

**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 – її 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 – її 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. 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.
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

СЕКЦІЯ І
ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Антонюк О.П.
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ АТРЕЗІЇ В
НОВОНАРОДЖЕНИХ

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

Атрезія дванадцятипалої кишки (ДПК) є найбільш поширеним видом обструкції тонкої кишки. Вважають, що вона є порушенням розвитку, яке виникає внаслідок аномального перебігу процесів формування просвіту ДПК. Ця вада поєднується з вадами серця, атрезією стравоходу, відхідника, тонкої кишки, жовчних протоків, а також вадами нирок і хребта.

Виділяють три основних типи атрезії ДПК: I тип – суцільна мембрана просвіту ДПК; II – частина ДПК заміщена фіброзним тяжем; III – два сліпі сегменти з'єднані з брижою. Цей дефект частіше заповнений тканиною підшлункової залози, який розділяє атретичні сегменти.

Атрезії ДПК на рівні її великого сосочка призводять до розширення спільної жовчної протоки і називаються Т-подібними, а вище великого сосочка атрезії мають вигляд ізольованих сліпих кінців, нижче великого сосочка – переважають мембранні форми. При дослідженні морфології ДПК виділили преатретичний (проксимальний) сегмент, ділянка атрезії та постатретичний (дистальний) сегмент. При атрезії ДПК відбувається потоншення її стінки (норма 4-4,1 мм, при атрезії 2-2,2 мм). Товщина мембрани в ДПК коливається до 1,5 мм, а в клубовій кишці – до 0,5 мм. Отримані результати підтверджують клініко-анатомічну закономірність: чим вище в кишкової трубі перелона, тим важчі зміни в органі і тяжкий стан хворого. Загальні гістологічні та гістохімічні методики дали змогу виявити значні морфофункціональні зміни в стінці ДПК, викликані атрезією. В преатретичних сегментах це значне розширення просвіту кишки, викликане механічною кишковою непрохідністю, що особливо виявляється в ДПК, зокрема, при мембранозній формі атрезії (I тип). В даному випадку найбільш виражені зміни з боку епітелію слизової оболонки кишки. Також наявні потоншення слизової оболонки, значна гіпертрофія м'язової оболонки, субепітеліальний та субсерозний набряк, значне розширення судин, гіперактивність основних ферментів – маркерів тканинного ушкодження, в даному разі декомпенсованої гіперфункції.

Безпосередньо ділянки атрезії з множинними вогнищами фіброзу та некрозу вказують на можливу первинність порушень розвитку кровеносних судин, що зумовило в даній ділянці ішемію з розвитком фіброзу. Це стосується всіх ділянок кишки – як тонкої, так і товстої (ободової) кишки - при атрезії з фіброзними тяжами (II тип) та повній формі атрезії (III тип). Щодо множинних ділянок атрезії (IV тип), зокрема, при синдромі «пагоди», то патологічні прояви настільки множинні і значні, що в даному разі на перший план виходить патологія розвитку кишкової трубки як такої, зокрема, порушення повороту кишки.

Морфометричні дані підтверджують та об'єктивізують спостереження змін як слизової оболонки так і м'язової в преатретичному та постатретичному сегментах. Зменшення товщини слизової оболонки та висоти ворсинок ДПК майже в 2 рази. Зменшення висоти епітеліоцитів та діаметра епітеліоцитів, глибини крипт вказують на важкі зміни будови слизової оболонки преатретичного сегменту ДПК. Такі зміни можна розглядати як прояви дистрофії кишки внаслідок виснаження компенсаторних процесів.

В преатретичних сегменті ДПК спостерігали значну гіпертрофію колового м'язового шару порівняно з поздовжнім, гіперплазію гладеньких міоцитів, ділянки фіброзу зі значною кількістю елементів фібробластичного ряду сполучної тканини, ділянки поліморфноядерної лейкоцитарної інфільтрації вздовж кровеносних судин та у прошарках сполучної тканини між шарами м'язової оболонки. Поряд із гіпертрофією м'язового шару у преатретичному сегменту ДПК виявлено ознаки значного фіброзу, гіпертрофію прошарків сполучної тканини у м'язовій оболонці. Спостерігаються розшарування м'язової оболонки як в коловому, так і в поздовжніх шарах. Між м'язовими шарами виявлені окремі запальні процеси, наявні ділянки периваскулярного набряку. Постатретичний сегмент ДПК характеризується множинними дистрофічними змінами в усіх оболонках стінки кишки.

