

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



**МАТЕРІАЛИ  
94 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**18, 20, 25 лютого 2013 року**

**Чернівці – 2013**

Матеріали 94 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 18, 20, 25 лютого 2012 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2013. – 212 с.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 94 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 18 лютого 2013 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., доцент, к.мед.н. Тюленева О.А.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.  
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 Полянський І.Ю.  
доктор медичних наук Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-474-0

© Буковинський державний медичний університет, 2013

СЕКЦІЯ 1  
ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Антонюк О.П.  
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ АТРЕЗІЇ В ЕМБРІОГЕНЕЗІ ЖОВЧНИХ  
ПРОТОК

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

На 3-му тижні ембріогенезу з ентодерми вентральної стінки початкового відділу середньої кишки (майбутня дванадцятипала кишка) з'являється випинання (дивертикул), розташований між листками вентральної брижі. Цей дивертикул незабаром ділиться на два поглиблення: краніальне і каудальне. Краніальне поглиблення є закладкою загального печінкової протоки і залозистої тканини печінки, а каудальному – міхурової протоки і жовчного міхура.

У зародків 4,0-5,0 мм ТКД (4-тиждень) внутрішньоутробного розвитку формується зачаток печінки шляхом появи окремих тяжів із епітеліальних клітин, які врастають з вентральної стінки первинної кишки в мезенхіму поперечної перегородки. У зародків 5,0 мм ТКД внутрішньоутробного розвитку кількість епітеліальних тяжів, що утворюють закладку печінки, значно збільшується. Краніокаудальний розмір її досягає  $410 \pm 10$  мкм, дорсовентральний –  $325 \pm 10$  мкм, поперечний –  $285 \pm 10$  мкм.

На 4-му тижні внутрішньоутробного розвитку з вентральної стінки первинної кишки утворюється випин ентодермального шару у вигляді печінкового дивертикула, який у зародків 4,5 мм ТКД врастає у мезенхіму в напрямку поперечної перегородки. Ніжка печінкового дивертикула, яка з'єднує його з вентральною стінкою зачатка дванадцятипалої кишки звужується в дорзальному напрямку до 100 мкм і вливає в себе зачаток спільної жовчної протоки, яка утворена епітеліальними клітинами овальної форми, які відрізняються від інших клітин печінкового дивертикула більш компактним розташуванням, внаслідок вигину зачатка дванадцятипалої кишки вправо, зумовленого обертанням шлунка.

Зачаток спільної жовчної протоки у зародків 8,0-8,5 мм ТКД зміщується на краніальну півокружність кишки, охоплюючись з усіх боків зачатком печінки. Стінки спільної жовчної протоки утворені однорядним циліндричним епітелієм, оточені мезенхімними клітинами вентрального мезогастрія, просвіт спільної жовчної протоки каудально звужується і зникає в місці з'єднання з випинанням стінки кишки, яка вистелена багаторядним циліндричним епітелієм.

На початку 6-го тижня внутрішньоутробного розвитку, у зародків 9,0-10,0 мм ТКД, спільна жовчна протока знаходиться у товщі вентрального мезогастрія, каудально великого сосочка поступає у праву півокружність верхнього вигину дванадцятипалої кишки, від кінцевої частини спільної жовчної протоки вправо відбруньковується протока вентрального зачатка підшлункової залози. На даній стадії просвіт як в дванадцятипалій кишці, так і в спільній жовчній протоці заповнений епітеліальними клітинами, що є проявом так званої фізіологічної атрезії. Наприкінці зародкового періоду (зародки 11,0-13,0 мм ТКД) у місці сполучення спільна жовчна протока і протока підшлункової залози їх стінки оточені мезенхімними клітинами, які починають набувати циркулярного спрямування і відрізняються від м'язової оболонки кишки. це свідчить про початок формування сфінктера спільної жовчної протоки.

