



заднім кінцем хряща носової перегородки, а знизу – з краєм лемеша. На 2 препаратах (20%) на передньонижньому кінці пластинки виявлений невеликий відросток, який спрямований допереду та донизу. Останній вклинювався в задній край хряща носової перегородки.

Задньонижній відділ кісткової частини носової перегородки доповнюється лемешем. Нижнімкінцем леміш прикріплений до носового гребеня піднебінних відростків верхньої щелепи і горизонтальних пластинок піднебінної кістки. Передній кінець з'єднується з перпендикулярною пластинкою і хрящем носової перегородки. Верхній кінець лемеша закінчується крилами, які охоплюють клиноподібний дзьоб і примикають до нижньої поверхні тіла клиноподібної кістки. Поздовжній розмір пластинки лемеша дорівнює $37,0 \pm 0,7$ мм, найбільший вертикальний – $23,0 \pm 0,7$ мм. Товщина кісткової стінки становить 1,5 мм. У місці відходження крил його стінка була дещо потовщена до 2,5 мм. Передньозадній розмір крил становить 1,4 – 2,0 мм, ширина – 3,5-5,6 мм.

Ліка В.В.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРУ VON WILLEBRAND ПРИ ГОСТРОМУ ТА ХРОНІЧНОМУ ХОРІОНАМНІОНІТІ У ПОЄДНАННІ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ ВАГІТНИХ

*Кафедра патологічної анатомії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що численні патологічні стани, пов'язані з підвищеною судинною продукцією активних форм кисню (АФК). Ця форма судинного окисного стресу є загальним патологічним механізмом, який присутній при багатьох патологічних станах. Крім того, АФК виконують важливі механізми клітинної сигналізації, відповідальні за формування більшості судинних пошкоджень та відіграють важливу роль у регуляції вивільнення ендотеліального фактора von Willebrandt, який є маркером активації або дисфункції ендотелію.

Мета дослідження - встановити кількісні параметри оптичної густини імуногістохімічного забарвлення на фактор von Willebrand в ендотеліоцитах хоріальної пластинки плаценти при гострому та хронічному хоріонамніоніті у поєднанні з залізодефіцитною анемією вагітних.

Досліджено 125 плацент, у тому числі з метою порівняння, вивчені плаценти при фізіологічній вагітності та спостереження залізодефіцитної анемії вагітних (ЗДАВ) без запалення посліду. Кількість досліджень по групах наведені у таблиці. Імуногістохімічну методику виконували на парафінових зрізах із застосуванням первинних антитіл проти фактору von Willebrand із візуалізацією первинних антитіл полімерною системою (ДАКО) із барвником діамінобензидином. Після отримання цифрових копій зображення, вимірювали оптичну густину гістохімічного забарвлення методом комп'ютерної мікроденситометрії у відносних одиницях оптичної густини у середовищі комп'ютерної програми ImageJ. Обраховували середню арифметичну та її похибку за допомогою комп'ютерної програми PAST 3.16. Усередненні дані імуногістохімічного забарвлення в плацентах фізіологічної вагітності (N=20) склали - $0,228 \pm 0,0025$, а при ЗДАВ без запалення (N=21) - $0,322 \pm 0,0021$, $P < 0,001$. З отриманих даних помітно, що при ЗДАВ в середньому зростають показники гістохімічного забарвлення на фактор von Willebrand в порівнянні з фізіологічною вагітністю. Результати дослідження при запаленні у поєднанні з ЗДАВ наведені у таблиці.

Таблиця

Оптична густина забарвлення в ендотеліоцитах кровоносних судин плаценти при хоріонамніоніті та залізодефіцитній анемії вагітних (M ± m)

Групи дослідження	Спостереження запалення посліду при вагітності без анемії	Спостереження запалення посліду при залізодефіцитній анемії вагітних
Хоріонамніоніт гострий	$0,323 \pm 0,0024$ (n=23)	$0,386 \pm 0,0025$ (n=21), $P < 0,001$
Хоріонамніоніт хронічний	$0,328 \pm 0,0025$ (n=20)	$0,385 \pm 0,0027$ (n=21), $P < 0,001$

Отже, при всіх формах хоріонамніоніту в середньому суттєво зростає оптична густина імуногістохімічного забарвлення на фактор von Willebrand в ендотелії кровоносних судин у порівнянні з фізіологічною вагітністю. Проте, в співвідношенні із ЗДАВ без запалення, немає статистично значущих середніх розбіжностей у середніх тенденціях між спостереженнями. Фонова залізодефіцитна анемія вагітних при запаленні сприяє стрімкому підвищенню показників.

Кашперук-Карпюк І.С.

ХІРУРГІЧНА АНАТОМІЯ СУДИН НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність дослідження обумовлена відсутністю цілісних уявлень щодо діапазону анатомічної мінливості міхурово-сечівникового сегмента, особливостей міо- та ангіоархитектоніки в перинатальному періоді онтогенезу, що потребує подальшої наукової розробки.



Метою роботи було з'ясувати особливості кровопостачання міхурово-сечівникового сегмента у новонароджених. Дослідження виконано на 35 плодах людини (161,0-420,0 мм тім'яно-куприкової довжини) та 8 трупах новонароджених людини. Використовували комплекс методів морфологічного дослідження: антропометрію, ін'єкцію судин, макромікропрепарування, рентгенографію, гістологічний метод, морфометрію, 3D реконструювання.

