

**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 привушно-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 привушно-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 привушно-протоки. Довжина привушно-протоки ПЗ плодів третього триместру становить 8,0-26,0 мм, діаметр просвіту в межах 0,8-2,5 мм. Проекція привушно-протоки ПЗ на шкіру обличчя з обох боків проходить лінією від козелка вушної раковини до кута рота. Стінка привушно-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



поперечному напрямку прошарки пухкої мезенхіми. В присередній ділянці вказаних проміжків простежується проходження зорового нерва та кровоносної судини – очної артерії. Присередній кінець малого крила територіально дещо відокремлює зоровий нерв та артерію від інших нервових стовбурів, тобто зоровий канал та верхня очноямкова шілина на даному етапі між собою чітко не розділені. В латеральному відділі містяться стовбури нервів, які досягають очної ділянки: ближче до зорового нерва визначаються стовбури окорухового, відвідного та носовийкового нервів, ззовні та зверху від них – стовбури лобового та блокового нервів.

Упродовж 8-го тижня спостерігається збільшення у розмірах хрящових моделей вказаних кісток, наслідком чого є оточення зорового нерва з очною артерією хрящовою основою малих крил та відокремлення цих структур від решти нервових елементів, які лишаються у межах присереднього відділу верхньої очноямкової шілини.

Упродовж 9-10-го тижнів внутрішньоутробного розвитку (передплоти 31,0-53,0 мм ТКД) спостерігається наступне явище: короткі та широкі сухожилки прямих м'язів очного яблука, переходячи один в другий, формують навколо зорового каналу та присереднього відділу верхньої очноямкової шілини кільцеподібне утворення сухожилкового характеру, яке остаточно визначає топографічне розташування нервів, які вступають в очну ямку через верхню очноямкову шілину. Завдяки використанню графічного реконструювання визначено, що через присередній відділ верхньої очноямкової шілини в очну ямку вступають нерви у вигляді двох пучків: всередину м'язового конуса - носовийковий, окоруховий, відвідний, а ззовні містяться блоковий, лобовий та слъзовий нерви. Такий склад та послідовність визначені у всіх спостереженнях. У складі другого пучка у всіх досліджених об'єктів також знаходиться стовбур верхньої очної вени, яка вступає з очної ямки у порожнину черепа. Впродовж плодового періоду структура стінок зорового каналу набуває кісткового характеру: вміст не змінюється. Присередня частина верхньої очноямкової шілини, яка обмежена з латерального боку частиною сухожилкового кільця, набуває кістково-фіброзного каналу, через який в певному топографічному співвідношенні входять нерви та виходить венозна судина. Присереднє положення серед нервів займає окоруховий нерв, який зазвичай представлений одним стовбуром. Збоку від нього розташований носовийковий нерв, а саме бічне положення займає відвідний нерв. У шілині між сухожилковим кільцем та нижньою поверхнею малого крила клиноподібної кістки у очну ямку входить товстий стовбур лобового нерва, при середній від нього – блоковий нерв, а збоку – слъзовий.

Таким чином, формування зорового каналу та верхньої очноямкової шілини, як самостійних структур відбувається на 8-ому тижні внутрішньоутробного розвитку, а відносно сталі топографічні співвідношення структур, які є вмістом цих утворень – на 9-10-ому тижнях і майже не змінюються впродовж плодового періоду.

Макар Б.Г., Дячук І.І.*, Бамбуляк А.В.*

ВІКОВІ ЗМІНИ В БУДОВІ ТА СИНТОПІІ СТІНОК КЛИНОПОДІБНОЇ ПАЗУХИ В ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ

*Кафедра анатомії людини імені М.Г. Туркевича
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології*
Буковинський державний медичний університет*

У тезах наведені дані комплексного вивчення розвитку стінок клиноподібної пазухи і становлення їх топографо-анатомічних взаємовідношень із суміжними структурами впродовж онтогенезу людини, з'ясування прогресивних і регресивних їх змін та визначення анатомічної мінливості. Закладка клиноподібної пазухи відбувається на 2-му місяці внутрішньоутробного розвитку (передплоти 40,0-51,0 мм тім'яно-куприкової довжини) шляхом впинання слизової оболонки верхнього носового ходу в прилеглу мезенхіму. У новонароджених виявляється варіабельність їх форми. Права половина пазухи: може бути овальною (52 %), кулястою (32 %), кулясто-овальною (16 %); ліва пазуха: овальна (34 %), куляста (56 %), кулясто-овальна (10 %). На рентгенограмах вона має шліноподібну форму.

В період першого дитинства визначаються присередня, передня і задня її стінки. Топографічно пазуха розташована на рівні підочноямкового краю і з'єднується з носовою порожниною в задній частині верхнього носового ходу.

Інтенсивний розвиток клиноподібної пазухи відбувається в період другого дитинства (8-12 років) та підлітковому віці (13-16 років). У юнацькому віці найбільш товстою є задня стінка клиноподібної пазухи, а найтоншою – передня стінка. Топографічно пазуха межує з основою потиличної кістки, з передперехресною і сонною борознами. Перегородка пазух також тонка. У 25 % перегородка відхилена в лівий бік, у 40% - в правий. У 10 % виявляються додаткові перегородки. На окремих препаратах у піжпазушній перегородці константуються не великі отвори.

У першому періоді (23-35 років) та другому періоді (36-60 років) зрілого віку відбувається стабілізація морфометричних параметрів клиноподібної пазухи, а впродовж літнього (61-74 роки) та старечого (75-90 років) періодів онтогенезу – зменшення їхніх розмірів.

