

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

**Наукові рецензенти:**

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.  
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.  
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.  
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.  
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.  
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.  
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.  
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.  
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



нього наприкінці 6-го тижня. Блоковий нерв востає в медіальну частину загального зачатка окоорухових м'язів у Зр 12,5-13,0 мм ТКД.

Отримані результати дослідження є актуальними для практичної медицини і можуть бути застосовані в лабораторіях скринінгу морфологічного матеріалу для оцінки міри дозрівання і прогнозування життєздатності організму і діагностики відхилення від нормального розвитку з подальшою їх корекцією. Зачаток ока, як окрема анатомічна структура очноямкової ділянки, визначається наприкінці 5-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Впродовж 5-го тижня утворюється загальний зачаток окоорухових м'язів, який є агрегацією (ушільненням) клітин Мх навколо зорової ніжки. Першими в параорбітальну Мх востають очний і окооруховий нерви (Зр 8,0-8,5 мм ТКД), пізніше визначаються пучки відповідного нерва (Зр 11,0-11,5 мм ТКД), наприкінці зародкового періоду – пучок блокового нерва (Зр 12,0-13,0 мм ТКД).

**Попович А.І.**

#### **КАЛЬЦИНОЗ ПЛАЦЕНТИ (МОРФОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)**

*Кафедра патоморфології*

*Буковинський державний медичний університет*

Відкладення солей кальцію (фосфати) в плаценті - це нормальне, фізіологічне явище, і до кінця другого - початку третього триместрів у 50% жінок в плаценті можна помітити відкладення кальцію, на момент пологів у більш ніж 75% випадків, плацента має кальцієві включення.

Кальциноз – це відкладання нерозчинних солей кальцію у різних структурах. У плаценті кальцинати знаходять у базальній пластинці, хоріальних ворсинках, септах.

При пролонгованій чи перенесеній вагітності, або навіть при строківих пологах кальциноз плаценти зустрічається достатньо часто. Тимчасом, подекуди трапляються окремі спостереження кальцинозу при передчасних пологах. Причини такого явища поки що невідомі.

Аналіз даних літератури, присвяченим патоморфологічним дослідженням плаценти, дозволяє зробити висновок, що III стадія зрілості плаценти часто реєструється в пізні терміни вагітності, проте не є загальноприйнятною особливістю її розвитку.

За даними ряду авторів, надлишкове кальцинування плаценти в 60-80% випадків зустрічається при ускладненому перебігу вагітності. Багато дослідників зазначають, що в ряді випадків кальцинована плацента не супроводжується відхиленням у розвитку плоду, включаючи масово-ростові показники, дані кардіомоніторингу і стан при народженні. Найімовірніше поява кальцинатів в структурі плаценти є наслідком багатьох причин, до яких відносяться реакція судин хоріона на гестоз, природний некроз ворсинок при їх старінні, постінфекційні зміни, надлишок кальцію в дієті, переносування вагітності.

**Проняєв Д.В.**

#### **ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

У джерелах літератури зустрічаються фрагментарні повідомлення про морфогенез і різні природжені вади жіночих статевих органів. Однак, дотепер бракує фундаментальних робіт щодо їх класифікацій та особливостей патоморфології.

Дослідження проведено на 48 плодах людини жіночої статі 81,0-375,0 мм ТКД без ознак патології органів сечової і статевої систем, отриманих внаслідок передчасних пологів від практично здорових жінок або внаслідок абортів за медичними показами з боку матері чи за соціальними показами. Застосовували методи звичайного та тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи, макромікроскопії, морфометрії та схематичного замальовування уроджених вад жіночих статевих органів.

Нами встановлені певні особливості будови і топографії внутрішніх жіночих статевих органів упродовж плодового періоду онтогенезу людини. Зокрема, анатомічними особливостями яєчників плодів людини є їх сегментарна будова та відносно великі розміри. Встановлено, що морфо-метричні параметри правого яєчника дещо переважають над такими лівого, що на нашу думку є нормальним явищем асиметрії розмірів парних органів. Проте, в деяких випадках спостерігається значне (більше 5,5 мм) переважання деяких (наприклад, білатерального розміру) морфо-метричних параметрів правого яєчника над відповідним розміром лівого яєчника, що кваліфікується нами як патологічна асиметрія. Зазначимо, що така асиметрія притаманна не лише яєчникам, але й матковим трубам. Слід зауважити, що інтенсивність процесів опускання правого та лівого яєчників упродовж пренатального періоду онтогенезу є також асинхронною і не закінчується після народження. Нами встановлено виражену асиметрію топографії парних внутрішніх жіночих статевих органів плодів. Проте, синтопічні взаємовідношення яєчників і маткових труб із суміжними органами і структурами справа та зліва у більшості (43) досліджених плодів майже однакові. Так, до передньої та верхньої поверхонь матки, маткових труб та яєчників прилягають петлі тонкої кишки. Своєю задньою поверхнею внутрішні жіночі статеві органи стикаються з сечоводами та клубовими судинами.

