

**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 Сенютович 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

У літературі трапляються фрагментарні дані щодо макромікроскопічної анатомії передміхурової залози, сечового міхура і сечівника у різні вікові періоди життя людини (А.Н. Матюхин, 1999; Н.В. Блинова, 2001; Г.М. Халатурник, Ф.Д. Марчук, Т.В. Хмара, 2001; В.М. Евтушенко, 2002; В.В. Вівчарюк, Г.Я. Стельмах, 2008; Т.В. Khmara, R.P. Hulyk, 2009; Т.В. Хмара, Т.В. Борисюк, 2010). Відомості про джерела формування жіночого сечівника, окремих частин чоловічого сечівника, становлення їх топографії та динаміку зміни довжини сечівника впродовж пренатального періоду онтогенезу людини не систематизовані. У джерелах літератури висвітлюються розрізнені дані про структурні зміни мезонефральних проток Вольфа і парамезонефральних проток Мюллера та корелятивні взаємовідношення похідних сечово-статевої пазухи у передплідів людини (Т.В. Хмара, Ф.Д. Марчук, 2003; В.Ф. Марчук, 2006; L.A. Stryzhakovskaya, 2001). Незважаючи на велику кількість наукових досліджень з морфології, функції та патології передміхурової залози в онтогенезі людини, макромікроскопічній будові внутрішньостінкової і передміхурової частини сечівника, зокрема ділянки сім'яного горбка, у плодовому періоді розвитку людини приділено значно менше уваги, що потребує подальших наукових пошуків.

Отже, аналіз сучасного стану цієї проблеми в Україні свідчить, що дослідження макромікроскопічних особливостей будови та статеві-вікової анатомічної мінливості сечівника впродовж пренатального періоду онтогенезу людини актуальне і пріоритетне. Визначення закономірностей хронологічної послідовності розвитку і становлення топографо-анатомічних взаємовідношень жіночого та чоловічого сечівника впродовж внутрішньоутробного життя людини має важливе як теоретичне, так і практичне значення для з'ясування механізмів виникнення інфравезикальної обструкції, варіантів будови та природжених вад розвитку сечівника.

**Ахтемійчук Ю.Т., Гораш Є.В.**

### **ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО ПЕРЕХОДУ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Нами встановлено, що форма сигмоподібної ободової кишки у плодів та новонароджених вирізняється вираженою індивідуальною анатомічною мінливістю. За формою ми розрізняли U-подібну, С-подібну, Ω-подібну, форму оберненої літери "V", ключкоподібну, зигзагоподібну та спіралеподібну кишку.

У динаміці перинатального періоду частота спіралеподібної ободової кишки збільшується від 6,6 % у 2-му триместрі до 77,8 % у новонароджених. Частота С-подібної форми зменшується від 26,6 % у 2-му триместрі до 6,4 % у третьому триместрі. Мінливість анатомічних форм сигмоподібної ободової кишки зумовлена нерівномірним розвитком відділів ободової кишки та типом статури. Доліхоморфному типу властива коротка сигмоподібна ободова кишка С-подібної та U-подібної форми, а брахіморфному – довга сигмоподібна ободова кишка спіралеподібної та зигзагоподібної форми.

Сигморектальному переходу в перинатальному періоді онтогенезу притаманні такі макромікроскопічні ознаки: наявність звуження кишкової трубки та відсутність жирових привісків у перехідній ділянці між сигмоподібною ободовою кишкою та прямою; наявність ректосигмоїдного кута; формування суцільного м'язового шару товстокишкової стінки з трьох м'язових стрічок, наявність м'язового замикача О'берна-Пирогова-Мутье на рівні ректосигмоїдного кута в сигморектальному переході; з боку просвіту кишки присутність поперечної півкільцевої складки слизової оболонки. Впродовж перинатального періоду відбувається зміна топографії сигморектального переходу. У плодів він може розміщений зліва або справа по відношенню до серединної площини стикаючись з відповідною статевою залозою, у новонароджених він відповідає серединній площині і стикається з стінкою сечового міхура, петлями тонкої кишки. Скелетотопічна проекція сигморектального переходу впродовж перинатального періоду зміщується каудально – від середини тіла V поперекового хребця до середини тіла II крижового хребця.

Органометрію проводили на рівні сигморектального переходу, дистального відділу сигмоподібної ободової кишки та очеревинного відділу прямої кишки. У плодів та новонароджених діаметр СРП менший за діаметри прилеглих відділів. Впродовж перинатального періоду відмічається рівномірне збільшення діаметрів СРС. У динаміці

перинатального періоду діаметр сигмокретального переходу збільшується в 2,6 рази і в новонароджених становить  $9,5 \pm 0,33$  мм ( $p \leq 0,05$ ).

