

**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



селезінкового згину та точка Зудека – в межах сигмоидального сегмента (Bower T.C., 1993). Тому перев'язка нижньої брижової артерії проксимальніше чи дистальніше точки Зудека при резекції сигмоподібної ободової кишки може стати вирішальним моментом у післяопераційному періоді (Shoji V.T. et al., 1994, Farman J., 1995, Van Tonder J.J. et al., 2007). Дослідження проведено на 30 трупах (18 – жіночої статі, 12 – чоловічої) 4–6 місяців (161,0–290,0 мм ТПД) такими методами морфологічного дослідження: соматоскопія, антропометрія, макромікропрепарування, морфометрія, ін'єкція артеріальних судин, рентгенографія. Встановлено, що скелетотопічна проекція сигмоидального переходу впродовж 4–6 місяців змінюється від середини тіла IV поперекового хребця до середини тіла II крижового хребця. У більшості плодів (63,3 %) проекція сигмоидального переходу визначалася на рівні тіла V поперекового хребця. Виявлено два типи кровопостачання сигмоидального сегмента: пристінковий (25 плодів) та позастінковий (5 плодів). Пристінковий тип характеризується наявністю судинних аркад I-го порядку, що з'єднуються вздовж брижового краю сигмоидального сегмента. Судини мають звивистий хід, проникають в кишкову стінку, але не досягають вільного краю сигмоидального сегмента. При позастінковому типі визначаються прямі стовбури артерій (останньої сигмоподібної та верхньої прямокишкової), характер галуження наближається до розсіпного, гілки прямують до передньої та задньої стінок сигмоидального сегмента.

Павлюкович О.В., Бачинський В.Т., Паливода О.Г.

ОСОБЛИВОСТІ ІНТРАДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ ПРИ ГОСТРОМУ МІЄЛОБЛАСТНОМУ ЛЕЙКОЗІ (СПОСТЕРЕЖЕННЯ З ПРАКТИКИ)

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

У всьому світі набувають більшого поширення злоякісні захворювання крові, зокрема, які в своєму патогенезі призводять до виникнення інтрадуральних гематом, які при неповній та несвоєчасній прижиттєвій діагностиці, за часто сприймаються як внутрішньочерепні травми із розвитком під оболонкових крововиливів, утруднення лікування даних пацієнтів та збільшенню кількості смертельних випадків.

Метою нашого дослідження слугувала необхідність звернути увагу лікарів судово-медичних експертів та лікарів патологоанатомів на практичний випадок смерті від гострого мієлобластного лейкозу з розвитком дифузних інтрадуральних гематом, як такий, що є поодиноким у практичній діяльності відділу судово-медичної експертизи трупів бюро судово-медичної експертизи, а в значній мірі зустрічаються у практичній діяльності обласних патолого-анатомічних бюро.

Випадок з практики, який досліджувався під час проведення судово-медичної експертизи трупа гр. Д., 1937р.н., у морзі відділу судово-медичної експертизи трупів Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи із застосуванням гістологічного дослідження останній помер в нейрохірургічному відділенні Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці 29.10.2013 року.

При візуальному дослідженні кісток скеліття черепа на просвіт, виявлено чисельні, дифузно-розташовані, плямисті крововиливи з синюшним відтінком у товщу їх губчастої речовини. Тверда мозкова оболонка гладка, блискуча, з чергуванням ділянок темно-червоного та рожевого кольору, легко відділяється від кісток основи та скеліття черепа. Крововиливи в товщу твердої мозкової оболонки, що розташовані між зовнішнім і внутрішнім її листками, плямистого характеру із нерівними краями, інтенсивно-забарвленим центром та нечіткою периферією, переривчастого характеру, множинної хаотичної локалізації з темно-червоним центром та рожево-червоною периферією, представлений рідкою кров'ю. М'яка мозкова оболонка значно набрякла. Борозни та звивини мозку згладжені. Речовина мозку на розрізах з цятковими, дифузними крововиливами в товщу з ознаками набухання. Селезінка розмірами 14,8×9,0×6,5 см, капсула її ціла, напружена, поверхня гладка, тканина на розрізах рожево-вишневого кольору, помірного кровонаповнення, дрябла, дає надмірний зішкріб пульпи.

Під час проведення судово-гістологічного дослідження: Головний мозок – артерії речовини головного мозку нерівномірно кровонаповнені чередуванням ділянок спазмування та розширення, в просвіті еритроцити з чіткими та напівчіткими контурами, забарвлені в помаранчевий колір. Вени спавші, малокровні, в просвіті поодинокі елементи червоної крові. Стінки судин набрякли, стінки дрібних судин місцями інфільтровані недиференційованими лейкозними клітинами. Нейрони різних розмірів, різної форми. Периваскулярні та перичелюлярні простори в речовині головного мозку розширені. Відмічаються вогнищеві та діapedезні крововиливи, в речовині головного мозку, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, частково з домішкою поодиноких елементів білої крові. М'які мозкові оболонки не збережені на протязі препарату. Тверда мозкова оболонка - №1 з лобної ділянки – розшарована, набрякла, містить вогнищеві крововиливи, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, субтотально з домішкою поодиноких елементів білої крові. Вогнищеві краї оболонки інфільтровані лімфоцитами. Тверда мозкова оболонка - №2 з правої тім'яної ділянки – розшарована, набрякла, в клітинах волокон каріолізіс, містить вогнищеві крововиливи, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, місцями з домішкою поодиноких елементів білої крові. Тверда мозкова оболонка - №3 з лівої тім'яної ділянки – розшарована, набрякла, в клітинах волокон каріолізіс, містить великовогнищевий крововилив, представлений елементами червоної крові, з нечіткими контурами, з домішками елементів білої крові. Враховуючи морфологічні особливості інтрадуральних крововиливів та гістологічну їх картину слід вважати про послідовне їх виникнення, у різні проміжки часу до моменту настання смерті.



