



доповнює існуючі відомості про ембріогенез серця, висвітлює їх складну структурну організацію, що важливо для з'ясування передумов виникнення деяких природжених вад.

Кривецький В.В., Нарсія В.І., Кривецький І.В., Бесплітнік М.Г.
АНАТОМІЯ ВЕН ХРЕБТОВОГО СТОВПА ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ

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

Внутрішньоорганні вени в хребці плоду виявляються досить складно, за винятком вен, що знаходяться в кістковому ядрі тіла хребця. Позаорганні вени розвинені досить добре. Це простежується впродовж всього хребта. Серед них добре виділяються переднє і заднє внутрішні хребтові венозні сплетення, міжхребтові вени, вени, розташовані по задній поверхні дуги. Особливість позаорганних шляхів венозного відтоку від хребця плоду полягає в тому, що вони містять порівняно невелику кількість вен, але всі вони досить добре виражені.

Вени тіл хребців плоду (передньо-бічна і задня групи), як і артерії, розташовані в кістковому ядрі і хрящовій тканині. Передньо-бічна група складається з 2–4 вен. Кожна вена має по дві-п'ять приток. Початкові витоки вен діаметром 45 ± 5 мкм збільшуються до 110 ± 15 мкм (2-й порядок) і 220 ± 20 мкм (3-й порядок).

Вени передньо-бічних груп впадають в сегментарні вени. У складі задньої групи більше 10–15 вен. Їх витоки також лежать в хрящовій тканині тіла хребця на різній глибині. Відтік крові від вен задньої групи направлений в переднє внутрішнє венозне сплетення. У кістковому ядрі визначалась густа, розмішена радіальна сітка вен. Венозний відтік з кісткового ядра може здійснюватися не тільки назад, в переднє внутрішнє венозне сплетення, але і по вносних венах, розмішених в хрящовій тканині і що покидає тіло хребця на його передньо-бічній поверхні.

Діаметр вен коливається від 200 до 300 мкм. Вени що здійснюють венозний відтік від кісткового ядра найкраще виражені і найбільш великі. Основна маса вен розташовується в тілі хребця на рівні середини його висоти.

Трохи інакше розташовані вени в атланті: з хрящової тканини і кісткового ядра передньої його дуги виходять від 6 до 12 вен. У кістковому ядрі передньої дуги формується багат шарове венозне сплетення, яке, через 1–2 відвідних вени досягає зовнішнього і внутрішнього хребтових сплетень. З бічної маси атланта виходять по 4–8 вен. Частина вен лежить в хрящовій тканині, а частина формується з вен кісткового ядра. Крововідтік від задньої дуги здійснюється через вени 2–3-го порядків (8–12 вен), що виходять на його зовнішню і внутрішню поверхні. При мікроскопічному вивченні витоків вен, розташованих в хрящовій тканині, звертає на себе увагу та обставина, що в їх початковому корінні формуються судинні артеріо-венозні клубочки.

У хребцях плодів $195,0\text{--}270,0$ мм ТҚД місяців між венами, розташованими в хрящовій тканині, можливі (правда, у край рідко) анастомози. Вони більш виражені і численні в хребцях новонароджених. Відмічався і деякий перерозподіл вен в передньо-бічній і задній групах: передньо-бічні вени в хребцях грудного і поперекового відділів як би розділяються на дві групи, з яких одна зосереджена ближче до задньої поверхні тіла, а інша – до передньої.

Кривецький В.В., Рябий Ю.М., Кривецький І.В., Бесплітнік М.Г.
АРТЕРІАЛЬНЕ КРОВОПОСТАЧАННЯ РІЗНИХ ЧАСТИН КРИЖОВИХ ХРЕБЦІВ

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

У кровопостачанні крижових хребців беруть участь декілька артерій, тому і до різних частин; їх теж може підходити неоднакова кількість артерій. У кровопостачанні передньої поверхні крижового відділу хребтового стовпа на рівні тіла I хребця беруть участь гілки клубово-поперекових, серединної і бічних крижових артерій. До II–III і V хребців віддають гілки бічні і серединна крижова артерії, а до IV хребця додатково і нижні сідничні артерії.

Передня стінка крижового каналу на рівні тіла I крижового хребця кровопостається гілками I-го порядку клубово-поперекових артерій а на рівні решти крижових хребців (II–V) гілками бічних крижових артерій; їх гілки по передній поверхні крижів проходять в горизонтальному і косому напрямках. На тілі I хребця гілки I-го порядку клубово-поперекових артерій проходять по зовнішній поверхні і, віялоподібно розгалужуючись, прямують до його верхнього і нижнього країв. Гілки бічних, крижових артерій косо перетинають передню поверхню тіла I хребця, досягаючи його верхнього краю. Від серединної крижової артерії вони проходять на середині висоти тіл I–IV хребців. Гілки нижніх сідничних артерій розташовуються на передній поверхні тіла IV крижового хребця. По задній поверхні гілки I-го порядку розташовуються на середині тіл хребців. Джерелами живлення задньої стінки крижового каналу на рівні I крижового хребця є гілки клубово-поперекових, а на рівні II–V хребців – бічних крижових артерій. Від них гілки 1–2-го порядків проникають в крижовий канал, звідки прямують на внутрішню поверхню дуг; інші проходять по зовнішній.

На передній поверхні крижів між цими гілками утворюються поперечні і поздовжні артеріальні анастомози: перші – між гілками клубово-поперекових артерій (I хребець) і бічних крижових артерій (II–V хребці), а другі – між гілками бічних крижових артерій, розташованих на одній стороні, і бічних і серединною крижових артерій. Між гілками від нижніх сідничних артерій протилежних сторін анастомозів не відмічалось.



