

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



МАТЕРІАЛИ

93 – і

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

14, 15, 20 лютого 2012 року

Чернівці – 2012

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 93-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 20 лютого 2012 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2012. – с. 360

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали тез 93 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 20 лютого 2012 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – доктор медичних наук, професор Бойчук Т.М., доктор медичних наук, професор Іващук О.І., кандидат медичних наук, доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.

доктор медичних наук, професор Боднар Б.М.

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.

доктор медичних наук, професор Полянський І.Ю.

доктор медичних наук, професор Сенютрович Р.В.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Федів О.І.

доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

доктор медичних наук Слободян О.М.

доктор медичних наук Федонюк Л.Я.

ISBN 978-966-697-423-8

© Буковинський державний медичний університет, 2012

транснаціональними і мають відділення в багатьох країнах. Існують спеціалізовані лабораторії в ряді інших країн (Данія, Канада, Чехія). В Україні лектини та їх похідні, починаючи з 1990 року, виготовляє НВК „Лектинотест” (м. Львів).

На даний час є велика кількість лектинів (переважно рослинного походження) адаптованих для вивчення і характеристики клітин і тканин людини. У класифікації лектинів за вуглеводною специфічністю виділяють групи, які специфічні до N-ацетил-D-глюкозаміну (*NAcGlc*), N-ацетил-D-галактозаміну (*NAcGal*), N-ацетилнейрамінової (сіалової) кислоти (*NAcNeu*), D-галактози (*DGal*), D-манози (*DMan*), D-глюкози (*DGlc*), L-фукози (*LFuc*), а також група лектинів із змішаною специфічністю. Кінцевої класифікації лектинів ще не розроблено. Існує кілька варіантів класифікацій, які ґрунтуються на спільності функцій та вуглеводній специфічності. Автори наводять дві класифікації лектинів: за вуглеводною специфічністю та за виконуваними функціями. Більш розширену класифікацію лектинів пропонує Антонюк В.О. (2005), який наряду із найбільш вживаною класифікацією лектинів за вуглеводною специфічністю приводить принципи класифікації лектинів за походженням, за біологічною активністю та за будовою молекули.

Сучасну класифікацію лектинів у якості універсальних регуляторних молекул біологічних систем дають Lakhtin V.M. et al. (2009). Вивчення експресії вуглеводів на клітинних мембранах дозволяє робити висновок про інтенсивність процесів морфогенезу, що зумовило появу великої кількості робіт, присвячених лектиногістохімічним дослідженням у морфології. Застосування методів лектинової гістохімії дозволяє специфічно виявляти у гістологічних зрізах тканин певні типи клітин, які не вдається виявити під час стандартного гістохімічного забарвлення. Аналіз динаміки експресії рецепторів до лектинів на клітинних мембранах дозволяє не тільки давати відповідь про морфологію клітини, але й робити висновок про рівень її функціональної активності, здатність до міграції, фагоцитозу, початок дистрофічних незворотних змін та апоптоз. Виявлення рецепторів до лектинів на клітинних мембранах дозволяє розмірковувати про ступінь диференціювання клітин зокрема та тканини в цілому. Сьогодні лектини, використовують як маркери нормальних і патологічних клітин та тканин, а також при визначенні групи крові людини. Лектиногістохімічні дослідження сьогодні широко ввійшли у практику морфологічних досліджень і використовуються, в експериментальній неврології, стоматології, кардіології, гастроентерології, нефрології, акушерсько-гінекологічній практиці, дослідженні проблем непліддя, судово-медичній практиці, тощо.

Отже, використання лектинів як молекулярних зондів у морфології дозволяє: чітко диференціювати клітини, виходячи з їх морфологічних особливостей; оцінювати функціональний стан клітин; виявляти порушення морфогенезу на ранніх, ще зворотних стадіях. Актуальність продовження дослідження динаміки вуглеводного репертуару клітинних мембран за допомогою методів лектиногістохімії в ембріології є очевидною, оскільки динаміка тканинних і клітинних глікокон'югатів у процесі диференціювання підпорядкована певним закономірностям. Вважаємо за необхідне розробку і формування єдиних нормативних характеристик великих слинних залоз людини при їх комплексному лектиногістохімічному та топографоанатомічному дослідженні у пренатальному онтогенезі, що і послужило поштовхом до планування нашого дисертаційного дослідження.

Проняєв Д.В.

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО ПЕРЕХОДУ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

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

Проксимальний відділ товстої кишки у плодів являє собою видовжений рівномірно звужений конус, що на початку плодового періоду має вигляд завитка, в середині плодового періоду має вигляд петлі і в кінці плодового періоду має форму гачка. Сліпа кишка представлена куполом цього, рівномірно звуженого та зігнутого конуса. Такі морфологічні особливості, разом із відсутністю функціонального навантаження, відсутністю межі між червоподібним відростком та сліпою кишкою дають всі підстави стверджувати про відсутність у плодів сліпої кишки, як окремого сформованого органа.

Червоподібний відросток плодів є верхівкою цього конуса, має відносно велику довжину і тому характеризується варіабельністю форми, спрямування та локалізації.

У новонароджених відокремити сліпу кишку від червоподібного відростка нескладно, адже біля його основи спостерігається різке вуження як просвіту з середини так і діаметра товстої кишки зовні. В деяких випадках спостерігали наявність складки слизової оболонки в ділянці звуження що є ознакою формування межі між нею та червоподібним відростком.

