

**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 – ї 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 – ї 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



Дослідження проведено на 76 препаратах плодів людини чоловічої статі без зовнішніх ознак анатомічних відхилень чи аномалій. Для дослідження також використані серії гістологічних зрізів передміхурової залози, а також препарати окремих чоловічих сечово-статевих органів плодів із музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича Буковинського державного медичного університету. Дослідження препаратів плодів масою 500,0 г і більше проведено у Чернівецькій обласній комунальній медичній установі «Патологоанатомічне бюро» згідно договору про співпрацю. Фіксація плодів проводилась спочатку в 5% розчині формаліну впродовж 7 днів, а потім протягом 30 днів у 10% розчині формаліну. Весь матеріал досліджений методами макромікропрепарування, а також нами використаний метод виготовлення серій гістологічних зрізів передміхурової залози та чоловічого сечівника у плодів різних вікових груп і морфометрії. Макроскопічне вивчення особливостей будови і топографоанатомічних взаємовідношень чоловічого сечівника проводили на комплексі органів таза. Перед фіксацією препаратів здійснювали забір матеріалу для гістологічного дослідження, який фіксували в забуференому нейтральному формаліні впродовж 8-10 діб. Фрагменти передміхурової залози та статевого члена плодів промивали проточною водою протягом 1-2 діб. Для уникнення набряку сполучної тканини препарати також поміщали на одну добу в 5% розчин сірчано-кислого натрію. Зневоднення препаратів здійснювали шляхом проведення їх через батарею спиртів зростаючої концентрації (від 30° аж до абсолютного спирту включно). Заливали препарати парафіном. Як проміжне середовище між абсолютним спиртом і парафіном використовували ксилол або бензол. З парафінових блоків виготовляли гістологічні зрізи завтовшки 10 мкм. Зрізи виготовляли за допомогою санного мікротома в одній із трьох взаємноперпендикулярних площин (горизонтальній, фронтальній і сагітальній), що давало змогу просторово вивчати будову окремих структур та їхні взаємовідношення. Перед проведенням через батарею етилових спиртів деякі препарати тотально фарбували борним карміном, а після виготовлення гістологічних зрізів їх дофарбовували на предметних скельцях гематоксиліном і еозином, що цілком задовільняло мету дослідження. Після фіксації препаратів у канадському балзамі їх вивчали під мікроскопом. Виміри структур проводили окуляр-мікрометром і мікрометричною лінійкою.

Шляхом проведення морфометрії встановлені кількісні зміни залозистих утворень у передній стінці, правій і лівій бічних стінках, задній стінці, правій і лівій бічних борознах передміхурової частини сечівника, що дозволяє встановити нормативні морфометричні параметри залозистих утворень передміхурової частини сечівника впродовж плодового періоду людини. Кількість залозистих утворень передміхурової частини сечівника наведена в таблиці.

Таблиця

Кількісні зміни залозистих утворень передміхурової частини сечівника у плодів людини

Місяці	Загальна кількість	Передня стінка	Права бічна стінка	Ліва бічна стінка	Задня стінка	Права бічна борозна	Ліва бічна борозна
4	<u>37-69</u> 53	<u>2-14</u> 8	<u>1-4</u> 3	<u>1-5</u> 3	<u>23-39</u> 34	<u>1-7</u> 3	<u>1-5</u> 3
5	<u>68-99</u> 85	<u>14-35</u> 19	<u>2-6</u> 5	<u>2-8</u> 5	<u>19-48</u> 41	<u>5-12</u> 8	<u>4-11</u> 7
6	<u>66-81</u> 69	<u>9-15</u> 12	<u>3-7</u> 5	<u>2-5</u> 4	<u>26-44</u> 34	<u>3-10</u> 6	<u>2-7</u> 5
7	<u>66-81</u> 69	<u>8-12</u> 11	<u>3-13</u> 7	<u>3-10</u> 6	<u>21-42</u> 37	<u>3-7</u> 4	<u>2-6</u> 4
8	<u>64-80</u> 71	<u>9-14</u> 12	<u>3-12</u> 6	<u>2-11</u> 5	<u>31-47</u> 40	<u>3-9</u> 5	<u>3-8</u> 4
9	<u>61-73</u> 68	<u>9-13</u> 11	<u>3-9</u> 5	<u>3-10</u> 5	<u>34-44</u> 38	<u>3-7</u> 6	<u>3-8</u> 5
10	<u>69-83</u> 72	<u>10-14</u> 12	<u>5-11</u> 7	<u>3-10</u> 6	<u>36-41</u> 39	<u>3-8</u> 6	<u>3-7</u> 5