Зачаток печінки, жовчного міхура і жовчних проток виникає у вигляді зроста з каудальної частини передньої кишки в ході 4 го тижня розвитку. Зачаток печінки або печінковий дивертикул зростає в поперечну перегородку, масу спланхотичної мезодерми між перикардальною порожниною і жовчною стебелінкою. Поперечна перегородка формує частину діафрагми і в цій ділянці печінкового дивертикула вентральний мезентерій. Печінковий дивертикул швидко збільшується і поділяється на 2 частини. своєю Великою краніальна частина дивертикула є зачатком печінки. Проліферуючі ентодермальні клітини утворюють товсті анастомозуючі тяжі печінкових клітин і епітеліальну вистилку внутрішньопечінкові частини жовчного міхура. Печінкові тяжі відокремлюються один від одного нерегулярними судинними просторами, вистланими ущільненим ендотелієм, які є зачатками печінкових синусоїдів. Ці спеціалізовані капілярні судини печінки утворюються з капілярних судин поперечної перегородки, вони поступово оточують зростаючі тяжі гепатобластів. Синусоїди містять внутрішньосудинні кров'яні клітини: в основному еритроцитарного типу. Фібозна або гематопоетична тканина і Купферові клітини печінки формуються з мезенхіми поперечної перегородки. Мала каудальна частина печінкового дивертикула утворює зачаток жовчного міхура.

Ахтемійчук Ю.Т., Кашперук-Карпюк І.С.  
ДИНАМІКА СТАНОВЛЕННЯ БУДОВИ МІХУРОВО-СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА В  
ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Буковинський державний медичний університет*

Для визначення особливостей макромікроскопічної анатомії і динаміки становлення

4,5-6,0 мм, а правої нижньої – 5,0-7,0 мм. Довжина інтраперикардального відділу лівої верхньої легеневої вени коливається від 5,0 до 7,0 мм, а лівої нижньої легеневої вени – від 4,0 до 5,0 мм. Аорта вкрита серозним осердям до місця переходу її висхідної частини в дугу, а легеневої стовбур – до місця його роздвоєння. Основні гілки легеневого стовбура вкриті серозним осердям на незначному протязі, а саме: права легенева артерія на відрізьку 3,0 мм, ліва легенева артерія – 6,5 мм.

### **Гарвасюк О.В. ПАТОМОРФОЛОГІЯ РІЗНИХ ТИПІВ УШКОДЖЕННЯ ТРОФОБЛАСТА ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ**

*Кафедра патоморфології  
Буковинський державний медичний університет*

Вивчено імунологічні препарати плаценти (методика визначення цитозольно-мітохондріального проапоптичного протеїну Вах), які виготовлені в лабораторії кафедри патоморфології Буковинського державного медичного університету.

У препаратах увага приділена вільним Вах-позитивним утворенням круглястої форми в інтервільозних просторах плаценти. Ці утворення розмірами 7-18 мкм очевидно не є артефактами (відносяться до структур плаценти), але їх природа не встановлена.

Для вивчення походження вказаних структур проведений комп'ютерний мікроденситометричний аналіз ступеня їх Вах-позитивного забарвлення (оптичної щільності). Встановлено, що більшість цих структур забарвлена інтенсивніше, ніж цитоплазма синцитіотрофобласта, зокрема, оптична щільність забарвлення останнього в діапазоні 0,018- 0,178 одиниць, а вільних круглястих утворень — 0, 408-0,619 одиниць. Іноді можна було спостерігати брунькоподібні структури з тонкою нізкою, яка зв'язувала вільні круглясті утворення з поверхнею синцитіотрофобласта хоріальних ворсин.

Посадження двох фактів (збільшений вміст протеїну Вах у вільних круглястих утвореннях та виявлення їх зв'язку із синцитіотрофобластом) дозволяє припустити, що вільні утворення є проявом процесу, подібним до нового явища, яке називають “аноїкіс” (anoikis – буквальный переклад з грецького “втрага помешкання”, “безпритульний”). Вказаний термін використовують тоді, коли описують явище автоматичної загибелі клітини при втраті її зв'язку із місцем фізіологічного розташування, наприклад, коли йдеться про втрату зв'язку із базальною мембраною, міжклітинним матриксом. Внаслідок позбавлення зв'язку клітини, чи її фрагментів з місцем фізіологічного існування автоматично запускаються процеси апоптозу за участі протеїну Вах.

Подальше вивчення вільних Вах-гіперпозитивних утворень в інтервільозних просторах плаценти викликано необхідністю оцінки можливого впливу антигенів плоду з цих фрагментів синцитіотрофобласта на материнський організм, адже кров міжворсинчастих просторів плаценти є материнською, причому у зв'язку із меншими розмірами вільних Вах-гіперпозитивних утворень у порівнянні з вільними симпластами здатність перших поширюватися по організму матері є значно вищою, ніж у останніх.

