

**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

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

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 ± 10 мкм, дорсовентральний – 325 ± 10 мкм, поперечний – 285 ± 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 включає 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 спланхнотичної 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, свого Велика 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

Бойчук Т.М., Чернікова Г.М., Петришен О.І.
ДІАГНОСТИКА СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ТКАНИН НИРОК ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ
ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ

*Кафедра гістології, цитології та ембріології
 Буковинський державний медичний університет*

Гістологічну організацію тканини нирок можна представити двокомпонентною аморфно-кристалічною структурою: аморфна паренхіма нирок, яку формують зовнішня кіркова та внутрішня мозкова речовина, кристалічна – епітеліальна тканина каналців, що є оптичною анізотропною ($\Delta n \approx 10^{-3}$); структури ниркових тілець, що в свою чергу є двопромінензальюючими ($\Delta n \approx 10^{-4} \pm 10^{-3}$). Окрім цього, двопромінензальюючими структурами є артеріально-венозна мережа, складові елементи біологічних тканин, що формують строму органа (еластичні та колагенові волокна).

Без сумніву, заслуговують уваги оптичні методи діагностики змін структурної організації біологічних тканин тих чи інших органів, які пов'язані з виникненням запальних процесів. У результаті виконання дослідної роботи вивчалися гістологічні препарати двох груп: перша група – нирки без ознак розвитку патологічного стану (n=27) та друга група – біологічний матеріал нирок з явищами запального процесу (n=31). У ході досліджень розглядалася можливість диференціації таких станів на основі кореляційного аналізу координатних розподілів уявних частин елементів матриці Джонса (таблиця).

Таблиця

Півширина $L(\theta_{ik})$ та дисперсії $\Omega(\Delta\theta_{ik})$ для фазових функцій $K(\Delta\theta_{ik})$ тканини нирок

Фазові кути	$L(\theta_{ik})$		$\Omega(\Delta\theta_{ik})$	
	I група	II група	I група	II група
$\Delta\theta_{11} = 0,05\pi$	0,58 ± 9%	0,52 ± 7%	0,015 ± 4%	0,018 ± 8%
$\Delta\theta_{11} = 0,15\pi$	0,49 ± 11%	0,09 ± 8%	0,06 ± 7%	0,18 ± 9%
$\Delta\theta_{11} = 0,25\pi$	0,07 ± 16%	0,03 ± 14%	0,19 ± 11%	0,29 ± 13%

Отримані результати показують, що півширина $L(\theta_{ik})$ фазових функцій $K(\Delta\theta_{ik})$ для I групи змінюється в межах одного порядку величини зі зміною рівня фазового кута $\Delta\theta_{11} = 0,05\pi - \Delta\theta_{11} = 0,25\pi$. Співвідношення величин параметрів $L(\theta_{ik})$ II групи зразків змінюється в інтервалі від 0,03 ($\Delta\theta_{11} = 0,05\pi$) до 4,96 ($\Delta\theta_{11} = 0,15\pi$). Статистичний момент $\Omega(\Delta\theta_{ik})$ осциляції фазових кореляційних функцій $K(\Delta\theta_{ik})$ тканин нирок обох груп зазнає аналогічних змін, що і півширина $L(\theta_{ik})$. Співвідношення величин дисперсії стохастичної складової $K(\Delta\theta_{ik})$ коливається в інтервалі від 0,12 ($\Delta\theta_{11} = 0,05\pi$) до 3,16 ($\Delta\theta_{11} = 0,15\pi$). Зазначену трансформацію параметрів фазових кореляційних функцій можна пов'язати з наступними факторами. Анізотропна складова здорової тканини формується біологічними кристалами позаклітинних матриць трьох основних типів біологічної тканини (сполучна, м'язова та епітеліальна тканини). Така складна будова позаклітинної матриці тканини нирок, виявляється у координатно неоднорідній модуляції фазових зсувів $\varphi(x, y)$ між ортогональними компонентами поляризації лазерної хвилі, що зондує біологічну тканину.