Внутрішні жіночі статеві органи в плодовому періоді характеризуються вираженим поліморфізмом та асиметрією, крайні форми яких на нашу думку і є факторами, що можуть призвести до виникнення їх природжених вад розвитку.



**Процак Т.В.**

#### **СИНТОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТІНОК ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ**

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича*

*Буковинський державний медичний університет*

Дослідження топографо-анатомічних особливостей верхньощелепних пазух (ВЩП) проведено на 40 препаратах верхніх щелеп, черепах і розтинах голови трупів людей зрілого віку методами препарування і комп'ютерної томографії.

Дослідження будови стінок ВЩП показало вона має форму неправильної чотирикутної піраміди, основу якої утворює бічна стінка носа. Верхівка ВЩП проектується на рівні виличного відростка. ВЩП обмежена передньою, верхньою, задньою, присередньою та нижньою стінками. Передня стінка ВЩП розташована між підочнямковим краєм очної ямки і комірковим відростком верхньої щелепи. На зовнішній поверхні кісткової стінки під підочнямковим отвором знаходиться іклова ямка, глибина якої дорівнює 5,6-9,0 мм. На одному препараті глибина іклової ямки досягла 12,0 мм, де вона значно впиналась у порожнину ВЩП. Висота передньої стінки пазухи дорівнювала 28,0-34,0 мм. Поперечний розмір її коливався від 18,0 мм до 24,0 мм. Верхня стінка ВЩП утворена очноямковою поверхнею верхньої щелепи, яка одночасно є нижньою стінкою очної ямки. Пазуха межує з іншими приносними пазухами. Присередній край пазухи топічно визначається на межі між внутрішнім краєм нижньої та присередньої стінок очної ямки. Бічний її край на 20 препаратах відповідав нижній очноямковій щілині. На 5 препаратах – на 2,0-3,5 мм досередини від нижньої очноямкової щілини. Найбільш тонкою у порівнянні з іншими стінками була верхня. Її товщина не перевищувала 1,2-1,8 мм. Передня частина верхньої стінки примикала до слъзозової кістки біля верхньої частини носо-слъзозового каналу. У передньозадньому напрямі на верхній стінці ВЩП розташований підочнямковий канал. На 8 препаратах у задніх двох третинах стінки на місці каналу була виявлена підочнямкова борозна. На 14 препаратах з боку порожнини ВЩП на верхній стінці виявлялось у передньозадньому напрямі випинання підочнямкового каналу. На 3 препаратах ВЩП впинається у присередню стінку очної ямки, примикаючи до комірок решітчастого лабіринту і слъзозового відростка піднебінної кістки. Задня стінка ВЩП топічно відповідала верхньощелепному горбу. За верхньою частиною зазначеної стінки розташована крило-піднебінна ямка, в якій знаходяться крило-піднебінний вузол, верхньощелепний нерв, верхньощелепна артерія, венозне сплетення. На 14 препаратах своїм задньовисхідним краєм ВЩП примикала до задніх комірок решітчастого лабіринту. На 2 препаратах вона знаходилась біля стінки клиноподібної пазухи. Нижня стінка ВЩП утворена задньою частиною коміркового відростка верхньої щелепи. Залежно від пневматизації її дно знаходилось на різних рівнях відносно нижньої стінки носової порожнини. Так при середній пневматизації на 9 препаратах дно ВЩП знаходиться на одному рівні з нижньою стінкою носа. На 11 препаратах її дно знаходилось нижче нижньої стінки носа, а на 5 препаратах – вище дна носової порожнини. На препаратах, коли дно ВЩП знаходилось нижче нижньої стінки носа, до неї примикали верхівки другого малого кутнього зуба та першого великого кутнього зуба. На 2 препаратах передня стінка досягала рівня першого малого кутнього зуба, а на одному препараті вона простягалась до третього великого кутнього зуба. Присередня (носова) поверхня ВЩП одночасно утворює частину бічної стінки носової порожнини. У товщі її передньої частини знаходиться носо-слъзозовий канал, який закінчується у нижньому носовому ході під нижньою носовою раковиною. З боку порожнини ВЩП канал утворює невеликий виступ. У ділянці нижнього носового ходу присередня стінка верхньощелепної пазухи представлена лише кістковою тканиною, покритою слизовою оболонкою. Стінка ВЩП у цьому місці була представлена дуплікатурою слизової оболонки. У верхньозадньому відділі півмісяцевого розтвору середнього носового ходу на присередній стінці виявлявся вихідний отвір, який сполучав ВЩП із середнім носовим ходом. Довжина отвору становила від 3,5 мм до 18,0 мм, висота – від 2,5 мм до 6,0 мм. Вверху ВЩП прилягає до решітчастого лабіринту. На 6 препаратах пазуха межує із середніми решітчастими комірками. На 3 препаратах у носову стінку пазухи впинаються задні решітчасті комірочки. Характерним була відсутність кісткової тканини у крайній частині середнього носового ходу. Слизова оболонка повністю вкривала твердий остов стінок ВЩП, де вона щільно була з'єднана з окістям і охрястям. Слизова оболонка розташовувалась на базальній мембрані, вкрита багаторядним циліндричним миготливим епітелієм. У субепітеліальному шарі залози слизової оболонки ВЩП розташовувались окремими рядами, між якими виявлялись ділянки слизової оболонки де залози відсутні. Вертикальний розмір ВЩП коливався від 26,0 мм до 38,0 мм, поперечний – від 20,0 мм до 26,0 мм, передньо-задній розмір – від 27,5 мм до 34,0 мм.

