

**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



гормону. Референсними діапазонами рівня ТТГ для першого триместру вагітності пропонується вважати значення 0,1–2,5 мОд/л; другого – 0,2–3,0 мОд/л, третього – 0,3–3,0 мОд/л відповідно.

Як зазначалося, фізіологічний рівень загальних Т3 і Т4 у першому триместрі вагітності внаслідок гіперпродукції Т3Г може у 1,5 раза перевищувати верхню межу норми для невагітних. Тому ці показники не можна використовувати при оцінці функціонального стану ЩЗ вагітної. З іншого боку, оскільки визначення рівня вТ4 утруднюється через високі рівні Т3Г та зниження рівня циркулюючого альбуміну, що обмежує інформативність імуноаналізу, результати визначення рівня цього гормону повинні інтерпретуватися з великою обережністю. Найбільш надійним для визначення вТ4 визнаний метод рідинної хроматографії у поєднанні з мас-спектрометрією (LC/MS/MS), водночас використання його обмежене через низьку доступність. З огляду на вищезазначене найбільш коректним показником стану ЩЗ вагітних слід вважати сироватковий рівень ТТГ із урахуванням його триместр-специфічних референсних діапазонів. Проте визначення тільки одного показника позбавляє можливості дати всебічну оцінку тиреоїдної функції вагітної.

Враховуючи це, рекомендаціями ES (2012) зазначається необхідність пошуку альтернативних методів аналізу функції ЩЗ під час вагітності. Зокрема, пропонується визначення рівня загальних Т4 і Т3, але для інтерпретації результатів рекомендується заміна референсних діапазонів цих гормонів шляхом множення відповідних значень для невагітних на 1,5. Крім того, зазначається перспективність визначення індексу вільного тироксину, оскільки цей показник оцінюється з урахуванням зв'язувальних білків.

У підсумку хотілося би погодитися з думкою професора В.В. Фадєєва стосовно того, що створені з позицій доказової медицини сучасні рекомендації щодо діагностики та лікування захворювань ЩЗ під час вагітності, з одного боку, є надзвичайно цінними, з іншого – за окремими питаннями доволі суперечливими і складними для використання у повсякденній клінічній практиці, тому повинні розцінюватися не як аксіоми, а скоріше як інформація для міркувань.

**Пашковська Н.В., Присяжнюк І.В.**

#### **КЛІНІЧНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
Буковинський державний медичний університет*

Останнім часом різні вчені звертають увагу на особливості ураження біліарного тракту у хворих на первинний гіпотиреоз. Гіпотиреоз є захворюванням при якому знижується метаболізм у багатьох тканинах організму. Зміни метаболізму у чутливих до тиреоїдних гормонів тканинах включають вуглеводний, жировий і білковий обмін. Досліджено, що зміни жирового обміну призводять до дисліпідемії, що часто поєднується із захворюваннями органів шлунково-кишкового тракту, зокрема, з ураженням біліарного тракту, а саме, із хронічним некалькульозним холециститом.

Вищезазначене обумовлено спільними ланками патогенезу цих захворювань, а саме: порушення з боку про- та антиоксидантної систем, підвищення вмісту прозапальних цитокінів у сироватці крові, а також гіпер- та дисліпідемія. Доведено, що негативний вплив гіпотиреозу реалізується через ліпідний дистрес-синдром, що в свою чергу, викликає жирову інфільтрацію стінки жовчного міхура і призводить до виникнення порушень перистальтичної функції органу.

У осіб, що мають порушення з боку біліарного тракту, при наявності первинного гіпотиреозу, досить часто відзначається тривалий перебіг загострення хронічної запальної патології жовчного міхура, що виникає внаслідок формування синдрому взаємного обтяження. Також, спостерігається тенденція до зростання частоти загострень хронічного холециститу впродовж календарного року, що знижує працездатність хворих та погіршує якість їх життя в цілому.

Під час загострення хронічного холециститу, у хворих із супутнім гіпотиреозом, відзначена типова клінічна симптоматика, що характеризується наявністю больового та диспепсичного синдромів, а також, проявами астено-вегетативних розладів. В більшості випадків, при біохімічному обстеженні, було встановлено підвищення вмісту прямого білірубіну в сироватці крові, помірне збільшення активності аспартат- та аланінамінотрансферази, а також, показника тимолової проби. У частини хворих відмічено підвищення активності ескреторних ферментів – лужної фосфатази та гаммаглутамілтрансферази у сироватці крові, що свідчило про наявність внутрішньопечінкового холестазу (холестатичного компоненту).

При вивченні впливу гепато-біліарної дисфункції на перебіг гіпотиреозу, показано наявність підвищення вмісту загального холестерину у крові, тригліцеридів, а також, зміни у співвідношенні ліпопротеїдів високої та низької щільності, із значним підвищенням рівня останніх. Окрім того, значна увага дослідників приділяється ролі ендотеліальної дисфункції та порушень цитокінової регуляції у механізмах розвитку патологічних змін з боку багатьох органів і систем при гіпотиреозі. У свою чергу, у патогенезі хронічного холециститу важливими складовими є порушення функціонального стану ендотелію та цитокін-опосередковані механізми запалення.

Проведений науковий пошук виявив, що біліарний тракт зазнає різнобічних уражень у хворих із первинним гіпотиреозом, які поєднують порушення з боку цитокінової регуляції, гіпер- та дисліпідемію та ендотеліальну дисфункцію.