У перинатальному періоді кровопостачання міхурово-сечівникового сегмента здійснюється за рахунок нижніх міхурових та середніх прямокишкових артерій, сечівниковими артеріями. У плодів жіночої статі сегмент кровопостачається ще й піхвою артерією. У плодів чоловічої статі від нижніх міхурових артерій до передміхурової частини сечівника відходять сечівникові артерії, кількість яких коливається від 5 до 7. У другій половині 3-го триместру в ділянці сім'яного горбика визначаються анастомози між сечівниковими, передміхуровозалозовими гілками та артеріями сім'яноспинних проток, кількість гілок та анастомозів обумовлює потужне кровопостачання.

На рівні шийки сечового міхура, а також у межах трикутника міхура спостерігаються судинні сплетення підслизової основи. У сполучній тканині підслизової основи та м'язовій оболонці сегмента визначається концентрація судин, які за будовою подібні до кавернозних тіл.

Відтік венозної крові від міхурово-сечівникового сегмента здійснюється не тільки гілками сечоміхурових вен, розмішеними в адвентиційній оболонці, а також і венозними сплетеннями передміхурової залози, сім'яноспинних проток у плодів чоловічої статі, відповідно у плодів жіночої статі – венозний відтік відбувається у піхвове венозне сплетення.

Отже, враховуючи топографоанатомічні особливості ангіо- та міоархітектоніки міхурово-сечівникового сегмента, вважаємо, що роль замикача нижніх сечових шляхів забезпечується взаємодією судинного (за рахунок кавернозоподібних утворень підслизової основи шийки сечового міхура і м'язового компонентів).

Кривецький В.В., Марчук Ф.Д., Ротар Г.П. ЕМБРІОГЕНЕЗ СЕРЦЯ У ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра анатомії людини імені М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомості про терміни закладки та морфогенезу серця у зародковому періоді уривчасті, а тому потребують подальшого різнобічного вивчення. Дослідження проведено на 9 серіях послідовних серійних гістологічних зрізів зародків людини методом мікроскопії та графічного реконструювання.

У зародків людини серце розвивається з парного зачатка. У головній ділянці з мезенхіми, розміщеної між ентодермою та вісцеральним листком бокових пластинок мезодерми утворюються дві трубочки, що наближені до серединної площини. Далі трубчасте серце росте у довжину швидше, ніж оточуючі його частини і набуває S-подібної форми. У 4-тижневих зародків у межах серцевої трубки з'являється ряд звужень і розширень. На 5-му тижні розвитку зазначені розширення започатковують формування окремих частин різних камер серця. Нижня частина серцевої трубки представлена венозним синусом, який має форму спрямованих дещо латерально двох рогів: лівого і правого, в які впадають загальні кардинальні вени. Краніальніше венозної пазухи розмішені примітивне передсердя та примітивний шлуночок відповідно, які розмежовані ззовні передсердно-шлуночковою борозною. Вирізняються в серцевій трубці також послідовно: серцевий конус, артеріальний стовбур та серцевий мішок. Примітивне передсердя в подальшому розвитку дає початок частинам обох передсердь. Краніальна частина цибулини серця дає початок також артеріальному стовбуру, який бере участь у формуванні дистальних ділянок як лівого, так і правого шлуночків. Артеріальний стовбур згодом ділиться на висхідну аорту і легеневий стовбур, які з'єднані верхніми частинами з аортальним розширенням – аортальним мішком. Аортальний мішок з'єднується спочатку з першою аортальною дугою, а наприкінці 5-го тижня – з іншими чотирма артеріальними дугами. Упродовж наступних трьох тижнів венозна система зародка зазнає вираженої трансформації, внаслідок чого вся венозна кров, крім серця, вливається в правий синусний ріг. У цей період розміри лівого синусного рога значно зменшуються, відбувається перетворення його в незначний венозний мішок, який розміщений на задній поверхні серця.

У подальшому він дає початок коронарному синусу та незначній косій вені лівого передсердя. Права частина венозного синуса, завдяки швидкому росту серця в цілому, поступово трансформується в задню праву стінку зростаючого передсердя, зміщуючи початкову праву половину примітивної передсердної стінки вентрально і вправо. Частина передсердя, що утворилася із трансформованої венозної пазухи, називається *sinus venarum*, у той час як початкова права частина примітивного передсердя утворює праве вушко передсердя. Ліве передсердя, як і праве, на досліджуваній стадії розвитку також зазнає певних змін. На початку 4-го тижня внутрішньоутробного розвитку в лівому передсерді започатковується закладка легеневих вен, які ростуть в напрямку легень, де вони анастомозують з венами, що розвиваються із мезодерми, яка вкриває зачатки бронхів. Разом з тим легеневі вени беруть участь у формуванні задньої стінки примітивного передсердя, яка представляє гладеньку частину дефінітивного лівого передсердя. Інша частина лівого передсердя зміщується дотрону і вліво, і згодом трансформується в ліве вушко. Правий шлуночок серця в основному розвивається з більшої нижньої частини цибулини серця та правої стінки серцевого синуса. Дефінітивний лівий шлуночок розвивається в основному з примітивного шлуночка і лівої стінки серцевого конуса. Виконане дослідження