

**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. Тюленєва 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 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

*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 зростає з каудальної частини передньої кишки в ході 4 го тижня розвитку. Зачаток печінки або печінковий дивертикул зростає в поперечну перегородку, масу спланхотичної мезодерми між перикардiallyною 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. Фібробласти або гематопоестична тканина і Купферові клітини печінки формуються з мезенхіми поперечної перегородки. Мала каудальна частина печінкового дивертикула утворює зачаток жовчного міхура.

Ахтемічук Ю.Т., Кашперук-Карпук 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

50,0 мм ТКД визначається закладка внутрішнього м'яза-замкача сечівника, яка представлена клітинами мезенхіми видовженої форми відповідно до кулястої форми сечівника. Однак деякі з мезенхімальних клітин мають спіралеподібний напрямок. На цій стадії розвитку протока Вольфа редукована у верхньому та середньому відділах. Діаметр нередукованої частини мезонефральної протоки на рівні гонади коливається від 60 до 64 мкм. Просвіт проток Вольфа вистелений однорядним кубічним епітелієм, в якому виявляються цитоплазматичні відростки спрямовані у просвіт проток. У нижньому відділі мезонефральної протоки ззовні виявляється коловий шар клітин мезенхіми з ядрами овальної форми, що слід розглядати як початок формування сім'явинної протоки.

На початку 11-го тижня внутрішньоутробного розвитку (передплідді 54,0-56,0 мм ТКД) відбуваються структурні перебудови стінки протоки Вольфа, в якій чітко розрізняються два шари: внутрішній, товщиною 32-34 мкм, представлений одним рядом циліндричних клітин, і більш виражений за товщиною зовнішній шар, який складається з клітин переважно овальної форми. У передплідді 58,0-62,0 мм ТКД збільшується діаметр проток Вольфа вище і нижче шийки сечового міхура. Каудально протоки Вольфа потовщуються, їх порожнини розширюються в дорсальній напрямку. У передплідді чоловічої статі відбувається редукція проток Мюллера за винятком з'єднаного їх каудального відділу, що є морфологічним субстратом для розвитку передміхурового мішечка, який ще немає сполучення з сечівником. Наприкінці 11-го тижня ембріогенезу просвіт проток Вольфа дещо звужується як у краніальному, так і в каудальному напрямку і становить 40-42 мкм.

Товкач Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

На даний час як у дорослих, так і в дітей досить поширені захворювання, пов'язані з розладом замикальної функції стравохідно-шлункового переходу. Аномалії травної системи становлять 17,8 % і є однією з причин перинатальної смертності. У теперішній час дедалі частіше трапляються випадки приуроченої патології стравохідно-шлункового сегмента, що потребує особливої уваги науковців до даної проблеми.

Довжина черевної частини стравоходу в плодів вирізняється мінливістю. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини черевної частини стравоходу. У більшості плодів даного періоду ми спостерігали таку особливість: чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший її діаметр. Починаючи з 7-го місяця, довжина черевної частини стравоходу зменшується. При зіставленні одержаних нами даних виявилось, що довжина черевної частини стравоходу в новонароджених ($1,17 \pm 0,19$ мм) менша, ніж у плодів ($1,17 \pm 0,21$ мм). Вважаємо, що цей анатомічний факт зумовлений збільшенням кута Гіса в новонароджених порівняно з плодовим періодом.

Зміна довжини черевної частини стравоходу очевидно пов'язана з формуванням стравохідно-шлункового сфінктера, утворенням добре вираженого циркулярного і поздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфінктер не сформований, остаточно формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

Тюленєва О.А.

МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕННЯ ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ЕКСТРАХОРИАЛЬНИХ ПЛАЦЕНТАХ

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Основою хронічної недостатності посліду в більшості спостережень є порушення дозрівання плаценти, одним з найважливіших компонентів якої є хоріальне дерево.

Екстрахоріальні плаценти характеризуються незрілістю хоріального дерева, що проявляється невідповідністю співвідношення різних типів хоріальних ворсин певному терміну гестації порівняно з плацентами звичайної форми при фізіологічному перебігу вагітності, ознаки гальмування розвитку хоріального дерева проявляються більшим відсотком гестаційно менш зрілих хоріальних ворсин, а саме: стовбурових «краніх», мезенхімальних, ембріональних, проміжних незрілих, трофобластичних та вільозних відростків, а також порушенням переходів термінальних ворсин у термінальні «спеціалізовані» форми.

Метою нашого дослідження було встановлення морфогенетичних механізмів гальмування розвитку хоріального дерева екстрахоріальних плацент шляхом вивчення локальної регуляції чисельності клітин – процесів клітинної проліферації та апоптозу у різних відділах органу порівняно зі звичайними плацентами.

У синцитіотрофобласті та стромальних клітинах хоріальних ворсин 14-ти екстрахоріальних плацент (основна група) і 16-ти плацент типової дископодібної форми при фізіологічній вагітності та пологах (контрольна група) імуногістохімічними методами вивчений відсоток апоптичних ядер (апоптичний індекс), віміс і розподіл проапоптичного цитозольно-мітохондріального протеїну Вах і протиапоптичного мітохондріального протеїну Bcl-2. Для ідентифікації проліферуючих клітин виявляли

проліферативно-клітинний нуклеарний антиген – PCNA.

