

**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



утворення сечівника. Збільшення сім'яного горбика буває настільки вираженим, що він перекриває просвіт сечівника і виступає в порожнину сечового міхура;

8) мегалоуретра – рідкісна вада у хлопчиків, що характеризується розширенням губчастої частини сечівника. За формою мегалоуретри ділять на човникоподібну і веретеноподібну;

9) кіста сечівника (сирингоцеле Купера) у новонароджених розташовується в цибулинній частині сечівника і є розтягнутою цибулинно-сечівниковою залозою Купера внаслідок закупорювання її протоки чи облітерації вивідного отвору. Є два види сирингоцеле: а) закрите (зустрічається частіше) – напружений кістозний випин у стінці сечівника; б) відкрите, при якому має місце рефлюкс сечі в розширену цибулинно-сечівникову залозу;

10) сечівниково-прямокишкова нориця – найчастіше розташовується в задньому відділі сечівника;

11) випадіння слизової оболонки сечівника може бути повним і частковим.

Товкач Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РОЗВИТКУ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

У плодів 4-5-ти місяців наддіафрагмальний сегмент стравоходу влітаються волокна слабо розвиненої верхньої діафрагмальної фасції. Верхня діафрагмальна фасція покриває стравохідний отвір діафрагми, продовжується вниз до черевної частини стравоходу і зрощується з його стінкою, утворюючи слабо розвинене кільце навкруги стравоходу.

Нижня діафрагмальна фасція переходить з ніжок діафрагми, утворюючи піхву для ніжок діафрагми, покриває передню стінку стравоходу, формуючи слабо розвинену, в даний період, стравохідно-діафрагмальну зв'язку. Стравохід з усіх боків покриває очеревина. Пройшовши через діафрагмальний отвір він відхиляється вперед і вліво.

Структурні зміни верхньої і нижньої діафрагмальних фасцій в період пренатального розвитку пов'язані з встановленням функціональної активності травної системи. Так до середини плодового періоду нижня діафрагмальна фасція прикріплюється по всьому діаметрі стравоходу на рівні нижнього стравохідного отвору. Верхня діафрагмальна фасція складається із 2-х частин правої і лівої, які фіксуються до адвентиції наддіафрагмального сегмента стравоходу. Формування єдиного футляра навкруги діафрагмального сегмента стравоходу відбувається наприкінці 5-го місяця в цей період відбувається формування діафрагмального звуження стравоходу, але в цей період змін діаметра стравоходу на рівні стравохідного отвору не спостерігається. Зміни просвіту стравоходу ми спостерігаємо в цей період лише на рентгенограмах. Тому на початку плодового періоду діаметр стравоходу на рівні отвору більший ніж діаметр стравоходу над розтвором діафрагми: в 4 місяці діаметр на рівні отвору становить 3,58 мм, над отвором 2,85 мм, починаючи з кінця 7-го місяця діаметри над і в отворі діафрагми майже зрівнюються. До кінця 10-го місяця плодового періоду діаметр над отвором діафрагми збільшується над діаметром в ділянці стравохідного отвору діафрагми – 5,19±0,14 мм в ділянці отвору, 5,61±0,17 мм над розтвором діафрагми. Таким чином до моменту народження дитини діафрагмальних відділів стравоходу повністю з'єднується з стінками стравохідного отвору діафрагми.

Діафрагмального звуження стравоходу у плодів 4-х місяців не спостерігали. Рентгенологічно просвіт стравоходу майже однаковий в межах його черевної частини в порівнянні з наддіафрагмальним сегментом плодів 4-х місяців.

Ліва доля печінки спереду покриває черевний відділ стравоходу, який відділений від неї щільноподібним простором, права доля печінки щільно прилягає до правої сторони стравоходу. Позаду і правіше стравоходу знаходиться аорта, лівіше - дно шлунка, верхній край лівого наднирника.

Довжина черевної частини стравоходу протягом плодового періоду відзначається мінливістю своїх розмірів. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини черевної частини стравоходу, у плодів 4-х місяців 2,25±0,53 мм у плодів 6-ти місяців 2,86±0,31 мм. Починаючи з 7-го місяця довжина черевної частини стравоходу (2,68±0,22 мм) починає зменшуватись, у плодів 8-ми місяців становить – 1,90±0,24 мм, у плодів 9-ти місяців – 1,50±0,22 мм, у плодів 10-ти місяців – 1,17±0,21 мм – ці зміни довжини черевної частини стравоходу пов'язані з формуванням СШС і наближенням його структур до новонароджених. Діаметр черевної частини стравоходу протягом плодового періоду збільшується з 4-го до 10-го місяця на 1,85 мм.

Кровопостачання черевного відділу стравоходу здійснюється гілками лівої шлункової артерії число їх коливається від 1 до 4-х. Додатковими артеріями можуть бути ліва нижня діафрагмальна, верхня наднирникова і інші. Діафрагмальний відрізок стравоходу кровопостачається діафрагмальними гілками і висхідною гілкою лівої шлункової артерії.

Черевна частина стравоходу спереду стикається з лівою часткою печінки, між ними визначається незначна щільна відстань від 1 до 3 мм. Позаду і правіше стравоходу знаходиться черевна частина аорти. Зліва від стравоходу знаходиться дно шлунка. Відстань від стравоходу до дна шлунка залежить від величини кута Гіса.



