

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



МАТЕРІАЛИ

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького колективу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2025 році №1005249

Чернівці – 2025

УДК 61(063)
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.
професор Білоокій В.В.
професор Булик Р.Є.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професорка Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професорка Колоскова О.К.
професорка Кравченко О.В.
професорка Пашковська Н.В.
професорка Ткачук С.С.
професорка Тодоріко Л.Д.
професорка Хухліна О.С.
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2025

31 тижні гестації. Мінімальний розмір лівої плечової кістки був 5,03 см у 29 тижнів гестації, та максимальний – 5,53 см на 31 тижні гестації.

Висновки. Аналіз отриманих даних вказує на рівномірний ріст довжини правої та лівої плечових кісток упродовж 29-31 тижнів гестації. Достовірних відмінностей у довжині правої та лівої плечових кісток упродовж досліджуваного періоду не виявлено.

Кривецький В.В.

РОЗВИТОК ТА СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ СТРУКТУР ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТОВОГО СТОВПА У РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини імені М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Вроджені аномалії та вади розвитку краніовертебральної та шийної ділянки хребтового стовпа становлять близько 43 % усіх захворювань та посттравматичних уражень шийної ділянки хребта у дітей і є основною причиною первинної дитячої інвалідності. Також відомо, що частота виявлення вроджених вад розвитку з віком збільшується на 5-7 % за рахунок прояву не виявлених при народженні вад розвитку. Знання різних форм мінливості шийних хребців має велике практичне значення, так як аномалії нерідко призводять до деформацій хребта, порушення рухів і супроводжуються хворобливими розладами.

Мета дослідження. Дослідження присвячено встановленню хронологічної послідовності розвитку та становлення топографії структур шийного відділу ділянки хребтового стовпа в ранньому періоді онтогенезу людини.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проведено на 80 зародків, передплідів, плодів і новонароджених. Дослідження проводилось на серіях гістологічних зрізів зародків та передплідів з фондів музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича. Застосували комплекс морфологічних методів дослідження: макроскопічний, мікроскопія послідовних гістологічних зрізів (мікроскоп Carl Zeiss Primo Star); морфометрія за допомогою програми Відео Тест – Розмір 5.0; звичайне та тонке препарування під контролем мікроскопа МБС-10; ін'єкції судин з наступною рентгенографією та томографією; методи графічної, пластичної реконструкції. статистична обробка цифрових даних.

Результати дослідження. Уточнені особливості топографії структур шийного відділу ділянки хребтового стовпа від самих ранніх стадій до 40 тижня пренатального розвитку, послідовність розвитку структур ділянки з урахуванням синтопічних взаємовідношень з шийними хребцями. Уточнені особливості кровопостачання та венозного відтоку від шийного відділу хребта. На підставі отриманих результатів можливо віддиференціювати відхилення від нормально розвитку шийного відділу хребтового стовпа, тобто встановити варіанти будови, незначні відхилення – аномалії та грубі відхилення в будові структур шийного відділу хребтового стовпа, які впливають на функцію – вади розвитку шийних хребців. В результаті встановлено що шийний відділ хребтового стовпа розвивається із мезенхімних клітин які мігрують із двох сусідніх склеротомів і локалізуються навколо нотохорди, що відмічалось на фронтальних зрізах у зародків 5,0 мм ТКД. Двосторонні популяції склеротомних клітин мігрують до нотохорди і оточують його, утворюючи перинотохордальну оболонку. Вони зазнають взаємодії з матрицею з нотохордою, диференціюючи хондрогенетично з утворенням хрящового попередника хребця centrum. Кожен хребець утворений поєднанням більшої частини хвостової половини однієї двосторонньої пари склеротомів з великою кількістю каудальної половини наступної каудальної пари склеротомів. Їх злиття навколо нотохорди породжує бластемальний центр хребця. Мезенхіма, що прилягає до внутрішньосегментарної склеротомічної щілини, тепер значно збільшується за щільністю, утворюючи чітко виражений перихордальний диск, який розміщений між центрами двох сусідніх хребців і є майбутнім фіброзним кільцем міжхребцевого диска.

