

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

МАТЕРІАЛИ

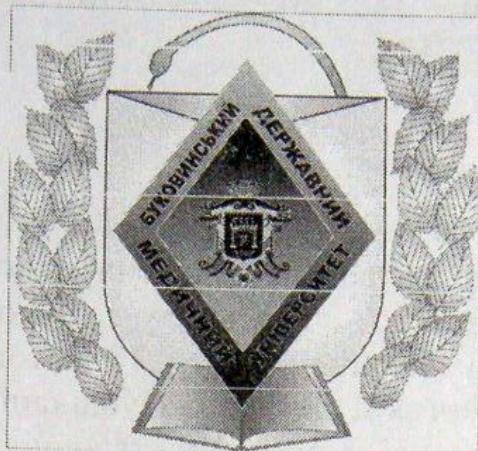
94-ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Буковинського
державного медичного університету

18, 20, 25 лютого 2013р.



Чернівці - 2013

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛЫ
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 – ї 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 – ї 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. Іващук 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 Тащук 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

50,0 мм ТКД визначається закладка внутрішнього м'яза-замикача 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 протоки Вольфа вистелений однорядним кубічним епітелієм, в якому виявляються цитоплазматичні відростки спрямовані у просвіт протоки. У нижньому відділі мезонефральної протоки ззовні виявляється коловий шар клітин мезенхіми з ядрами овальної форми, що слід розглядати як початок формування сім'явиносної протоки.

На початку 11-го тижня внутрішньоутробного розвитку (передплоди 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 передплодів 58,0-62,0 мм ТКД збільшується діаметр протоки Вольфа вище і нижче шийки сечового міхура. Каудально протоки Вольфа потовщуються, їх порожнини розширяються в дорсолатеральному напрямку. У передплодів чоловічої статі відбувається редукція протоки 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 протоки 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 природженої 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 сфинктера, утворенням добре вираженого циркулярного і повздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфинктер не сформований, остаточне формування нижнього сфинктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

Тюлісєва О.А.

МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕННЯ ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ЕКСТРАХОРІАЛЬНИХ 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 «ранніх», мезенхімальних, ембріональних, проміжних незрілих, трофобластичних та вільзових 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 (апоптичний індекс), вміст і розподіл проапоптичного цитозольно-мітохондріального протеїну Bax 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 відмиріння 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 Bax 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 необмеженим у різних відділах екстрахоріальної плаценти, зумовлене зниженням проліферативної активності цитотрофобласта та підвищеннем рівня апоптозу синцитотрофобласта і стромальних клітин хоріальних ворсин, залежно від їх типу: стовбурових, проміжних зрілих та термінальних ворсин.

Хмаря Т.В., Стрижаковська Л.О.*

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

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 набутої 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. Передміхурний мішечок збільшується в розмірах і з'єднується з просвітом сечівника. Довжина передміхурового мішечка дорівнює $0,5 \pm 0,12$ 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 кишki, ширина якої на рівні основи залози становить $4,8 \pm 0,1$ мм. Між задньобічними краями ПМЗ та передньою стінкою прямої кишki виявляються неглибокі борозни. Верхівка ПМЗ прилягає до верхньої поверхні глибокого поперечного м'яза промежини. ПМЗ вкрита власною фасцією, ззовні якої розміщується нутрошева пластинка внутрішньотазової фасції, яка без чітких меж переходить у фасціальний покрив сечового міхура, а позаду – у фасцію прямої кишki. 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 передміхурний 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 кишki 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 дас змогу існувати як єдине ціле. Проте, не всі чинники, що