На передній поверхні крижового каналу анастомози виникають між гілками бічних крижових артерій, а на задній вони непостійні. Анастомози на поверхні крижової частини хребта краще виражені у новонароджених і гірше – у плодів.

Лойтра А.О., Шкробанець А.А.

РОЗВИТОК СТІНОК ОЧНОЇ ЯМКИ У ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Дослідження проведено на 71 плоді розмірами від 82,0 до 375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) методами вивчення серійних гістологічних зрізів очноямкової ділянки ранніх плодів, макро-мікроскопічного препарування під контролем бінокулярного мікроскопа, біометрії а також рентгенівської комп'ютерної томографії.

Впродовж 4-го місяця розвитку визначене остаточне відмежування всього комплексу органа зору від суміжних утворень внаслідок подальшого формування стінок очної ямки. Вхід до очної ямки має майже овальну форму, тому що перехід однієї стінки в іншу не різко виражений. Краї очної ямки, однак, не мають кісткової будови, вони утворені щільною сполучною тканиною, адже процеси скостеніння ще не розповсюджені на всі відділи кісток. Особливо це стосується виличної кістки, в якій процес скостеніння визначається лише в центрі її сполучнотканинної моделі. Частина верхньої стінки очної ямки, яка утворена малим крилом клиноподібної кістки, лишається хрящовою, в той час як очноямкова частина лобової кістки майже повністю представлена первинною кістковою тканиною. Хрящовою лишається більша частина присередньої стінки, яка утворена лабіринтом решітчастої кістки. Інтенсивні процеси кісткоутворення спостерігаються у тілі та відростках верхньої щелепи.

Упродовж 5-6-го місяців внутрішньоутробного розвитку в основі хрящової матриці малих крил, навколо зорового каналу, визначається острівцеві утворення кісткової тканини, який поступово розповсюджується у всіх напрямках, за виключенням бічного: тонка латеральна частина малих крил і наприкінці 6-го місяця лишається хрящовою. Аналогічні процеси виявлені у центрі хрящових зачатків великих крил та у товстій хрящовій пластинці майбутнього лабіринту решітчастої кістки, яка утворює присередню стінку очної ямки. Значне збільшення маси кісткової тканини спостерігається у верхній щелепі та виличній кістці. Проведене комп'ютерно-томографічне дослідження плода 6-го місяця показало чітку візуалізацію острівців утворення кісткової тканини та їх межі. Проміжки між кістками лишаються широкими; вони закриті сполучнотканинними перетинками. У плодів 9-10-го місяців (315,0 – 375,0 мм ТКД) стінки очної ямки майже повністю мають кісткову структуру, за винятком широких сполучнотканинних прошарків, які заповнюють проміжки між окремими кістками на місці майбутніх швів. Бічна частина верхньої та вся нижня очноямкові шілини закриті сполучнотканинними мембранами.

Таким чином скостеніння хрящових та сполучнотканинних моделей кісток, які приймають участь у формуванні стінок очної ямки, відбувається асинхронно. Наприкінці плодового періоду неосифікованими залишаються лише широкі прошарки хрящової або сполучної тканини між кістками.

Лютик М.Д., Марчук Ф.Д.

МОРФОГЕНЕЗ ТА СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ВЕЛИКОГО ДВАНДЦЯТИПАЛОКИШКОВОГО СОСОЧКА В РАНЬОМУ ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Дослідження виконано за допомогою мікроскопії серійних послідовних гістологічних зрізів плодів людини та виготовлення пластичних і графічних реконструкцій. Встановлено що на початку плодового періоду (плоди 82,0-153,0 мм ТКД) внутрішньокішковий відділ СЖП трансформується у внутрішньостінковий, який, з'єднуючись із протокою підшлункової залози, утворює печінково-підшлункову ампулу. Остання оточена циркулярним шаром мезенхімних клітин, відмежованих від колового шару клітин оболонки кишкової стінки, що свідчить про формування зачатка м'язового замикача печінково-підшлункової ампули.

На даній стадії розвитку ВС ДПК циліндричної форми висотою $1,10 \pm 0,075$ мм і шириною $0,97 \pm 0,054$ мм, знаходиться у нижній частині низхідної частини ДПК на її присередній стінці. Отвір на верхівці сосочка має діаметр 85 мкм і обмежений двома складками слизової оболонки ДПК. У товщі сосочка навколо ППА між м'язовими пучками її сфінктера та під епітеліальною вистилкою видно просвіти дрібних кровоносних судин, що вказує на утворенні міжм'язового та підепітеліального судинних сплетень ВС ДПК. Інтрамуральний відділ СПЖ спрямований у косому напрямку в товщі передньої стінки ДПК на рівні її середньої третини, де з'єднується з протокою ПЗ, утворюючи ППА. Остання розташована у косо-низхідному напрямку у товщі ВС ДПК і відкривається на його верхівці. Розміри довжини інтрамурального відділу СПЖ коливається від 0,8 до 1,4 мм, що пов'язано насамперед із величиною кута нахилу протоки до кишкової стінки. Чим гостріший кут утворював даний відділ СПЖ, тим більша була її довжина. Діаметр у зазначеному відділі СПЖ становив $0,64 \pm 0,048$ мм. Завдяки добре вираженому підепітеліальному шару, товщина якого сягає 375 мкм, епітеліальна оболонка СПЖ утворює чисельні епітеліальні складки спрямовані горизонтально. У ППА вказані складки