Даний процес призводить до формування як статистичної, так і стохастичної складової в координатному розподілі фазових кутів ($\Delta\theta_{ik}$) елементів матриці Джонса, що експериментально виявляється у відповідній осциляції амплітуди фазової функції $K(\Delta\theta_{ik})$. Запальний септичний процес формує локальні набряки сукупності тканин нирок, що оптично виявляється у зростанні їх анізотропії. Такий ріст двопромінензальюючості (при незмінній геометрії напрямків оптичних біологічних кристалів) призводить до збільшення глибини модуляції значень фазових кутів ($\Delta\theta_{ik}$). Кореляційно змінює структуру оптично анізотропної складової тканин нирок виявляється у зменшенні півширини $L(\theta_{ik})$ і зростанні дисперсії $\Omega(\Delta\theta_{ik})$ осциляції фазових кореляційних функцій $K(\Delta\theta_{ik})$. Аналіз координатних розподілів фазових кутів $\Delta\theta_{ik}$ елементів матриці Джонса моношару біологічних тканин нирок на основі визначення сукупності статистичних моментів $R^{(3)}(\Delta\theta_{ik})$ і дисперсії флуктуацій $\Omega(\Delta\theta_{ik})$ автокореляційної функції дозволяє диференціювати поляризаційно-фазові властивості здорової та септично-запальної позаклітинної двопромінензальюючої складової.

Таким чином, за допомогою порівняльного аналізу статистичної і кореляційної структури

координатних розподілів дійсних частин елементів матриці Джонса та їх фазових кутів біологічних тканин нирок виявлені діапазони зміни значень статистичних моментів, які характеризують розподіли фазового кута – середнє значення, дисперсія, асиметрія та ексцес для тканин без ознак розвитку патологічного процесу та біологічних тканин нирок з явищами запального процесу.

Ванчуляк О.Я.
КОРЕЛЯЦІЙНО-ПОЛЯРИЗАЦІЙНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ІШЕМІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У
СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства
 Буковинський державний медичний університет*

Високий рівень смертності при хворобах системи кровообігу визначає їх провідне місце серед основних медико-соціальних проблем, наявних не тільки в Україні, але й за її межами. Хочемо відмітити що діагностика гострої коронарної недостатності в практиці судово-медичного експерта має ряд труднощів, для вирішення яких необхідно удосконалення існуючих методів діагностики.

Скоротливий апарат кардіоміоцитів є упорядкованою системою протеїнових волокон, які володіють властивостями рідких кристалів. Таким чином його зміни можна візуалізувати за допомогою пучка когерентного випромінювання (наприклад лазера), що, пройшовши через актино-міозинний комплекс, несе в собі інформацію про його внутрішню структуру на різних рівнях організації. Це дозволяє виявляти зміни будови протеїнової матриці на ранніх стадіях, що є надзвичайно важливо у складних випадках діагностики гострої коронарної недостатності, і особливо при такій тривалості ішемії, яка недостатня для розвитку чітко візуалізованих некротичних змін.

Метою нашого дослідження було встановити діагностичну ефективність застосування поляризаційно-кореляційних методів для діагностики гострої ішемії.

Дослідження проведено в стандартному розташуванні поляриметра. Досліджувались нативні зрізи тканини міокарда за умов ішемічної хвороби серця та гострої коронарної недостатності (групи I та 2).

Результатом стало обчислення двовимірної сукупності вейвлет - коефіцієнтів для кожного k -го ряду пікселів світлочутливої площадки цифрової камери для зрізів першої та другої групи. Встановлено, що розподіли вейвлет - коефіцієнтів поляризаційних мап лазерних зображень гістологічних зрізів міокарда обох груп є індивідуальними для кожного масштабу МНАТ - вейвлету.

Діапазони зміни статистичних моментів 1-2-го порядків лежать у межах - $M_1 = 1,15 \pm 1,34$; $M_2 = 1,15 \pm 1,35$ разів. Статистичні моменти вищих порядків зростають у межах $M_3 = 2,1 \pm 2,3$ і $M_4 = 2,2 \pm 4,9$ разів, відповідно.

