

**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



forward and form a finger-like protuberance, which begins to act in the cavity of the intermediate brain.

Rusnak V.F.

**TOPOGRAPHY OF PHARYNX IN THE FETUSES
OF THE FOURTH MONTH OF HUMAN ONTOGENESIS**

*M.G. Turkevych Department of Human Anatomy
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

At the beginning of the fetal period, the throat has three distinctly defined parts that are characteristic of the definitive hundred. The boundaries between parts of the organ can be considered as: soft palate - caudal border of the nasal part of the pharynx, level of entrance to the larynx (upper edge of the epiglottis) - caudal margin of the mouth, lower level of the cricoid cartilage of the larynx - caudal limit larynx pars and transition of the pharynx to the esophagus.

In the macroscopic examination of the fetuses (83,0 - 94,0 mm of the crown-rump length CRL), the longitudinal size of the pharynx is from 5,07 to 5,40 mm, and the craniocaudal dimensions of the parts correspond: nasal - from 0,58 to 0,59 mm, the mouth - from 0,84 to 0,85 mm, the throat - from 3,46 to 3,62 mm.

In the fruit of 83.0 mm CRL the length of the pharynx is: the nasal part - from 0.59 to 0.60 mm, the oral part - from 0.83 to 0.84 mm, the throat part - from 3.44 to 3.48 mm, and the fetuses of 94.0 mm CRL, respectively: the nasal - from 0.63 to 0.64 mm, the mouth - from 0.88 to 0.89 mm, the larynx - from 3.58 to 3.61 mm.

The cavity of the pharynx is shaped like a bilayer due to the fact that the oral part is wide and the guttural is rapidly narrowing. The transverse size of the nasopharynx is from 0.51 to 0.54 mm, the oropharyngeal - from 0.27 to 0.28 mm, the larynx - from 0.19 to 0.20 mm.

Because of the perpendicular placement of the dorsal wall of the pharynx of the fetuses of this term, its upper wall is not marked, and in the extreme cranial region of the nasal part of the back and its lateral walls are approaching. In this area, 94.0 - 98.0 mm CRL in the macroscopic examination reveals the pharyngeal tonsil, which has the form of longitudinal folds of a length from 123 mc to 358 mc, and shallow and shallow furrows between them. At the end of the fourth month of fetal development, the length of the pharyngeal tonsil is from 7.43 to 7.58 mm, the width is from 5.73 to 5.81 mm, and of the auditory tubes are predominantly in the form of a slit, sometimes an oval shape. In the fruit from 120,0 to 133,0 mm CRL, the front and more pronounced hind lip of the sore mouth of the auditory tubes are noticeable. In the future behind the back lips and along the tubular rolls is the laying and development of tubal tonsils. As a result of the displacement of the auditory tube's the distance from the choanae to the anterior lobes of the holes is from 2.71 to 2.92 mm, and the distance from the pharyngeal tonsil to the middle of the pharyngeal openings of the tubes - from 1.14 to 1.48 mm. The distance from the back wall of the pharynx to the middle of the pharyngeal openings of the tubes is from 4.11 to 4.39 mm, and from the rear end of the solid palate to the middle of the sores of the tubes - from 3,07 to 3,24 mm. The level of the filling of the syringes above the hard palate is 0.43 to 0.71 mm.

Рябний Ю.М.

**ФОРМУВАННЯ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНИ СПИННОГО МОЗКУУ ПЛОДОВОМУ
ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ**

*Кафедра анатомії людини імені М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Методами морфологічного дослідження вивчено оболони спинного мозку 50 плодів людини. Тверда мозкова оболона відносно товста, тягнеться до I-II крижового хребця, утворюючи дуральний мішок. Товщина його стінок різна. Найбільш виражена задня стінка, особливо в шийному відділі (1,3±0,2 мм), в грудному вона в два, а в поперековому – майже в



чотири рази тонше. Дуральний мішок відносно міцно фіксований в хребтовому каналі. Краніально він зрощений із стінками великого потиличного отвору, каудально – переходячи в *filum duralae m. trisspinalis*, 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