

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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.

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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



В період першого дитинства визначаються присередня, передня і задня її стінки. Синтопічно клиноподібна пазуха знаходиться на рівні підчонаймкового краю і з'єднується з носовою порожниною в задній частині верхнього носового ходу. Розвиток пазухи продовжується в період другого дитинства (8-12 років) та підлітковому віці (13-16 років). У юнацькому віці найбільш товстою є задня стінка клиноподібної пазухи, а найтоншою – передня стінка. Топографічно пазуха межує з основою потиличної кістки, з передперехресною і сонною борознами. Перегородка пазухи тонка. У 25 % перегородка відхилена в лівий бік, у 40% - в правий. У 10 % виявляються додаткові перегородки. На окремих препаратах у пізпазушній перегородці виявляються не великі отвори. У зрілому віці відбувається стабілізація розмірів клиноподібної пазухи, а впродовж літнього і старечого періодів онтогенезу – зменшення їхніх розмірів.

Розвиток і становлення залоз слизової оболонки клиноподібної пазухи пов'язано з процесом вrostання слизової оболонки носової порожнини у клиноподібну кістку. У новонароджених поряд з трубчастими і альвеолярними залозами виявляються складні трубчасто-альвеолярні. Інтенсивна зміна будови, форми та розмірів залоз відбувається в підлітковому періоді онтогенезу. Залози субепітеліального шару розташовані рядами, між якими виявляються окремі ділянки слизової оболонки, де залози відсутні. Значна кількість залоз знаходиться у глибокому шарі слизової оболонки. Форма залоз гронеподібна, циліндрична, місцями дереворозгалужена з довгими вивідними протоками. Найбільша густина залоз визначається у межах природних отворів клиноподібної пазухи.

Марценяк І. В.

АНАЛІЗ ФАЗОВОЇ СТРУКТУРИ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ СЛАБКО АНІЗОТРОПНИХ БІОЛОГІЧНИХ ШАРІВ ПРИ ВИВЧЕННІ СТРУКТУР ЩІЧНОЇ ДІЛЯНКИ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Пошук та розробка нових методів виявлення вад на ранніх стадіях розвитку людини не втрачає актуальності з огляду на те, що залишається високою частота природженої патології, яка вчасно не була діагностована.

Виходячи із засад перинатальної медицини надзвичайно важливою є розробка основ перинатальної анатомії, оскільки проблема зниження перинатальної захворюваності і смертності не може бути повністю вирішена без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу, які багато в чому визначають подальший розвиток плоду і повонародженого.

Поєднання унікальних можливостей поляризаційно-чутливої оптичної когерентної томографії в отриманні поляризаційних зображень БТ на різних глибинах розсіювання світлових лазерних променів із можливостями їх статистичного аналізу дозволяє досягти суттєвого прогресу в методах лазерної діагностики морфологічної структури біологічних об'єктів.

Останнім часом активно вивчаються можливості нових підходів лазерної поляриметрії для дослідження розвитку та вікових змін біологічних тканин, у тому числі в ембріології та морфології індивідуального розвитку. Дослідження проведено на 35 плодах людини (з них 17 – чоловічої статі та 18 – жіночої), 136,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (5-10 місяців внутрішньоутробного розвитку).

Застосовано комплекс методів морфологічного дослідження, який включав антропометрію, морфометрію, макроскопію, мікроскопію серій послідовних гістологічних і топографоанатомічних зрізів, статистичний аналіз, а також метод лазерної поляриметрії.

Новим напрямком лазерної діагностики стала поляризаційно-чутлива оптична когерентна томографія (ПЧОКТ), яка використовує інформацію, закладену у станах поляризації лазерного випромінювання для отримання додаткового контрастування зображень досліджуваного зразка. ПЧОКТ забезпечує високу просторову роздільну здатність інформації про стан поляризації відбитих променів, яка недоступна для існуючих оптичних методів.

Порівняльний аналіз одержаних даних виявив відмінності між статистичними розподілами фаз у площині мікроскопічних зображень гістологічних зрізів жирового тіла шоки та підшкірної жирової тканини, для яких характерним станом є розупорядкована аморфна структура. Хронологічна (5-10 місяців внутрішньоутробного розвитку) динаміка зміни такої морфологічної структури виявляється у формуванні більшого рівня кристалізації речовини жирової тканини. Така закономірність може бути пов'язана із тим, що поряд із розупорядкованими жировими клітинами формуються більш масштабні скупчення жирових клітин, які групуються, в основному, в упорядковані кластери. На пізніх етапах розвитку внесок таких кластерів зростає і жирова клітковина набуває більш яскравих кристалічних властивостей. При аналізі даних дослідження гістологічних зрізів з'ясувалися суттєві відмінності у хронологічній динаміці кристалізації речовини, а також інша полікристалічна складова морфологічної будови підшкірної жирової клітковини порівняно з жировим тілом шоки. Результати вейвлет-аналізу фазових мап мікроскопічних зображень гістологічних зрізів показали, що морфологічні зміни жирового тіла відбуваються не на великомасштабному, а на дрібномасштабному рівні.

Таким чином, лазерне поляриметричне дослідження біологічних тканин у пренатальному онтогенезі щічної ділянки людини по даний час не проводилось.