Таким чином, у людей зрілого віку можна відмітити появу випадків стоншення стінок ВЩП, опускання їх дна, зменшення розмірів і об'єму ВЩП.

**Руснак В.Ф.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ГЛОТКИ НА ПОЧАТКУ ПЛОДОВОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ**

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича*

*Буковинський державний медичний університет*

При макроскопічному дослідженні плодів 82,0-93,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) поздовжній розмір глотки становить 5,05-5,30 мм, краніокаудальні розміри частин відповідно: носової –





0,59-0,60 мм, ротової – 0,83-0,84 мм, гортанної – 3,44-3,60 мм. Довжина глотки у плодів 82,0 мм ТКД становить: носової частини – 0,58-0,59 мм, ротової частини – 0,82-0,83 мм, гортанної частини – 3,43-3,47 мм, а у плодів 93,0 мм ТКД відповідно: носової – 0,62-0,63 мм, ротової – 0,87-0,88 мм, гортанної – 3,57-3,60 мм.

Порожнина глотки має лійкоподібну форму за рахунок того, що ротова частина широка, а гортанна стрімко звужується. Поперечний розмір носоглотки складає 0,50-0,53 мм, ротоглотки – 0,26-0,27 мм, гортаноглотки – 0,18-0,19 мм. Через навскісне розміщення дорзальної стінки глотки плодів цього терміну, верхня її стінка не відмічається. У крайній краніальній ділянці носової частини задня і бічна її стінки наближуються. В цій ділянці у плодів 93,0-97,0 мм ТКД при макроскопічному дослідженні виявляється закладка глоткового мигдалика, який має вигляд поздовжніх складок довжиною 125-360 мкм та дрібних і неглибоких борозен між ними. Наприкінці четвертого місяця внутрішньоутробного розвитку довжина глоткового мигдалика складає 7,42-7,57 мм, ширина – 5,72-5,80 мм, глоткові отвори слухових труб мають переважно форму щілини, іноді овальну форму. У плодів 120,0-134,0 мм ТКД стають помітними передні і більш виражені задні губи глоткових отворів слухових труб. В подальшому позаду задніх губ та вздовж трубних валків відбувається закладка і розвиток трубних мигдаликів. Внаслідок переміщення глоткових отворів слухових труб відстань від хоан до передніх губ отворів становить 2,70-2,90 мм, відстань від поверхні глоткового мигдалика до середини глоткових отворів труб – 1,15-1,49 мм. Відстань від задньої стінки глотки до середини глоткових отворів труб становить 4,10-4,38 мм, від заднього кінця твердого піднебіння до середини глоткових отворів труб – 3,05-3,23 мм. Рівень розміщення глоткових отворів над твердим піднебінням складає 0,42-0,70 мм.

