І.Г.

ОСОБЛИВОСТІ СКОСТЕНІННЯ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Буковинського державного медичного університету

Вступ. Систематичне та документоване вивчення розвитку скелету кисті і, зокрема, фаланг пальців, потребує досліджень на великому матеріалі при використанні комплексу методів анатомічного дослідження. Вивчення на рентгенограмах стану кісток кисті, і передусім I і V пальців, має значення для оцінки диференціювання всього організму дитини та виявлення деяких порушень розвитку. На підставі рентгенологічного дослідження кісток кисті можна встановити низку показників, які відображають різні етапи статевого розвитку, а при вивченні постнатального морфогенезу коротких трубчастих кісток кисті також простежити процеси інволютивного порядку.

Мета дослідження. Встановлення особливостей скостеніння фаланг пальців правої і лівої кистей на етапах онтогенезу людини.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено на 17 серіях гістологічних зрізів зародків і передплідів людини 5,0-79,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД), віком 4-12 тижнів, і 18 препаратах плодів людини 81,0-375,0 мм ТКД віком від 4 до 10 місяців, методу мікроскопії серій послідовних гістологічних і топографо-анатомічних зрізів, макроскопії і препарування, комп'ютерних томограм плодів.

Результати дослідження. Встановлено, що скостеніння фаланг пальців кисті розпочинається на 7-12 тижнях внутрішньоутробного розвитку (ВУР), коли з'являються кісткові ядра в діафізах, починаючи з кінцевих фаланг. При з'ясуванні часу появи центрів скостеніння у проксимальних фалангах пальців кисті виявлено, що на 9-му тижні ВУР першими виявляються тіла фаланг II і III пальців, у яких з'являються центри скостеніння. Впродовж перших трьох років життя з'являються центри скостеніння у проксимальних епіфізах проксимальних фаланг пальців кисті. При цьому, першим виникає центр скостеніння в епіфізі проксимальної фаланги III пальця, а далі – центри скостеніння в епіфізах проксимальних фаланг IV, V і I пальців. При дослідженні скостеніння середніх фаланг II-V пальців слід зауважити, що первинні центри скостеніння у середніх фалангах з'являються останніми – на 11-12-му тижнях ВУР. Появу центрів скостеніння у проксимальних епіфізах середніх фаланг пальців кисті ми спостерігали у дітей на 2-3 році життя. При чому, першим з'являється центр скостеніння у проксимальному епіфізі III пальця, а пізніше – центри скостеніння в епіфізах IV, II та V пальців. При вивченні особливостей скостеніння кінцевих фаланг пальців нами встановлено, що впродовж 7-8 тижнів ВУР з'являються центри скостеніння у діафізах кінцевих фаланг пальців кисті. Так, першим з'являється центр скостеніння у кінцевій фаланзі великого пальця кисті. Центр скостеніння у кінцевій фаланзі великого пальця кисті є першим центром скостеніння кисті. У дітей на 2-3 році життя спостерігається поява центрів скостеніння у проксимальних епіфізах кінцевих фаланг пальців кисті. Після центру скостеніння в епіфізі кінцевої фаланги великого пальця спостерігається послідовна поява центрів скостеніння в епіфізах IV і V пальців кисті.

Висновки. Морфогенез фаланг пальців кисті відображає загальні закономірності скелетогенезу людини, водночас зберігаючи специфічні часові особливості для кожної фаланги I-V пальців кисті. Темпи розвитку фаланг пальців кисті мають індивідуальні відхилення, крайні межі яких можна позначити як крайні форми анатомічної мінливості, що характеризують кожну вікову групу.

Ванчуляк О.Я.

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТЕМ З СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ КОНСТРУКТИВНИМИ ВІДМІННОСТЯМИ СУЧАСНИХ ТРАНСПОРТНИХ ЗАСОБІВ

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Розвиток науки та техніки привів до масового впровадження сучасних технологій керування транспортними засобами, та появи новітніх матеріалів та засобів пасивного та активного захисту водія, пасажирів та пішоходів. Враховуючи істотний акцент травм при дорожньо-транспортних чи інших транспортних пригодах, який змістився від переважання ран та прямих переломів кісток в бік конструкційних переломів та ушкоджень, які виникають в результаті струсу, фізичних та хімічних впливів на незахищені ділянки тіла тощо, з'явилися нові характеристики ушкоджень у водіїв, пасажирів та пішоходів, що має відповідні наслідки як в роботі практикуючих лікарів, так і в роботі судово-медичних експертів.

Мета дослідження. Навчити здобувачів вищої освіти та лікарів-слухачів розрізняти можливі механізми виникнення транспортних травм виходячи з їх комбінацій, морфологічних та характерологічних особливостей у випадках, коли невідомі обставини травми.