В слизовій оболонці виражена деструкція ворсинок та десквамація епітелію їх верхівок. Епітелій збережений на бічних поверхнях ворсинок. Висота ворсинок зменшена, клітини мають кубічну або плоску форму. Спостерігаються місця, де позбавлені епітелію верхівкові частини ворсинок з'єднуються. У власній пластинці слизової оболонки часто спостерігається поліморфноядерна лейкоцитарна інфільтрація, яка більш виражена в ділянці ворсинок.

Бернік Н.В., Олійник І.Ю.*
ДО ПРЕНАТАЛЬНОГО МОРФОГЕНЕЗУ ПІД'ЯЗИКОВОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ

Кафедра дитячої та хірургічної стоматології,
*Кафедра патологічної анатомії**
Буковинський державний медичний університет

Слинні залози людини є особливою групою секреторних органів. Мабуть немає інших органів, які здійснювали б таку різноманітність функцій (секреторну, рекреторну, екскреторну, інкреторну) та здійснювали



б настільки великий вплив на стан організму, органів ротової порожнини і травну систему в цілому (С.Райан, 2009). Пізнання закономірностей становлення будови і топографії під'язикових слинних залоз (ПЯСЗ) має важливе значення для тлумачення істинного напрямку процесів органогенезу, механізмів нормального формоутворення органів, виникнення анатомічних варіантів та природжених вад (Ю.Т.Ахтемічукта ін., 2011).

Метою дослідження було вивчення варіантів форми великих під'язикових проток та частоту їхніх проявів у передплодів (Пп) та плодів (Пл) людини.

У дослідження включено препарати 60 Пп людини (7–12 тижнів ВУР) та 51 Пл (4–10 місяців ВУР). Реалізацію мети дослідження досягнуто застосуванням методів макроскопії, мікроскопії серій послідовних гістологічних і топографоанатомічних зрізів, графічного та пластичного реконструювання, тонкого препарування під контролем біокулярної лупи, морфометрії.

Метами гістологічного дослідження, графічної та пластичної реконструкції встановлено, що первинний зачаток ПЯСЗ вперше з'являється наприкінці зародкового періоду в зародків 12,8 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) та утворюється шляхом вгинання (вдавнення) епітелію дна первинної ротової бухти в прилеглу мезенхіму ділянки язиково-альвеолярних борозен по обидва боки від зачатка язика.

На початку передплодового періоду онтогенезу людини (Пп 14,0 мм ТКД) зачаток ПЯСЗ значно збільшується і набуває вигляду суцільного епітеліального тяжа, який представлений великою кількістю клітин, що діляться. Упродовж передплодового періоду із зачатком ПЯСЗ відбувається ряд послідовних змін: формування чисельних епітеліальних тяжів II, III, IV порядку (відгалужень від основного епітеліального зачатка); утворення порожнини (каналу) у головному епітеліальному зачатку та його галуженнях II-IV порядку; концентрація клітин мезенхіми, яка оточує епітеліальні тяжі (формування мезенхімної частини ПЯСЗ) з чітким відмежуванням її від сусідніх тканин.

Встановлено, що починаючи з Пп 29,0-30,0 мм ТКД формотворчі процеси в зачатках ПЯСЗ проходять більш інтенсивно, що зв'язано, очевидно, із появою та різким зростанням кількості кровоносних судин, які розміщені між термінальними ділянками дихотомічних розгалужень епітеліальних тяжів. Для Пп людини 34,0-56,0 мм ТКД характерним є збільшення кількості деревоподібно розгалужених епітеліальних тяжів, сліпі кінці яких утворюють розширення (майбутні ацинуси). Останні представлені скупченням епітеліальних клітин.

У пренатальному онтогенезі людини (передплодовий та плодовий періоди) прогресивний розвиток зачатка ПЯСЗ зумовлює виокремлення головного (первинного) епітеліального тяжа у велику під'язикову протоку (*ductussublingualis*), а його галужень II-IV порядку – у аналогічні за порядком вивідні протоки ПЯСЗ.

Комплексне дослідження серійних гістологічних зрізів ПЯСЗ передплодів людини надало можливість виділити в цей період ВУР три варіанти форми великої під'язикової протоки: пряма, дугоподібна та коліноподібна.

