

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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. Івашук 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



Ступінь вираженості асиметрії лінійних розмірів, складових «верхнє віяло», «нижнє віяло» і «бічне віяло» в порівняльному співвідношенні правої і лівої сторін, за даними загальної вибірки дослідження представлена різноміза величиною значеннями.

Таким чином, краніологічне дослідження характеристик лицевого черепа, що включає послідовний вимір окремих морфо метричних розмірів лицевого черепа, параметрів «верхнього», «бічного» і «нижнього» віял, дозволяє оцінити асиметрію досліджуваних ознак у верхній, нижній і бічній частинах лицевого черепа. Найбільш значущими ознаками краніометрії для дослідження асиметрії лицевого черепа є точки N-ar.inf і N-Zm (в «верхньому» віялі), точка Zm-infra (в «бічному» віялі) і точка Ss-max (в «нижньому» віялі).

**Назимок Є.В.**

#### **ОРГАНОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Вивчення перебігу просторових змін сигмо ректального сегмента в перинатальному періоді, його макромікроскопічних меж, органометричних показників мають вагомє значення для анатомічного обґрунтування нових хірургічних втручань та удосконалення існуючих [A.Shafik et al., 1999; A.A.Молдавская, 1999; В.А.Козлов, и др. 2006]. Вивчення індивідуальної анатомічної мінливості складових компонентів сигмо ректального сегмента сприятиме визначенню механізмів виникнення природжених вад термінального відділу шлунково-кишкового тракту.

Органометричні показники компонентів сигмо ректального сегмента в другому триместрі внутрішньоутробного розвитку вказують на незначне переважання діаметра очеревинного відділу прямої кишки над дистальним відділом сигмоподібної ободової кишки.

Діаметр сигмо ректального переходу сильно корелює ( $r=0,69$ ) з діаметром дистального відділу сигмоподібної ободової кишки у плодів обох статей. З розвитком плодів змінюється форма сигмоподібної ободової кишки, збільшується її довжина, діаметр дистальної відділу сигмоподібної ободової кишки та діаметр очеревинного відділу прямої кишки.

Органометричні показники компонентів сигмо ректального сегмента в третьому триместрі внутрішньоутробного розвитку вказують на переважання діаметрів очеревинного відділу прямої кишки та дистального відділу сигмоподібної ободової кишки над діаметром сигмо ректального переходу. Діаметр сигмо ректального переходу сильно корелює з діаметром очеревинного відділу прямої кишки ( $r = 0,9$ ;  $p < 0,001$ ).

У новонароджених діаметр сигмо ректального переходу менший за діаметри прилеглих відділів кишки. Виявлена сильна залежність між діаметром сигмо ректального переходу та віком об'єктів дослідження, довжиною сигмоподібної ободової кишки, діаметром дистального відділу сигмоподібної ободової кишки та діаметром очеревинного відділу прямої кишки. Слід зауважити, що найбільш вірогідна кореляція спостерігається між діаметром сигмо ректального переходу та довжиною сигмоподібної ободової кишки ( $r = 0,8$ ;  $p < 0,001$ ). Спостерігається швидке збільшення довжини сигмоподібної ободової кишки порівняно з другим та третім триместрами внутрішньоутробного розвитку.

Аналіз одержаних результатів показав, що найбільш інтенсивні зміни у будові відбуваються в третьому триместрі внутрішньоутробного розвитку. Про це свідчить прискорений ріст сигмоподібної ободової кишки в довжину та збільшення діаметрів компонентів сигмо ректального сегмента.

