

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

процессов заметно снижалась (спад диффузной инфильтрации, числа очагов розеткообразования).

## АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА КИСТИ ЧЕЛОВЕКА

*Третьякова Е.А*

*Научный руководитель: асс. Лютенко М.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии человека*

**Актуальность темы.** Изучение артерий мышц кисти имеет практическое значение для хирургии. В работах, посвященных кровоснабжению кисти, нет подробных сведений об артериальном русле этой области. Таким образом, в литературе не оказалось достаточно полных сведений, отражающих все детали артериального русла кисти в целом.

**Целью исследования** было восполнить по возможности имеющиеся пробелы в анатомии артерий мышц кисти, знание которой необходимо для хирургии.

**Материал исследования** – 20 трупов людей. Изучались внемышечные артерии, для чего производились инъекция артериального русла контрастной массой, препарирование и протоколирование с зарисовкой, рентгенография отдельных мышц.

При исследовании артериального русла выяснилось, что каждая из мышц кисти имеет несколько источников питания (2-4), происходящих из близлежащих артерий по принципу кратчайшего расстояния. Эти источники можно разделить на главные и добавочные. Главные – артериальные стволы, посылающие ветви к данной мышце в 100% препаратов. Добавочные – непостоянные артерии, участвовавшие в кровоснабжении мышцы не во всех исследованных препаратах.

Главными источниками питания являлись артерии, ствол которых расположен в непосредственной близости от мышцы. От этих сосудов отходит различное количество мышечных артерий (2-12) под острым углом, что обеспечивает лучшие условия питания мышц. Такие артерии имеют определенное место вступления в мышцу. Длина этих артерий до входа в мышцу варьирует в пределах от 1,5 до 2,2 см, а диаметр от 0,1 до 1,55 мм.

Добавочные источники непостоянны и встречаются в значительно меньшем количестве. Благодаря этому их количество различно, но незначительно (1-3). Длина таких артерий варьирует от 2 до 3,5 см, диаметр 0,5-0,6 мм. Мышечные артерии отходят от добавочных источников также под острым углом, но вступают в различные участки мышцы.

**Таким образом,** данные нашего исследования показали, что там, где мышцы расположены в несколько слоев, главные артерии подходят к мышцам по межмышечным пространствам. Ворота мышц в таких случаях располагаются на их обращенных друг к другу поверхностях.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

*Халимонов В.В.*

*Научный руководитель: к.мед.н., доц. Шиян Д.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии человека*

**Актуальность.** Неблагоприятные условия, сложившиеся в последние десятилетия, а именно эпидемия вирусных гепатитов, рост потребления алкоголя, распространение ожирения и метаболического синдрома, а, следовательно, и НАСГ, обуславливают дальнейший рост количества пациентов с терминальными заболеваниями печени, пик которого, по данным эпидемиологического анализа, приходится на 2010-2020 годы. Отражением этого эпидемиологического процесса является увеличение частоты цирроза печени и рост смертности от цирроза как в мире, так и в Украине.

**Целью нашего исследования** стало определение в биопсиях печени основных морфологических маркеров пролиферативной активности гепатоцитов.

**Материалы и методы.** Патоморфологические и иммуногистохимические исследования выполнены на материале биопсий 20 больных циррозом печени вирусного генеза.

**Результаты.** Проведенные патогистологические и иммуногистохимические исследования доказали, что при циррозе печени, на фоне растущего дефицита гепатоцитов, максимальной выраженности достигают компенсаторно-приспособительные процессы в функционирующих гепатоцитах.

**Выводы.** Выполненные нами исследования доказали высокую пролиферативную активность печеночных клеток при циррозе печени у больных ХВГ, которая обусловлена с одной стороны необходимостью пополнения популяции гепатоцитов на фоне возрастающего их дефицита, а с другой – интенсивным новообразованием фибробластами избытка коллагена и других молекул внеклеточного матрикса и новообразованием мелких холангиол в портальных трактах и в утолщенных слоях соединительной ткани.

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

*Чиркунова В.О.*

*Научный руководитель: к.мед.н., доц. Шиян Д.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии человека*

**Актуальность:** Остеопороз является распространенным заболеванием костной системы, которое на начальных стадиях протекает без видимых клинических проявлений. Наиболее уязвимыми для остеопороза являются поясничный и грудной отделы позвоночника, поскольку именно они получают наибольшую нагрузку. Поскольку тела позвонков в основном состоят из губчатой ткани, которая первой подвергается деминерализации, то ранними рентгенологическими признаками остеопороза являются повышение рентген прозрачности тел позвонков с последующей их деформацией. Учитывая это, изучение качественных особенностей и количественных показателей позвонков поясничного отдела позвоночника расширяет возможности ранней диагностики и профилактики остеопороза.

**Цель:** Изучить качественные характеристики и количественные показатели позвонков поясничного отдела позвоночника человека в зависимости от возраста и пола.

**Материалы и методы:** Проанализировано 50 рентгенограмм поясничного отдела позвоночника (28 рентгенограмм лиц мужского и 22 женского пола) в прямой и боковой проекциях.

**Результаты:** При изучении качественных особенностей позвонков зафиксировано, что повышение рентгенпрозрачности костной ткани тел позвонков наблюдается у лиц 1 зрелого возраста. Такие рентгенологические признаки наиболее характерны для лиц женского пола 2 зрелого возраста. Анализ показателей индекса Бернетта-Нордина свидетельствует, что максимальное его значение (94-100%) характерно для лиц юношеского возраста и постепенно снижается к старческому.

**Выводы:** Рентгенологические исследования дают возможность изучить количественные и качественные критерии остеопороза на ранних этапах. Для получения объективной картины состояния минеральной плотности костей необходимо учитывать значение всех выше указанных индексов.