Дослідженням серій гістологічних зрізів ПЯСЗ встановлено, що у Пл людини 4–6 місяців ВУР (Пл людини 81,0 – 230,0 мм ТКД) в термінальних відділах (внутрішньоклітинно) та у просвіті великої під'язикової протоки світлооптично виявляються кристалоподібні секреторні продукти. Однак у 6-місячних Пл (Пл людини 185,0 – 230,0 мм ТКД) кінцеві секреторні відділи ПЯСЗ ще не до кінця сформовані. Посеред плодового періоду (Пл людини 186,0 – 270,0 мм ТКД, що відповідає 6–7 місяцям ВУР) ПЯСЗ має будову вже досить наближену до дефінітивної. На даному етапі розвитку продовжує зростати кількість ацинусів з поступовим зменшенням між ними товщини прошарку сполучної тканини.

Встановлено, що у Пл 4–10 місяців ВУР абсолютну більшість (88,24 %) становить дугоподібна форма великої під'язикової протоки. У силу анатомічної мінливості пряма та коліноподібна форми великої під'язикової протоки виявлені в незначній частині випадків досліджених ПЯСЗ (7,84 % та 3,92 % відповідно). Особливістю будови ПЯСЗ Пл людини наприкінці плодового періоду пренатального онтогенезу (Пл 280,0 – 375,0 мм ТКД) є наявність великої кількості деревоподібно розгалужених внутрішньочасточкових проток.

Таким чином, вперше запропоновано систематику варіантів форми великої під'язикової протоки (*ductussublingualis*) ПЯСЗ у передплодів та плодів людини з визначенням форми як: пряма, дугоподібна та коліноподібна. Особливістю топографії великих під'язикових проток у пренатальному онтогенезі людини є, як правило, наявність у їхньому дистальному відділі спільного фрагмента внаслідок злиття великої під'язикової протоки з піднижньощелепною протокою (*ductussubmandibularis*), який відкривається в роту порожнину в ділянці під'язикового м'яса (*carunculasublingualis*).

Бойчук О.М., Бамбуляк А.В.*, Лопушняк Л.Я.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ РЕШІТЧАСТОЇ КІСТКИ У ГРУДНОМУ ВІЦІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології**

Буковинський державний медичний університет

Хрящову частину носової перегородки утворює однорідна хрящова тканина, і віддиференціювати хрящ носової перегородки від перпендикулярної пластинки решітчастої кістки у грудному віці ще неможливо. Кісткову частину носової перегородки утворює леміш. Внаслідок зростання його пластинок у цьому віковому періоді він уже представлений суцільною кістковою пластинкою. На задньому краї пластинки виявляються невеликі крила, які прилягають до тіла клиноподібної кістки. Передньозадній розмір лемеша досягає (29,0±0,13) мм, вертикальний – (9,6±0,05) мм.



Передньозадній розмір носової перегородки в дітей грудного віку дорівнює (36,0±0,13) мм, найбільший вертикальний розмір – (20,0±0,13) мм. Товщина однорідної хрящової пластинки носової перегородки майже не змінюється: 1,6-2,0 мм, а разом із слизовою оболонкою вона становить 2,2-3,8 мм. На 8 препаратах (40%) виявлено орган Якобсона.

Верхня стінка носової порожнини в передньому відділі утворена внутрішніми поверхнями носових кісток, а також носовою частиною лобової кістки, парні закладки якої вже зросли. У середній частині вона утворена дірчастою пластинкою решітчастої кістки, в якій острівці кісткової тканини значно розширені. Передньозадній розмір останньої збільшується до (15,0±0,1) мм, поперечний – до (3,6±0,05) мм. Задній відділ верхньої стінки носової порожнини доповнюється передньонижньою поверхнею тіла клиноподібної кістки.

Бічна стінка носової порожнини утворена (спереду до заду) внутрішньою поверхнею носової кістки, носовою поверхнею тіла верхньої щелепи, яка досягає (14,0±0,13) мм у висоту та її лобовим відростком, який прилягає до лобової кістки. З останнім з'єднується слъзова кістка, яка має прямокутну форму. Її вертикальний розмір не перевищує (8,0±0,24) мм, горизонтальний – (5,2±0,05) мм. На очноямковій поверхні слъзової кістки виявляється невеликий задній носовий гребінь.