Піднебінноязикові та піднебінноглоткові дужки у плодів кінця четвертого місяця розвитку чітко виражені. Між ними спостерігаються заглибини слизової оболонки бічних стінок глотки, що мають вигляд заглибин – мигдаликові ямки, які мають довжину 2,80-2,90 мм.

На початку п'ятого місяця розвитку нижній відділ глотки має виражену лійкоподібну форму і гладенькі стінки. Передньозадній розмір гортанної частини глотки на рівні верхнього краю надгортанника складає 3,61-3,66 мм, на рівні черпакуватих хрящів гортані – 2,34-2,39 мм.

Наприкінці п'ятого місяця у плодів 175-185 мм ТКД краніокаудальний розмір глотки становить 5,84-5,97 мм, зокрема носової частини – 0,70-0,72 мм, ротової – 1,10-1,14 мм, гортанної – 4,02-4,11 мм. Довжина глоткового мигдалика складає 8,44-8,66 мм. Форма глоткових отворів слухових труб щілиноподібна. Відстань від хоан до передніх губ отворів становить 4,10-4,19 мм, від поверхні глоткового мигдалика до середини глоткових отворів слухових труб – 3,41-3,51 мм, від задньої стінки глотки до середини глоткових отворів – 5,28-5,42 мм, від середини глоткових отворів труб до заднього кінця твердого піднебіння – 3,41-3,52 мм. Довжина піднебінноязикових дужок коливається в межах 4,60-4,91 мм, а піднебінноглоткових – 5,48-6,14 мм. Вони розташовані на відстані 3,10-3,32 мм одна від одної.

Рівень верхнього краю надгортанника щодо передньозаднього розміру нижньої частини глотки складає 4,41-4,58 мм, на рівні черпакуватих хрящів – 2,70-2,84 мм.

**Савка І.Г.**

### ВПЛИВ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НА ФОРМУВАННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ОЗНАК В ЗОНІ ПЕРЕЛОМУ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

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

Травми довгих трубчастих кісток нижньої кінцівки з їх переломами – один із найбільш поширених механічних феноменів. При їх виникненні значний вплив на результат мають як зовнішні чинники, так і внутрішні, пов'язані із особливостями організму та станом кісткової тканини конкретної людини. В той же час, механічне перевантаження кісток залежно від напрямку дії сили, структурно-функціональних особливостей окремих їх відділів і стану кісткової тканини в них – зумовлюють різноманітні за морфологічними особливостями ушкодження.

Судові медики і травматологи все частіше зустрічаються з атиповими випадками переломів, комбінованими та поєднаними травмами нижніх кінцівок з невідомою етіологією та механізмом виникнення. Взаємозв'язки між зовнішніми та внутрішніми чинниками у цих випадках і на сьогодні залишаються недостатньо вивченими.

Тому, все більше вітчизняних і закордонних науковців у своїх дослідженнях вказують на необхідність біомеханічних досліджень процесу руйнації довгих кісток нижньої кінцівки та впливу окремих морфологічних компонентів кісткової тканини на перебіг процесу їх руйнації: Т.М. Keaveny (2008), G.E. Sroga (2011), C.J. Wang, X.Z. Yu (2007), V. Kosmopoulos (2008), S. Nagaraja (2005), E.I. Waldorff (2007) та ін.

Метою дослідження було вивчення впливу структурно-функціональних особливостей окремих відділів довгих кісток нижніх кінцівок на особливості формування морфологічних ознак в зоні деформації та закономірності перебігу процесу руйнації даних кісток при травмах тупими предметами.

Для вихідного уявлення про структурно-функціональні особливості окремих відділів досліджуваних кісток нами спочатку були виміряні їхні обводи.



Подальший аналіз ми проводили також за складовими компонентами кісткової тканини, які були узагальнено розділені на органічні (в склад яких входили як клітини кістки, так і сполучнотканинні утворення) та мінеральні компоненти кістки (представлені переважно гідроксиапатитом та іншими структурами твердого матриксу).