### **Гораш Є.В. РЕНТГЕНАТОМІЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Буковинський державний медичний університет*

Вивчення рентгеноанатомії сигмокректального сегмента у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку необхідне для визначення діапазону його анатомічної мінливості. Основним напрямком сучасних анатомічних досліджень є вивчення механізмів виникнення природжених вад термінального відділу шлунково-кишкового тракту. Поглиблена діагностика та вибір оптимального хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга з локалізацією в сигмокректальному сегменті залишається актуальними питаннями (Б.М.Боднар, 2006, В.Г.Сварич, 2007). При несвоєчасній діагностиці хвороби Гіршпрунга проводиться помилкове лікування, що призводить до утворення калових каменів великих розмірів, які можуть локалізуватися в сигмокректальному сегменті та викликати розвиток кишкової непрохідності. Отже, визначення обсягу оперативних втручань з приводу природжених вад термінального відділу шлунково-кишкового тракту потребує уточнення топографії сигмокректального сегмента у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.

Метою дослідження було визначення скелетотопії сигмокректального переходу у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.

Дослідження проведено на 30 трупях (18 – жіночої статі, 12 – чоловічої) 4-6 місяців (161,0-290,0 мм ТПД). Для визначення скелетотопії сигмокректального переходу у плодів 4-6 місяців застосовували аплікацію рентгеноконтрастної суміші та накладання металевих міток на передню стінку сигмокректального переходу з наступною рентгенографією. Суміш готували на основі свинцевого сурика (50%) та клею БФ-6 (50%). Аплікацію та накладання металевих міток здійснювали на рівні найвужчого сегмента в межах переходу сигмоподібної ободової кишки у пряму з наступною рентгенографією.

Встановлено, що форма сигмоподібної ободової кишки вирізняється індивідуальною мінливістю: у 8 плодів (26,6 %) виявлено С-подібну форму, в 6 (20 %) – U-подібну, в 6 (20 %) – Ω-подібну форму, в 5

(16,6 %) – форму оберненої літери V, в 2 (6,6 %) – спіралеподібну, в 2 (6,6 %) – ключкоподібну, в одному випадку (3,3 %) сигмоподібна ободова кишка мала зигзагоподібну форму. Топографія сигмокректального сегмента зумовлена формою сигмоподібної ободової кишки.

Методом рентгенологічного дослідження з'ясовано, що в 5 плодів (16,7 %) сигмокректальний перехід визначається зліва від серединної площини, у 15 плодів (50 %) – справа, в 10 плодів (33,3 %) проекція сигмокректального переходу відповідає серединній площині. В 4 (13,3 %) плодів проекція сигмокректального переходу визначається між серединою тіла IV поперекового хребця та верхнім краєм V поперекового хребця. У 5 (16,7 %) плодів проекція сигмокректального переходу визначається між тілом V поперекового хребця та мисом крижової кістки. У 19 (63,3 %) плодів проекція сигмокректального переходу визначалася на рівні тіла V поперекового хребця. У 2 (6,7 %) плодів проекція сигмокректального переходу визначається між верхнім краєм I крижового хребця та серединою тіла II крижового хребця.

Отже, у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку розрізняють три види проекції сигмокректального переходу в черевній порожнині: 1) сигмокректальний перехід зліва від серединної площини, 2) сигмокректальний перехід – справа, 3) проекція сигмокректального переходу відповідає серединній площині. В (50 %) – випадків сигмокректальний перехід визначався справа від серединної площини. Скелетотопічно проекція сигмокректального переходу впродовж 4-6 місяців змінюється від середини тіла IV поперекового хребця до середини тіла II крижового хребця.

### **Гречко Д.І. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОЗРІВАННЯ ПЕЧІНКИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ГЕСТАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ**

*Кафедра патоморфології  
Буковинський державний медичний університет*

Порушення будь-якого компонента системи “мати – плацента – плід” є достатнім ризиком формування синдрому затримки розвитку плоду, вроджених вад розвитку, перинатальної смертності і мертвородження. Об'єктом дослідження служила печінка плодів, плацента, враховуючи здатність проходження плацентарного бар'єру. І групу склали дослідження плаценти та печінки плодів 12-22 тижнів, при перериванні вагітності за медичними показаннями, маса яких була до 500 г. II – інтранатальних мертвороджених та недоношених новонароджених, при передчасних пологих 22-36 тижнів. III – інтранатальних мертвороджених та доношених новонароджених 36-42 тижнів. IV – новонароджених в неонатальному періоді до 7 днів, дітей до 28 днів життя, померлих у ранньому та пізньому неонатальному періоді при передчасних та своєчасних пологах (основними причинами смерті дітей у цей період, були ранній неонатальний сепсис, виразково-некротичний ентерколіт новонароджених, вроджені вади розвитку). Обчислювали кількісні та якісні ознаки апоптозу та регенерації печінки. Статистична обробка результатів дослідження проведена з використанням пакету прикладних програм “Statistica 5.0” на Pentium 4. Достовірність відмінностей порівнюваних середніх величин визначали на підставі t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