## **ЗМІСТ**

### **СЕКЦІЯ І ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ**

<b>Антонюк О.П.</b> Морфофункціональна характеристика дванадцятипалої кишки при атрезії у новонароджених	<b>3</b>
<b>Бернік Н.В., Олійник І.Ю.</b> До пренатального морфогенезу під'язикової слинної залози людини	<b>3</b>
<b>Бойчук О.М., Бамбуляк А.В., Лопушняк Л.Я.</b> Особливості будови решітчастої кістки у грудному віці онтогенезу людини	<b>4</b>
<b>Васильчишина А.В., Хмара Т.В.</b> Варіантна анатомія нижнього сідничного нерва у плодів людини	<b>5</b>
<b>Гаїна Н.І.</b> Анатомія кровоносних судин товстої кишки в новонароджених	<b>6</b>
<b>Галичанська О.М., Хмара Т.В.</b> Морфометричне дослідження судин верхнього середостіння у плодів і новонароджених людини	<b>7</b>
<b>Гарвасюк О.В.</b> Імуногістохімічна концентрація плацентарного лактогену в трофобласті хоріальних ворсинок плаценти у вагітних із залізодефіцитною анемією у термін гестації 29-32 тижні	<b>7</b>
<b>Гарвасюк О.В.</b> Імуногістохімічна концентрація плацентарного лактогену в трофобласті хоріальних ворсинок плаценти у вагітних із залізодефіцитною анемією у термін гестації 33-36 тижнів	<b>8</b>
<b>Гарвасюк О.В.</b> Обґрунтування імуногістохімічного дослідження фактора Віллебранда в плаценті	<b>9</b>
<b>Давиденко І.С.</b> Імуногістохімічна концентрація ферменту «металопротеїназа-2» в інвазивному цитотрофобласті та трофобласті хоріальних ворсинок при викиднях у термін гестації 9-12 тижнів	<b>9</b>
<b>Давиденко І.С.</b> Фактор von Willebrand в ендотеліоцитах різних типів хоріальних ворсинок плаценти (імуногістохімічне дослідження)	<b>10</b>
<b>Іліка В.В.</b> Дослідження нітропероксидів в осередках запалення при хоріонамніоніті у вагітних із залізодефіцитною анемією	<b>11</b>
<b>Кавун М.П.</b> Розвиток та становлення топографії трубчастих структур печінки у новонароджених людини	<b>11</b>
<b>Кашперук-Карпюк І.С.</b> Анатомія міхурово-сечівникового сегмента в пренатальному періоді	<b>12</b>
<b>Колесник В.В., Олійник І.Ю.</b> Дослідження морфометричних закономірностей та будови бічних шлуночків головного мозку людини	<b>13</b>
<b>Колесник В.В., Олійник І.Ю.</b> Морфометрична характеристика бічних шлуночків головного мозку людини в період зрілого віку	<b>14</b>
<b>Комшук Т.С.</b> Фетометричні показники циркумвентрикулярної системи мозку плодів Чернівецької області	<b>15</b>
<b>Кривецький В.В., Нарсія В.І., Кривецький І.В.</b> Морфогенез ділянки хребтового стовпа у плодів та новонароджених людини	<b>16</b>
<b>Кузняк Н.Б.</b> Особливості становлення артеріальних судин носової ділянки у новонароджених людини	<b>17</b>
<b>Лаврів Л.П.</b> Становлення топографії привушної залози людини в плодовому періоді	<b>18</b>
<b>Лазарук О.В.</b> Визначення особливостей експресії віментину пухлинними клітинами інвазивного протокового раку грудної залози	<b>18</b>
<b>Лазарук О.В.</b> Імуногістотипування пухлинних клітин уражених протоковим раком грудної залози за допомогою експресії рецепторів прогестерону	<b>19</b>
<b>Лойтра А.О., Шкробанець А.А.</b> Становлення топографії та вмісту зорового каналу та верхньої очноямкової щілини у перед плодовому та плодовому періодах онтогенезу людини	<b>19</b>
<b>Макар Б.Г., Дячук І.І., Бамбуляк А.В.</b> Вікові зміни в будові та синтопії стінок клиноподібної пазухи в онтогенезі людини	<b>20</b>
<b>Марценяк І.В., Олійник І.Ю.</b> Топографо-анатомічні особливості щічної ділянки у плодів людини	<b>21</b>
<b>Марчук Ф.Д., Банул Б.Ю., Лютик М.Д.</b> Розвиток маткових труб у 10-місячних плодів та новонароджених людини	<b>22</b>
<b>Наварчук Н.М.</b> Топографо-анатомічні особливості лицевого черепа новонароджених	<b>22</b>
<b>Назимок Є.В.</b> Скелетотопія та кровопостачання сигмоидального сегмента у плодів другого триместру	<b>23</b>
<b>Павлюкович О.В., Бачинський В.Т., Паливода О.Г.</b> Особливості судово-медичної експертизи інтрадуральних гематом при гострих лейкозах	<b>24</b>
<b>Попелюк О.-М.В.</b> Особливості розвитку органів ділянки шиї в зародковому періоді онтогенезу людини	<b>25</b>
<b>Попович А.І.</b> Гістохімічна оцінка процесів обмеженого протеолізу в інтервільозному фібриноїді плаценти в місцях депозитів кальцію у вагітних із залізодефіцитною анемією при передчасних пологах	<b>26</b>
<b>Проняєв Д.В.</b> Топографоанатомічні особливості яєчників плодів	<b>26</b>
<b>Процак Т.В.</b> Особливості будови верхньощелепних пазух у людей літнього та старечого періодів онтогенезу	<b>27</b>