

**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. Іващук 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



Бічні носові гілки прямують дотриву, ближче до твердого остова бічної стінки носової порожнини і розгалужуються у слизовій оболонці носових раковин і носових ходів. Частина з них анастомозує із задніми решітчастими артеріями. На двох препаратах виявлена тільки одна бічна носова гілка, яка по розсипному типу поділялась на гілки другого порядку. Їх кількість становила від 3-х до 5-и.

Поверхнево розташована дрібна сітка кровоносних судин, глибше – судини середнього калібру, ще глибше – великі стовбури судин.

**Лаврів Л.П.**  
**СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ  
В ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ**

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

Становлення органів дуже складний процес, який остаточно не є вивченим. Саме тому будову органів і систем важливо вивчати у зв'язку з основними процесами морфогенезу, на основі даних ембріогенезу. Привушна залоза (ПЗ) є об'єктом пильної уваги науковців. Разом з тим відомості щодо типової і варіантної анатомії ПЗ упродовж плодового періоду розвитку людини залишаються недостатньо дискусійними та інколи суперечливими.

Мета дослідження: вивчити варіантну анатомію та топографо-анатомічні особливості ПЗ людини та суміжних структур у плоді.

Дослідження ПЗ виконано на 26 плодах людини, 130,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). У ході дослідження використовували методи: тонкого препарування ПЗ та привушно-жувальної ділянки під контролем бінокулярної лупи; макро- та мікроскопії; морфометрії; комп'ютерне 3-D реконструювання.

Встановлено, що ПЗ у плодів (130,0-375,0 мм ТКД) розташована в глибокій западині позаду гілки нижньої щелепи, в занижнощелепній ямці. Більша частина залози розміщена між нижньою щелепою та груднинно-ключично-соскоподібним м'язом, проникаючи в глибину між цими структурами. Шкіра ділянки рухома, підшкірна жирова клітковина та поверхнева фасція особливо добре виражені наприкінці досліджуваного періоду пренатального розвитку. Будові ПЗ людини в Пл 4-10 місяців властива значна анатомічна мінливість, що проявляється різновидами форми (овальна, листоподібна, підковоподібна, трикутна, неправильно чотирикутна), розташування та синтопії. За комп'ютерним 3-D реконструюванням залози найбільш практичним нам бачиться її об'ємний опис – як тристоронньої піраміди, оберненої основою до вилочної дуги, а верхівкою вниз – до кута нижньої щелепи. Крізь тканину ПЗ проходить низка структур, серед яких: лицевий нерв; занижнощелепна вена; зовнішня сонна артерія; вушно-скроневий нерв. Протока привушної слинної залози утворюється від злиття двох позаорганих часточкових гілок, які (в свою чергу) утворюються злиттям кількох верхніх та нижніх часточкових проток, що безпосередньо виходять із тканини залози, пронизуючи її капсулу. Напрямок привушної протоки – дугоподібний, опуклістю вгору, пройшовши по зовнішній поверхні жувального м'яза, привушна протока ПЗ стикається з верхнім кінцем жирового тіла шоки та проникає крізь щічний м'яз у присінок рота, де відкривається у вигляді сосочка привушної протоки. Довжина привушної протоки ПЗ плодів третього триместру становить 8,0-26,0 мм, діаметр просвіту в межах 0,8-2,5 мм. Проекція привушної протоки ПЗ на шкіру обличчя з обох боків проходить лінією від козелка вушної раковини до кута рота. Стінка привушної протоки ПЗ складається зі сполучної тканини, багатой еластичними волокнами і епітелієм, що вистилає просвіт протоки. Епітелій складається з двох шарів – глибокого кубічного і поверхневого циліндричного.

Отже, морфогенез і становлення топографії ПЗ людини у плодів знаходиться під сукупним впливом просторово-часових факторів, пов'язаних з динамікою і тісною синтопічною кореляцією органів, судинно-нервових утворень і фасціально-клітковинних структур привушно-жувальної ділянки. ПЗ наприкінці 10-го місяця пренатального розвитку макроскопічно має майже дефінітивну форму, однак гістологічні процеси диференціювання в ній ще не завершені.

**Лазарук О.В.**  
**ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕКСПРЕСІЇ ВІМЕНТИНУ ПУХЛИННИМИ КЛІТИНАМИ  
ІНВАЗИВНОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Кафедра патологічної анатомії  
Буковинський державний медичний університет*

Рак грудної залози займає в Україні перше місце у структурі онкологічних захворювань серед жінок. Щоденно виникає 442 нових випадки раку, або 18 - щогодини. Рівень захворювання за останні 20 років збільшився більш, ніж утричі. Шанси на виживання залежать від стадії раку та наявності чи відсутності метастазів. Якщо пухлина діагностована до початку метастазування, виживання становить до 80%, якщо в період метастазування - шанси на виживання знижуються до 20%. На даний момент імуногістохімічні методи дослідження отримали широке розповсюдження в патоморфологічній діагностиці. Визначення експресії віментину в пухлинах вказує на наявність мезенхімального компонента в структурі пухлини. Віментин - це протеїн та проміжний елемент, разом з мікрофіламентами та мікротубулінами бере участь в формуванні цитоскелету. Він експресується мезенхімальними клітинами.



Метою дослідження було визначення особливостей експресії віментину пухлинними клітинами інвазивного протокового раку грудної залози та дослідження епітеліально-мезенхімальної трансформації.