За допомогою імуногістохімічних досліджень були виявлені наступні механізми незрілості хоріального дерева екстрахоріальних плацент. У периферійних відділах екстрахоріальної плаценти знижується проліферативна активність цитотрофобласта хоріальних ворсин (за одним із маркерів клітинної проліферації PCNA – проліферативний клітинний нуклеарний антиген), але водночас підсилюються процеси відмирання клітин поверхневого трофобласта та стромальних клітин хоріального дерева (згідно методики TUNEL – на міжнуклеосомальні розриви ДНК у клітинних ядрах трофобласта та стромальних клітин, даних про концентрацію у цитоплазмі різних клітин хоріальних ворсин проапоптичного протеїну Вах та протиапоптичного протеїну Bcl-2).

Таким чином, аналіз результатів дослідження структури хоріального дерева та процесів локальної регуляції чисельності клітин в екстрахоріальних плацентах дозволяє дійти висновку, що гальмування розвитку хоріальних ворсин, яке є неоднаковим у різних відділах екстрахоріальної плаценти, зумовлене зниженням проліферативної активності цитотрофобласта та підвищенням рівня апоптозу синцитіотрофобласта і стромальних клітин хоріальних ворсин, залежно від їх типу: стовбурових, проміжних зрілих та термінальних ворсин.

Хмара Т.В., Стрижаківська Л.О.*

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркєвича

*Чернівецький медичний коледж**

Буковинський державний медичний університет

Визначення хронологічної послідовності топографоанатомічних взаємовідношень передміхурової залози (ПМЗ) у плодів людини різних вікових груп має важливе значення для з'ясування морфологічних передумов виникнення її природжених вад та патогенезу певної набуті патології.

При дослідженні топографоанатомічних взаємовідношень ПМЗ у 4-5-місячних плодів людини 81,0-185,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) виявлені варіанти її зовнішньої форми та синтопії. ПМЗ у 4-місячних плодів (6 випадків) властива округло-овальна форма. Передміхуровий мішечок збільшується в розмірах і з'єднується з просвітом сечівника. Довжина передміхурового мішечка дорівнює 0,5–0,12 мм. У плода 125,0 мм ТКД ПМЗ наближеної грушоподібної форми, розміщується позаду лобкового симфізу. Висота ПМЗ становить 3,4 мм, ширина – 2,8 мм і товщина – 2,5 мм. В одному випадку (плід 130,0 мм ТКД) виявлена конусоподібна форма ПМЗ. Наприкінці 4-го місяця внутрішньоутробного розвитку ПМЗ розташована у порожнині малого таза, таким чином, що основа залози знаходиться на рівні середньої частини лобкового симфізу. До основи ПМЗ щільно прилягає дно сечового міхура, яке з боків дещо виступає над основою залози. До всієї задньої поверхні ПМЗ прилягає передня поверхня прямої кишки, ширина якої на рівні основи залози становить $4,8 \pm 0,1$ мм. Між задньобічними краями ПМЗ та передньою стінкою прямої кишки виявляються неглибокі борозни. Верхівка ПМЗ прилягає до верхньої поверхні глибокого поперечного м'яза промежини. ПМЗ вкрита власною фасцією, ззовні якої розміщується внутрішньотазової фасції, яка без чітких меж переходить у фасціальний покрив сечового міхура, а позаду – у фасцію прямої кишки. Довжина передміхурової частини чоловічого сечівника становить $3,4 \pm 0,12$ мм. Довжина передміхурового мішечка коливається від 0,5 до 0,7 мм.

У 5-місячних плодів ПМЗ розміщена у порожнині малого таза між умовними лініями, що з'єднують верхній і нижній краї лобкового симфізу з верхівкою куприка. На цій стадії розвитку виявляється варіабельність форми ПМЗ: конусоподібна (8 випадків), куляста (3 спостереження) і пірамідна (1 випадок). Висота ПМЗ дорівнює $5,42 \pm 0,12$ мм, ширина – $4,7 \pm 0,13$ мм і товщина – $4,2 \pm 0,11$ мм. Довжина передміхурової частини сечівника становить $5,12 \pm 0,09$ мм. У плодів 140,0-165,0 мм ТКД передміхуровий мішечок видовжується, його поперечні розміри збільшуються лише у краніальній частині. У плода 175,0 мм ТКД основа ПМЗ знаходиться на рівні нижнього краю лобкового симфізу. ПМЗ притаманна згладжена пірамідна форма. У залозі розрізняються трикутної форми передня і задня поверхні та неправильної прямокутної форми – бічні поверхні. До основи ПМЗ примикає дно сечового міхура, розміри якого переважають над шириною основи ПМЗ, що зумовлює утворення своєрідних випинів передньої та бічних стінок сечового міхура над ПМЗ. Ширина дна сечового міхура 8,5 мм, а його передньозадній розмір становить 8,0 мм. Висота ПМЗ дорівнює 4,9 мм, ширина (на рівні її основи) – 5,3 мм і товщина (на рівні основи залози) – 4,5 мм. Між задньобічними краями ПМЗ та передньою стінкою прямої кишки визначаються неглибокі борозни. Довжина передміхурової частини сечівника становить 4,6 мм.

Чернікова Г.М., Петришен О.І., Косован О.С.

РЕОРГАНІЗАЦІЯ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ГІПОФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВПЛИВУ СОЛЕЙ МЕТАЛІВ

Кафедра гістології, цитології та ембріології

Буковинський державний медичний університет

Людина є невід'ємною складовою живої природи і знаходиться в тісному контакті з довкіллям, що в свою чергу забезпечує обмін інформації та дає змогу існувати як єдине ціле. Проте, не всі чинники, що