Висновок. За допомогою сучасних методів анатомічного дослідження наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання щодо становлення і

топографо-анатомічних взаємовідношень шийної частини хребтового стовпа у ранньому періоді онтогенезу людини, з'ясуванні динаміки просторово-часових перетворень, синтопічної кореляції із суміжними структурами.

Лазарук О.В.
МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЇЇ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ПРИ
АУТОІМУННОМУ ТИРЕОЇДИТІ

Кафедра патологічної анатомії
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Діагностика захворювання не викликає труднощів, але встановлення злоякісності вузлів, пов'язаних з тиреоїдитом, досить неоднозначне. Цитологічна картина хронічного аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) залежить від стадії. У початковій стадії переважає гіпертиреоз. Це стан підвищеного вироблення гормонів щитовидної залози Т3 і Т4 та антитіл до тиреопероксидази та антитіл до тиреотропного гормону, який згодом переходить у гіпотиреоз. Морфологічні особливості тканини та вузлів щитоподібної залози (ЩЗ) у відповідь на запалення включають посилену проліферацію та ріст клітин.

Макроскопічно на ранніх стадіях захворювання залоза збільшена і має посилене кровопостачання. Гіпоплазія залози діагностується на пізніх стадіях. У 10-12% випадків АІТ спостерігається виражена атрофія тиреоїдних фолікулів і виражений гіаліновий фіброз, так званий фіброзний варіант, що не виходить за межі залози. Залежно від наявності гіпер- і гіпофункції залози тиреоцити мають різну функціональну активність і морфологічні характеристики. При гістологічному дослідженні тканина залози представлена мікро- та макрофолікулярною структурою зі зниженням колоїдної продукції та вираженою лімфоїдною інфільтрацією паренхіми. Тиреоцити на різних стадіях некрозу знаходяться в зоні зменшення кількості фолікулів. Групи тиреоцитів розташовані шарами в оточенні макрофагів, плазматичних клітин і лейкоцитів. Клітини Гюртле розташовані між шарами тиреоцитів з вираженим поліморфізмом.

Мета дослідження. Встановити особливості морфологічних (цитологічних) критеріїв, що дозволить удосконалити диференційну діагностику доброякісних вузлів від підозрілих і злоякісних.

Матеріал і методи дослідження. Тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію під ультразвуковим контролем виконано на 88 вузлах щитоподібної залози. Для дослідження під мікроскопом взяті скельця з мазками матеріалу з вузлів щитоподібної залози.

Результати дослідження. Клітини щитоподібної залози змінюються в результаті закислення середовища, яке відбувається в ході тривалого запального процесу. При порівнянні гістологічного дослідження зрізів тканини ЩЗ особливу увагу привертають клітини збільшеного розміру з ацидофільним забарвленням. У літературі їх називають клітинами Гюртле. Їх особливістю є значна кількість мітохондрій порівняно з іншими клітинами. Співвідношення фолікулярних структур і стромального компонента змінюється в бік строми. Кількість колоїду, що виробляється залозою, зменшується зі зменшенням його концентрації. Ділянки, заміщені фолікулами з лімфоїдної тканини, взагалі перестають функціонувати як ендокринні залози.

При тривалому перебігу АІТ спостерігається плоскоклітинна метаплазія фолікулярних клітин. Інші супутні ознаки включають легкий анізонуклеоз, гігантські клітини, гістіоцити, мізерні колоїдні, епітеліоїдні клітини, плазматичні клітини, вогнищеві зміни та еозинофіли.

Висновки. Цитологічний висновок необхідно класифікувати за категоріями системи звітності цитопатології вузлових утворень щитоподібної залози - Bethesda 2023. На тлі хронічного запалення дуже висока схильність до утворення вузлів у тому числі злоякісних пухлин. Сукупність морфологічних ознак, а саме виражена проліферація тиреоцитів, ядерна зернистість і ядерний атипізм і поліморфізм у вузлах щитоподібної залози вказують на високий ризик малігнізації вузлів.