Виявлені особливості статистичної і координатної структури розподілів вейвлет - коефіцієнтів поляризаційних мап лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда, на нашу думку, пов'язані із різним ступенем самоподібності розподілів напрямів оптичних осей ρ і фазових зсувів δ полікристалічних міозинних фібрилярних структур на різних масштабах аналізу ($a_{min} = 2 \mu m; 10 \mu m; 30 \mu m$) МНАТ - вейвлету.

Таким чином, за результатами нашої роботи можна зробити наступні висновки: вейвлет аналіз - сучасний метод обробки інформаційних потоків. Його особливістю є можливість аналізу на певному заданому дослідником масштабі без втрати даних та додаткових похибок. Серцевий м'яз людини як біологічна тканина з чітко упорядкованою системою протеїнових фібрил проявляє властивості рідких кристалів, що дозволяє візуалізувати його будову за допомогою пучка лазерного випромінювання. На основі експериментальних досліджень нами констатована діагностична ефективність вейвлет аналізу координатних розподілів еліптичності поляризації лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда для діагностики гострих ішемічних пошкоджень.

Вітенок О.Я.
ОСОБЛИВОСТІ ЗОВНІШНЬОЇ БУДОВИ ПРЯМОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ
ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

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

Дослідження проведено на 53 препаратах трупів плодів (від 4 до 10 місяців) та дев'яти новонароджених (зокрема, п'ять окремих органокомплексів) без зовнішніх ознак анатомічних відхилень або аномалій та без явних макроскопічних відхилень від нормальної будови шлунково-кишкового тракту методами макромікропрепарування, рентгенографії, морфометрії.

З віком плодів внутрішній рельєф прямої кишки (ПК) змінюється. У ранніх (4-5-місячних) плодів поперечні та поздовжні складки слизової оболонки не виражені, у 6-місячних починають виявлятися поперечні складки: верхня та середня, які заповнюють майже 1/3 просвіту кишки, нижня – майже не виражена. На початку 7-го місяця розвитку (плоди від 301,0 до 320,0 мм тім'яно-п'яtkової довжини (ТПД)) рельєф внутрішньої поверхні ПК хвилястий. Всі поперечні складки слизової оболонки ПК виражені,

найбільшою складкою, яка заповнює просвіт кишки на $\frac{1}{2}$, є середня. Наприкінці 7-го місяця розвитку (плоди від 321,0 до 350,0 мм ПІД) на внутрішній поверхні прямокишкової стінки виявляються як поперечні, так і поздовжні складки слизової оболонки. Майже 2/3 просвіту ампули ПК заповнює середня поперечна складка, меншою ($\frac{1}{2}$ просвіту кишки) є верхня, ще меншою – нижня. У пізніх (8-10-місячних) плодів та новонароджених ПК містять як поперечні так і поздовжні складки, які чітко виявляються макроскопічно. Верхня та середня поперечні складки ПК найбільші, вони заповнюють просвіт кишки на 2/3 її діаметра, меншою є нижня (до $\frac{1}{2}$ просвіту). Поздовжні складки найбільше виражені в нижніх відділах кишки.

У перинатальному періоді онтогенезу відхідниково-прямокишкова лінія – межа між ампулою ПК та хірургічним відхідниковим каналом – маловиражена. З віком плодів збільшується кількість відхідникових стовпів: від 6-9 – у 7-місячних плодів до 7-10 – у 8-10-місячних плодів та новонароджених. Упродовж плодового та раннього неонатального періодів онтогенезу відхідникової пазухи маловиражені.

У 12% випадків у 8-10-місячних плодів (у 3% – упродовж перинатального періоду онтогенезу) виявлено варіант будови внутрішньої поверхні ПК, для якого характерно наявність чотирьох поперечних складок: верхньої, середньоверхньої, середньонижньої, нижньої. Верхня – розміщена у верхніх відділах ампули кишки зліва, дві середніх (верхня та нижня) – справа, на відстані одна від другої до 10,0 мм, нижня у нижніх відділах ампули кишки зліва. У цих випадках найбільшою поперечною складкою, яка заповнює $\frac{1}{2}$ просвіту кишки, є нижня.

Гаїна Н.І.

