

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



МАТЕРІАЛИ

93 – і

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

14, 15, 20 лютого 2012 року

Чернівці – 2012

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 93-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 20 лютого 2012 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2012. – с. 360

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали тез 93 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 20 лютого 2012 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – доктор медичних наук, професор Бойчук Т.М., доктор медичних наук, професор Іващук О.І., кандидат медичних наук, доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.

доктор медичних наук, професор Боднар Б.М.

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.

доктор медичних наук, професор Полянський І.Ю.

доктор медичних наук, професор Сенютрович Р.В.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Федів О.І.

доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

доктор медичних наук Слободян О.М.

доктор медичних наук Федонюк Л.Я.

ISBN 978-966-697-423-8

© Буковинський державний медичний університет, 2012

частини ДПК характерно незначна каудальна випуклість, прямолінійний напрямок у фронтальній площині для ранніх плодів (4-5-місячних) і косий напрямок (справа наліво, знизу вверху) – для 6-10-місячних плодів та новонароджених. Висхідна частина ДПК спрямована косо-краніально (справа наліво, знизу вверху) з лівобічною опуклістю, напрямок дорсовентральний у сагітальній площині. Форма ДПК зумовлена вираженістю її частин. Типовою формою ДПК у даний період онтогенезу є кільцеподібна, частота якої в 4-5-місячних плодів становить 71%, у 6-7-місячних – 56%, у 8-10-місячних і новонароджених – 66%. У середньому кільцеподібна форма ДПК у перинатальному періоді розвитку спостерігається в 64% випадків. С-подібна форма ДПК характерна для 6-7-місячних плодів, яка виявлена нами в 16% спостережень, у ранніх плодів (4-5-місячних) – у 8%, у пізніх (8-10-місячних) – 9%, середня частота даної форми ДПК для перинатального періоду становить 11%. Частота U-подібної форми ДПК у ранніх плодів мінімальна (5%), у 6-10-місячних плодів та новонароджених – частота її збільшується до 10% випадків. Майже однакові відсоткові співвідношення частоти стосується V-подібної форми ДПК у перинатальному періоді (у 4-5-місячних плодів – 16%, у 6-7-місячних – 18%, у 8-10-місячних і новонароджених – 15%).

Різноманітність форм ДПК зумовлена синтопічним впливом суміжних органів черевної порожнини: печінки, голівки підшлункової залози, петлі сигмоподібної кишки, правої та лівої нирок. Синтопічний вплив на становлення топографії і формоутворення ДПК у перинатальному періоді розвитку спостерігається з боку поверхні печінки, яка охоплює її та голівку підшлункової залози. Крім зазначених органів, на ранніх етапах розвитку, ДПК зазнає синтопічного впливу з боку правої і лівої нирок, на пізніх стадіях – з боку петлі сигмоподібної кишки.

Отже, дванадцятипала кишка зазнає синтопічного впливу з боку внутрішньої поверхні печінки, голівки підшлункової залози, крім цього, у ранніх плодів – з боку правої і лівої нирок, у пізніх плодів – петлі сигмоподібної кишки. Типовою формою в перинатальному періоді онтогенезу є кільцеподібна дванадцятипала кишка (64%). Скелетотопічно верхня частина дванадцятипалої кишки зміщується краніально на один міжхребцевий проміжок, нижня частина кишки – каудально на висоту тіла хребця і двох міжхребцевих проміжків.

Столяр Д.Б.

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

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

Встановлено, що у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку скронево-нижньощелепний суглоб утворений голівкою нижньої щелепи, нижньощелепною ямкою скроневої кістки, дорзальною частиною скроневого відростка виличної кістки.

Нижньощелепна ямка скроневої кістки плоска, ледь ввігнута. Нижньощелепна ямка розташована нижче виличної дуги скроневої кістки та спереду від кам'янисто-барабанної щілини зовнішнього слухового ходу. Нижньощелепна ямка обмежена спереду задньою поверхнею майбутнього переднього суглобового горбика, ззаду – барабанною частиною скроневої кістки, зверху утворена – тонким шаром кісткової речовини скроневої кістки та ззовні – гребенем виличної дуги скроневої кістки. Суглобовий горбик скронево-нижньощелепного суглоба не диференціюється. Суглобовий диск розміщений в суглобовій сумці та ділить суглобову сумку на два "відділи" – верхній та нижній. В суглобовій капсулі визначається суглобова поверхня, верхня синовіальна та нижня синовіальна перетинки. Спереду суглобовий диск кріпиться в ділянці майбутнього суглобового горбика сполучнотканинним тяжем, ззаду – сполучнотканинним тяжем до задньої стінки суглобової капсули розгалужуючись вгору та вниз. Суглобова сумка (капсула) охоплює голівку і шийку нижньої щелепи та нижньощелепну ямку скроневої кістки. На скроневої кістці суглобова капсула кріпиться спереду в ділянці майбутнього переднього суглобового горбика і далі по периметру нижньощелепної ямки до переднього краю кам'янисто-барабанної щілини. Знизу суглобова капсула скронево-нижньощелепного суглоба кріпиться до шийки нижньої щелепи, при чому дорзальна поверхня дещо нижче охоплює шийку нижньої щелепи. До суглобової сумки прикріплюється бічна зв'язка. Внутрішньокапсулярні зв'язки в даний віковий період слабо диференційовані.