Кут Гіса в ранньому плодовому періоді становить 58,00±2,71, найбільший кут у плодів 4-х місяців становив 70°, до кінця плодового періоду кут Гіса становить 71,43±2,83°, в двох випадках ми спостерігали що кут Гіса був прямим, тупого кута ми не спостерігали в жодному дослідженні.

Блукаючі нерви простягаються по задній і передній стінках стравоходу утворюючи plesophageus. Добре виражене нервово сплетення спостерігається у плодів 7-8 місяців. Під діафрагмальний відрізок стравоходу вираженого нервового сплетення немає по черевній частині стравоходу спускаються дві гілки блукаючого нерва.

Стравохід у всіх вивчених нами плодів проходить через діафрагму під гострим кутом. Стравохідний отвір діафрагми у фронтальній площині розміщується максимально до серединної лінії тіла. В сагітальній площині в залежності від статі знаходиться на різних рівнях у чоловічої статі на рівні основи мечеподібного відростка груднини, а у жіночої – вище. Зовнішня межа дна шлунка у фронтальній площині максимально зміщена вліво від основи мечеподібного відростка, в сагітальній більш краніально, горизонтальній більш вентрально.

1

Тюлєнєва О.А., Курченко І.Ф.

КРИТЕРІЇ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ФОРМИ ХРОНІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЕКСТРАХОРИАЛЬНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Екстрахоріальні плаценти (плацента, оточена обідком, та плацента, оточена валиком) як аномалії розвитку характеризуються незрілістю хоріального дерева, що проявляється невідповідністю співвідношення різних типів хоріальних ворсин певному терміну гестації – порівняно з плацентами звичайної форми при фізіологічному перебігу вагітності. Ознаки гальмування розвитку хоріального дерева проявляються більшим відсотком гестаційно менш зрілих хоріальних ворсин, а саме: стовбурових «ранніх», мезенхімальних, ембріональних, проміжних незрілих, трофобластичних та вільозних відростків, а також порушенням переходів термінальних ворсин у термінальні «спеціалізовані» форми. Слід зазначити, що незрілість хоріального дерева автоматично має призводити до розвитку плацентарної форми хронічної недостатності плаценти (ХПН) (за класифікацією А.П.Мілованова). З огляду на викладене, принципово важливим є питання про можливість метаболічної компенсації та морфологічні еквіваленти декомпенсації ХПН при екстрахоріальних плацентах.

Метою дослідження було встановлення критеріїв відмежування компенсованої форми ХПН (без дефіциту маси плода, новонародженого) від некомпенсованих форм (субкомпенсована та декомпенсована) ХПН при екстрахоріальній плацентажії.

Гістологічно вивчено хоріальне дерево 50-ти екстрахоріальних плацент (основна група) і 15-ти плацент типової дископодібної форми при фізіологічній вагітності й пологах (контрольна група) з визначенням відсотку різних типів хоріальних ворсин та оцінкою гестаційної зрілості органу. Гістохімічним та імуногістохімічним дослідженнями встановлено певні відхилення у вмісті плацентарного лактогену (маркеру незрілості плаценти в принципі), а також загального білка та глікогену у синцитіотрофобласті хоріальних ворсин як критеріїв метаболічної недостатності паренхіми плаценти.

Встановлено, що ХПН як при плацентах звичайної форми, так і при екстрахоріальних плацентах суттєво знижується середня концентрація плацентарного лактогену у синцитіотрофобласті хоріальних ворсин. Водночас, не виявлено статистично вірогідного зниження концентрації гормону у вказаних структурах при екстрахоріальних плацентах при відсутності клінічних ознак ХПН. Такі результати імуногістохімічних досліджень дозволяють частково пояснити певну компенсованість ХПН (без дефіциту маси плода, новонародженого) в даній групі спостережень. Аналогічна закономірність визначена щодо концентрації загального білка та глікогену у цитоплазмі синцитіотрофобласта хоріальних ворсин екстрахоріальних плацент.

Аналіз отриманих даних дозволив дійти наступних висновків: факт діагностики екстрахоріальної плаценти слід використовувати як достатню підставу для постановки діагнозу «Синдром хронічної плацентарної недостатності». Конкретну форму хронічної плацентарної недостатності (компенсована чи некомпенсована) необхідно уточнювати на основі мікроскопічних досліджень.

Морфологічними критеріями компенсованої форми хронічної плацентарної недостатності є: діапазон середнього відсотку термінальних ворсин в межах 18-43%, а діапазон середнього відсотку термінальних «спеціалізованих» ворсин – 15-41%; додатковими критеріями слід вважати: концентрацію плацентарного лактогену (за імуногістохімічними даними), білка, глікогену у синцитіотрофобласті хоріальних ворсин у фізіологічних параметрах (без дефіциту маси плода, новонародженого).

Морфологічними критеріями некомпенсованої форми хронічної плацентарної недостатності є: відсоток термінальних «спеціалізованих» ворсин менший, ніж 15%, але при цьому відсоток термінальних ворсин є більшим за 43% (або близьким до вказаного параметру); додатковими критеріями слід вважати наступні ознаки: концентрація плацентарного лактогену, білка, глікогену у синцитіотрофобласті хоріальних ворсин – нижча за фізіологічну норму.