**Олійник І.Ю., Коваль Ю.І.\*, Геровська-Ковбасюк О.Б.\***

#### **ВИПАДОК АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СУДИН ПУПОВИНИ В ДЕСЯТИМІСЯЧНОГО ПЛОДА**

*Кафедра патологічної анатомії  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
ОКУ «Патологоанатомічне бюро», м. Чернівці\**

Патологія пуповини, при якій можливий розвиток ускладнень під час пологів та погіршення перинатального результату, надзвичайно різноманітна. Частота цієї патології в популяції коливається від 4,8 до 38,4 %. У 21–65 % випадків патологія пуповини є безпосередньою причиною мертворожденості, ранньої дитячої смертності та захворюваності новонароджених. Причини виникнення патології пуповини вивчені недостатньо [Абдулаєва Ж.О., 2010]. Високоінформативні діагностичні технології – ехографія, доплерометрія, кардіотокографія, кольорове доплерівське картування мають певне значення в діагностиці патології пуповини. Однак питання про критерії диференційної діагностики різних форм патології пуповини – обвивання, істинні вузли, вади її розвитку – і вибору методу полого розршення остаточно не вирішені.

Ряд авторів [Радзінський В.Е., Милованов А.П., 2004; Медведєва М.В., 2005; Salzillo P.L. et al., 2010; Lubusky M. et al., 2012] констатує, що незважаючи на науково-технічний прогрес у акушерстві, діагностика патології пуповини недосконала.

Метою дослідження було вивчення патоморфологічних змін пуповини десятимісячного плода, померлого внаслідок внутрішньоутробної асфіксії під час пологів.

В основу дослідження покладено патологоанатомічне та гістологічне дослідження мертворожденного



доношеного плода жіночої статі, яке проведено на базі Чернівецької обласної комунальної медичної установи „Патологоанатомічне бюро“. Дане дослідження проведено із дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину (від 04.04.1997 р.), Хельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участі людини (1964-2008 рр.) та наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

У ході патологоанатомічного дослідження померлого під час пологів від внутрішньоутробної асфіксії плода встановлено: темна рідка кров в порожнинах серця та магістральних судинах; загальне венозне повнокров'я внутрішніх органів; дрібновогнищеві крововиливи у вісцеральних плеврах, епікарді, легенях, печінці, селезінці, нирках та навколонирикової клітковині, м'яких мозкових оболонках. Супутніх патологій з боку плода немає.

Патологоанатомічним та гістологічним дослідженням було встановлено, що ураження плода зумовлене іншими станами пуповини і плаценти. Макроскопічно: пуповина довжиною 55,0 см, неоднорідного жовтувато-сірого кольору, помірно набрякла; прикріплення крайове, діаметр – 1,0-1,8 см. На всьому протязі пуповини виявлено вісім (!) несправжніх вузлів. На відстані 12,0 см від плодового кінця пуповини розміщений подвійний несправжній вузол. Діаметр подвійного несправжнього вузла 2,3 см. На відстані 10,0 см від плодового кінця пуповини має кулеподібне (діаметром 0,6 см) випинання стінки вени темно-синього кольору. На відстані 14,0 см від плодового кінця пуповини має кістозно розширену вену та артерію. На перерізі вени та (рівноцінному за місцем) перерізі однієї із артерій у просвітах виявлено обтуруючі тромби, навколо яких має місце виражений крововилив у Вартонів студень. Водночас були виявлені обтуруючі тромби в судинах пуповини на рівні випинання, навколо яких має місце незначний крововилив у Вартонів студень. На розрізі пуповини нижче рівня випинання стінки вени: обтуруючі тромби у просвіті судин, крововиливи навколо судин та у Вартонів студень з формуванням гематоми. Гістологічно у стінці вени в місці випинання виявлено відсутність циркулярного м'язового шару та еластичний каркас, розшарування повдовжніх м'язових волокон з порушенням цілісності стінки (аневризма). За межами випинання – еластичний каркас стінки слабо виражений.

Висновки патологоанатомічного дослідження: патологоанатомічним та гістологічним дослідженням у мертворожденного плода виявлено виражені розлади кровообігу пуповини, плаценти. Діагностовано поєднану аномалію розвитку судин пуповини: множинні псевдовузли та варикозні розширення вени; вроджену аневризму вени пуповини з крововиливом. Тромбоз судин пуповини. Гематома пуповини.

