

($p < 0.001$)).

Conclusion. Thyrocytes with internuclear bridges may be considered as markers of radiation effects on the thyroid gland.

МАКРОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НЕРВОВ ЧЕЛЮСТНО-ПОДЪЯЗЫЧНОЙ МЫШЦЫ

А.С. Кулиш, Л.В. Измайлова, С.А. Кулиш, И.В. Ладная
Харьковский национальный медицинский университет
Харьков, Украина

E-mail: kulanat1941@mail.ru

Вопросы возрастной и индивидуальной изменчивости анатомических образований различных областей тела человека в норме и под воздействием различных факторов были и остаются актуальными. Подробные сведения об анатомии дна полости рта, являющегося системой костных, фасциальных и мышечных образований, объединенных нервами и сосудами, тесно связанных топографически и функционально с зубочелюстным аппаратом, имеют практическое значение. В частности, при нередко возникающих осложнениях заболеваний зубов и зубных органов, таких как периодонтиты, остеомиелиты, флегмоны и т.п., патологический процесс достаточно часто распространяется на область дна ротовой полости. Представляют интерес исследования топографо-функциональных связей нервов и сосудов с мышцами и другими образованиями области дна полости рта с целью определения путей распространения инфекций в этой области. Этими путями могут служить не только межмышечные и межфасциальные щели, но и параневральные и периваскулярные пространства. Имеющиеся сведения об иннервации и кровоснабжении мышц дна полости рта у человека не в полной мере удовлетворяют запросы современной челюстно-лицевой хирургии, что предопределило задачи данного исследования. В настоящем сообщении мы представляем материалы исследования топографии челюстно-подъязычной ветви нижнего луночкового нерва и особенностей распределения ее разветвлений в челюстно-подъязычной мышце.

Материалом для исследования послужили комплексные двусторонние препараты нервов мышц дна ротовой полости из музея кафедры анатомии человека ХНМУ (10), а также двусторонние препараты от 14 трупов людей обоего пола различных возрастных групп. Были применены методы макромикроскопического препарирования по Воробьеву и Синельникову, а также методы морфометрии и статистической обработки данных.

Согласно современным представлениям основной органообразующей мышцей дна полости рта человека является челюстно-подъязычная мышца. На всех изученных нами препаратах челюстно-подъязычная мышца получает ветви от челюстно-подъязычного нерва, формирующегося от нижнего альвеолярного нерва. Топография уровней его формирования изменчива. На препаратах людей зрелого возраста наиболее часто (64,5%) нерв формируется на уровне нижнечелюстного отверстия, выше отверстия на расстоянии 5-18 мм (22,9%,) и 12.6% – отнутриканальной части нижнего альвеолярного нерва в 6-12 мм ниже нижнего края отверстия. В этих случаях нерв «возвращается» из нижнечелюстного канала и выходит через его отверстие на медиальной поверхности ветви нижней челюсти позади язычка. После отделения нерв прилегает к внутренней поверхности ветви нижней челюсти, при этом у плодов и новорожденных он расположен практически параллельно к краю нижней челюсти. У детей, вследствие формирования альвеолярных отростков и зубов, между нервом и краем челюсти появляется небольшой угол, который к зрелому возрасту достигает 40-45°. В пожилом возрасте указанный угол уменьшается до 30-32°. Располагаясь в одноименной борозде ветви нижней челюсти нерв прилежит к медиальной крыловидной мышце. Последнее обстоятельство позволяет определить в этой части нервную триаду. Верхний – от места формирования нерва до заднего края мышцы, второй – соответствует ширине медиальной крыловидной мышцы, третий – от ее переднего края до места вступления в «ворота» челюстно-подъязычной мышцы. В этом отделе ствол нерва смещается медиально и на уровне заднего края челюстно-подъязычной мышцы разделяется на концевые ветви. Указанные особенности топографии внемышечной части челюстно-подъязычного нерва могут представлять определенный практический интерес при выполнении мандибулярной анестезии внеротовым путем.