При дослідженні структурної організації печінки плодів у I групі виявили мінімальні масштаби деструктивних змін гепатоцитів у вигляді зон мікронекрозів і, переважаючи за ними за масштабом вогнища дистрофічно змінених гепатоцитів, що свідчать про розвиток ної репаративної регенерації. Спостерігали збільшення змісту двоядерних гепатоцитів в паренхімі печінки, що відображає активність процесів клітинної репаративної регенерації, які можуть бути детерміновані ефектами гормонів плаценти (прогестерон, естрадіол і ін.) і фактором росту гепатоцитів (HGF), що виділяється трофобластичними плаценти, Купфера, гепатоцитами печінки матері. Виявили зменшення концентрації екстрамедулярних вогнищ кровотворення і кількості мегакариоцитів в них, одночасно зі збільшенням тривалості вагітності, що може свідчити про становлення печінки, як, частково, незалежного від материнського організму метаболічного і трофічного центру.

Патоморфологічні зміни в печінці плодів III так і IV груп були представлені дрібно- і середньовакуольною дистрофією і зонами мікронекрозів гепатоцитів. При цьому в печінці плодів як III так і IV груп переважали процеси дистрофії гепатоцитів над їх некрозом. Зниження функціональної щільності плацентарного бар'єру, обумовлене формуванням деструктивних змін в самій плаценті і гемодинамічними порушеннями в її судинному руслі, супроводжується проникненням метаболітів в печінку плоду через пупкову вену. Окрім масштабів деструктивних змін в паренхімі печінки плодів у III і IV групах виявлялось збільшення морфологічних проявів процесів репаративної регенерації, які виявлялись збільшенням показників чисельної і об'ємної щільності двоядерних гепатоцитів і були максимальними у IV групі. При цьому, у плодів II груп величина показника об'ємної щільності вогнищ екстрамедулярного кровотворення і мегакариоцитів в них переважала над такою у плодів інших груп. Виявлені зміни, вірогідно, обумовлені формуванням помірної внутрішньоутробної гіпоксії, яка визначає персистенцію “кровотворного апарату” в печінці у плодів.

Таким чином, для структурної організації печінки плодів, незалежно від термінів гестації, було характерне незначне утворення запальних інфільтратів, невеликі за масштабом дистрофічні і некротичні зміни гепатоцитів, з домінуванням першого процесу, що впливає на можливість розвитку фізіологічної внутрішньоклітинної регенерації дистрофічно змінених гепатоцитів; стан фізіологічної вагітності