Примітка: у чисельнику – коливання кількості залозистих утворень, у знаменнику – середнє число за місяць.

Отже, на початку 5-го місяця внутрішньоутробного розвитку відбувається інтенсивний розвиток залозистих утворень передміхурової залози, їх загальна кількість на цій стадії найбільша. У подів 6 і 7 місяців відзначено сповільнення процесу формування залозистих елементів передміхурової залози. Впродовж плодового періоду онтогенезу людини найчисельнішими є залозисті утворення, що розгалужуються в товщі бічних відділів задньої стінки передміхурової частини чоловічого сечівника.

Товкач Ю.В.

СУЧАСНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ РАКУ ВОРОТАРНОЇ ЧАСТИНИ ШЛУНКА

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

В даний час основний метод лікування раку шлунка - хірургічна операція. Нині присвячено велику кількість публікацій стосовно лікування захворювань раку шлунка. Проте післяопераційна летальність залишається високою. Радикальним методом лікування раку виключно воротарної частини є субтотальна резекція шлунка. Найбільшого поширення набули операції по резекції, запропоновані Більротом, і вдосконалений варіант операції Більрота - Гофмейстера - Фінстерера.

При першому варіанті резекції шлунка (Більрот I) після видалення проксимальної частини шлунка, що має значний просвіт, частково вшивають з боку малої кривизни, але залишають незащитою ділянку з боку

великої кривизни, відповідний за розмірами діаметру дванадцятипалої кишки. Між куксою шлунка і дванадцятипалої кишкою накладають анастомоз за типом кінець у кінець. Метод фізіологічний, так як створює умови для нормального просування їжі. Однак далеко не завжди вдається підвести куксу шлунка до дванадцятипалої кишки.

При другому варіанті резекції шлунка (Більрот II) кукси дванадцятипалої кишки і шлунка зашивають наглухо, а потім створюють шлунково-тонкокишковий анастомоз за типом бік у бік. Петлю тонкої кишки підводять до культи шлунка позаду поперечної ободової кишки через отвір в mesocolon transversum. Модифікація цього способу за Гофмейстера-Фінстерера полягає в тому, що гастроентероанастомоз накладають по типу кінець у ізоперистальтичному напрямку. Ширина просвіту становить 5-6 см. Кінець кишки 2-3 швами підшивають до шлунка ближче до малої кривизни. Краї розрізу mesocolon вузловими швами підшивають до шлунка навколо створеного анастомозу.

Отже, резекція по Більрот II частіше використовується в сучасній хірургії, оскільки дозволяє виконати більш широку резекцію шлунка та регіонарних лімфовузлів, а також ефективнішу резекцію дванадцятипалої кишки, ніж при операції по Більрот I. Цей момент дуже важливий сьогодні, оскільки воротар не перешкоджає проростанню пухлини на дванадцятипалу кишку при раку пілороантрального відділу шлунка.

Тюленєва О.А.