Такий вигляд інтрадуральних гематом, обумовлений будовою твердої мозкової оболонки.

Отже смерть гр. Д., 1937р.н. настала у результаті набряку та набухання речовини головного мозку як ускладнення наявного при житті гострого мієлобластного лейкозу з розвитком дифузних інтрадуральних гематом. Вище описаний випадок із практики має великий практичний інтерес з точки зору морфологічних особливостей інтрадуральних гематом, при онкологічних захворюваннях крові, як нетипові, щодо тих які зустрічаються при внутрішньочерепних травмах. Слід пильніше проводити судово-медичні експертизи трупів осіб, що померли у результаті наявних при житті онкологічних захворювань крові, що супроводжуються виникненням оболонкових крововиливів із застосуванням усіх можливих додаткових методів дослідження, проводити їх диференціальну діагностику із внутрішньочерепною травмою.

Попелюк О.-М.В.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОРГАНІВ ДІЛЯНКИ ШИЇ В ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

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

Дослідження вікових закономірностей розвитку органів і систем людини є важливим напрямком сучасної морфології. Об'єктом дослідження мають бути не окремі органи, а шонайменше органокомплекси і системи як одиниці інтеграції специфічних їх форм та функцій. Розширення анатомічних досліджень у перинатальному періоді розвитку людини є необхідністю, оскільки численні захворювання дітей і дорослих етіологічно пов'язані з внутрішньоутробним періодом розвитку.

Метою дослідження було вивчити динаміку морфогенезу та синтопічної кореляції органів та структур ділянки шиї в період внутрішньоутробного розвитку. Застосування комплексу адекватних морфологічних методів дослідження дало можливість уточнити, розширити та доповнити відомості, які є в доступній літературі з цих питань.

Зародковий період досліджений нами на основі вивчення послідовних гістологічних зрізів 20 препаратів 3,0 – 13,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД), виготовлення графічних та пластичних реконструкційних моделей.

На четвертому тижні внутрішньоутробного періоду розвитку виникає вентральний випин стінки первинної кишки на межі її глоткового (головного) відділу з тулубом. Випин відокремлюється від головної кишки, за винятком його краніальної частини, де зберігається зв'язок між травним і дихальним трактами, свідченням цього є епітеліальна вистилка нижніх дихальних шляхів. У зародків 3,0 – 4,0 мм ТКД передня кишка є верхнім відділом ембріональної кишки, яка зв'язана з головним кінцем тіла зародка, що розвивається. Вона представлена епітеліальною трубкою. В цьому ж періоді спостерігається початок закладки структурних компонентів хребців. Осьова мезенхіма розділена на первинні сегменти соміти, які досить чітко диференціюються на серіях зрізів. Основою скелета є хорда, яка являє собою циліндричний тяж, оточений тонкою безструктурною оболонкою. У зародків 8,0–10,0 мм ТКД формується конденсація склеротомних клітин навколо хорди і нервової трубки, з якої утворюються мезенхімні хребці. Тіла хребців утворюються із краніальної і каудальної частин двох сусідніх склеротомних мас. Міжсегментарні артерії залишаються на рівні тіл хребців, а спинномозкові нерви лежать між хребцями.

У зародків 12,0 – 13,0 мм ТКД вузли нервових сплетень блукаючих нервів розміщені більш краніально у порівнянні із зародками 9,0 мм ТКД. Безпосередньо близько до загальних сонних артерій знаходяться великі стовбури блукаючих нервів діаметром до 130 мкм. Вони віддають гілки верхнього та нижнього гортанних нервів діаметром 36–40 мкм. Бранхіогенна група залоз обмежена зверху верхніми щитоподібними артеріями та верхньогортанними нервами, з боків – судинно-нервовими пучками шиї. В каудальному відділі передньої стінки глотки на рівні відгалуження трахео-легеневого зачатка з'являється парне потовщення мезенхіми у вигляді черпакуватих валиків з дорсально спрямованою вирізкою (майбутній міжчерпакуватий простір) та поперечний валик, які відмежовують вхід у дихальну трубку. В передньому відділі вузької щілини входу в гортань утворюється поперечна складка слизової оболонки – зачаток надгортанника, а вхід у гортань набуває Т-подібної форми. Спостерігається компактна острівцева організація мезенхіми з появою окремих хондроцитів. Просвіт зачатка гортані вистелений одношаровим однорядним епітелієм, проте висота клітин збільшується, що є передумовою формування одношарового дворядного епітелію. Вентральні відростки шийних міотомів, з'єднуючись разом та одночасно поділяючись на пласти, дають початок драбничастим м'язам, з цих же міотомів формуються й інші глибокі м'язи шиї. Грудинно-ключично-соскоподібний м'яз та трапезіоподібний мають спільний зачаток, що з'являється на п'ятому тижні ембріонального розвитку. М'язи, що утворюються з мезодерми зябрових дуг, диференціюються в групу бранхіогенних м'язів. Так наприкінці 5-го тижня з мезодерми першої зябрової дуги біля основи тіла нижньої щелепи виникає зачаток щелепно-під'язикового м'яза, а дещо нижче передне черевце двочеревцевого м'яза. З мезодерми другої зябрової дуги розвивається шило-під'язиковий м'яз, заднє черевце двочеревцевого м'язу та підшкірний м'яз шиї.

Таким чином наприкінці зародкового періоду чіткого відмежування зачатків органів та структур ділянки шиї не спостерігається, оскільки вони оточені спільним шаром мезенхіми, проте визначається їх диференціація та готовність до подальшого розвитку.