## ЗМІСТ

### СЕКЦІЯ 1 ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Антонюк О.П. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ АТРЕЗІЇ В ЕМБРІОГЕНЕЗІ ЖОВЧНИХ ПРОТОК	3
Ахтеміїчук Ю.Т., Кашперук-Карпюк І.С. ДИНАМІКА СТАНОВЛЕННЯ БУДОВИ МІХУРОВО-СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	3
Банул Б.Ю., Марчук Ф.Д., Лютик М.Д. РОЗВИТОК МАТКОВИХ ТРУБ У КІНЦІ ПЕРЕДПЛОДОВОГО ТА РАШІЛЬНОМУ ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДАХ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	4
Бесединська О.В. СТАН СУДИН ПЕРИФЕРІЙНИХ НЕРВІВ ПРИ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТІ	5
Бойчук Т.М., Малик Ю.Ю., Семешок Т.О., Пенгелейчук Т.О. СУХОЖИЛКОВІ СТРУНИ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРЦЯ ЛЮДИНИ: ЇХ ТОПОГРАФІЯ ТА МІКРОСКОПІЧНА БУДОВА	5
Бойчук Т.М., Пенгелейчук Н.П., Семешок Т.О., Малик Ю.Ю. МОРФОЛОГІЯ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ	6
Бойчук Т.М., Петришен О.І. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НЕФРОНІВ ЗА УМОВ ЇХ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ	7
Бойчук Т.М., Семенов Т.О., Малик Ю.Ю., Пенгелейчук Н.П. КРОВОПОСТАЧАННЯ ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДОРОСЛИХ ЛЮДЕЙ	8
Бойчук Т.М., Ходоровська А.А., Чала К.М. ЗМІНИ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА УМОВ СТРЕСОВОГО ФАКТОРА	9
Бойчук Т.М., Чернікова Г.М., Петришен О.І. ДІАГНОСТИКА СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ТКАНИН НИРОК ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ	10
Вапчулак О.Я. КОРЕЛЯЦІЙНО-ПОЛЯРИЗАЦІЙНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ІШЕМІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНИ	11
Вітсок О.Я. ОСОБЛИВОСТІ ЗОВНІШНЬОЇ БУДОВИ ПРЯМОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	11
Гаїна Н.І. АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ АРТЕРІАЛЬНИХ СУДИН ТОВСТОЇ КИШКИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ	12
Галичанська О.М., Хмара Т.В. ОСОБЛИВОСТІ СИНТОПІЇ ОРГАНІВ І СТРУКТУР ВЕРХНЬОГО СЕРЕДСТІННЯ У 8-МІСЯЧНИХ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ	13
Гарвасюк О.В. ПАТОМОРФОЛОГІЯ РІЗНИХ ТИПІВ УШКОДЖЕННЯ ТРОФОБЛАСТА ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ	14
Гораш С.В. РЕНТГЕНАНАТОМІЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ	14
Гречко Д.І. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОЗРІВАННЯ ПЕЧІНКИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ГЕСТАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ	15
Давиденко І.С. ОКСИДОВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ У КЛІТИНАХ НИРКОВОГО КЛУБОЧКА ПРИ ГОСТРОМУ ПІСЛЯІНФЕКЦІЙНОМУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ (ГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)	16
Давиденко І.С., Давиденко М.І. ШЛЯХИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ОПТИЧНОГО, ФОТОГРАФІЧНОГО ТА КОМП'ЮТЕРНОГО МІКРОСПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ЕТАПІВ ЦИТОХІМІЧНОЇ МЕТОДИКИ НА ОКСИДОВАЛЬНУ МОДИФІКАЦІЮ БІЛКІВ	16
Кавун М.П. РОЗВИТОК ТА СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ТРУБЧАСТИХ СТРУКТУР ПЕЧІНКИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	17
Комшук Т.С. МОРФОГЕНЕЗ І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ПІЗНІХ ПЛОДІВ І НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ	18
Корчинська Н.С. ПЕРИНАТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	19
Кривецький В.В. РОЗВИТОК МІДЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ У ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	20
Кузняк Н.Б., Бойчук О.М. РОЗВИТОК НОСОВИХ РАКОВИН У ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	21
Лаврів Л.П., Олійник І.Ю. ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ	22
Лазарук О.В., Давиденко І.С., Лазарук Т.Ю. ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЦЕПТОРІВ ЕСТРОГЕНУ, ПРОГЕСТЕРОНУ ТА HER-2/neu ПРИ ІНВАЗИВНОМУ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	23
Лойтра А.О. РОЗВИТОК ОРГАНІВ І СТРУКТУР ОЧНОЇ ЯМКИ ТА СТАНОВЛЕННЯ ЇХ ТОПОГРАФІЧНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ	23
Макар Б.Г., Дячук І.І., Бамбуляк А.В. ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ КЛИНОПОДІБНОЇ І ЛОБОВИХ ПАЗУХ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ ДРУГОГО ПЕРІОДУ	24