Для клиноподібної пазухи властива вікова варіабельність рентгенологічних форм: у пренатальному періоді форма пазух частіше шліноподібна (56%) і овальна (44%), у дитячому віці – грушоподібна (33%), овальна (30%) і трикутна (27%), у юнацькому овальна (24%), тригранна (37%), у зрілому, літньому і старечому віці – тригранна (76%), куляста (13%) та овальна (11%).



Формування залоз слизової оболонки клиноподібної пазухи пов'язано з процесом вrostання слизової оболонки бічної стінки носової порожнини у клиноподібну кістку. У новонароджених поряд з трубчастими і альвеолярними залозами виявляються складні трубчато-альвеолярні. Інтенсивна зміна будови, форми та розмірів залоз відбувається в підлітковому періоді онтогенезу. Залози субепітеліального шару розташовані рядами, між якими виявляються окремі ділянки слизової оболонки, де залози відсутні. Значна кількість залоз знаходиться у глибокому шарі слизової оболонки. Форма залоз гронаподібна, циліндрична, місцями дереворозгалужена з довгими вивідними протоками. Найбільша густина залоз визначається у межах природних отворів клиноподібної пазухи.

Марценяк І.В., Олійник І.Ю.*

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШІЧНОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

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

Метою дослідження було з'ясувати особливості топографічної анатомії та динаміки змін морфометричних показників шічної ділянки в плодовому періоді онтогенезу людини.

Досліджено 35 плодів, з яких 17 – чоловічої статі та 18 – жіночої, віком від 4 до 7 місяців внутрішньоутробного розвитку, 160,0–350,0 мм тім'яно-п'яткової довжини (ТПД). Застосовано комплекс методів морфологічного дослідження, який включав антропометрію, морфометрію, макроскопію, аналіз цифрових зображень послідовних етапів препарування м'яких тканин шічної ділянки, статистичний аналіз. Встановлено площу бічної та шічної ділянок лица, проаналізовано динаміку змін їх морфометричних показників з урахуванням віку, статі, коефіцієнту конституційного типу плодів. Макроскопічні та рентгенологічні дослідження анатомічних препаратів дозволили виявити зовнішні орієнтири, за допомогою яких у плодів можна визначити межі ділянок лица. Коефіцієнт конституційного типу визначено за величиною краніального індексу (за Воробйовим В.П.), який є співвідношенням поперечного діаметра (відстань між найбільш віддаленими точками тім'яних горбів) та поздовжнього діаметра (відстань між надпереніссям та зовнішнім потиличним виступом).

Для визначення площі шічної ділянки у плодів людини ми розробили систему топографоанатомічних координат бічної ділянки лица (рис.).

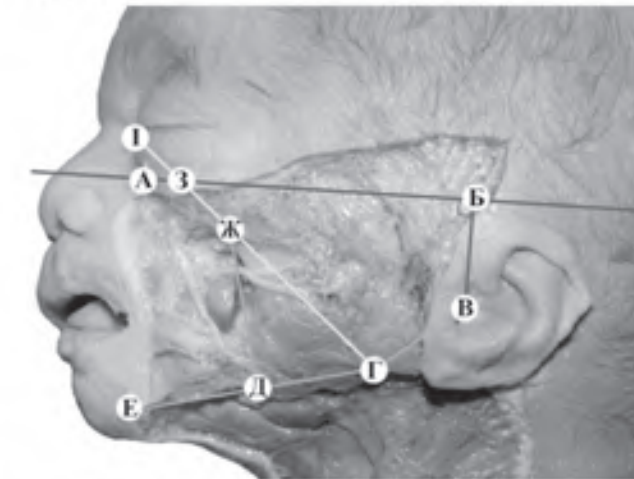


Рис. Система краніометричних координат плодів людини: А – нижній край очної ямки; Б – точка перетину перпендикуляра, опущеного на нижню горизонталь від зовнішнього слухового отвору; В – зовнішній слуховий отвір; Г – кут нижньої щелепи; Д – середина нижнього краю тіла нижньої щелепи; Е – точка перетину перпендикуляра, опущеного від середини нижнього краю нижньої щелепи до прямої лінії між кутом нижньої щелепи та присереднім кутом ока; З – точка перетину нижньої горизонталі з прямою лінією між кутом нижньої щелепи та присереднім кутом ока; І – присередній кут ока.

Верхня межа бічної ділянки лица відповідає нижній горизонтальній лінії системи краніотопографії Кренлейна-Брюсової. Задня межа проходить від зовнішнього слухового отвору до точки перетину з нижньою горизонтальною лінією під прямим кутом. Нижня межа бічної ділянки лица, як і у дорослих, відповідає нижньому краю нижньої щелепи. Передня межа шічної та бічної ділянок у плодів проходить від верхньої горизонтальної лінії по носо-шічній складці до кута рота й відповідає лінії, яка проходить від присереднього кута ока, через кут рота і до нижнього краю нижньої щелепи. Задня межа шічної ділянки відповідає передньому краю жувального м'яза, який проектується на шкіру по лінії, яка починається від середини нижнього краю тіла нижньої щелепи і йде під прямим кутом від останньої до точки перетину з лінією між кутом нижньої щелепи і присереднім кутом ока, а далі – вздовж цієї лінії до перетину її з нижньою горизонталлю. Така конфігурація проекційної лінії задньої межі шічної ділянки зумовлена формою переднього краю жувального м'яза, його синтопією з жиривим тілом щок.