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ АРТЕРІАЛЬНИХ СУДИН ТОВСТОЇ КИШКИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ

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

Проведене дослідження на 20 препаратів плодів з тім'яно-курпиковою довжиною (ТКД) 167-390,0 мм показало, що проекція висхідної ободової кишки відповідає правій бічній ділянці передньобічної стінки живота.

Однак, у 3 спостереженнях висхідна ободова кишка примикала до бічної стінки черевної порожнини, а в 5 – була зміщена до серединної площини тіла людини. Довжина висхідної ободової кишки даного вікового періоду (від лецекального кута до правого згину) коливається від 47,0 мм до 85,0 мм, а діаметр – від 11,9 до 21,7 мм. При дослідженні плода 312,0 мм ТКД висхідна ободова кишка була досить рухомою, що зумовлено наявністю власної брижі.

На препаратах плодів спостерігається схожість васкуляризації кінцевого відділу тонкої кишки та висхідної ободової кишки, що пов'язано з сегментарністю їх кровопостачання.

Від правобічної стінки верхньої брижової артерії у межах її вгнутого сегмента починаються товстокишкові гілки, які прямують в бік до клубово-сліпокишкового кута.

На відстані 7,7±0,2 мм від клубово-сліпокишкового кута клубово-ободовокишкова артерія розгалужується на 3-5 основних (головних) гілок, які кровопостачають сліпу кишку з червоподібним відростком та висхідну частину ободової кишки.

Права ободовокишкова артерія у більшості спостережень прямувала до верхньої половини висхідної ободової кишки.

Не доходячи до кишки на 7,2±0,3 мм, артерія, ділиться на висхідну та низхідну гілки. Перша з них прямує до верхньої третини висхідної ободової кишки та правого згину товстої кишки, анастомозує з гілками середньої ободовокишкової артерії.

Друга, як пристінкова артерія, проходить каудально вздовж краю висхідної ободової кишки і розгалужується на передній та задній її стінках. Низхідна гілка правої ободової артерії утворює анастомоз з гілками клубово-ободовокишкової артерії.

Однак, на восьми препаратах права ободовокишкова артерія брала участь у кровопостачанні майже всієї висхідної ободової кишки, а на десяти препаратах вона була взагалі відсутня. В останньому випадку висхідну ободову кишку кровопостачали гілки клубовокишкової та середньої ободовокишкової артерій. Оскільки права ободовокишкова артерія не завжди є постійною, а кількість названих гілок досить мінлива, можна зробити припущення про послаблення кровопостачання даного сегмента товстої кишки.

Середня ободовокишкова артерія вирізняється постійністю, оскільки вона виявлена на всіх препаратах. Артерія прямує до поперечної ободової кишки між дистальною та середньою її третинами. Не доходячи до стінки кишки на 3,4±0,5 мм, основний стовбур судини під прямим кутом ділиться на дві гілки.

Останні прямують до поперечної ободової кишки та лівого згину. Вони анастомозують з лівою ободовокишковою артерією і утворюють дугу Ріолана.

Стінка магістральних кровоносних судин товстої кишки і їх гілок представлена трьома оболонками: внутрішньою (ендотеліальною), середньою і зовнішньою. Середня оболонка утворена витягнутими клітинами з видовженими ядрами, які інтенсивно забарвлені борним карміном. Зовнішня оболонка представлена клітинами сполучної тканини, які мають колову орієнтацію. Стінка артеріальних судин дрібного калібру і судин підслизового прошарку утворена двома шарами, а найбільш дрібних розгалужень у підслизовому шарі тільки ендотелієм.

Галичанська О.М.*, Хмара Т.В.

ОСОБЛИВОСТІ СИНТОПІ ОРГАНІВ І СТРУКТУР ВЕРХНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ У 8-МІСЯЧНИХ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

