

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

МАТЕРІАЛИ

94-ї

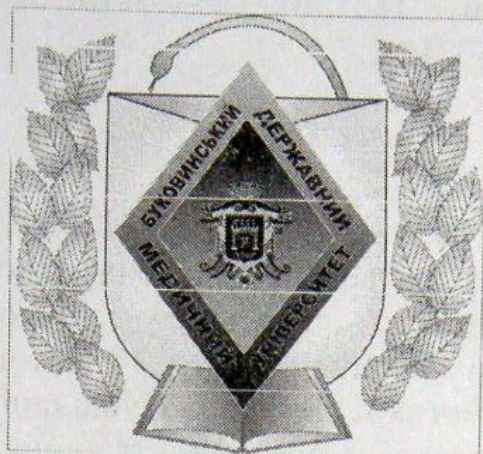
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Буковинського
державного медичного університету

18, 20, 25 лютого 2013р.



Чернівці - 2013

**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 Гащук 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

4,5-6,0 мм, а правої нижньої – 5,0-7,0 мм. Довжина інтраперикардіального відділу лівої верхньої легеневої вени коливається від 5,0 до 7,0 мм, а лівої нижньої легеневої вени – від 4,0 до 5,0 мм. Аорта вкрита серозним осердям до місця переходу її висхідної частини в дугу, а легеневий стовбур – до місця його роздвоєння. Основні гілки легеневого стовбура вкриті серозним осердям на незначному протязі, а саме: права легенева артерія на відрізок 3,0 мм, ліва легенева артерія – 6,5 мм.

Гарвасюк О.В.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ РІЗНИХ ТИПІВ УШКОДЖЕННЯ ТРОФОБЛАСТА ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Вивчено імуногістологічні препарати плаценти (методика визначення пітозольно-мітохондріального проапоптичного протеїну Вах), які виготовлені в лабораторії кафедри патоморфології Буковинського державного медичного університету.

У препаратах увага приділена вільним Вах-позитивним утворенням круглястої форми в інтервільозних просторах плаценти. Ці утворення розмірами 7-18 мкм очевидно не є артефактами (відносяться до структур плаценти), але їх природа не встановлена.

Для в'ясування походження вказаних структур проведений комп'ютерний мікроденситометричний аналіз ступеня їх Вах-позитивного забарвлення (оптичної щільності). Встановлено, що більшість цих структур забарвлена інтенсивніше, ніж цитоплазма синцитіотрофобласта, зокрема, оптична щільність забарвлення останнього в діапазоні 0,018- 0,178 одиниць, а вільних круглястих утворень — 0, 408-0,619 одиниць. Іноді можна було спостерігати брунькоподібні структури з тонкою ніжною, яка зв'язувала вільні круглясті утворення з поверхнею синцитіотрофобласта хоріальних ворсин.

Поєднання двох фактів (збільшений вміст протеїну Вах у вільних круглястих утвореннях та виявлення їх зв'язку із синцитіотрофобластом) дозволяє припустити, що вільні утворення є проявом процесу, подібним до нового явища, яке називають "аноїкіс" (anoikis — буквальный переклад з грецького "втрата помешкання", "безпритульний"). Вказаний термін використовують тоді, коли описують явище автоматичної загибелі клітини при втраті її зв'язку із місцем фізіологічного розташування, наприклад, коли йдеться про втрату зв'язку із базальною мембраною, міжклітинним матриксом. Внаслідок позбавлення зв'язку клітини, чи її фрагментів з місцем фізіологічного існування автоматично запускаються процеси апоптозу за участі протеїну Вах.

Подальше вивчення вільних Вах-гіперпозитивних утворень в інтервільозних просторах плаценти викликано необхідністю оцінки можливого впливу антигенів плоду з цих фрагментів синцитіотрофобласта на материнський організм, адже кров міжворсинчастих просторів плаценти є материнською, причому у зв'язку із меншими розмірами вільних Вах-гіперпозитивних утворень у порівнянні з вільними симпластами здатність перших поширюватися по організму матері є значно вищою, ніж у останніх.

Гораш Є.В.

РЕНТГЕНАНАТОМІЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Вивчення рентгеноанатомії сигмокретального сегмента у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку необхідне для визначення діапазону його анатомічної мінливості. Основним напрямком сучасних анатомічних досліджень є вивчення механізмів виникнення природжених вад термінального відділу шлунково-кишкового тракту. Поглиблена діагностика та вибір оптимального хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга з локалізацією в сигмокретальному сегменті залишається актуальними питаннями (Б.М.Боднар, 2006, В.Г.Сварич, 2007). При несвоєчасній діагностиці хвороби Гіршпрунга проводиться помилкове лікування, що призводить до утворення калових каменів великих розмірів, які можуть локалізуватися в сигмокретальному сегменті та викликати розвиток кишкової непрохідності. Отже, визначення обсягу оперативних втручань з приводу природжених вад термінального відділу шлунково-кишкового тракту потребує уточнення топографії сигмокретального сегмента у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.

Метою дослідження було визначення скелетотопії сигмокретального переходу у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.

Дослідження проведено на 30 трупах (18 – жіночої статі, 12 – чоловічої) 4-6 місяців (161,0-290,0 мм ТПД). Для визначення скелетотопії сигмокретального переходу у плодів 4-6 місяців застосовували аплікацію рентгеноконтрастної суміші та накладання металевих міток на передню стінку сигмокретального переходу з наступною рентгенографією. Суміш готували на основі свинцевого сурика (50%) та клею БФ-6 (50%). Аплікацію та накладання металевих міток здійснювали на рівні найвужчого сегмента в межах переходу сигмоподібної ободової кишки з наступною рентгенографією.

Встановлено, що форма сигмоподібної ободової кишки у пряму з наступною рентгенографією у 8 плодів (26,6 %) виявлено С-подібну форму, в 6 (20 %) – U-подібну, в 6 (20 %) – Ω-подібну форму, в 5