МОРФОЛОГІЯ СУДИН МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ І МІОМЕТРІЯ ПРИ НЕЗРІЛОСТІ ПЛАЦЕНТИ НА ФОНІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

Кафедра патологічної анатомії

Буковинський державний медичний університет

Частота залізодефіцитної анемії вагітних (ЗДАВ) у різних у регіонах України коливається в діапазоні – від 28% до 84%. Відомо, що ЗДАВ найбільш типово розпочинається з третього триместру гестації і сприяє розвитку хронічної недостатності посліду, в основі якої у більшості спостережень виявляється порушення дозрівання плаценти (І.С.Давиденко, 2010). З точки зору системного аналізу для з'ясування механізмів синдрому плацентарної недостатності необхідно досліджувати не тільки плацентарну тканину, а також безпосередньо анатомічно зв'язані із нею пуповину, плодові оболонки та матково-плацентарну ділянку, враховувати стан плода і матері (К. Benirschke, P. Kaufmann, 2006).

Метою дослідження було встановлення особливостей морфології судин матково-плацентарної ділянки і міометрія при незрілості плаценти на фоні ЗДАВ в аспекті хронічної недостатності посліду.

Вивчено 16 спостережень біопсії матково-плацентарної ділянки і міометрія при гальмуванні розвитку хоріального дерева плацент терміном гестації 37-39 тижнів на фоні ЗДАВ (по вісім спостережень без та з клінічними ознаками хронічної недостатності плаценти), а також шість спостережень біопсії матково-плацентарної ділянки і міометрія при плацентах з фізіологічним перебігом вагітності, коли кесарський розтин виконувався в зв'язку із вузьким тазом жінки, наявністю рубця на матці.

Для гістологічного дослідження матеріал фіксували у 10%-му водному розчині нейтрального забуференого формаліну, зневоднювали у висхідній батареї етанолу та заливали у парафін-віск. Гістологічні зрізи 5 мкм завтовшки фарбували з оглядовою метою гематоксиліном і еозином, а з метою кращої візуалізації фібрину та волокнистого компоненту сполучної тканини – хромотропом – водним блакитним за методом Н.З.Слінченка.

У біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрія при плацентах з фізіологічним перебігом вагітності відмічені наступні особливості будови судинного русла. Більш висока концентрація спіральних артерій в одиниці площі гістологічного зрізу відмічалася у біоптатах проекції центральної частини плаценти порівняно з біоптатами проекції периферійних відділів плаценти. При цьому в спіральних артеріях мали місце характерні гестаційні перебудови відповідно норми, дещо виразніші у біоптатах проекції центральної частини плаценти порівняно з біоптатами проекції її периферії. Венозні судини розташовувалися переважно групами, так, що на гістологічних зрізах їх кількість коливалася від 2 до 6 на 1 мм². У чотирьох спостереженнях концентрація судин венозного типу була рівномірною, в двох – спостерігалася підвищена концентрація венозних судин у біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрія у проекції периферійної частини плаценти.

У біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрія у випадках плацент із гальмуванням розвитку хоріальних структур без клінічних ознак хронічної плацентарної недостатності, у 52-74% спіральних артерій у проекції периферійної частини плаценти не відмічалися необхідні для даного терміну гестації перебудови, зокрема, просвіт цих судин був вузьким, м'язова оболонка характеризувалася значною товщиною, практично без фібриноїдних змін, субінтимальний шар потовщений, склерозований. Стосовно венозних судин матково-плацентарної ділянки і міометрія було відмічено виражену гіперплазію венозних судин із збільшенням числа судин в 1 мм² гістологічного зрізу до 9-12. У біоптатах матково-плацентарної ділянки і міометрія при незрілості плаценти з клінічними ознаками хронічної плацентарної недостатності спостерігалася у 60-82% судин відсутність тих чи інших гестаційних перебудов, зменшення кількості спіральних артерій. Венозні судини у проекції периферійної частини плаценти траплялися з частотою 1-3 на 1 мм² гістологічного зрізу, а у проекції центральної частини плаценти – 3-9 на 1 мм² гістологічного зрізу, причому в останньому випадку реєструвалися ознаки венозного застою.