

**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



протоків. На вентромедіальній поверхні первинної нирки визначається закладка статеві залози у вигляді гребінцевого потовщення.

У зародків 9,0-10,0 мм ТКД у наслідок інтенсивного збільшення об'єму мезонефроса утворюються дві очеревинні мезонефричні складки, які відходять у краніальному та каудальному напрямках. Краніальна складка прямує до діафрагми, що формується, а протилежна прямує в каудальний відділ целома. Остання поступово набуває властивостей фіброзної тканини і в подальшому служить провідником для статеві залози. Провідник статеві залози (пахвинна зв'язка мезонефроса) має видовжену форму з чіткими контурами. Він зв'язує каудальний відділ мезонефроса з передньою черевною стінкою. Слід зазначити, що на цьому етапі розвитку направляючі тяжі практично не мають ніякого впливу на переміщення гонад. Зміщення останніх у каудальному напрямку в основному пов'язано з редуцією краніального відділу мезонефроса та інтенсивним ростом його каудального відділу.

У зародків 13,0-14,0 мм ТКД на передній черевній стінці, біля місця фіксації повідця статеві залози, утворюється невелике лійкоподібне заглиблення розміром 5-8 мкм, яке слід розглядати як початок формування пахвинного каналу.

Розширення пахвинного каналу відбувається за рахунок накопичення в міжклітинному речовині направляючої зв'язки яєчка гіалуронової кислоти, яка зв'язує воду і тим самим збільшує його в обсязі. Окремі етапи в процесі опускання яєчка - гормонозалежні з одночасною зміною морфології анатомічних структур направляючої зв'язки яєчка. На нашу думку, на процес опускання яєчка великий вплив мають різноманітні гуморальні та нервові фактори.

Таким чином, розвиток пахвинного каналу здійснюється у тісному взаємозв'язку з морфофункціональними особливостями пахвинного тяжа, вагінального відростка очеревини, яєчка та сім'яного канатика або круглої зв'язки матки. Однією з важливих структур, що визначають процес опускання яєчка, є направляюча зв'язка яєчка. У процесі опускання яєчка, крім направляючої зв'язки яєчка, беруть участь багато інших структур і механізми.

**Бойчук О.М.**

## **КРОВОПОСТАЧАННЯ РЕШІТЧАСТОЇ КІСТКИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ**

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

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

На основі вивчення біологічних препаратів щелепно-лицевої ділянки новонароджених, методами звичайного препарування та гістологічного дослідження встановлено, що твердий каркас носової порожнини і приносних пазух вкритий слизовою оболонкою. Остання досить тісно зв'язана з окістям і охрястям. Слизова оболонка вистелена псевдобагатощаровим війчастим стовпчастим епітелієм, який розташований на базальній мембрані. В окремих місцях виявлено незначне потовщення слизової оболонки. Сюди відносяться присередня поверхня нижньої носової раковини, вільний край середньої носової раковини, у незначній мірі – задній кінець верхньої носової раковини та передньонижній відділ носової перегородки. У зазначених потовщеннях виявляється печериста тканина та слизові залози. Печеристі тіла складаються із поверхнево розташованої тонкої сітки кровоносних судин і глибоко розташованої більш великої сітки судин.

Передня і задня решітчасті артерії відгалужуються від очної артерії, і під гострим кутом через решітчасті отвори вступають у верхній відділ носової порожнини. У даній ділянці вони діляться на бічну і присередню гілки.

Бічна гілка за розсіпним типом ділиться на гілки третього порядку, які простежуються в слизовій оболонці стінки і комірок решітчастого лабіринту. Присередня гілка має горизонтальний напрямок. Під прямим кутом вона перетинає волокна нюхових нервів і вступає в слизову оболонку носової перегородки, де прямує в низхідному напрямку.



Кожна із зазначених гілок у верхній третині бічної стінки і носової перегородки ділиться на 6-8 гілочок третього порядку, які розходяться віялоподібно. Останні діляться на гілки наступних порядків. Їх чисельні стовбурці виявляються у слизовій оболонці комірок решітчастого лабіринту та слизової оболонки бічної стінки носової порожнини і носової перегородки.

Клинопіднебінна артерія вступає через клино-піднебінний отвір у задню носову ділянку, де віддає 2-4 гілки до бічної стінки носової порожнини та одну, більш велику, до носової перегородки – задню артерію носової перегородки.

Бічні носові гілки прямують допереду, топічно знаходяться ближче до твердого каркасу бічної стінки та розгалужуються в слизовій оболонці носових раковин та носових ходів. Частина з них анастомозує із задніми решітчастими артеріями. На 2 препаратах виявлена тільки одна бічна носова гілка, яка за розсипним типом ділилася на гілки другого порядку, кількістю від 3 до 6.

Задня артерія носової перегородки на всіх досліджених препаратах має горизонтальний напрямок. У задньому відділі носової перегородки дихотомічно ділиться на гілки другого порядку: верхню та нижню. Перша прямує допереду, розділяючись на третинні гілки, які анастомозують із задніми решітчастими артеріями. Друга виявляється ближче до нижнього краю носової перегородки. На своєму шляху вона віддає гілки третього порядку, які анастомозують між собою та утворюють петлі різної форми і величини.

Окрім цього, вищезазначені гілки віддають чисельні тоненькі гілочки, які пронизують слизову оболонку під прямим кутом і досягають епітеліальної вистилки. В останній вони з'єднуються і утворюють досить густу судинну сітку.

Нижня гілка задньої артерії носової перегородки в ділянці різцевого отвору анастомозує з гілочками шизхідної піднебінної артерії.

Найбільша концентрація сітки артеріальних судин на досліджених препаратах знаходиться у передньонижній частині носової перегородки, де розгалужуються переважно стовбурці передньої решітчастої артерії та їх анастомози із задньою решітчастою артерією і задньою артерією носової перегородки.

Топографічно найбільш поверхнево розташована дрібна сітка кровоносних судин, потім судини середнього калібру і найбільш глибоко розташовані великі стовбури судин.

**Ванчуляк О.Я.**

## **МОЖЛИВОСТІ МЕТОДІВ БАГАТОПАРАМЕТРИЧНОЇ ПОЛЯРИЗАЦІЙНОЇ ТА ЛАЗЕРНОЇ АВТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЇ МІКРОСКОПІЇ БІОЛОГІЧНИХ ШАРІВ У ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДА**

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Основним завданням у діяльності судово-медичного експерта є діагностика смерті насильницького характеру. Значна поширеність випадків смерті від гострої коронарної недостатності (ГКН) осіб віком до 45 років та її раптовість, що породжує підозру у судово-слідчих органів на насильницький генез, вимагає використання об'єктивних точних методів діагностики гострої ішемії (ГІ) міокарда (М) для виключення кримінальної складової настання смерті. Враховуючи різноспрямованість патофізіологічних механізмів та наявність багатьох питань, що залишаються без відповіді, вибір методу діагностики ГІ та трактування результатів його використання часто є складним завданням у практиці судово-медичного експерта.

Метою роботи було розробити комплекс методів багатопараметричної поляризаційної та лазерної автофлуоресцентної мікроскопії біологічних шарів для встановлення критеріїв діагностики ГІМ.