

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Форма ПЗ дещо варіює, певною мірою її можна порівняти з тригранною, вертикально встановленою пірамідою, одна сторона якої зорієнтована назовні (латерально), а дві інші – допереду (вентрально) і дозаду (дорсально). Привушна протока, довжиною 19,0-37,0 мм з діаметром прозору 1,5-2,5 мм, у досліджуваних плодів бере свій початок на передньо-внутрішній поверхні залози, поблизу переднього її краю (на межі нижньої і середньої його третин). ПЗ багата судинами і нервами. Її артерії беруть початок з багатьох джерел: всі ці судини дають багатющу артеріальну мережу, капіляри якої підходять до власної оболонки залози, не приходячи в контакт з секреторним епітелієм залози. Вени проходять в міжчасточкових перегородках та несуть кров у внутрішню яремну вену. Крізь товщу ПЗ проходять лицевий і вушно-скроневиї нерви. Лицевий нерв, по виході з черепа, через шило-соскоподібний отвір вступає в товщу ПЗ прямуючи: косо ззаду-наперед, зсередини-назовні і трохи зверху-вниз. Біля заднього краю гілки нижньої щелепи, а іноді й раніше (ще в товщі залози), нерв розпадається на свої головні гілки. Верхня частина ПЗ закриває значну частину капсули скронево-нижньощелепного суглоба і зростається з нею. Всередині від цього зчленування залоза прилягає до хрящової і кісткової частин зовнішнього слухового ходу. Нижнім полюсом ПЗ межує з ложем під нижньощелепною слинною залозою. Внутрішнім ребром ПЗ звернена до глотки, нерідко доходячи до її стінки, утвореної верхнім м'язом-звужувачем глотки. За допомогою незначної фіброзної перегородки задня поверхня ПЗ відокремлена від судинно-нервового пучка шиї. Отже, синтопія ПЗ складна як з органами, що лежать поза ложем залози (зовнішня синтопія), так і з такими всередині ложа (внутрішня синтопія). Між зовнішньою капсулою ПЗ, прилеглими судинними і нервовими гілками та фасціальними утвореннями досліджуваної ділянки спостерігаються щільні зрощення, що слід врахувати під час оперативних втручань в межах привушно-жувальної ділянки у новонароджених.

Лазарук О.В.

КОРЕЛЯТИВНИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ ПРОГЕСТЕРОНУ ТА РОЗМІРОМ ПЕРВИННОЇ ПУХЛИНИ У ПАЦІЄНТОК З ІНВАЗИВНИМ РАКОМ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Рак грудної залози досить часто є причиною інвалідизації, оскільки посідає перше місце серед усіх злоякісних пухлин у жінок. Недоліки діагностики часом доповнюються помилками при лікуванні раку грудної залози, які в свою чергу, можуть привести до підвищення смертності від цього виду онкопатології. Упродовж першого півріччя 2013 року у патологоанатомічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру для визначення активності пухлини та виду лікування застосовувався метод імуногістохімічної діагностики.

Метою дослідження було визначити корелятивний зв'язок між рівнем прогестерону та розміром первинної пухлини у пацієнток з інвазивним раком грудної залози з урахуванням показників імуногістохімічної діагностики.

Досліджено 40 випадків операційного та біопсійного матеріалу пацієнток з інфільтративним раком грудної залози на різних стадіях розвитку. Матеріал було поділено за розміром пухлини на 3 групи (класифікація TNM): I група — до 2 см, II — 2-5 см, III група — більше 5 см.

У пацієнток першої групи 46 % випадків склали прогестерон позитивні пухлини, у групі II цей показник становив 40 %, а в третій групі — 29% відповідно ($p < 0,05$).

Отже, експресія рецепторів прогестерону має прямий зв'язок зі стадією, ступенем злоякісності інвазивного раку грудної залози та розмірами пухлини.

Лойтра А.О.

РОЗВИТОК СТІНОК ОЧНОЇ ЯМКИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

Розвиток стінок очної ямки та її морфометричні показники у плодів вивчені на 71 об'єкті. На 4-ому місяці розвитку визначене остаточне відмежування всього комплексу органа зору від суміжних утворень внаслідок подальшого формування стінок очної ямки. Процеси скостеніння охоплюють в основному центральні відділи сполучнотканинних моделей верхньої щелепи, виличної кістки, а малі та великі крила клиноподібної кістки та лабіринти решітчастих кісток лишаються хрящовими. Інтенсивні процеси кісткоутворення спостерігаються у тілі та відростках верхньої щелепи. Вхід до очної ямки майже овальної форми, тому що перехід однієї стінки в іншу не різкий. Вертикальний розмір входу до очної ямки складає 6,0 та 8,5 мм, поперечний - 6,5 та 9,0 мм відповідно на початку і наприкінці 4-го місяця. Довжина очної ямки зростає з 8,0 мм до 10,0 мм, з якої очнояблуковий відділ 4,5-6,0 мм, позаочнояблуковий — 3,5-4,5 мм. Вивчення будови кісток, які беруть участь в утворенні стінок очної ямки у плодів 7-8-го місяців (231,0 - 310,0 мм ТКД) показало, що процеси скостеніння стають більш розповсюдженими. Хрящовими залишаються лише периферійні відділи малих і великих крил клиноподібної кістки, лабіринту решітчастої кістки. Зоровий канал оточений кістковою тканиною губчастого характеру. У товщі лабіринту решітчастої кістки, тіла верхньої щелепи та лобовій кістці визначаються острівці розсмоктування новоутвореної кістки з появою більших чи менших за розмірами порожнин коміркового типу. Про вищезазначені явища



свідчать і дані комп'ютерної томографії плода 8-го місяця. Розміри входу до очної ямки складають: вертикальний 15,31±0,23 мм у плодів 7-го місяця, 16,56±0,29 мм у плодів 8-го місяця, горизонтальний відповідно 16,20±0,28 мм та 17,44±0,26 мм. Довжина очної ямки складає 19,85±0,58 мм та 21,89±0,46 мм в тому числі очнояблуковий відділ 10,45±0,17 мм та 11,28±0,22 мм, позаочнояблуковий - відповідно 9,60±0,32 мм та 10,72±0,34 мм.