В пределах поднижнечелюстного треугольника челюстно-подъязычный нерв формирует 3-10 первичных ветвей. Большая часть этих ветвей (3-8) погружалась в толщу челюстно-подъязычной мышцы брюшка вблизи его бокового края со стороны нижней поверхности, 1-2 первичных стволика направлялись к переднему брюшку двубрюшной мышцы. Каждая из первичных ветвей при погружении в толщу челюстно-подъязычной мышцы разделяется на стволики II-III порядков направляющихся к срединному шву, располагаясь по ходу мышечных пучков или пересекая их под углами от 10° до 70°. Внутриорганные разветвления нервов распространяются как в поверхностном, так и в глубоких слоях мышцы по смешанной или рассыпной формам. Наблюдаемые формы распределения внутримышечных нервов коррелирует с формой челюстно-подъязычной мышцы, а форма мышцы определяется формой нижней челюсти. При узкой форме нижней челюсти мышца относительно узкая, при этом углы расхождения первичных стволиков в пределах 10° – 40°, а форма распределения внутримышечных нервов преимущественно смешанная. При широкой форме челюсти мышцы относительно широкие, углы расхождения первичных стволиков составляет 50° – 70°. Форма распределения их разветвлений преимущественно рассыпная.

Таким образом, в уровне формирования челюстно-подъязычного нерва

намиопределены три уровня его формирования. В топографии челюстно-подъязычного нерва выделены три отдела по отношению к медиальной крыловидной мышце – верхний, средний и нижний. Распределение внутримышечныхразветвлений челюстно-подъязычного нерва происходитпо смешанной и рассыпной формам и отличается значительной вариабельностью, коррелирующей с формой нижней челюсти и формой мышечного брюшка.В толще мышц нервные стволы располагаются параллельно мышечным пучкам или пересекают их под острыми углами. Между внутримышечными нервами наблюдаются связи в виде дуг и петель, связывающих разветвления нервов в различных слоях.

РЕГЕНЕРАЦІЯ ЕНДОКРИНОЦИТІВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СІМ'ЯНИКА

К.А. Кушнарѡва

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України
м. Дніпро, Україна

E-mail: nunda@ukr.net

В даний час залишається актуальною проблема зниження народжуваності населення, що пов'язано з великою кількістю безплідних шлюбів. Причиною цього часто є зниження андрогенної функції у чоловіків. Проблема поповнення гормонального дефіциту до кінця не вирішена. В останні роки для заповнення андрогенного дефіциту, крім лікарських гормональних препаратів, застосовуються методи трансплантації чоловічої статеві залози або трансплантації її культур клітин і тканин. Також в літературі описані методи вільної трансплантації яєчка (сім'яника), взятого у статевонезрілого донора.

Метою нашого дослідження було вивчення клітин Лейдїга при вільної ортотопічної трансплантації сім'яника.

Експеримент проведено на донорських сім'яниках 15 статевонезрілих білих щурів-самців лінії Wistar віком 5 діб, трансплантованих в сім'яники реципієнтів, яким було проведено попередню субкапсулярну орхідектомію CO₂ лазером. Реципієнтами послужили 30 дорослих білих щурів-самців лінії Wistar. Іншу групу склали донорські яєчка (сім'яники) 15 нелінійних білих щурів-самців масою 12 ± 2 г ($M \pm m$) у віці 5 діб, трансплантованих в сім'яники реципієнтів. Реципієнтами також послужили 30 дорослих білих щурів-самців лінії Wistar після попередньої субкапсулярної орхідектомії CO₂ лазером. Контрольну групу склали 10 дорослих білих щурів-самців лінії Wistar и 10 нелінійних білих щурів-самців.

Усіх тварин після трансплантації виводили з експерименту на 10, 30 і 60 добу