*Чернівецький медичний коледж**

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

Дослідження топографо-анатомічних взаємодіюнь складових верхнього середостіння (ВС) проведено на 7 плодах людини 8 місяців (271,0-310,0 мм тім'яно-курпикової довжини (ТКД)) з використанням методів звичайного та тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи, макромікроскопії та морфометрії. У п'яти плодів виявлена двочасткова симетрична (метеликоподібна) форма за груднинної залози (ЗЗ). У плода 280,0 мм ТКД ЗЗ має колбоподібну форму і складається з чотирьох (правої, лівих верхньої і нижньої та серединної) часток, різних за формою і розмірами, які розмежовані міжчастковими шлінами. У плода 310,0 мм ТКД ЗЗ має форму оберненої трапеції, основа якої розміщена на рівні нижньої краю ключиць. Висота ЗЗ (у центральній частині органа) становить 45,0 мм, ширина: в ділянці верхньої основи – 23,0 мм, у ділянці нижньої основи – 14,0 мм, товщина (в середній частині) – 16,0 мм. ЗЗ складається з трьох часток різних розмірів: правої, лівої і нижньої, які щільно прилягають одна до одної. Права частка ЗЗ має форму подібну до шапки гриба, ліва частка – пірамідної форми, а нижня – неправильної багатокутної форми. Нижня частка лежить на груднинно-ребровій частині осердя, сягаючи рівня вінцевої борозни.

У плода 275,0 мм ТКД виявлені особливості топографії органів і структур ВС. Права і ліва частки ЗЗ вкриті щільними капсулами. Проксимальні, циліндричної форми, кінці часток ЗЗ розміщені в шийній ділянці. Шийна частина правої частки ЗЗ знаходиться між бічною поверхнею трахеї та правою загальною сонною артерією. Верхній кінець правої частки ЗЗ сягає правої частки шитоподібної залози. До бічної поверхні правої частки ЗЗ прилягає права плечо-головна вена. Шийна частина лівої частки ЗЗ своєю задньою поверхнею прилягає до передньої поверхні трахеї. Латерально до лівої частки ЗЗ прилягає ліва загальна сонна артерія. Верхній кінець лівої частки ЗЗ знаходиться на 3,0 мм нижче лівої частки шитоподібної залози. У межах ВС грудні частини часток ЗЗ розширені. Збоку до грудної частини правої частки ЗЗ прилягає верхня порожниста вена. Грудна частина лівої частки ЗЗ примикає до дуги аорти та легеневого стовбура. Шийна частина трахеї зміщена вправо від серединної стрілової площини, а стравохід

вліво, внаслідок чого чітко виражена трахео-стравохідна борозна, в якій знаходиться лівий поворотний гортанний нерв. Шийний відділ правого блукаючого нерва розміщується позаду і дещо латеральніше правої загальної сонної артерії. Шийний відділ лівого блукаючого нерва розміщується спереду лівої загальної сонної артерії. Грудна частина стравоходу у ВС розміщується позаду трахеї дещо лівіше серединної стрілової площини. Проїшовши у грудну порожнину через верхній отвір грудної клітки, блукаючі нерви огинають корінь легень позаду. Правий діафрагмовий нерв прямує вздовж правої плечо-головної і верхньої порожнистої вен прямолінійно, проходить під середостінною частиною правої пристінкової плеври до кореня правої легені, перетинає його спереду. Далі правий діафрагмовий нерв розміщується між середостінною частиною пристінкової плеври та осердям і досягає діафрагми. Лівий діафрагмовий нерв перехрещує спереду дугу аорти і обходить дугоподібно серце. У ВС середостінна частина правої пристінкової плеври вкриває бічну поверхню стравоходу за винятком місця прилягання непарної вени. Непарна вена, діаметром 4,3 мм, розміщується справа від стравоходу і на рівні міжхребцевого диска між тілами II і III грудних хребців впадає у верхню порожнисту вену. До непарної вени щільно прилягає грудна протока, діаметр якої становить 1,4 мм. З нижньопередньої ділянки воріт правої легені виходять верхня і нижня праві легеневі вени. Причому нижня права легенева вена більша за діаметром за верхню вену. Над обома правими легневими венами у ворота правої легені проходить права легенева артерія, а позаду і зверху неї – правий головний бронх. Праві легеневі вени проходять майже горизонтально ліворуч, позаду верхньої порожнистої вени, правого передсердя і висхідної частини аорти. З нижньопередньої ділянки воріт лівої легені виходять верхня і нижня ліві легеневі вени. Над лівими легневими венами у ворота лівої легені проходять дещо позаду від них лівий головний бронх, а над ним – ліва легенева артерія. Ліві легеневі вени прямують майже горизонтально праворуч, попереду низхідної частини аорти. Праві і ліві легеневі вени пронизують осердя і впадають окремо у ліве передсердя в ділянці його верхньонижньої стінки. На основі серця, в ділянках виходу легеневого стовбура і аорти та впадання в нього порожнистих і легневих вен епікард переходить у пристінкову пластинку серозного осердя. Венозна складка перегину нагадує літеру «Т», яка розміщена горизонтально. Вертикальний відрізок цієї лтери знаходиться з правого боку і прямує від верхньої порожнистої вени до нижньої порожнистої вени, охоплює праві легеневі вени та фіксує праве передсердя. Горизонтальний відрізок охоплює ліві легеневі вени, перетинається знову до верхньої порожнистої вени і фіксує ліве передсердя. Легеневі вени не повністю вкриті осердям, а розміщені в одній із складок серозного осердя. Венозна складка перегину проходить по верхній порожнистій вені зліва і зверху, справа наліво, внаслідок чого з правого боку верхня порожниста вена вкрита осердям менше, ніж з лівого боку. Довжина інтраперикардального відділу верхньої порожнистої вени на передній поверхні становить 22,0 мм, на правій поверхні – 11,0 мм, на лівій поверхні – 17,0 мм, на задній поверхні – 9,0 мм. Легеневі вени оточені осередною порожниною на протязі 4,0-7,0 мм, при цьому довжина інтраперикардального відділу правої верхньої легеневої вени становить

