

**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 Сенютович 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

У новонароджених відокремити сліпу кишку від червоподібного відростка нескладно, адже біля його основи спостерігається різке вуження як просвіту з середини так і діаметра товстої кишки зовні. В деяких випадках спостерігали наявність складки слизової оболонки в ділянці звуження що є ознакою формування межі між нею та червоподібним відростком.

Процеси, які проходять в клубово-сліпокишковому сегменті впродовж плодового періоду, схожі до таких, що відбуваються при інвагінації. Про це свідчить послідовна зміна форми клубового сосочка та положення компонентів клубово-сліпокишкового переходу. Роль привідної петлі відіграє термінальний сегмент клубової кишки, головки інвагіната – клубовий сосочок. Просвіт кишечника на четвертому місяці внутрішньоутробного розвитку людини частково перекривається в ділянці клубового сосочка, про що свідчить його форма та характер клубового отвору.

За даними деяких авторів на початку плодового періоду клубовий сосочок має білабіальну будову. За нашими даними на початку плодового періоду клубовий сосочок має округлу форму з точковим ілеальним отвором. До 8-го місяця у привідній петлі накопичується максимальна кількість меконія. Наслідком є утворення ампулоподібного розширення клубової кишки. В цей час відбувається період прискореного розвитку термінального відділу клубової кишки, який збігається у часі з періодом уповільненого розвитку товстої кишки. Діаметр термінального відділу клубової кишки на 7-8 місяцях переважає над діаметром товстої кишки.

Подальше збільшення кількості меконія призводить до розтягування “головки інвагіната”. В цей час відбувається збільшення його діаметру, зміна його форми з круглого до овального сосочка розміщеного повздовжньо, а згодом і до круглого з зяючим отвором.

Всі ці зміни призводять до відновлення прохідності кишечника, починаючи з 8-го місяця. З цього періоду відбувається наповнення меконієм товстої кишки, про що свідчить збільшення її діаметра, який на 9-му місяці переважає над діаметром тонкої кишки. Клубовий сосочок частково стримує рефлюкс і в цей час відбувається період інтенсивного розвитку товстої кишки, який збігається у часі із періодом уповільненого розвитку тонкої кишки.

Найінтенсивніше розширення товстої кишки відбувається навпроти та нижче клубового сосочка, розширюється основа червоподібного відростка, що є початком формування сліпої кишки.

Розтягнення стінок товстої кишки в свою чергу призводить до розтягнення клубового сосочка, який спочатку набуває овальної форми і розміщений поперечно.

У новонароджених розміщення компонентів клубово-сліпокишкового переходу близьке до дефінітивного. З початком активного функціонування травної системи, циклічного періодичного наповнення кишечника каловими масами клубовий сосочок набуває губоподібної форми.

**Слободян О.М.**

## **АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Дослідження дванадцятипалої кишки (ДПК) підтвердили її особливе топічне положення та фізіологічне значення в шлунково-кишковому тракті. Становлення форми ДПК у плодів має великий діапазон мінливості та різноманітне положення її окремих частин, що зумовлюють складність топографії. Встановлення динаміки становлення ДПК та її компонентів на всіх етапах перинатального онтогенезу є важливим при визначенні причин виникнення варіантів та вад розвитку, виконанні оперативних втручань та ендоскопічних маніпуляцій у новонароджених та дітей раннього віку.

Результати наших досліджень свідчать, що в 4-місячних плодів верхня частина ДПК розміщена майже прямолінійно у фронтальній площині, у 5-10-місячних плодів і новонароджених – косо-каудально (зліва направо і зверху вниз). Напрямок верхньої частини ДПК зумовлений фіксацією його печінково-дванадцятипалокишковою зв'язкою. У плодів та новонароджених низхідна частина ДПК має каудальний напрямок у фронтальній площині, починаючи з 6-го місяця, у сагітальній площині її напрямок вентродорсальний. Для нижньої

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.

.....	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