



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

МОРФОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ

Збірник тез доповідей
Науково-практичної конференції
(Суми, 23–24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

розгалуження стовбура правого сідничого нерва на великогомілковий і загальний малоомілковий нерви, а саме на 6,0 мм нижче підгрушоподібного отвору. У плода 320,0 мм ТКД також виявлено високе галуження правого сідничого нерва на великогомілковий і загальний малоомілковий нерви, при цьому великогомілковий нерв виходив з підгрушоподібного отвору, а загальний малоомілковий нерв – вище, через черевце грушоподібного м'яза. Нижній сідничий нерв розміщений на поверхні сідничого нерва. У плода 340,0 мм ТКД стовбур лівого сідничого нерва розгалужувався на великогомілковий і загальний малоомілковий нерви на 15,0 мм нижче підгрушоподібного отвору.

При вивченні місця виходу з таза в сідничну ділянку сідничого нерва у плодовому періоді онтогенезу людини ми використовували три проєкційні лінії: остьово-горбову, остьово-вертлюгову та горбово-вертлюгову. Остьово-горбову лінію (*linea spinotuberalis*) проводили від верхньої задньої клубової ості до бічного краю основи сідничого горба. Остьово-вертлюгова лінія (*linea spinotrochanterica*) проходить від верхньої задньої клубової ості до верхівки, або бічного краю основи великого вертлюга. Слід зауважити, що мова йде про верхівку великого вертлюга в тому випадку, якщо він має трикутну або конусоподібну форму. У більшості (27) плодів верхівка великого вертлюга як правої, так і лівої стегнової кістки не загострена, а сплюснена або заокруглена, і тоді великому вертлюгу притаманна інша форма – овальна, прямокутна, усіченого конуса чи піраміди. Необхідно відмітити, що у плодів людини у великому вертлюзі слід виділяти таку частину як основу. Горбово-вертлюгова лінія (*linea tuberotrochanterica*) з'єднує нижньоприсередній край сідничого горба з бічним краєм основи великого вертлюга. Місце виходу сідничого нерва із таза, переважно знаходиться медіальніше (на 2,0-5,8 мм) від середини горбово-вертлюгової лінії, а в 11 випадках проєкція правого і у 9 спостереженнях лівого сідничих нервів відповідала середині цієї лінії. У досліджених плодів 6-10 місяців сідничий нерв на протязі від грушоподібного м'яза до сідничної складки проходить паралельно до остьово-горбової лінії, дещо назовні (на 2,5-7,8 мм) від неї. Слід зазначити, що відношення проєкційних ліній до горизонтальної і вертикальної площин залежить від конфігурації таза, сідничого горба, великого вертлюга і положення нижньої кінцівки.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Адамович О.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Львів.
Кафедра нормальної анатомії

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є патології хребта, частота яких впродовж останніх років неухильно зростає і омолоджується. Причини таких тенденцій слід шукати як в негативних впливах на організм зовнішнього середовища,

так і в способі життя сучасної людини, що характеризується тотальною гіподинамією та неадекватними фізичними навантаженнями. Як свідчать дані наукової літератури, однією з вікових груп ризику, які підпадають під вплив даних чинників, є підлітки та особи юнацького віку, у яких хребетний стовп характеризується вираженою лабільністю, пов'язаною з явищем акселерації, швидким ростом скелету та слабкістю м'язевого корсету. Патологічні викривлення хребта, що формуються в цей період, стають причиною не лише різного ступеня вираженості розладів у функціонуванні опорно-рухового апарату, але й ведуть до розвитку патологічних станів низки органів, структурно та функціонально пов'язаних з хребтом, спинним мозком та спинномозковими нервами. Зокрема, патологічні зміни у шийному відділі хребта проявляються клінічно порушеннями у функціонуванні численних органів та систем – вертебро-базиллярною недостатністю, розладами у роботі травної, дихальної та серцево-судинної систем, погіршенням зору.

Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення лінійних розмірів структурних компонентів шийного відділу хребта та особливостей їх співвідношення у юнаків, що проживають на Львівщині.