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ І 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 РАЙШЬОМУ ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДАХ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	4
Бесединська О.В. СТАН СУДИН ПЕРИФЕРІЙНИХ НЕРВІВ ПРИ ЦУКРОВОМУ 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 ЩИТОПОДІБНОЇ 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 СИНТОНІЇ ОРГАНІВ І СТРУКТУР ВЕРХНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ 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 МІЖХРЕБЦЕВИХ 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
Проняев Д.В. ВАРІАНТ ТОПОГРАФІЇ ВНУТРІШНІХ ЖІЛЮЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ	26
Проняк 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
Стрижаковська 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., Стрижаковська 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
СЕКЦІЯ 2 НЕЙРОІМУНОЕНДОКРИННА РЕГУЛЯЦІЯ В НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЇ	
Бойчук Т.М., Савчук Т.П. РЕАКЦІЯ КАТЕХОЛАМЕРГІЧНИХ СИСТЕМ СТРУКТУР ПРОМІЖНОГО МОЗКУ ЩУРІВ НА УСКЛАДНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ДВОБІЧНОЮ КАРОТИДНОЮ ІШЕМІЄЮ-РЕПЕРФУЗІЄЮ	35
Вепрюк Ю.М., Роговий Ю.Є., Філіпова Л.О. ЕКСКРЕТОРНА ТА ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У СТАТЕВОЗРІЛИХ І СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ДІЇ СОЛЕЙ АЛЮМІНІЮ І СВИНЦЮ	36
Гавалешко В.П. ГІСТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В НИРКАХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНЕНИМ НЕПОВНОЮ ГЛОБАЛЬНОЮ ІШЕМІЄЮ-РЕПЕРФУЗІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	36
Галагдіна А.А., Ткачук С.С. РАЙНІ ТА ВІДСТРОЧЕНІ ЗМІНИ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ЩУРІВ ІЗ ПОСДНАНОЮ ДІЄЮ СТРЕПТОЗОТОЦИН-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 ЕКСТРАГЕННОЇ 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 ОКСИДОВАННОГО 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 НЕФРОПАТІЄЮ ПРИ НАВАНТАЖЕННІ 3% РОЗЧИНОМ ХЛОРИДУ НАТРІЮ ЗА УМОВ БЛОКАДИ НИРКОВИХ ПРОСТАГЛАНДІНІВ ІНДОМЕТАЦИНОМ	43
Тимофійчук І.Р., Шведь В.І. СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЛІМБІКО-ГІПОТАЛАМІЧНИХ СТРУКТУР ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ІШЕМІЧНОГО ТА ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	44