**Павлюкович О.В., Бачинський В.Т.**

#### **ПРОСТОРОВА ТРИВИМІРНА РЕКОНСТРУКЦІЯ ЧАСОВОЇ І СПЕКТРАЛЬНОЇ ЕВОЛЮЦІЇ СТУПЕНЯ ДЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ, РОЗСІЯНОГО ТКАНИНОЮ МОЗКУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЧАСУ НАСТАННЯ СМЕРТІ ПРИ МАСИВНІЙ КРОВОВТРАТІ**

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Визначення давності настання смерті при різних її видах весь час перебуває в авангарді питань судово-медичної науки та практики, як одне із найбільш важливих для правоохоронних органів. Дана робота висвітлює результати застосування новітніх методів лазерної поляриметрії для вирішення цього питання, а саме визначення давності настання смерті при масивній крововтраті шляхом тривимірної реконструкції часової і спектральної зміни деполаризації лазерного випромінювання розсіяного тканиною мозку людини.

Приймаючи до уваги факт щорічного зростання постановки питань судово-слідчими органами стосовно діагностики давності настання смерті та необхідності збільшення їх достовірності, й певну суб'єктивність моральну та історичну застарілість зазвичай використовуваних у судово-медичній практиці використання новітніх об'єктивних, економічно вигідніших методик дослідження динаміки післясмертної зміни біологічних тканин організму людини.

Основною метою нашого дослідження було вивчення післясмертної динаміки зміни показників деполаризації лазерного випромінювання розсіяного тканиною мозку для діагностики давності настання смерті.

В якості об'єктів дослідження використовувалися зрізи тканини головного мозку трупів людей у результаті крововтрати (К-тип) - 31 випадок.

Найбільш чутливим математичним інструментом для оцінювання зміни координатної структури параметра деполаризації є спектр потужності розподілу сукупності його значень.

Кожен екстремум такого спектру відповідає кількості структурних утворень того чи іншого геометричного розміру у досліджуваному розподілі поляризаційних параметрів.

Серія отриманих зображень (експериментальних результатів), наведених на рис. 1, ілюструє деполаризуючу здатність зрізів тканини мозку та показано результат вимірювання координатного та тривимірного розподілів ступеня деполаризації зображень тканини мозку К-типу для лазерного випромінювання з довжиною хвилі з часом після настання смерті 1 год.

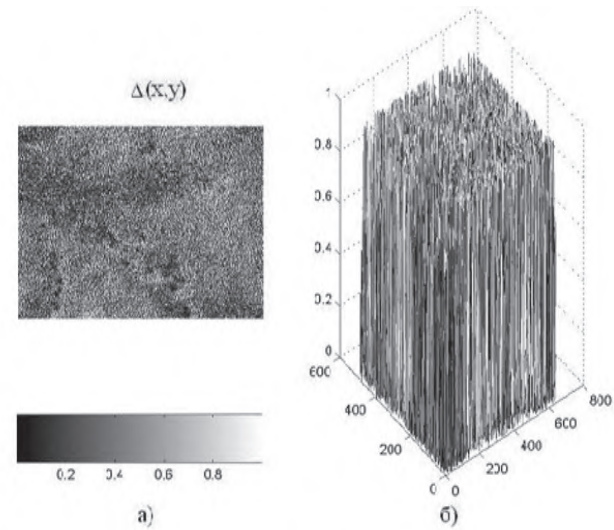


Рис. 1. Розподіли ступеня деполаризації зображення зрізу тканини мозку К типу:  
а) координатний; б) тривимірний

На основі порівняльного аналізу часової еволюції залежностей  $LogPSD\Delta - \log(x)$ , обчислених за сукупністю експериментальних даних по серії зрізів головного мозку людини в різних спектральних діапазонах, можна здійснити цілеспрямований пошук того чи іншого діагностичного критерію, на основі якого можна реалізувати можливості об'єктивного визначення часу настання смерті.

На рис. 2 приведені спектри потужності розподілу ступеня деполаризації лазерного випромінювання, розсіяного зрізами тканини мозку К - типу.

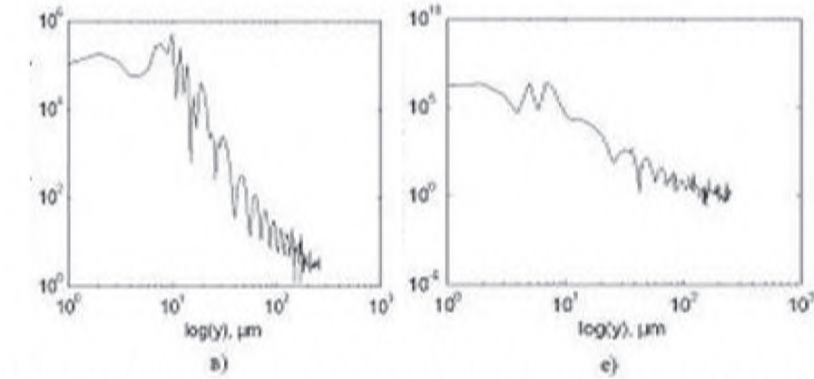
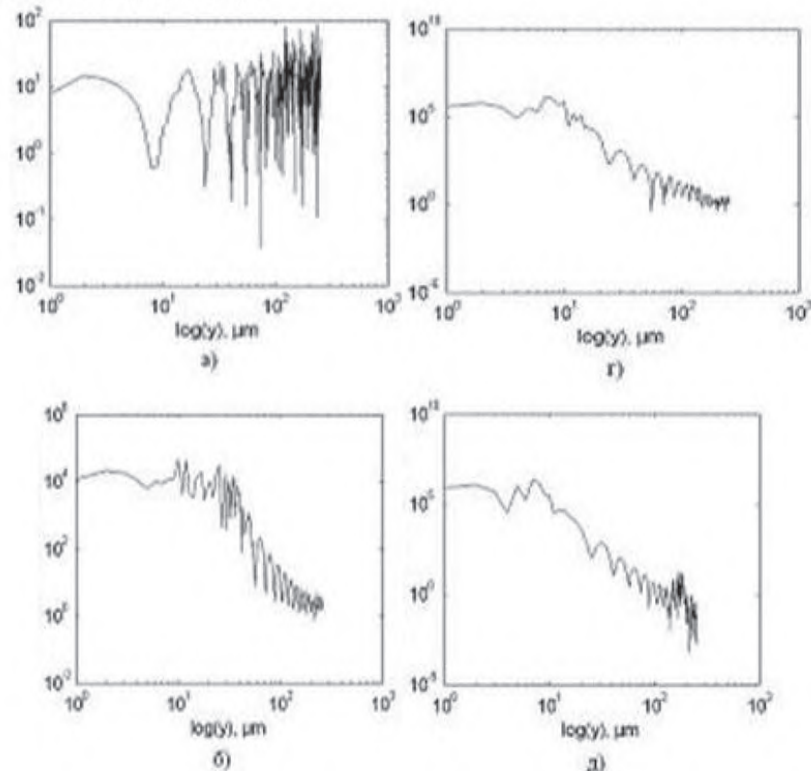


Рис. 2. Часові залежності спектрів потужності розподілів ступеня деполаризації зображення зрізів тканини мозку К типу для наступних значень часу настання смерті:  
а) – 1 год, б) – 5 год, в) – 10 год, г) – 14 год, д) – 20 год, е) – 24 год

З результатів статистичного аналізу часових залежностей дисперсії екстремумів спектру потужності розподілу ступеня деполаризації лазерного випромінювання зрізом тканин мозку видно, що часовий інтервал визначення давності настання смерті тканини мозку, визначений методом статистичного аналізу розподілу екстремумів залежностей складає для К – типу - 20 год.

Попелюк О.-М.В.

#### ВІДМІННОСТІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ОСНОВИ ЧЕРЕПА

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Роль кісткових структур в прояві асиметрії обличчя практично не вивчена. Отримані в ході дослідження дані про асиметрію лица актуальні для косметологів, шелепно-лицевих хірургів, судово-медичних експертів, антропологів, а також можуть бути використані при ідентифікації особи, при розробці оперативних доступів та відновленні лица за кістковими фрагментами.

Матеріалом дослідження для визначення форм лицевого черепа і його профілю послужили 35 черепів дорослих людей у віці від 22 до 60 років, ознак механічного пошкодження і системних захворювань скелета у досліджених черепів не було. Для вивчення асиметрії лицевого черепа і ступеня її вираженості використаний «віяловий метод» морфометрії [І.В. Гайворонський, С. І. Дубовик, 2009]. Методом краніометрії, використовуючи толстотний циркуль з міліметровою шкалою поділки і технічний штангенциркуль, вивчалися широтно-висотні параметри лицевого черепа. Для визначення просторових координат методом стереотометрії, використовуючи краніостереобазіометр, визначали координати краніометричних точок з точністю до 0,05 мм по їх проєкціям на сагітальну, фронтальну і франкфуртську площини. За координатами краніометричних точок назіон, селляре і базіон, визначали величину базиллярного кута, що дозволило розділити черепа на три типи основи черепа (краніотип): флексібазиллярний, що включає черепа з параметрами  $M-3s + M-0,55s$ , з малою величиною базиллярного кута; платібазиллярний - черепа з параметрами  $M + 0,55s + M + 3s$ , з великою величиною базиллярного кута; медіобазиллярний - з середніми значеннями базиллярного кута.

На основі проведених досліджень визначені закономірності співвідношення форм лицевого черепа і його профілю у бацилярних краніотипів. Так, мезопрозопічна форма лицевого черепа в половині випадків спостерігається у платібазиллярного (50,0%), рідше - у медіо- (44,5%) і флексібазиллярного краніотипів (40,0%). Лептопрозопічна форма лицевого черепа в 1/3 випадків - у медіобазиллярного краніотипа (33,2%), дещо частіше - у флексібазиллярного (40,0%) і рідше - у платібазиллярного (23,0%). Ейріпрозопічна форма лицевого черепа в 1/3 випадків - у платібазиллярного краніотипа (27,0%), рідше - у медіо- (22,3%) і флексібазиллярного (20,0%). Ортогнатна форма лицевого профілю найбільш часто спостерігається у флексібазиллярного краніотипа (85,0%), в 2/3 випадків - у медіобазиллярного (77,0%) і рідше - у платібазиллярного (69,2%). Мезогнатна форма лицевого профілю в 1/3 випадків визначена у платібазиллярного краніотипа (19,2%), рідше - у медіобазиллярного (11,1%) та у поодиноких випадках - у флексібазиллярного (5,0%). Прогнатна форма лицевого профілю частіше спостерігалася у флексібазиллярного краніотипа (10,0%) і в окремих випадках - у медіо- і платібазиллярного (по 3,8%).

Проведене дослідження дозволило зробити висновок, що між такими розмірами лицевого черепа як відстань від точки назіон до точки на латеральному краї грушоподібного отвору, відстань від точки назіон до найбільш нижньої точки грушоподібного отвору, відстань від точки зігомасілярне до точки на місці мінімальної ширини спинки носа, відстань від точки зігомасілярне до точки назомасілярне існує похибка, що не перевищує 0,5 мм, наявність якої дозволяє створювати математичні моделі найбільш важливих розмірів лицевого черепа.