Крім того, були виділені порожнинні простори кістки – медулярний канал та внутрішньокісткові утворення – судини, мікроканальці остеонів, мікропорожнини губчастої кістки. Методологічно простори всередині кісткової тканини класифікувалися нами як пори кістки (мікроканальці, ложа кровонесних судин), не дивлячись на їх гістологічну різноманітність.

Порожнинні утворення кістки були заповнені водними складовими. Верхні і середні відділи стегна та середня частина великогомілкової кістки містять найменшу кількість пор – біля 5%. Найбільший об'єм пори займають в ділянці колінного суглоба (низ стегна та верх великогомілкової кістки) та у нижньому відділі великогомілкової кістки. Мікроархітектура малоомілкової кістки має значну дисперсію і по кількості каналців займає проміжний рівень і має по два піки кількості пор. Результати аналізу зв'язків між видом дії травмуючої сили та макроархітектурними морфологічними показниками кісток наведені у табл.

Таблиця

Однофакторний дисперсійний аналіз зв'язків між видом дії та макроархітектурними морфологічними показниками кісток

№ п/п	Морфологічний показник	Статистичний показник					
		SS ef.	MS ef.	SS err.	MS err.	F	p
1	Обвід кістки	9,45	3,15	577,5	5,83	0,54	0,66
2	Медулярний діаметр позд.*	1,52	0,51	18,2	0,18	2,76	0,05
3	Медулярний діаметр попер.	1,39	0,46	23,2	0,23	1,98	0,12
4	Медулярний показник позд.*	0,15	0,05	0,76	0,01	6,60	0,01
5	Медулярний показник попер.	0,06	0,02	0,93	0,01	2,02	0,12
6	Товщина компакти перед.	0,70	0,23	21,5	0,22	1,08	0,36
7	Товщина компакти задн.	0,06	0,02	6,62	0,07	0,27	0,84
8	Товщина компакти медіал.	0,01	0,001	6,34	0,06	0,07	0,97
9	Товщина компакти латерал.	0,10	0,03	3,85	0,04	0,82	0,49
10	Площа медулярного каналу*	6,12	2,04	65,0	0,66	3,11	0,03

\*- вірогідність міжгрупової різниці  $p < 0,05$

Таким чином різні ділянки довгих трубчастих кісток нижньої кінцівки мають значну кількість структурно-функціональних особливостей. Це знаходить своє відображення у макро- та мікроархітектурі кістки і впливає на опірність до дії зовнішніх механічних сил та морфологічні характеристики переломів цих кісток. Кількість та розмір пор кістки має ряд вірогідних кореляційних зв'язків із іншими структурними показниками. Перш за все це сильний позитивний зв'язок із кількістю води у кістці та негативний із відсотком вмісту органічних компонентів. Визначення морфологічних ознак переломів довгих трубчастих кісток дає можливість ідентифікувати характер спричиненої травми та встановити механізм її виникнення. Серед макроархітектурних показників найбільш суттєво впливали на характер перелому поздовжній діаметр кістки (як абсолютний, так і відносний), розміри медулярного каналу (у вигляді медулярного показника) та його площа.

**Слободян О.М.**

### ПОЗАОРГАННІ АРТЕРІАЛЬНІ СУДИНИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Буковинський державний медичний університет*

Особливості кровопостачання дванадцятипалої кишки вивчені на 57 препаратах трупів плодів і новонароджених та 12 органокомплексах за допомогою ін'єкції артерій з наступним макромікропрепаруванням, рентгенографією, морфометрією.

На початку 4-го місяця розвитку вже чітко розрізняють артерії черевної порожнини. Характерним у кровопостачанні дванадцятипалої кишки і голівки підшлункової залози є спільність артерій. Дванадцятипала кишка у перинатальному періоді онтогенезу кровопостачається дев'ятьма основними артеріями. Верхня частина дванадцятипалої кишки кровопостачається правою шлунковою, правою шлунково-сальниковою артеріями та гілочками від шлунково-дванадцятипало-кишкової артерії. У кровопостачанні нижньої частини кишки беруть участь гілки від верхньої та нижньої підшлунково-дванадцятипало-кишкової артерій. Верхню половину нижньої частини дванадцятипалої кишки кровопостачає передня, середня і задня верхні підшлунково-дванадцятипало-кишкові артерії (система