

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

Під час вагітності відбувається подовження і розширення судин матки, збільшуються також яєчникові артерії. Діаметр маткової артерії і її розгалужень значно збільшується, що особливо помітно в області плацентарної площі. До кінця вагітності діаметр висхідної гілки маткової артерії збільшується до 4 мм, діаметр анастомозів складає 1,5 мм.

Венозна система матки починається в глибоких шарах невеликими стволами, які поступово переходять в крупніші судини двох типів – сіткоподібні і роз'єднані. В кінці вагітності ширина просвіту в кінцевих відділах вен рівна 7-8 мм. В області дна матки артерії і вени утворюють так звані коронарні анастомози. Відтік крові з дна верхньої частини тіла матки відбувається в гронаподібне сплетення, з нижньої половини тіла і нижнього сегменту – в систему маткової вени, при цьому вени так само як і артерії, утворюють полігональні комірки.

Характер ангіоархітектоніки в області плацентарної площі різко відрізняється від такої на інших ділянках матки. Судини втрачають свою округлу і овальну форму, стають пластичними з нерівними бічними краями. Помітно явне переважання вен над артеріями. При впаданні в міжворсинчастий простір артеріолярні судини не утворюють капілярів, і відтік крові з міжворсинчастого простору проникає відразу у венолярні судини.

Таким чином, міжворсинчастий простір забезпечується кров'ю за рахунок кінцевих маткових і яєчникових артеріальних гілочок, які проникаючи в базальну децидуальну оболонку, утворюють матково-плацентарні артерії, які вливають кров в інтервельозний простір. З цього простору кров поступає по матково-плацентарних венах у венозну систему матки, розташовану по периферії плаценти.

ЕНДОКРИННИЙ МЕТЕЛИК МЕДИЦИНИ

Хоменко І.В. – аспірант

Науковий керівник – проф. Бумейстер В.І.

Сумський державний університет, кафедра анатомії людини

В останні роки значний ріст захворювань щитоподібної залози – важливого органа ендокринної системи, гормони якого безпосередньо беруть участь у процесах розвитку організму, його росту й адаптації до динамічних факторів зовнішнього середовища, визначає підвищений інтерес дослідників до детального вивчення структури і функції цього органа за умов норми та патології. У зв'язку з цим особливого значення набувають дослідження морфологічних змін у щитоподібній залозі під впливом різноманітних факторів внутрішнього та зовнішнього середовища.

Достатньо вивчені ушкоджуючі механізми впливу на організм лазерного і рентгенівського опромінення, солей важких металів, відмічено зміни у морфоструктурі щитоподібної залози під впливом температурного (охолодження) і рухового режимів тощо. Однак, незважаючи на багаторічні дослідження морфології щитоподібної залози, питання структурної мінливості щитоподібної залози, за умов дегідратаційний порушень водно-сольового обміну організму, залишаються недостатньо вивченими і потребують подальшого ретельного розроблення.

У будь-якому багатоклітинному організмі кожен орган (тканина) впливає на життєдіяльність інших органів. Проте внаслідок ускладнення обміну речовин в еволюції організмів виникли особливі органи — залози внутрішньої секреції, функція яких виключно або переважно стала полягати в продукуванні спеціальних речовин — інкретів, або гормонів, що стимулюють або, навпаки, гальмують розвиток і життєдіяльність окремих органів і організму в цілому. Ці залози не мають вивідних протоків і виділяють гормон безпосередньо в кров. У хребетних робота цих залоз нерозривно пов'язана з функцією нервової системи.

У людини до ендокринних залоз належать: щитоподібна, прищитоподібні, гіпофіз, шишкоподібна, загруднинна (тимус) залози, надниркові залози та деякі інші утвори. Залози внутрішньої секреції виникли в еволюції у різний час, у різних ділянках організму і з різних

джерел. Через це розташування, розміри, форма, будова та функції цих органів дуже різноманітні.