Процеси, які проходять в клубово-сліпокишковому сегменті впродовж плодового періоду, схожі до таких, що відбуваються при інвагінації. Про це свідчить послідовна зміна форми клубового сосочка та положення компонентів клубово-сліпокишкового переходу. Роль привідної петлі відіграє термінальний сегмент клубової кишки, головки інвагіната – клубовий сосочок. Просвіт кишечника на четвертому місяці внутрішньоутробного розвитку людини частково перекривається в ділянці клубового сосочка, про що свідчить його форма та характер клубового отвору.

За даними деяких авторів на початку плодового періоду клубовий сосочок має білабіальну будову. За нашими даними на початку плодового періоду клубовий сосочок має округлу форму з точковим ілеальним отвором. До 8-го місяця у привідній петлі накопичується максимальна кількість меконія. Наслідком є утворення ампулоподібного розширення клубової кишки. В цей час відбувається період прискореного розвитку термінального відділу клубової кишки, який збігається у часі з періодом уповільненого розвитку товстої кишки. Діаметр термінального відділу клубової кишки на 7-8 місяцях переважає над діаметром товстої кишки.

Подальше збільшення кількості меконія призводить до розтягування “головки інвагіната”. В цей час відбувається збільшення його діаметру, зміна його форми з круглого до овального сосочка розміщеного повздовжньо, а згодом і до круглого з зяючим отвором.

Всі ці зміни призводять до відновлення прохідності кишечника, починаючи з 8-го місяця. З цього періоду відбувається наповнення меконієм товстої кишки, про що свідчить збільшення її діаметра, який на 9-му місяці переважає над діаметром тонкої кишки. Клубовий сосочок частково стримує рефлюкс і в цей час відбувається період інтенсивного розвитку товстої кишки, який збігається у часі із періодом уповільненого розвитку тонкої кишки.

Найінтенсивніше розширення товстої кишки відбувається навпроти та нижче клубового сосочка, розширюється основа червоподібного відростка, що є початком формування сліпої кишки.

Розтягнення стінок товстої кишки в свою чергу призводить до розтягнення клубового сосочка, який спочатку набуває овальної форми і розміщений поперечно.

У новонароджених розміщення компонентів клубово-сліпокишкового переходу близьке до дефінітивного. З початком активного функціонування травної системи, циклічного періодичного наповнення кишечника каловими масами клубовий сосочок набуває губоподібної форми.

Слободян О.М.

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Дослідження дванадцятипалої кишки (ДПК) підтвердили її особливе топічне положення та фізіологічне значення в шлунково-кишковому тракті. Становлення форми ДПК у плодів має великий діапазон мінливості та різноманітне положення її окремих частин, що зумовлюють складність топографії. Встановлення динаміки становлення ДПК та її компонентів на всіх етапах перинатального онтогенезу є важливим при визначенні причин виникнення варіантів та вад розвитку, виконанні оперативних втручань та ендоскопічних маніпуляцій у новонароджених та дітей раннього віку.

Результати наших досліджень свідчать, що в 4-місячних плодів верхня частина ДПК розміщена майже прямолінійно у фронтальній площині, у 5-10-місячних плодів і новонароджених – косо-каудально (зліва направо і зверху вниз). Напрямок верхньої частини ДПК зумовлений фіксацією його печінково-дванадцятипалокишковою зв'язкою. У плодів та новонароджених низхідна частина ДПК має каудальний напрямок у фронтальній площині, починаючи з 6-го місяця, у сагітальній площині її напрямок вентродорсальний. Для нижньої

| | | | |
|---------|----|---------------------------------|----|
| ..... | 4 | ..... | 46 |
| ..... | 5 |* | 48 |
| ..... | 6 |* | 49 |
| ..... | 7 | ..... | 50 |
| ..... | 8 | ..... | 51 |
| ..... | 9 | ..... | 53 |
| ..... | 10 | ..... | 54 |
| ..... | 12 | ..... | 55 |
| ..... | 13 |*, | 56 |
| ..... | 14 |* | 58 |
| ..... | 15 | ..... | 59 |
| ..... | 17 | ..... | 60 |
| ..... | 17 | ..... | 62 |
| ..... | 19 | - | 62 |
| ..... | 20 | ..... | 62 |
| ..... | 21 | ..... | 63 |
| - | 23 | ..... | 63 |
| ..... | 24 | ..... | 63 |
| ..... | 25 | Lomakina Yu.V., Pishak V.P..... | 64 |
| ..... | 26 | ..... | 64 |
| ..... | 27 | ..... | 65 |
| ..... | 28 | ..... | 66 |
| ..... | 29 | ..... | 67 |
| ..... | 29 | ..... | 68 |
|* | 30 | ..... | 69 |
| ..... | 31 | ..... | 70 |
| ..... | 31 | ..... | 70 |
| ..... | 32 | ..... | 70 |
|* | 33 | ..... | 71 |
|* | 34 | ..... | 72 |
| ..... | 34 | ..... | 73 |
| ..... | 35 | ..... | 73 |
| ..... | 35 | ..... | 74 |
| ..... | 36 | ..... | 75 |
| ..... | 37 |* | 76 |
| ..... | 38 |* | 78 |
| ..... | 39 | ..... | 78 |
| ..... | 40 |* | 79 |
| ..... | 41 |** | 79 |
| ..... | 42 |* | 80 |
| ..... | 42 | ..... | 81 |
| ..... | 43 | ..... | 82 |
| ..... | 44 |* | 82 |
| ..... | 45 | ..... | 83 |