У плодів 9-10-го місяців (315,0 – 375,0 мм ТКД) стінки очної ямки майже повністю мають кісткову структуру, за винятком широких сполучнотканинних прошарків, які заповнюють проміжки між окремими кістками на місці майбутніх швів. Бічна частина верхньої та вся нижня очнояблуківі щілини закриті сполучнотканинними мембранами. Морфометричні показники очної ямки у плодів даної групи були наступні:

Вертикальний розмір входу у плодів 9-го місяця – 17,75±0,38 мм, 10-го місяця – 18,97±0,04 мм. Горизонтальний розмір входу у плодів 9-го місяця – 19,05±0,35 мм, 10-го місяця – 23,02±0,16 мм. Довжина очної ямки у плодів 9-го місяця – 24,39±0,49 мм, у плодів 10-го місяця – 27,70±0,37 мм.

Порожнина очної ямки продовжує складатися з двох відділів: переднього – розширеного, та заднього, конусоподібного звуженого. Але перехід однієї частини у другу стає більш плавним за рахунок зменшення кута з'єднання між виличною кісткою та великим крилом клиноподібної кістки. Як свідчить аналіз морфометричних показників розмірів очної ямки, впродовж плодового періоду визначаються періоди інтенсивного (7-ий та 10-ий місяці) та сповільненого (4-6-ий та 8-9-ий місяці) її зростання. Визначається також постійне переважання горизонтального розміру входу до очної ямки над вертикальним, що свідчить про овальну форму входу у плодів у плодівому періоді розвитку. Визначена також незначна перевага довжини очнояблукового (переднього) відділу очної ямки, в той час як у дорослому стані довжина позаочнояблукового (заднього) відділу значно менша.

Марценяк І.В., Олійник І.Ю. *

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИВУШНОЇ ПРОТОКИ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ В ЩІЧНІЙ ДІЛЯНЦІ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича,

*Кафедра патоморфології**

Буковинський державний медичний університет

Анатомічні структури щічної ділянки людини забезпечують важливі функції. Вичерпні знання особливостей їх будови у віковому аспекті дозволять більш ефективно проводити заходи діагностики та хірургічної корекції природжених та набутих захворювань обличчя. Профілактика, діагностика та хірургічна корекція природжених та набутих захворювань лица, розробка та удосконалення нових методів естетичної хірургії потребують нових науково обґрунтованих морфологічних даних щодо анатомічних особливостей термінального відділу привушної протоки у віковому аспекті (Марценяк І.В., 2012).

Термінальний відділ привушної протоки знаходиться в тісній синтопічній кореляції із чисельними структурами щічної ділянки (судинами, нервами, жировим тілом щоки, щічним м'язом тощо). Однак, в літературі ми зустріли ряд фрагментарних, суперечливих та недостатньо обґрунтованих повідомлень щодо синтопії термінального відділу протоки та щічного м'яза. З'ясування цього питання дозволить пояснити функціональну анатомію замикаючого механізму термінального відділу привушної протоки, що сприятиме розробці та удосконаленню нових методів лікування та профілактики.

Під час проведених досліджень нами встановлено, що привушна протока людини (протока Стенсена) відходить від переднього краю привушної залози. Вона проходить над жувальним м'язом, повертає медіально майже під прямим кутом, огинає зверху жирове тіло щоки. На всіх препаратах 5-9-місячних плодів привушна протока пронизує верхньощелепну частину щічного м'яза та відкривається в присінок рота у вигляді сосочка привушної протоки. Гістологічне дослідження продемонструвало, що зовнішній шар (адвентиційна оболонка) привушної протоки є продовженням власної фасції щічного м'яза, яка, в свою чергу, є частиною щічно-глоткової фасції.

Під час дослідження препаратів гістотопографічних зрізів термінального відділу привушної протоки на рівні щічного м'яза встановлено, що вона складається із слизової, м'язової та адвентиційної оболонок. Просвіт протоки на всіх препаратах має неправильну овальну форму, діаметр варіює в широких межах як у плодів одного віку, статі, так і на різних гістологічних препаратах однієї серії послідовних зрізів. На нашу думку це може свідчити про складність просторової форми термінального відділу протоки та її просвіту, що і спонукало нас до застосування методу графічного реконструювання.

Дослідження серії послідовних гістотопографічних зрізів та вивчення їх графічних реконструкцій чітко доводить, що маленькі м'язові волокна щічного м'яза, які оточують термінальний відділ привушної протоки, вплітаються в її зовнішню оболонку. Слід зазначити значну анатомічну мінливість міоархітектоніки цих волокон у ділянці термінального відділу привушної протоки: вони варіюють як за кількістю та довжиною, так і за походженням із шарів щічного м'яза. Встановлено, що на більшості препаратів (92 %) м'язові волокна йдуть до привушної протоки від поверхневого або від глибокого шарів щічного м'яза. Однак, у 8 % випадків ми спостерігали виникнення протокових волокон із усіх шарів щічного м'яза.