

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**101 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**10, 12, 17 лютого 2020 року**

**Чернівці – 2020**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук 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.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2020



Стадія розвитку передплодів 32,5-37,0 мм ТКД є перехідною від ембріональних форм органів до тих, які вони є у новонароджених. Зігнутість хребтового стовпа ще зберігається, але значно згладжується порівняно з зародками. У кожному з хребців можна розрізнити основні частини крім остистих відростків. Тіла хребців набувають випуклості на передній поверхні і чітко відрізняються один від одного за формою і розмірами. Верхні поперекові хребці більші за нижні поперекові. Хорда на цій стадії зберігається тільки в центрі міжхребцевих хрящів. У пердплодів 25,0-40,0 мм ТКД міжхребцевий диск має 3 зони: зовнішню (волокниста тканина); середню (волокнистий хрящ) і перихордальну (гіаліновий хрящ).

Таким чином дослідження показало, що у передплодів 14,0-16,0 мм ТКД на окремих ділянках хребта біля хорди формуються скупчення хрящових клітин-майбутні хребці, а в проміжках між ними формуються міжхребцеві диски а у пердплодів 24,0-28,0 мм ТКД починають формуватися основні компоненти суглобів хребта: суглобові поверхні, суглобова капсула і суглобова щілина.

**Бойчук О.М.**

### **ОСОБЛИВОСТІ СИНТОПІЇ СУДИННО-НЕРВОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ КОМІРОК ЛАБІРИНТУ РЕШІТЧАСТОЇ КІСТКИ**

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

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Слизова оболонка носової порожнини у функціональному відношенні є великою рецепторною поверхнею з дуже складними і різноманітними рефлекторними зв'язками. Вона містить велику кількість кровоносних і лімфатичних судин, які обплетені численними нервовими закінченнями. Головним фактором регуляції трофіки носової порожнини і приносних пазух є їх вегетативна іннервація, в склад якої входять трофічні (симпатичні) і секреторні (парасимпатичні) волокна (Клыпа Н.Д. 2013, Боєнко Д.С. 2012). Знання топографо-анатомічних особливостей судинно-нервових складових приносних пазух є вкрай важливим не тільки морфологам, а й практичним лікарям.

Встановлено, що окремі нервові волокна та сплетення в слизовій оболонці комірок лабіринтів решітчастої кістки знаходяться в тісному топографо-анатомічному зв'язку з судинними сплетеннями та окремими кровоносними судинами. У слизовій оболонці комірок решітчастих лабіринтів утворюються поверхневі (дрібнопетлисті) і глибокі (крупнопетлисті) нервові сплетення, які взаємопов'язані з судинними сплетеннями: підепітеліальним, проміжним і окісним. Артерії та вени, що проникають в окремі комірочки лабіринтів решітчастої кістки, утворюють у слизовій оболонці артеріальні і венозні кільця, від яких відходять найдрібнішими судини. У міру віддалення від вхідного отвору, артерії і вени беруть участь в утворенні дуг, петель, аркад. На всьому протязі судини перехрещуються з нервовими волокнами. Звертає на себе увагу нерівномірний розподіл судин і нервів в окремих комірках та ділянках слизової оболонки лабіринтів решітчастої кістки людини.

**Гараздюк М.С.**

### **МЮЛЛЕР-МАТРИЧНА МІКРОСКОПІЯ ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ГЕМОРАГІЧНИХ КРОВОВИЛИВІВ В ГОЛОВНОМУ МОЗКУ ТРАВМАТИЧНОГО І НЕТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗИВ**

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Точне встановлення причини смерті (ПС), а також давності отриманих ушкоджень є одним із головних питань судово-медичної травматології. Зазвичай для дослідження посмертних морфологічних змін основних типів тканин людини та травматичних макронеоднорідностей її органів використовують макроскопічну оцінку стану органу чи



тканини з послідувачим дослідженням відповідного гістологічного препарату, на основі чого встановлюють ПС. Перспективними в цьому напрямі є не інвазивні оптичні методи діагностики структури біологічних тканин (БТ) із використанням комплексу фотометричних, поляризаційних і кореляційних методик. Зазначені методи вивчення явища світлорозсіяння БТ дозволяють реалізувати пошук взаємозв'язків даних динаміки посмертних змін досліджуваних тканин організму тих чи інших органів із сукупністю об'єктивних фотометричних, поляризаційних і кореляційних параметрів їх оптичних зображень. На основі цього відкриваються нові можливості щодо об'єктивної і більш точної діагностики ПС та визначення часового проміжку, що пройшов із моменту утворення внутрішньо-мозкових крововиливів.

Мета роботи - розробити судово-медичні критерії диференціації геморагічних крововиливів травматичного і нетравматичного генезів методом Мюллер-матричної мікроскопії гістологічних зрізів тканини головного мозку людини (ТГМЛ). Матеріал дослідження: нативні гістологічні препарати ТГМЛ від 32 трупів із геморагічними крововиливами в ТГМЛ нетравматичного генезу, 29 трупів із геморагічними крововиливами травматичного генезу (основна група дослідження) та 30 трупів, причиною смерті яких була гостра коронарна недостатність (група контролю). Метод дослідження – азимутально-інваріантне Мюллер-матричне картографування (визначалися координатні розподіли величини Мюллер-матричного інваріанту циркулярного двопронезаломлення (ММІ ЦД мікроскопічних зображень гістологічних зрізів ТГМЛ). Для усіх вимірюваних величин визначалися статистичні моменти 1-4-го порядків.

Результати досліджень координатної та статистичної структури мап величини ММІ в точках цифрових мікроскопічних зображень гістологічних зрізів ТГМЛ померлих всіх груп виявили координатно-неоднорідну структуру всіх розподілів величини ММІ та достатню статистичну подібність мап: гістограми розподілів величини ММІ мікроскопічних зображень гістологічних зрізів мозку померлих з всіх груп близькі за структурою, що можна пов'язати з кратним розсіянням світла в об'ємі навіть геометрично тонких гістологічних зрізів ТГМЛ. Для гістограм з усіх груп для усіх статистичних моментів також характерний малий розкид значень дисперсії, значні асиметрія та ексцес. Для статистичного моменту 3-го порядку, який характеризує асиметрію розподілів величини ММІ ЦД, сила методу Мюллер-матричної мікроскопії у диференціації зразків контрольної та дослідних груп є найвищою з усіх статистичних моментів та досягає задовільного рівня точності – 75% - 77%.

Отже, аналіз отриманих даних виявив, що сила методу Мюллер-матричної мікроскопії для диференціації геморагічних крововиливів травматичного і нетравматичного генезів досягає задовільного рівня точності – 75% - 77%.

**Гримайло Н.А.**

## **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОЕКЦІЇ ГОЛОВНОЇ ПРОТОКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ПЕРЕДНЬОБОКОВУ СТІНКУ ЖИВОТА**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Аномалії проток підшлункової залози, зокрема вроджене її звуження, є причиною проявів симптомів порушення травлення з наступним розвитком хронічного панкреатиту. Відомості про розташування головної протоки підшлункової залози на всіх етапах розвитку самої залози є чіткою передумовою успішного виконання хірургічних втручань на ній та дає змогу більш точно визначати проекцію головної протоки підшлункової залози під час КТ та ультрасонографії.

Як відомо, головна протока підшлункової залози розташована на рівні 3-4 поперекового хребця. Вона бере свій початок від хвоста підшлункової залози, проходить вздовж тіла і закінчується на великому сосочку дванадцятипалої кишки. У місці виходу її знаходиться замикач, який регулює подачу панкреатичного соку у просвіт дванадцятипалої