Матеріал і методи. В ході виконання роботи було проаналізовано комп'ютерні томограми 20 практично здорових юнаків (віком 18-25 років), мешканців м. Львова та Львівської області. Обстеження виконані за медичними показами (не пов'язаними зі станом кісткової тканини і хребта) на комп'ютерному томографі четвертого покоління TSX-101AAquilion 16. В процесі дослідження вимірювали висоту окремо кожного хребця та кожного міжхребцевого диску в різних ділянках у прямій та бічній проекціях за допомогою стандартної комп'ютерної програми K-Pacs-Lite.

Результати. Аналіз комп'ютерних томограм шийного відділу хребта дозволив визначити висотні розміри тіл хребців та міжхребцевих дисків по передньому і по задньому краях та по центру, встановити особливості їх форми та проаналізувати співвідношення отриманих морфометричних показників, характерних для кожної з досліджуваних структур.

Детальне вивчення сагітальних проекцій хребта на рівні шийного відділу дало змогу встановити значну варіабельність форми тіл хребців, пов'язану з переважанням висотних розмірів по передньому або по задньому їх краях, значно рідше і лише для окремих груп хребців – на рівні середини тіла. Встановлено, що тіло 2-го шийного хребця найчастіше має максимальну висоту по передньому краю (71%), рідше – посередині, а мінімальну висоту – найчастіше по задньому краю (у 75% від загальної кількості обстежених юнаків). Висота тіл 3-6 шийних хребців найчастіше є максимальною по задньому краю тіл (67%), рідше – по передньому (11%) і лише в 4% випадків – посередині. Найменшими висотні показники тіл 3-6 шийних хребців у 93% обстежених юнаків є на рівні середини тіла.

Проведений аналіз висотних розмірів міжхребцевих дисків засвідчив, що у 85% обстежуваних юнаків диски мають найменшу висоту по задньому краю. Максимальною висота міжхребцевих дисків у 85% обстежених є по центру, а у 15% – по передньому краю.

Аналіз фронтальних зображень шийного відділу хребта дозволив встановити у 20% від загальної кількості всіх обстежених різного ступеня вираженості асиметрію

висоти міжхребцевих дисків. На нашу думку таку асиметрію можна трактувати як ранній прояв викривлення шийного відділу хребта, що в майбутньому може привести до розвитку клінічних ознак даної патології.

Висновки. Проведений аналіз висотних розмірів структурних компонентів шийного відділу хребта у юнаків засвідчив значну варіабельність форми та розмірів шийних хребців та міжхребцевих дисків, що, очевидно можна пояснити як конституційними особливостями обстежуваних, так і рівнем сформованості шийного лордозу. Наявність проявів асиметрії досліджуваних структур може свідчити про розвиток патологічних вигинів на початкових етапах їх формування.

Результати подальшого вивчення вікових особливостей будови складних кісткових структур, до яких належить хребетний стовп, з використанням сучасних методів променевої діагностики, що дозволяють відтворення трьохвимірних реконструкцій обстежуваних ділянок, можуть стати підґрунтям для розпрацювання методів діагностики їх патологічних змін на ранніх термінах, ще до виникнення виражених клінічних проявів.

ЗАКОНОМІРНОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ КЕФАЛОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОНСТИТУЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Адамович О.О., Тарасюк Я.М., Ковалик Д.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії

Якість стоматологічних втручань, що мають на меті реставрацію коронок окремих зубів чи відновлення цілісності зубних рядів, визначається двома чинниками: збереженням естетичного вигляду обличчя та функціональних можливостей зубо-щелепної системи. Об'єктивними показниками якості проведеного ортопедичного лікування чи реставраційних робіт є збереження або відновлення пропорцій обличчя, функцій кусання, жування та мовлення і відсутність скарг пацієнта на больові відчуття та дискомфорт. Форму та естетичний вигляд обличчя оцінюють при візуальному огляді пацієнта, а також використовують об'єктивні методи дослідження, що передбачають клінічне обстеження, яке включає вивчення антропо- і фотометричних даних, рентгенівських знімків, комп'ютерних томограм та телерентгенограм голови у різних проекціях. Форму обличчя, як і голови в цілому, значною мірою визначають індивідуальні особливості будови черепа, які мають виражену вікову динаміку – з віком змінюються пропорції голови, обличчя, особливо в період активного росту щелеп, а в дорослому віці – після втрати зубів. При вивченні форм та розмірів голови і її окремих частин використовують 3 взаємно-перпендикулярно орієнтовані площини (за Симоном, 1923р.): серединно-сагітальну, козелково-очноямкову горизонтальну і фронтальну.