Наварчук Н.М., Решетілова Н.Б. МОРФОГЕНЕЗ І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ СТРУКТУР РОТОВОЇ ДІЛЯНКИ В ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ	25
Попович А.І. ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ ПРИОНОВИХ ІНФЕКЦІЙ	26
Процяк Д.В. ВАРІАНТ ТОПОГРАФІЇ ВНУТРІШНІХ ЖІЛОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ	26
Процак Т.В. СИНТОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТІНОК ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ЛЮДЕЙ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	27
Савка І.І. ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ОЗНАК ПЛОЩИНИ ПЕРЕЛОМУ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	28
Сикиришська Т.Б. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ М'ЯЗІВ ОЧНОГО ЯБЛУКА В ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ	29
Слободян О.М. ПОЗАОРГАННІ АРТЕРІАЛЬНІ СУДИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	29
Смірнова Т.В. РОЗВИТОК І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ СЛЬОЗОВОГО АПАРАТА В ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ	30
Стрижаківська Л.О. ЕМБРИОТОПОГРАФІЯ СЕЧІВНИКА У ПЕРЕДПЛОДІВ ЛЮДИНИ	31
Товкач Ю.В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ	32
Тюленева О.А. МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕННЯ ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ЕКСТРАХОРИАЛЬНИХ ПЛАЦЕНТАХ	32
Хмара Т.В., Стрижаківська Л.О. ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ	33
Чернікова Г.М., Петришен О.І., Косован О.С. РЕОРГАНІЗАЦІЯ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ГІПОФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВПЛИВУ СОЛЕЙ МЕТАЛІВ	33
Шендерюк О.П., Давиденко І.С. ГІСТОХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ БІЛКІВ ТРОФОБЛАСТА ТА ЕНДОТЕЛІУ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ПОСЛІДУ	34
<b>СЕКЦІЯ 2 НЕЙРОІМУНОЕНДОКРИННА РЕГУЛЯЦІЯ В НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЇ</b>	
Бойчук Т.М., Савчук Т.П. РЕАКЦІЯ КАТЕХОЛАМЕРГІЧНИХ СИСТЕМ СТРУКТУР ПРОМІЖНОГО МОЗКУ ЩУРІВ НА УСКЛАДНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ДВОБІЧНОЮ КАРОТИДНОЮ ІШЕМІСІО-РЕПЕРФУЗІСІО	35
Вепрюк Ю.М., Роговий Ю.Є., Філіпова Л.О. ЕКСКРЕТОРНА ТА ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У СТАТЕВОЗРІЛИХ І СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ПРИ ПОСДНАНІЙ ДІЇ СОЛЕЙ АЛЮМІНІО І СВИНЦЮ	36
Гавалешко В.П. ГІСТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В НИРКАХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНІНИМ НЕПОВНОЮ ГЛОБАЛЬНОЮ ІШЕМІСІО-РЕПЕРФУЗІСІО ГОЛОВНОГО МОЗКУ	36
Галагдіна А.А., Ткачук С.С. РАННІ ТА ВІДСТРОЧЕНІ ЗМІНИ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ЩУРІВ ІЗ ПОСДНАНОЮ ДІЄЮ СТРЕПТОЗОТИДИН-ІНДУКОВАНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА КАРОТИДНОЇ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ	38
Гордієнко В.В. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЦИРКАДАННОГО БІОРИТМУ НАТРІЙУРЕЗУ У ЩУРІВ	39
Кузнєцова О.В., Анохіна С.І. ВПЛИВ ЕКЗОГЕННОЇ ГІПОКСІЇ НА ОСОБЛИВОСТІ ФОТОПЕРІОДИЧНИХ ЗМІН СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	39
Куровська В.О. ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СТАНОМ ОКСИДОВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ У ГІПОКАМПІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	40
Перепелюк М.Д. ВПЛИВ ОДНОРАЗОВОГО ВВЕДЕННЯ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ НА КИСЛОТНО-ОСНОВНИЙ СТАН КИСЛОТОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ НИРОК	41
Роговий Ю.Є., Белявський В.В. КОРЕКЦІЯ МЕЛАТОНІНОМ УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК ЗА УМОВ УВЕДЕННЯ 2,4-ДИНІТРОФЕНОЛУ	42
Роговий Ю. С., Колеснік О. В., Філіпова Л. О. ВПЛИВ ВОДИ ВІДСМНОГО ОКСИД-ВІДНОВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НА ФУНКЦІЮ НИРОК У ЩУРІВ	42
Семенов С.Б. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ БЛОКАДИ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ НА ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНУ ФУНКЦІЮ НИРОК ЗА ФІЗІОЛОГІЧНИХ УМОВ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	43
Слободян К.В., Роговий Ю.Є., Філіпова Л.О. ФУНКЦІЯ НИРОК У СТАТЕВОЗРІЛИХ ТА СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ІЗ СУЛЕМОВОЮ НЕФРОПАТІСІО ПРИ НАВАНТАЖЕННІ 3% РОЗЧИНОМ ХЛОРИДУ НАТРІЮ ЗА УМОВ БЛОКАДИ НИРКОВИХ ПРОСТАГЛАНДІНІВ ІНДОМЕТАЦИНОМ	43
Тимофійчук І.Р., Швець В.І. СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЛІМБІКО-ГІПОТАЛАМІЧНИХ СТРУКТУР ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ІШЕМІЧНОГО ТА ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	44