

**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



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 двопротенезаломлення (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 провіт дванадцятипалої



кишки. Протока може мати пряме чи звивисте спрямування, вона формується шляхом злиття між- і внутрішньочасточкових проток, які в свою чергу, починаються зі злиття вставних проток, розташованих усередині кожного панкреатичного ацинуса.

Нами запропонований і апробований спосіб визначення проекції головної протоки підшлункової залози на передньобочкову стінку живота, за допомогою використання адекватних анатомічних методів дослідження.

Для дослідження брали макропрепарати трупів плодів від 4-го до 10 місяців розвитку. Плоди розподіляли на три вікові групи: ранні (4-5-місячні), 6-7-місячні плоди і пізні (8-10-місячні). Для дослідження проекції головної протоки підшлункової залози брали мінімум 5 препаратів кожної вікової групи.

На фіксованих препаратах трупів плодів висікали передньобочкову стінку живота по її межах. Видаляли шлунок, верхню частину дванадцятипалої кишки, поперечну ободову кишку з її брижою та відпрепарувували передню поверхню підшлункової залози. Після чого, препарували паренхіму підшлункової залози, знаходячи початок формування головної протоки підшлункової залози (в межах її хвоста) та кінець протоки (у місці впадання її у просвіт дванадцятипалої кишки). Початок і кінець головної протоки підшлункової залози позначали мітками (вколювали довгі голки з обома гострими кінцями). З метою виконання подальших досліджень, на всіх препаратах встановлювали фіксовану точку, для цього брали довгу голку Біра і по задньосерединній лінії, яка відповідає остистим відросткам хребців, в міжхребцевому проміжку між п'ятим поперековим хребцем і основою крижової кістки, проколювали голку у вентральному напрямку.

Давиденко І.С.

ПЕРІОДИЗАЦІЯ ВАГІТНОСТІ ДЛЯ ЦІЛЕЙ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ

Кафедра патологічної анатомії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Мета даного повідомлення - представити апробований власною понад десятилітньою практикою остаточний варіант періодизації вагітності (гестації) для цілей морфологічної діагностики дозрівання хоріальних ворсинок (ХВ) плаценти.

Даний варіант періодизації вагітності ґрунтується на світлооптичних мікроскопічних дослідженнях серійних гістологічних препаратів плаценти, пофарбованих гематоксиліном/еозином та хромотропом/водним блакитним за Слінченко. Остання методика в разі необхідності дозволяє відрізнити відростки мезенхімальних клітин, які формують стромальні канали, від сполучнотканинних волокон, які утворюються фібробластами.

1) 5-6 тижнів. Присутні тільки вільозні та трофобластичні відростки (в старій класифікації називалися «первинні ХВ») і два типи ХВ – мезенхімальні (в старій класифікації – «вторинні ХВ») та ембріональні (в старій класифікації – «третинні ХВ»). В цей період переважають ембріональні ХВ. У кровоносних судинах переважають ядерні форми плодових еритроцитів.

2) 7-8 тижнів. Додатково до названих утворень з'являються стовбурові «ранні» ХВ та проміжні незрілі ХВ, але все рівно домінують ембріональні ХВ. Важливим критерієм цього періоду є те, що в кровоносних судинах відсоток ядерних та неядерних форм плодових еритроцитів приблизно є рівним.

3) 9-10 тижнів. Реєструються всі ті самі типи ХВ, що і в період 7-8 тижнів, але ембріональні ХВ «ділять» своє домінування з проміжними незрілими ХВ приблизно порівну, різко зростає відсоток стовбурових «раних» ХВ. У кровоносних судинах ядерні форми плодових еритроцитів трапляються, але зрідка.

4) 11-12 тижнів. Визначаються всі ті самі типи ХВ, що і в періоди 7-8 тижнів та 9-10 тижнів, але має місце різке домінування проміжних незрілих ХВ.