

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



чотири рази тонше. Дуральний мішок відносно міцно фіксований в хребтовому каналі. Краніально він зрощений із стінками великого потиличного отвору, каудально – переходячи в *filum durae matris spinalis*, сполучений з куприком.

Крім того, фіксація мішка здійснюється за рахунок його відростків, які охоплюють корінці спинномозкових нервів у вигляді футлярів. Останні, проходячи через міжхребцеві канали, пов'язані з його стінками сполучнотканинними тяжами. У зміцненні дурального мішка беруть участь фіброзні пилки, що відходять від *endogachis* і задньої поздовжньої зв'язки до його стінок. Число цих утворень непостійне, і вони мають різну форму і орієнтацію, в нижніх відділах вони сплюснуті у вигляді стрічок або косо-поздовжніх тяжів. Форма дурального мішка в горизонтальній площині варіює залежно від його відділів і рівнів. У шийному, грудному і верхньо-поперековому – вона овальна, витягнута у фронтальній площині, рідше - трикутна (шийний відділ), округла (грудний); у нижньо-поперековому – округла, овальна, трикутна або списоподібна. На рівні міжхребцевих дисків передня стінка мішка своєю опуклістю майже впритул торкається задньої поздовжньої зв'язки, зрощеної з фіброзними кільцями. У нижньо-поперековому відділі, де утворюється конусоподібне звуження, вона зміщується назад і займає більш центральне положення в каналі. Задня ж стінка дурального мішка відстає від стінки хребтового каналу на значно більшій відстані, особливо в ділянці жовтих зв'язок верхньо-грудного відділу (3-5 мм).

Епідуральний простір у новонароджених набуває особливого інтересу для хірургів у зв'язку з проведенням перидуральної анестезії у момент оперативного втручання і в післяопераційному періоді (наприклад, для попередження і лікування парезів кишечника, пов'язаних з перитонітом). З практичної точки зору (пункції, катетеризації), цей простір доцільний.

На сагітальних зрізах хребта вентральна ділянка епідурального простору в ділянці дисків представлена мікроскопічно вузькою щілиною, що розширюється на рівні тіл хребців, дорсальний – відносно широкою макроскопічною щілиною, особливо у верхньо-грудному відділі, рідше в поперековому.

У епідуральному просторі добре представлені венозні сплетення. Найбільш розвинені передні внутрішні хребтові вени, розташовані з двох боків від серединної площини у вигляді поздовжніх парних сплетень. Ці судинні утворення є головними шляхами відтоку крові з хребтового каналу. Впродовж каналу вони хвилеподібно зігнуті у фронтальній і сагітальній площинах. На рівні середньої третини тіла кожного хребця венозні судини близько підходять один до одного, анастомозуючи між собою і з *vv. basivertebrales*. На рівні міжхребцевих дисків відстань між ними збільшується. За допомогою дрібних зв'язків, що проходять по нижньому краю міжхребцевих отворів, вони з'єднуються із заднім внутрішнім хребтовим сплетенням. Всі вени епідурального простору надзвичайно тонкостінні, оскільки м'язові волокна в них ще відсутні. Стінки вен досить міцно фіксовані.

Таким чином, найбільш крупні вени епідурального простору розташовуються в його вентро-латеральних сегментах, тягнучись впродовж у вигляді парних густих сплетень. У нижньо-грудному і поперековому відділах вони досягають найбільших розмірів, діаметром до 3 мм. Найменше насиченою судинною зоною є дорсальна ділянка епідурального простору, особливо в ділянці жовтих зв'язок по серединно-сагітальній площині. Вказані особливості топографії вен слід враховувати при проведенні перидуральної анестезії.

Сапунков О.Д.

БУДОВА СЕРЕДНЬОГО ВУХА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ У ВІСІ 6 МІСЯЦІВ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буквинський державний медичний університет»

У наш час в реанімаційних заходах при лікуванні передчасно народжених дітей широко використовується годування через назогастральний зонд, ШВЛ і СРАР-терапія. Необхідність стабілізації важкого соматичного стану таких пацієнтів вимагає тривалого



використанням цих методів. А кількість таких дітей у розвинутих країнах не знижується і залишається стабільним на рівні 5-12% всіх новонароджених.