У середній частині бічна стінка утворена присередньою поверхнею решітчастого лабіринту. Його передньозадній розмір збільшується до (15,2±0,13) мм, вертикальний – до (6,4±0,05) мм. Позаду від решітчастого лабіринту розташована перпендикулярна пластинка піднебінної кістки висотою (7,6±0,14) мм та шириною (4,8±0,05) мм. Задній відділ бічної стінки доповнюється присередньою пластинкою крилоподібного відростка, висота якої не перевищує (7,6±0,05) мм, ширина – (5,6±0,13) мм.

Усі носові раковини в дітей грудного віку добре виражені. На 6 препаратах (30%) виявлена найвища носова раковина. Товщина її кісткової пластинки дорівнює (0,6±0,05) мм, разом із слизовою оболонкою – (2,0±0,05) мм. Передньозадній її розмір дорівнює (12,0±0,13) мм. Вона виступає в носову порожнину на (3,0±0,04) мм.

Верхня носова раковина представлена кістковою пластинкою товщиною (0,9±0,05) мм, а разом із слизовою оболонкою – (2,6±0,03) мм. Передньозадній її розмір не перевищує (15,0±0,13) мм. Раковина виступає в носову порожнину на (4,6±0,23) мм.

Товщина кісткової пластинки середньої носової раковини дорівнює (2,0±0,05) мм, а разом із слизовою оболонкою – (3,2±0,13) мм. Передньозадній розмір раковини досягає (19,0±0,13) мм. Вона виступає в носову порожнину на (7,0±0,2) мм.

Нижня носова раковина представлена кістковою пластинкою товщиною (2,0±0,05) мм з менш шорсткою поверхнею в порівнянні з попереднім віковим періодом. Товщина раковини разом із слизовою оболонкою не перевищує (3,2±0,05) мм. Передньозадній розмір її дорівнює (25,0±0,13) мм. Раковина виступає в носову порожнину на (6,0±0,05) мм.

Васильчишина А.В., Хмара Т.В.

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ НИЖНЬОГО СІДНИЧНОГО НЕРВА У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

Для виконання лікувально-діагностичних маніпуляцій, а також оперативних втручань у сідничній ділянці необхідні точні відомості щодо типової і варіантної анатомії судин і нервів цієї ділянки на різних стадіях онтогенезу людини. У джерелах літератури трапляються фрагментарні дані про варіантну анатомію нижнього сідничного нерва у плодів людини різних вікових груп.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей будови і топографії гілок нижнього сідничного нерва у плодів людини 6-8 місяців.

Дослідження проведено на 46 препаратах плодів людини 186,0-310,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). Матеріал фіксували в 7% розчині формаліну впродовж двох тижнів, після чого методом тонкого препарування під контролем біокулярної лупи вивчали топографоанатомічні особливості гілок нижнього сідничного нерва у плодів 6-8 місяців. Препарати плодів людини отримували після операцій штучного переривання вагітності, які проводилися за соціальними і медичними показаннями на базі районних та міських пологових будинків Чернівецької області. Вивчали тільки ті випадки, коли причина смерті не була пов'язана з патологією органів порожнини таза, м'язів поясу нижньої кінцівки і судинно-нервових структур сідничної ділянки. Дослідження препаратів плодів масою 500,0 г і більше проведено у Чернівецькій обласній комунальній медичній установі «Патологоанатомічне бюро» згідно договору про співпрацю. Окрім цього, для дослідження типової і варіантної анатомії нижнього сідничного судинно-нервового пучка використані препарати плодів людини з колекції музею кафедри анатомії людини імені М.Г. Туркевича Буковинського державного медичного університету. Використані методи препарування, макромікроскопії, морфометрії, графічної зарисовки топографії судин і нервів, які виходять з таза через підгрушоподібний отвір. Послідовність препарування м'язів, фасціально-клітковинних просторів і судинно-нервових утворень сідничної ділянки у плодів людини здійснювали за методикою, яка запропонована нами (Т.В. Хмара, А.В. Васильчишина, А.О. Лойтра та ін., 2013).

Нижній сідничний судинно-нервовий пучок виходить із таза через підгрушоподібний отвір. У 12 досліджених плодів людини нижній сідничний нерв, прямує до великого сідничного м'яза і на своєму шляху галузиться на 2 стовбурці: верхній і нижній. У 15 плодів нижній сідничний нерв ділиться на 3 стовбурці: