

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



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

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

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

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 Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



верхній, середній і нижній (останній має більший діаметр), які, в свою чергу, розгалужуються за магістральним чи розсіпним типом. Більшість гілок нижнього сідничного нерва входить у товщу великого сідничного м'яза по лінії, яка проведена між верхнім і нижнім краями м'яза на межі його медіальної і середньої третини або в ділянці середньої третини м'яза. Переважно розгалуження нижнього сідничного нерва розподіляються у верхній і нижній частинах великого сідничного м'яза.

У 19 плодів виявлений розсіпний тип галузнення нижнього сідничного нерва, який характеризується тим, що 6-13 гілок нерва прямують у латеральному напрямку. Частина гілок нижнього сідничного нерва розміщується поверхнево і досягає бічного краю великого сідничного м'яза. Більшість гілок нижнього сідничного нерва проникає у товщу великого сідничного м'яза і має меншу протяжність. При цьому гілки нижнього сідничного нерва розподіляються більш-менш рівномірно у всіх частинах великого сідничного м'яза. Внутрішньом'язові нерви перетинають м'язові пучки великого сідничного м'яза під різними кутами. Між окремими розгалуженнями нижнього сідничного нерва, переважно в присередніх відділах великого сідничного м'яза, виявляються численні сполучні гілки, внаслідок чого формується дрібнопетлисте сплетення. У товщі великого сідничного м'яза визначаються поодинокі тонесенькі гілочки нервів до внутрішньом'язових гілок нижньої сідничної артерії, які прямують по ходу останніх і розгалужуються в стінці артерій.

У трьох спостереженнях (плоди 210,0, 280,0 і 320,0 мм ТКД) від нижнього сідничного нерва прямували гілки до квадратного м'яза стегна. У плода 300,0 мм ТКД нервовий стовбурець від нижнього сідничного нерва підходив під гострим кутом до задньої поверхні квадратного м'яза стегна в ділянці його верхньоприсереднього кута. У плода 310,0 мм ТКД нижній сідничний нерв виходив через підгрушоподібний отвір із таза двома самостійними нервовими стовбурцями: верхнім і нижнім, розташованими паралельно один до одного. Від нижнього стовбурця нижнього сідничного нерва до квадратного м'яза стегна відходили задня і передня гілки. Остання, в свою чергу, віддавала дві гілки до передньої і задньої поверхонь квадратного м'яза стегна.

Нижні сідничні судини знаходяться в товщі глибокого фасціального листка великого сідничного м'яза. Короткий стовбур нижньої сідничної артерії після виходу з підгрушоподібного отвору віддає м'язові гілки, які прямують до нижньоприсереднього квадранта великого сідничного м'яза і анастомозують між собою, з гілками верхньої сідничної артерії, супутньою артерією сідничного нерва (гілкою нижньої сідничної артерії), із задньою гілкою затульної артерії та присередньою огинальною артерією стегна.

Таким чином, топографія гілок нижнього сідничного нерва у досліджених плодів людини відрізняється значними індивідуальними відмінностями. У товщі великого сідничного м'яза нижній сідничний нерв розгалужується за магістральним або розсіпним типом. Гілки нижнього сідничного нерва розподілені у товщі великого сідничного м'яза рівномірно. Між окремими розгалуженнями нижнього сідничного нерва виявляються сполучні гілки, які обумовлюють утворення дрібнопетлих сплетень.

Гаїна Н.І.

АНАТОМІЯ КРОВОНОСНИХ СУДИН ТОВСТОЇ КИШКИ В НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Буковинський державний медичний університет*

Проведені морфологічні дослідження біологічних препаратів новонароджених показали, що на відстані 11,8-15,5 мм від черевної частини аорти від верхньої брижової артерії відгалужується середня ободовокишкова артерія, довжиною 17,5±0,3 мм, яка прямує доверху і вліво у напрямку середньої третини поперечної ободової кишки. Не доходячи на 2,9-3,7 мм до останньої, названа артерія в свою чергу розгалужується на проксимальну і дистальну гілки. Остання направлена в бік лівого згину і бере участь у формуванні дуги Ріолана, а проксимальна гілка продовжується у гілку, яка анастомозує з правою ободовокишковою артерією. На 6,1-7,3 мм дистальніше середньої ободовокишкової артерії відосновного стовбура верхньої брижової артерії відгалужувалася права ободовокишкова артерія. Вона була спрямована до середини висхідної частини ободової кишки. Біля стінки останньої права ободовокишкова артерія розгалужувалася на висхідну та низхідну пристінкові гілки, які віддавали гілки до висхідної ободової кишки і анастомозували, відповідно, з середньою ободовокишковою та клубово-сліпокишковою артеріями. На препаратах новонароджених виявлено, що на 31,7-32,0 мм дистальніше устя верхньої брижової артерії від неї починалася клубово-сліпокишкова артерія (зовнішній діаметр 0,45±0,02 мм, довжина -25,2±0,8 мм), яка прямувала донизу і вправо у напрямку клубово-сліпокишкового кута. Не доходячи на 4,7-5,3 мм до останнього, артерія віддавала гілку до червоподібного відростка, а сама утворювала вигин, опуклістю направлений у бік сліпої кишки і переходила у пристінкову артерію висхідного відділу ободової кишки.

Нижня брижова артерія (її зовнішній діаметр дорівнює - 1,6±0,05 мм, довжина - не перевищує 7,1±0,19 мм) відгалужується від середини лівої частини переднього півкола черевної частини аорти під кутом 16-19°. Рівень відгалуження відповідає III-IV поперековим хребцям, що на 23,8±0,6 мм вище рівня біфуркації аорти. На відстані 6,8-7,5 мм від устя, нижня брижова артерія віддає судину, довжина якої коливається від 2,9 до 3,5 мм, вона прямує вліво і дихотомічно поділяється на ліву ободовокишкову та сигмоподібну артерії. Ліва ободовокишкова артерія на відстані 30,6-31,4 мм від місця свого початку ділилася на 2-3 гілки: із них права анастомозувала з лівою гілкою середньої ободовокишкової артерії, утворюючи дугу Ріолана; середня - розгалужувалася у межах лівого згину ободової кишки; ліва - зливалася з пристінковою артерією низхідного відділу ободової кишки. Відходження сигмоподібної артерії від нижньої брижової досить варіабельне: на більшості препаратів сигмоподібна артерія починалася спільним стовбуром з нижньою прямокишковою, а на



окремих препаратах - з лівою ободовокишковою артеріями. Сигмоподібна артерія утворює два прямі крайові анастомози. Перший, протяжністю від 22,5 до 60,5 мм, між нижньою гілкою лівої ободовокишкової та верхньою гілкою сигмоподібної артерій. Другий, протяжністю від 21,0 до 68,0 мм між нижньою гілкою сигмоподібної артерії та верхньою прямокишковою артерією.

Галичанська О.М., Хмара Т.В.

МОРФОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУДИН ВЕРХНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ У ПЛОДІВ І НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Буковинський державний медичний університет*

Для успішного виконання різних маніпуляцій на судинах верхнього середостіння необхідно мати чітке уявлення про їх морфометричні параметри впродовж онтогенезу людини. Однак у джерелах літератури відсутня нестача відомостей про залежність морфометричних показників судин верхнього середостіння від віку плода, які могли б стати базою нормологічних показників.

Мета дослідження - простежити динаміку змін морфометричних параметрів легеневого стовбура і дуги аорти впродовж плодового та раннього неонатального періодів онтогенезу людини.

Дослідження проведено на 142 препаратах плодів 81,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини з терміном гестації 13-40 тижнів і 12 новонароджених людини. Вивчали тільки ті випадки, коли причина смерті не була пов'язана з патологією органів і судинно-нервових утворень середостіння.

При виконанні дослідження нами встановлено динаміку змін морфометричних параметрів судин верхнього середостіння у плодів і новонароджених людини (рис. 1-2).

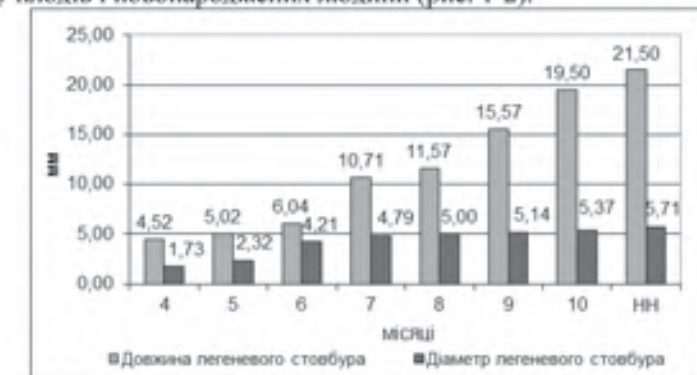


Рис. 1. Вікові зміни довжини і діаметра легеневого стовбура у плодів і новонароджених

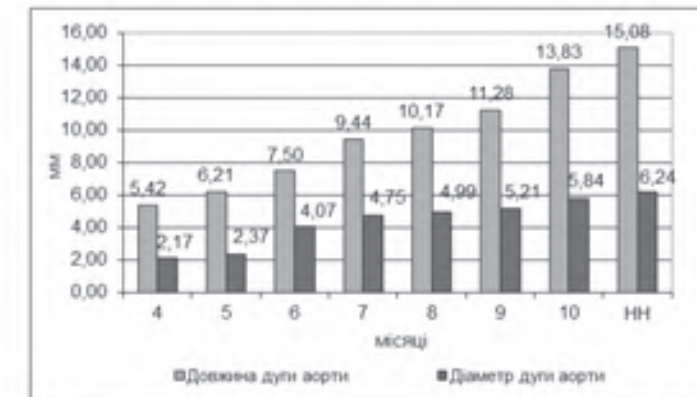


Рис. 2. Вікові зміни довжини і діаметра дуги аорти у плодів і новонароджених

Таким чином інтенсивний розвиток легеневого стовбура відбувається у плодів 4, 7 і 10 місяців та новонароджених, а дуги аорти - на 6 і 10 місяцях і в новонароджених.

Гарвасюк О.В.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНА КОНЦЕНТРАЦІЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛАКТОГЕНУ В ТРОФОБЛАСТІ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ У ТЕРМІН ГЕСТАЦІЇ 29-32 ТИЖНІ

*Кафедра патологічної анатомії
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було встановлення імунгістохімічної концентрації плацентарного лактогену в трофобласті хоріальних ворсинок плаценти при передчасному дозріванні хоріального дерева у вагітних із залізодефіцитною анемією та без анемії у вагітних у термін гестації 29-32 тижні.