Тривала компресія біназальної канюлі, інтубаційної трубки, назогастрального зонду, постійне горизонтальне положення дитини призводять до затяжних захворювань верхніх дихальних шляхів, що може призвести до запалення слухової труби та середнього вуха, виникнення ускладнень їх і необхідності хірургічного втручання. Без точного знання топографоанатомічних особливостей будови скроневої кістки у цій віковій групі прицільна робота на даних структурах неможлива. Тому вивчення особливостей морфогенезу і становлення топографії середнього вуха, його індивідуальної анатомічної мінливості у плодів та новонароджених людини залишається актуальним і пріоритетним.

В результаті вивчення препаратів 9-ти плодів людини 186,0-230,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) без зовнішніх анатомічних відхилень або аномалій розвитку кісток черепа встановлено, що нижній край барабанного кільця щільно прилягає до лабіринтної стінки, а верхній відходить від неї, що призводить до виникнення кута, повернутого вершиною латерально. Це свідчить про відсутність нижньої та передньої стінок барабанної порожнини та розташування барабанного кільця з барабанною перетинкою в горизонтальній площині. Вікно присінка має бобовоподібну форму. Вікно завитки в дванадцяти випадках мало овальну форму, в двох - трикутну і в чотирьох випадках спостерігалась округла його форма. Канал лицевого нерва проходить над вікном присінка під кутом 35° і не має кісткової стінки. Його довжина - $3,73 \pm 0,10$ мм, діаметр - $0,74 \pm 0,03$ мм.

Довжина барабанної порожнини: знизу - $5,45 \pm 0,26$ мм, на рівні мису - $7,40 \pm 0,35$ мм, зверху - $4,50 \pm 0,21$ мм. Вертикальні розміри барабанної порожнини: спереду - $5,02 \pm 0,19$ мм, навпроти мису - $7,74 \pm 0,32$ мм, позаду - $5,78 \pm 0,28$ мм. Ширина барабанної порожнини: в передньоверхній ділянці - $2,65 \pm 0,10$ мм, в задньоверхній ділянці - $2,37 \pm 0,08$ мм. Товщина її верхньої стінки складає $0,65 \pm 0,02$ мм. Вертикальний розмір вікна присінка - $1,15 \pm 0,05$ мм, горизонтальний - $1,84 \pm 0,07$ мм. Діаметр вікна завитки - $1,23 \pm 0,04$ мм. Відстань між вікном завитки та вікном присінка - $0,52 \pm 0,01$ мм. Вертикальний розмір мису на лабіринтній стінці - $3,74 \pm 0,13$ мм. Довгий діаметр барабанної перетинки - $7,25 \pm 0,35$ мм, короткий діаметр - $6,25 \pm 0,23$ мм. Довжина слухової труби - $10,25 \pm 0,42$ мм, діаметр слухової труби - $0,74 \pm 0,03$ мм. Горизонтальний розмір барабанних отворів слухових труб - $1,75 \pm 0,08$ мм, вертикальний - $2,08 \pm 0,10$ мм. Розміри глоткових отворів слухових труб становлять: передньозадній - $1,47 \pm 0,05$ мм, вертикальний - $1,75 \pm 0,07$ мм.

Отже у плодів даного віку відсутні нижня та передня стінки барабанної порожнини, не сформований надбарабанний простір. Печера соскоподібного відростка не має дефінітивних розмірів і розташування її відрізняється від розташування у новонароджених. Барабанні отвори слухових труб знаходяться в нижній частині барабанної порожнини, а глоткові отвори - вище або на рівні твердого піднебіння. Канал лицевого нерва не має кісткової стінки і розташування його відрізняється від розташування у новонароджених. Визначені особливості мають важливе значення при удосконаленні технологій і адекватності хірургічного лікування та маніпуляцій у передчасно народжених дітей.

Sarkisova Y.V.

**PERSPECTIVE USE OF POLARIZATIONAL MICROSCOPY
OF HUMAN VITREOUS BODY FOR DIAGNOSTICS
OF THE TIME SINCE DEATH**

*Department of Forensic Medicine and Medical Law
Higher State Educational Establishment of Ukraine
"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi*

The assessment of the time since death (TSD) is a very important aspect in forensic medical science and practice. Today, there is a great number of different techniques for its establishment, and scientific research in this area continues to be carried out by researchers from all over the world. However, most of the existing techniques are not sufficiently reliable and have many