Нами досліджено гістологічні зрізи тканин грудної залози ураженої протоковим раком грудної залози. Операційний матеріал одразу був фіксований у забуференому фосфатним буфером формаліні і через 20 годин направлений для подальшої гістологічної обробки. Імуногістохімічна методика проводилась згідно вимог і рекомендацій протоколів DAKO.

Результати дослідження. В товщі пухлини є групи клітин, які складають паренхіму. Вони оточені стромою і мають вигляд псевдочасточок. На межі зі стромою наявні веретеноподібні віментин-позитивні клітини. У товщі віментин-негативних клітин спостерігаються поодинокі округлі віментин-позитивні клітини. Вони мають найбільшу інтенсивність забарвлення. В стромальному компоненті пухлини експресія віментину спостерігається в стінках судин.

Таким чином, різко виражена експресія віментину в стінках судин мікроциркуляторного русла пухлини, зокрема в середній стінці. В клітинах пухлинної паренхіми експресія віментину різниться. Виявляються поліморфні клітини з різною інтенсивністю забарвлення (від 1 до 3 балів). Даний поліморфізм пояснюється різним походженням, властивостями і ступенем диференціації клітин. На основі отриманих даних можемо констатувати про заміну епітеліальних клітин на мезенхімальні.

**Лазарук О.В.**  
**ІМУНОГІСТОТИПУВАННЯ ПУХЛИННИХ КЛІТИН УРАЖЕНИХ ПРОТОКОВИМ РАКОМ ГРУДНОЇ  
ЗАЛОЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕКСПРЕСІЇ РЕЦЕПТОРІВ ПРОГЕСТЕРОНУ**

*Кафедра патологічної анатомії  
Буковинський державний медичний університет*

Протоковий рак становить близько 80% усіх випадків раку грудної залози. Одними з основних додаткових методів дослідження типів протокового раку є імуногістохімічне дослідження. Для дослідження молекулярних типів раку використовують визначення експресії гормональних рецепторів - зокрема прогестерону (PgR). Визначення рівня експресії до PgR необхідне для подальшого вибору програми лікування. Відомо, що не всі клітини пухлиннозміненої грудної залози мають позитивну експресію. Якщо дослідити окрему групу пухлинних клітин, то прослідковуємо варіабельність клітин з різними формами, різною інтенсивністю забарвлення.

Метою дослідження було визначення імуногістотипування пухлинних клітин в грудній залозі протокового раку за експресією рецепторів до прогестерону.

У дослідженні використано зразки тканин грудної залози ураженої протоковим раком, отриманих для дослідження після оперативного лікування або внаслідок діагностичної пункційної біопсії. Всі тканини належали до інвазивних пухлин з різним ступенем диференціювання (grade). Рівень експресії молекулярно-біологічних маркерів PgR визначали імуногістохімічним методом. Для дослідження робили зрізи фіксовані в забуференому формаліні та залиті в парафін. Демаскування антигенів проводили згідно рекомендацій та протоколу фірми DAKO. Після імуногістохімічного фарбування за допомогою мікроскопа ЛЮМАМ-8 проводилось візуальне типування клітин пухлини за морфологічними особливостями.

В досліджуваних тканинах ми розрізняємо 3 типи клітин: 1 тип – клітини витягнутої подовгастої форми (прогестерон -), розташовуються в один або два шари по периметру груп пухлинних клітин, зовні оточені сполучнотканним компонентом стромы. Співвідношення ядра до цитоплазми приблизно однакове; 2 тип – клітини прямокутної форми, розташовуються до середини групи клітин відносно витягнутих клітин з переважанням ядра над цитоплазмою і вираженою експресією PgR (+ - +++). 3 тип – округлі клітини, схожі за будовою на клітини типу 2, але без експресії PgR; об'єм ядра візуально переважає над об'ємом цитоплазми.

Таким чином, не у всіх клітинах тканин протокового раку грудної залози однаково виражена експресія до рецепторів прогестерону. За ознаками сприймання забарвлення клітинами поділяються на три типи. Експресія прогестерону у клітинах пухлин інвазивного протокового раку грудної залози характеризується значною варіабельністю, яка дозволяє застосувати методи диференційованого підрахунку з можливістю залучення методів наступного статистичного аналізу (непараметричні методи).

**Лойтра А.О., Шкробанець А.А.**  
**СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ВМІСТУ ЗОРОВОГО КАНАЛУ ТА ВЕРХНЬОЇ ОЧНОЯМКОВОЇ  
ЩІЛИНИ У ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ТА ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДАХ ОНТОГЕГЕЗУ ЛЮДИНИ**

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

На 96 передплодах та плодах людини від 14,5 до 375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) методами мікроскопії, графічного реконструювання, макро- та мікропрепарування вивчена динаміка становлення взаємодіючих компонентів вмісту зорового каналу та верхньої очноямкової щілини. На початку передплодового періоду (7-ий тиждень, передплоди 14,5 – 20,5 мм ТКД) стають більш виразними процеси відмежування очної ділянки від суміжних утворень, у першу чергу внаслідок диференціювання у зачатки окремих кісток ділянок мембранного покриву головного мозку та картилягінізації базального відділу, початок змін в якому спостерігався наприкінці зародкового періоду. Між базальною пластинкою (хрящовим зачатком тіла клиноподібної кістки), зачатками малого та великого крил залишаються значні, видовжені у