

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



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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.

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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



Попович А.І.

ГІСТОХІМІЧНА ОЦІНКА ПРОЦЕСІВ ОБМЕЖЕНОГО ПРОТЕОЛІЗУ В ІНТЕРВІЛЬОЗНОМУ ФІБРИНОЇДІ ПЛАЦЕНТИ В МІСЦЯХ ДЕПОЗИТІВ КАЛЬЦІУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

Кафедра патологічної анатомії

Буковинський державний медичний університет

Обміни кальцію та заліза тісно пов'язані між собою, однак, на даний час залишаються не вивченими морфологічні особливості кальцинозу плаценти при одному із результатів порушеного обміну заліза такого, як залізодефіцитна анемія вагітних (ЗДАВ).

Предметом даного дослідження були процеси обмеженого протеолізу, оскільки одним із можливих механізмів кальцинозу у плаценті є так зване «дистрофічне» вапнування – відкладання нерозчинних депозитів солей кальцію в місцях руйнування клітин та позаклітинного матриксу.

Передчасні ж пологи в плані кальцинозу і фібриноїду цікаві тим, що кальциноз і відкладання фібриноїду в незрілій плаценті, особливо, якщо вони значно виражені, слід віднести, скоріше, до патологічних явищ, ніж до фізіологічних.

Метою роботи було встановлення гістохімічним методом кількісних показників обмеженого протеолізу в інтервільозному фібриноїді в місцях депозитів кальцію у вагітних із залізодефіцитною анемією при передчасних пологах.

Обстежено 23 вагітних при фізіологічній вагітності (плаценти без депозитів кальцію), 29 вагітних із кальцинозом плаценти при ЗДАВ у термін гестації 29-36 тижнів, 22 вагітних із кальцинозом плаценти у термін гестації 29-36 тижнів без ЗДАВ.

На депарафінових зрізах виконували гістохімічну методіку – нінгідринно-шифововську реакцію на вільні аміногрупи білків за А. Yasuma та Т. Ichikava, яку тлумачили з позиції процесів обмеженого протеолізу, оскільки при обмеженому протеолізі за інших умов зростає кількість вільних аміногруп білків.

Оптичну густина гістохімічного забарвлення вимірювали у відносних одиницях оптичної густини методом комп'ютерної мікроденситометрії на цифрових копіях зображень.

Результати вимірювання оптичної густини гістохімічного забарвлення на вільні аміногрупи білків наведені у таблиці. Як видно з даних таблиці, найменший рівень обмеженого протеолізу при фізіологічній вагітності. При кальцинозі плаценти і передчасних пологах рівень обмеженого протеолізу значно вище, ніж при фізіологічній вагітності. Цікавим є той факт, що при ЗДАВ інтенсивність є найвищою. Можна припустити, що обмежений протеоліз при ЗДАВ пов'язаний із активізацією вільно радикальних процесів в крові матері.

Таблиця

Оптична густина гістохімічного забарвлення на вільні аміногрупи білків при застосуванні нінгідринно-шифововської реакції на вільні аміногрупи білків за А. Yasuma та Т. Ichikava

Групи і об'єкти дослідження	n	Оптична густина гістохімічного забарвлення (в.од.опт.густини)
Фізіологічна вагітність (інтервільозний фібриноїд без депозитів кальцію)	23	0,203±0,0017
Кальциноз плаценти у термін гестації 29-36 тижнів зі ЗДАВ (інтервільозний фібриноїд з депозитами кальцію)	29	0,289±0,0020
Кальциноз плаценти у термін гестації 29-36 тижнів без ЗДАВ (інтервільозний фібриноїд з депозитами кальцію)	22	0,248±0,0021

Таким чином, можна дійти наступних висновків: При кальцинозі плаценти за умов передчасних пологів, згідно гістохімічних даних, інтенсивність процесів протеолізу в інтервільозному фібриноїді є вищим, ніж при фізіологічній вагітності. За умов залізодефіцитної анемії вагітності інтенсивність процесів протеолізу в інтервільозному фібриноїді є вищими, ніж у жінок без анемії.

Проняєв Д.В.

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯЄЧНИКІВ ПЛОДІВ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Аномалії розвитку сечостатевого комплексу, за одними даними посідають 3-тє місце за частотою виникнення. Певна частина всіх випадків природженої патології зумовлена патологічними процесами, що відбуваються саме в перинатальному періоді. Не викликає сумнівів теза, що фактори, які сприяють розвитку деяких хронічних та гострих захворювань дорослих також могли діяти в перинатальному періоді.

За допомогою класичних методів анатомічного дослідження (макро- та мікропрепарування, морфометрія, виготовлення топографо-анатомічних зрізів) простежено особливості морфогенезу, варіантів будови та топографії яєчників наприкінці плодового періоду. Досліджено 70 препаратів трупів плодів 4-10 місяців розвитку. Матеріал поділили по 10 препаратів на 7 групи відповідно 4-10 місяцям внутрішньоутробного розвитку.

Типовими, виявленими нами особливостями будови та топографії яєчників пізніх плодів були анатомічні факти зміни їх форми з видовженої трикутної до овальної. У випадках трикутної форми умовно позначимо їх три сторони: сторона що прилягає до маткової труби – основа, сторона спрямована до задньої

черевної стінки – дорсальна, сторона спрямована до передньої черевної стінки – вентральна. Топографічно, яєчники наприкінці плодового періоду займають майже горизонтальне положення. Встановлено, що впродовж 4-10 місяців розвитку яєчники змінюють свою форму та топографію. Якщо на 4 місяці яєчники займають висхідне та горизонтальне положення, контактуючи з петлями тонкої та сигмоподібної кишки, то на десятому місяці найчастіше займають положення у матково-прямокишкової заглибині або по боках від тіла матки. Також змінюється і форма яєчників, від видовженої, трикутної, стрічкоподібної на восьмому місяці розвитку, до неправильної овальної на десятому. Часто особливістю топографії правого яєчника є його висхідне положення і безпосередній контакт з червоподібним відростком. Така топографія, на нашу думку, може свідчити про затримку певних процесів морфогенезу і в майбутньому є перешкодою для чіткої диференційної діагностики захворювань червоподібного відростка та правого яєчника.