Проаналізувавши одержані краніометричні параметри та морфометричні показники скронево-нижньощелепного суглоба і нижньої щелепи, нами встановлено, що в другому триместрі внутрішньоутробного розвитку спостерігаються прямі сильні корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та висотою гілки нижньої щелепи ($r=0,9913$), середньої сили корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та відстанню між краніометричними точками "гоніон" і "погоніон" ($r=0,9744$), слабкі корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та показниками кута нижньої щелепи ($r=0,6786$).

У III триместрі спостерігаються прямі сильні корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та краніометричними точками "гоніон" і "погоніон" ($r=0,992$), середньої сили корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та відстанню між висотою гілки нижньої щелепи ($r=0,961$), шириною СНЩС та довжиною черепа ($r=0,954$), слабкі корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та окружністю голови ($r=0,863$) та між шириною СНЩС та показниками кута нижньої щелепи ($r= -0,48$).

У новонароджених спостерігаються прямі сильні корелятивні зв'язки між поперечною шириною СНЩС та показниками Со-М відстані ($r=0,9943$), між шириною СНЩС та краніометричними точками "гоніон" і "погоніон" ($r=0,9641$), середньої сили корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та довжиною тіла нижньої щелепи ($r=0,9035$), шириною СНЩС та показниками Ві-М відстані ($r=0,87$), слабкі корелятивні зв'язки між шириною СНЩС та показниками кута нижньої щелепи ($r=0,8372$) та між шириною СНЩС та показниками висоти гілки нижньої щелепи ($r= 0,7255$).

Товкач Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

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

Аномалії травної системи становлять 17,8% і є однією з причин пренатальної смертності. Останнім часом все частіше трапляються випадки природженої патології стравохідно-шлункової ділянки травного тракту, що вимагає особливої уваги науковців до даної проблеми. В Україні, у зв'язку з аварією на Чорнобильській АЕС, показники малюкової смертності значно зросли, неонатальна смертність у структурі смертності немовлят становить близько 60%.

Довжина черевної частини стравоходу в плодів вирізняється мінливістю. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини черевної частини стравоходу. У більшості плодів даного періоду ми спостерігали таку особливість: чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший її діаметр. Починаючи з 7-го місяця, довжина черевної частини стравоходу зменшується. На 4-му місяці внутрішньоутробного розвитку довжина черевної частини стравоходу становить $2,25 \pm 0,53$ мм, на 6-му $2,86 \pm 0,31$ мм, в новонароджених $1,5 \pm 0,15$ мм. У 95% плодів віком 4-7 місяців, та у 76% – у пізніх плодів та новонароджених спостерігається наявність черевної частини стравоходу. Зміна довжини черевної частини стравоходу очевидно пов'язана з формуванням стравохідно-шлункового сфінктера, утворюються нові компоненти сфінктера, які формують замикальний механізм, наближений до дефінітивного стану.

На основі проведених досліджень встановлено, що в плодів 4-х місяців рентгенологічно просвіт стравоходу в межах його черевної частини майже однаковий із наддіафрагмальним сегментом. Формування спільного футляра навколо діафрагмального сегмента стравоходу, за даними Баженова Д.В. відбувається наприкінці 5-го місяця, що відповідає результатам дослідження.

Критичний період у формуванні стравохідно-шлункового сфінктера розпочинається на п'ятому місяці внутрішньоутробного розвитку. У цей період різко збільшується товщина слизової, до максимальної кількості збільшується кількість складок слизової оболонки. Наприкінці п'ятого місяця внутрішньоутробного розвитку у результаті добре розвиненої слизової оболонки формується кардіальна складка слизової оболонки в ділянці кардіальної частини шлунка, „складка Губарева“ існування якої заперечує у дорослих.

Черевна частина стравоходу візуалізується при ультразвуковому дослідженні надчеревної ділянки як при поперечному, так і поздовжньому скануванні. При поперечному і поздовжньому скануванні новонароджених і грудних дітей черевна частина стравоходу

.....	4	.....	46
.....	5	.....*	48
.....	6	.....*	49
.....	7	.....	50
.....	8	.....	51
.....	9	.....	53
.....	10	.....	54
.....	12	.....	55
.....	13	.....*,	56
.....	14	.....*	58
.....	15	.....	59
.....	17	.....	60
.....	17	.....	62
.....	19	-	62
.....	20	.....	62
.....	21	.....	63
-	23	.....	63
.....	24	.....	63
.....	25	Lomakina Yu.V., Pishak V.P.....	64
.....	26	.....	64
.....	27	.....	65
.....	28	.....	66
.....	29	.....	67
.....	29	.....	68
.....*	30	.....	69
.....	31	.....	70
.....	31	.....	70
.....	32	.....	70
.....*	33	.....	71
.....*	34	.....	72
.....	34	.....	73
.....	35	.....	73
.....	35	.....	74
.....	36	.....	75
.....	37	.....*	76
.....	38	.....*	78
.....	39	.....	78
.....	40	.....*	79
.....	41	.....** .....	79
.....	42	.....*	80
.....	42	.....	81
.....	43	.....	82
.....	44	.....*	82
.....	45	.....	83