В стінці сигмокретального переходу у плодів та новонароджених чітко візуалізується: слизова оболонка, яка містить чисельні, з широким просвітом крипти, багато келихоподібних клітин, кількість яких у напрямку до прямої кишки зменшується. М'язова оболонка найбільш виражена в СРП, складається з колового та поздовжнього шарів, серозна оболонка збагачена кровоносними судинами. В підслизовій основі відмічається найбільша щільність кровоносних судин.

Упродовж другого триместру відбувається зменшення товщини слизової оболонки сигмокретального переходу та збільшення товщини його м'язової оболонки. На початку третього триместру товщина м'язової оболонки сигмокретального переходу займає більше половини товщини стінки у порівнянні зі слизовою оболонкою. Але в терміні 8-9 місяців внутрішньоутробного розвитку м'язова оболонка сигмокретального переходу знову стоншується, це свідчить про те, що зростання діаметра кишки випереджає темпи росту оболонок СРП. У новонароджених стінка товстої кишки в ділянці сигмокретального переходу має добре виражену м'язову оболонку, яка за товщиною переважає над слизовою оболонкою

При проведенні імуногістохімічної реакції з моноклональними антитілами до десміну реакція виявилась негативною, тобто в м'язовій оболонці стінки сигмокретального сегмента десмін відсутній, що спростовує твердження Y. Watanade et al. (1997) та N. Guarino et al. (2000) про те, що десмін активно виявляється під час міогенезу, а природжена кишкова непрохідність є наслідком його персистенції з плодового періоду внутрішньоутробного розвитку. За даними ультрасонографічного дослідження, перехідна ділянка між сигмоподібною ободовою та прямою кишками на поздовжніх зрізах має форму гіперехогенної трубчастої структури. М'язовий замикач О'берна-Пирогова-Мутье на рівні ректосигмоїдного кута візуалізується у вигляді слабехонегативного формування, що має вигляд півкільця.

За даними ультрасонографічного дослідження діаметр сигмокретального переходу у новонароджених становить  $1,38 \pm 0,03$  см ( $p \leq 0,05$ ), у дівчаток більший ( $1,4 \pm 0,04$  см,  $p \leq 0,05$ ), ніж у хлопчиків ( $1,3 \pm 0,04$  см,  $p \leq 0,05$ ). Діаметр сигмокретального переходу у грудних дітей обох статей становить  $1,6 \pm 0,03$  см ( $p \leq 0,05$ ).

Отже, одержані дані про анатомію і топографоанатомічні взаємовідношення сигмокретального сегмента можуть бути морфологічною основою для розробки алгоритмів антенатальної діагностики природжених вад сигмокретального сегмента, хірургічної корекції природженої патології товстої кишки у дітей раннього віку.

**Гринчук А.М.**

## **ЗМІНИ СТРУКТУРИ ПЕЧІНКИ ПІСЛЯ СПЛЕНЕКТОМІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ НА ЩУРАХ**

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

Селезінка відноситься к органам імунної системи, яка виконує функцію імунного контролю крові. У той же час, її венозна русло і, зокрема, v. Lienalis є однією із трьох судин, які формують V. portae. Тому, зміна об'єму крові, внаслідок спленектомії, що притікає по притоках V. portae, не може не відбиватися на функціональній діяльності печінки.

Об'єктом дослідження були 40 статево зрілих щурів обох статей, вагою 190-200 грамів. Інтактні тварини склали групу з 10 щурів. Експериментальні тварини були розбиті на 4 серії. Забір матеріалу після операції проводився в терміни: 3, 6, 9 місяців. Спленектомія виконувалася через верхню серединну лапаротомію, з подальшим виведенням селезінки на шлунково-селезінковій зв'язці в операційну рану. На селезінкову вену, артерію і деякі її гілки (короткі шлункові артерії, сальникову і підшлункову гілки) накладалися подвійні лігатури, між якими проводилося пересічення судин. Потім пересікалася зв'язка і селезінка видалялася. Операційна рана зашивалася пошарово хірургічним шовком і оброблялася 5% спиртовим розчином йоду. Подібним методом контрольним тваринам виконувалася несправжня спленектомія.

Для вивчення забирались часточки печінки з середньої частини лівої бокової долі органу. Зразки поміщалися в фіксуєчий розчин – 10% нейтральний формалін. Парафінові

.....	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