Процак Т.В.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ПЕРІОДІВ ОНТОГЕНЕЗУ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

Дослідження топографоанатомічних особливостей верхньощелепних пазух проведено на 26 препаратах верхніх щелеп, черепах і розтинах голови трупів людей літнього та старечого віку методами препарування, морфометрії, рентгенографії.

У літньому та старечому періоді онтогенезу людини верхньощелепна пазуха є найбільш вираженою порожниною і розташована в тілі верхньої щелепи. Вона має форму неправильної чотирикутної піраміди, основу якої утворює бічна стінка носової порожнини, а верхівку – виличний відросток верхньощелепної кістки і обмежена передньою, верхньою, задньою, присередньою та нижньою стінками.

Передня стінка верхньощелепної пазухи розташована між підчочномковим краєм очної ямки і комірковим відростком верхньої щелепи. Вона прикрита щогою. На зовнішній поверхні кісткової стінки під підчочномковим отвором знаходилась іклова ямка, глибина якої дорівнювала 5,2-8,3 мм. На одному препараті (4%) глибина іклової ямки досягала 9,0 мм і вона впиалась у порожнину верхньощелепної пазухи. Товщина ямки не перевищувала 1,5 мм. Висота передньої стінки пазухи дорівнювала 27,0-35,0 мм. Поперечний розмір її коливався від 18,0 мм до 23,0 мм.

Верхня стінка верхньощелепної пазухи утворена очноюмковою поверхнею верхньощелепної кістки, яка одночасно є нижньою стінкою очної ямки. Присередній край пазухи проекційно знаходився на межі між внутрішнім краєм нижньої та присередньої стінок очної ямки. Бічний її край топографічно на 20-ти препаратах (80%) відповідав нижній очноюмковій щілині. На 6-и препаратах (20%) зазначений край пазухи знаходився на 3,5 мм досередини від нижньої очноюмкової щілини.

Задня стінка верхньощелепної пазухи топографічно відповідала верхньощелепному горбу. За верхньою частиною зазначеної стінки розташована крило-піднебінна ямка, в якій знаходиться ряд важливих структур: крило-піднебінний вузол, верхньощелепний нерв, верхньощелепна артерія, венозне сплетення. На 22-и препаратах (88%) своїм задньоверхнім краєм пазуха примикала до задніх комірок решітчастого лабіринту.

Нижня стінка верхньощелепної пазухи утворена комірковим відростком верхньої щелепи. Залежно від пневматизації її дно знаходилось на різних рівнях відносно нижньої стінки носової порожнини. При середній пневматизації на 6-и препаратах (24%) дно пазухи знаходилось на одному рівні з нижньою стінкою носа. На 15-и препаратах (60%) її дно знаходилось нижче нижньої стінки носа, а на 5-х препаратах (20%) – вище дна носової порожнини. На препаратах, коли дно пазухи знаходилось нижче, до неї примикали верхівки другого малого кутнього зуба і першого великого кутнього зуба. На 2-х препаратах (8%) передня стінка закінчувалась на рівні першого малого кутнього зуба, а на трьох препаратах (12%) вона простягалась до третього великого кутнього зуба.

Присередня (носова) поверхня верхньощелепної пазухи одночасно утворювала частину бічної стінки носової порожнини. У товщі її переднього відділу знаходився носо-сльозовий канал, який закінчувався у нижньому носовому ході під нижньою носовою раковиною. З боку порожнини пазухи канал утворював невеликий виступ. У верхньозадньому відділі півмісяцевого розтвору на присередній стінці виявлявся вихідний отвір, що з'єднував пазуху із середнім носовим ходом. Довжина отвору складала від 4,0 мм до 17,0 мм, а висота – від 3,0 мм до 5,5 мм. Він спрямований косо і донизу. На 4-и (16%) препаратах вона межувала із середніми решітчастими комірками. Висота верхньощелепної пазухи коливалася від 27,0 мм до 37,0 мм, ширина – від 21,0 мм до 26,0 мм і передньозадній розмір – від 27,5 мм до 33,0 мм.

На основі рентгенологічних даних можна зробити висновок, що у людей літнього віку, частіше, ніж у попередньому віковому періоді (зрілому), простежуються стоншення стінок верхньощелепних пазух: у зрілому періоді – більш ніж в 1/2 випадків, а в літньому – в 3/4 випадках. Середня висота пазух для вікової групи – 35,2 мм, ширина справа – 27 мм, зліва – 25,5 мм і глибина – 44 мм. Рівень дна пазухи вище рівня дна порожнини носа у 1/4 випадків. На рентгенограмах у передній проекції стінки пазух визначаються недостатньо чітко. Внутрішня стінка пазух, яка найбільш чітко визначалась у попередній віковій групі тільки у 1/3 випадків простежується у вигляді смужки шириною до 1 мм. В інших випадках внутрішня стінка визначається на рентгенограмах різко стоншеною. На рентгенограмах у бічній проекції спостерігається стоншення нижньої межі пазух, яка часто проектується перериваючись.