Специфіка структури архітекtonіки слабко анізотропних (аморфних) біологічних об'єктів у динаміці внутрішньоутробного розвитку визначають фрактальну структуру поляризаційних зображень. Використання



методу вейвлет-аналізу розподілів фаз мікроскопічних зображень гістологічних зрізів, який виявився у 2-3 рази більш чутливим порівняно з прямою фазометрією, та статистичного аналізу методами параметричної та непараметричної статистики суттєво розширюють функціональні можливості часової диференціації таких об'єктів.

Марчук Ф.Д., Лютик М.Д.

МОРФОГЕНЕЗ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ ТА ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА У ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича БДМУ
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У зародків віком від 4 до 5 тижнів (4-7 мм тім'яно-куприкової довжини) здійснюється інтенсивний розвиток закладки печінки та жовчних протоків, які на даному етапі мають вигляд суцільних епітеліальних тяжів. Названі тяжі є не чим іншим як закладки спільної жовчної протоки (СПЖ). Стінка цих тяжів утворена однорядним циліндричним епітелієм з при базальним розташуванням ядер, а зовні названі тяжі оточені клітинами мезенхіми примітивної вентральної брижі. У названому тяжі зачатка СПЖ можна виділити краніальний і каудальний відділи. Останній каудальний відділ закладки СПЖ закінчується сліпо у стінці закладки дванадцятипалої кишки (ДПК).

У зародків 11,0-13,0 мм ТКД навколо каудального внутрішньокишкового відділу СПЖ у місці його з'єднання з вентральною закладкою панкреатичної протоки клітини мезенхіми, що оточують кінцевий відділ зачатки СПЖ набувають циркулярної орієнтації, що свідчить про початок розвитку сфінктера СПЖ.

Наприкінці зародкового періоду у зародків 12,0-13,0 мм ТКД має місце з'єднання закладок СПЖ та вентральної закладки панкреатичної протоки унаслідок чого утворюється печінково-панкреатична ампула (ППА), яка сліпо закінчується у вигляді випини стінки зачатки ДПК.

Отже наприкінці зародкового періоду пренатального онтогенезу виявлено тільки морфологічні ознаки закладки тільки сфінктера великого дванадцятипалокишкового сосочка.

Наварчук Н.М.

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ СТРУКТУРНИХ УТВОРЕНЬ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА У РІЗНИХ КРАНІОТИПІВ «ВІЯЛОВИМ МЕТОДОМ»

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Морфо-функціональні характеристики черепа (по правій і лівій сторонам) можуть відбиватися на формі обличчя; асиметрія лица найчастіше зумовлена особливостями будови м'яких тканин або судин контралатеральних сторін. За координатами краціометричних точок націон, селляре і базіон, визначали величину базилярного кута, що дозволило розділити черепа на три типи снови черепа (краніотип): флексібазилярний, що включає черепа з параметрами M-3s + M-0,55s, з малою величиною базилярного кута; платібазилярний - черепа з параметрами M + 0,55s + M + 3s, з великою величиною базилярного кута; медіобазилярний - з середніми значеннями базилярного кута.

Для вивчення асиметрії лицьового черепа і ступеня її вираженості використаний «віяловий метод» морфометрії. «Верхнє віяло», «нижнє віяло», «бічне віяло» включали в програму дослідження по три виміри, кожне з яких розглядалося попарно праворуч і ліворуч, і дозволяло виявити асиметрію у відповідній частині обличчя. При вивченні «верхнього віяла» розглядалися точки: N-Zm - відстань від точки націон до точки зігомаксіляре, N-Ft - відстань від точки націон до точки фронтотемпорале, N-ap.inf - відстань від точки націон до найбільш нижньої точки грушоподібного отвору. При вивченні «бічного віяла» розглядалися точки: Zm-min - відстань від точки зігомаксіляре до точки в місці мінімальної ширини спинки носа («талія»), Zm-Fn - відстань від точки зігомаксіляре до латеральної точки носолобового шва, Zm-infra - відстань від точки зігомаксіляре до точки інфраорбітале. При вивченні «нижнього віяла» розглядалися ознаки: Ss-Fn - відстань від точки субспінале до латеральної точки носолобового шва, Ss-min - відстань від точки субспінале до точки в місці мінімальної ширини спинки носа («талія»), Ss-max - відстань від точки субспінале до точки назомаксіляре.

Для кожної ознаки порівнювали середні розміри правої і лівої сторін лица, розраховували різницю, яка і свідчить про наявність асиметрії і ступеня її вираженості. Різниця між однойменними параметрами праворуч і ліворуч коливається в діапазоні від 1 до 3 мм з похибкою 0,7-1,6 мм. Цифровий матеріал оброблений в рамках програми Microsoft Excel.

Значення лінійних розмірів, вивчених в ході дослідження представлені нижче відповідно по правій (п) і лівій (л) сторони.

«Верхнє віяло»: N-Zm (п) 71 ± 0,8, (л) 70 ± 0,8; N-Ft (п) 54 ± 0,7, (л) 54 ± 0,7; N-ap.inf (п) 49 ± 1,1, (л) 50 ± 1,1. «Бічне віяло»: Zm-min(п) 62 ± 0,7, (л) 62 ± 0,7; Zm-Fn (п) 65 ± 0,8, (л) 65 ± 0,8; Zm-infra (п) 35 ± 1,1, (л) 32 ± 1,1. «Нижнє віяло»: Ss-Fn (п) 57 ± 1,3, (л) 57 ± 1,3; Ss-min(п) 51 ± 0,7, (л) 51 ± 0,7; Ss-max (п) 29 ± 1,6, (л) 32 ± 1,6.