Щитоподібна залоза - непарний орган, що складається з двох часток, перешийка та рудиментарної пірамідальної частки. Розташований на передній поверхні шиї, попереду трахеї, і є периферійним гіпофіз-залежним органом ендокринної системи, який регулює основний обмін і забезпечує кальцієвий гомеостаз крові.

Щитоподібна залоза вкрита волокнистою капсулою і побудована із стромы та паренхіми, яка перегородками поділяється на часточки. Структурно-функціональна одиниця щитоподібної залози — фолікул, порожнина якого заповнена щільною та в'язкою, жовтуватого кольору, масою — колоїдом. Виробляється колоїд епітеліальними клітинами фолікулів і безперервно надходить у їх порожнину, де накопичується. Кількість колоїду і його консистенція залежать від фази секреторної діяльності і можуть бути різними в різних фолікулах. Паренхіму часточок складають ендокринні клітини (тиреоцити) двох типів: фолікулярні — утворюють фолікули; інтерфолікулярні — утворюють невеликі острівці епітелію, що лежать між фолікулами. Ці клітини є малодиференційованими і служать джерелом утворення нових фолікулів щитоподібної залози.

Переважну більшість фолікулярних клітин становлять А-клітини, також можуть визначатись їх малодиференційовані В-клітини. У цитоплазмі тиреоцитів розташована добре розвинута гранулярна ендоплазматична сітка, комплекс Гольджі, вільні рибосоми та полісоми. Апікальна поверхня клітин вкрита короткими мікрворсинками, кількість і висота яких залежить від функціональної активності залози. Крім фолікулярних клітин, в структурі щитоподібної залози також є парафолікулярні або С-клітини. С-клітини лежать поодинокі між базальною мембраною та базальним полюсом тиреоцитів (парафолікулярне розташування), чи між тиреоцитами (інтрафолікулярне розташування) та складають приблизно 10% всіх клітин. Це клітини неправильної округлої чи полігональної форми, цитоплазма яких містить добре розвинуті гранулярну ендоплазматичну сітку та комплекс Гольджі, велику кількість секреторних гранул. С-клітини продукують гормон кальцитонін, що бере участь в регуляції кальцієвого обміну.

В середині часточок залози численні фолікули виробляють гормони щитоподібної залози: тироксин, трийодотиронін, тирокальцитонін. Щитоподібна залоза відіграє в організмі дуже важливу роль, її йодовмісні гормони, надходячи в кров, регулюють обмін речовин, ріст і розвиток тканин, а також перебувають у взаємозв'язку з функціями інших залоз внутрішньої секреції (особливо гіпофіза і статевих залоз), нервовою системою тощо. Гіпофункція щитоподібної залози спричинює слизовий набряк і деякі ознаки недоумства, а гіперфункція призводить до дифузного токсичного зоба (базедової хвороби).

У подальшій своїй роботі ми плануємо вивчення морфофункціональних особливостей щитоподібної залози за умов впливу дегідратаційних порушень водно-сольового балансу організму, що є актуальним як теоретична проблема, дослідження якої дозволить установити структуру перебудову залози за умов зневоднення.

ВПЛИВ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА МОРФОЛОГІЧНУ БУДОВУ ЛЕГЕНЬ ЩУРІВ

*Цимбал Н. С., Богданов В. В., студ. 3-го курсу,
науковий керівник - Устянський О. О., доцент
СумДУ, Кафедра анатомії людини*

Проблема тотального забруднення довкілля привертає увагу фахівців різних спеціальностей. Незважаючи на суттєві досягнення медицини та заходи профілактики, розповсюдженість захворювань дихальної системи серед мешканців України залишатися надто високою і має тенденцію до зростання. Однією з основних причин виникнення легеневої патології є дія шкідливих факторів зовнішнього середовища, серед яких чинне місце займають солі важких металів. Тому метою нашого дослідження було визначення на макро-