



Процак Т.В.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ЛЮДЕЙ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

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

Морфологічні дослідження приносних пазух на будь-якому структурному рівні спрямовані на з'ясування механізмів і патогенезу захворювань та пошуку ефективних методів лікування.

Дослідження топографо-анатомічних особливостей верхньощелепних пазух проведено на 20 препаратах верхніх щелеп, черепах і розтинах голови трупів людей юнацького віку методами препарування і комп'ютерної томографії.

Дослідження синтопії стінок верхньощелепних пазух у цій віковій групі показало, що їх формування ще не завершилося. Визначено, що на даній стадії онтогенезу верхньощелепна пазуха є найбільш вираженою порожниною з поміж інших приносних пазух, має форму неправильної чотирикутної піраміди, основу якої утворює бічна стінка носової порожнини, а верхівку – виличний відросток верхньощелепної кістки. У верхньощелепній пазусі розрізняють передню, верхню, задню, присередню та нижню стінки. Зокрема, її передня стінка розташована між підочномковим краєм очної ямки та комірковим відростком верхньої щелепи, вона ззовні вкрита шокою. На зовнішній поверхні кісткової стінки під підочномковим отвором розташована іклова ямка, глибина якої дорівнює $3,8 \pm 0,2$ мм. Товщина кісткової стінки ямки не перевищує 1,5 мм. Висота передньої стінки верхньощелепної пазухи дорівнює $25,0 \pm 0,22$ мм. Поперечний розмір становить $16,0 \pm 0,7$ мм.

Верхня стінка верхньощелепної пазухи утворена очномковною поверхнею верхньої щелепи. Присередній край пазухи проєкційно знаходиться на межі між внутрішнім краєм лижньої та присередньої стінок очної ямки. Топографічно її бічний край на одному препараті (5%) відповідав нижній очномковій щілині. Зазначимо, що верхня стінка пазухи тонша у порівнянні з іншими стінками. Її товщина не перевищує 2,1-2,7 мм. Задня стінка верхньощелепної пазухи топографічно відповідає верхньощелепному горбу. У двох спостереженнях (10%) задньовіршній край пазухи прилягав до задніх комірок решітчастого лабіринту. На одному препараті (5%) задня стінка знаходилася на відстані 9,0 мм від стінки клиноподібної пазухи. Нижня стінка (дно) верхньощелепної пазухи утворена комірковим відростком верхньої щелепи. Залежно від пневматизації її дно знаходилося на різних рівнях відносно нижньої стінки носової порожнини. При середній пневматизації на трьох препаратах (15%) дно пазухи розташоване на одному рівні з нижньою стінкою носа. У шести випадках (30%) її дно знаходилося вище нижньої стінки носа, а на одному препараті (5%) – нижче дна носової порожнини. Присередня поверхня верхньощелепної пазухи одночасно утворює частину бічної стінки носової порожнини. У товщі її переднього відділу знаходиться носо-слизовий канал, який закінчується в нижньому носовому ході під нижньою носовою раковиною. Якщо в ділянці нижнього носового ходу присередня стінка пазухи представлена кістковою тканиною та вкрита слизовою оболонкою, то в середньому носовому ході, в його середній частині, кісткова тканина частково відсутня. У краніодорсальному відділі півмісяцевого розтвору на присередній стінці виявляється вихідний отвір, що з'єднує пазуху із середнім носовим ходом. Довжина отвору становить $6,0 \pm 1,2$ мм, висота – $2,8 \pm 0,22$ мм. Він спрямований косо і донизу. Висота верхньощелепної пазухи дорівнює $25,0 \pm 1,0$ мм, ширина – $19,0 \pm 0,7$ мм і передньозадній розмір – $25,5 \pm 0,7$ мм.

Упродовж юнацького віку продовжуються формоутворювальні процеси верхньощелепних пазух. Найбільш тонкою є верхня стінка пазухи. Виявлена варіантність синтопії верхньощелепної пазухи із суміжними утвореннями.

Товкач Ю.В.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

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

Захворювання, пов'язані з розладом замикальної функції стравохідно-шлункового переходу досить поширені в теперішній час. Аномалії травної системи становлять 17,8% і є однією з причин перинатальної смертності. Дедалі частіше трапляються випадки природженої патології стравохідно-шлункового сегмента, що потребує особливої уваги науковців до даної проблеми.

Метою дослідження стало вивчити будову і становлення топографії стравохідно-шлункового переходу у перинатальному періоді онтогенезу.

Досліджено виконано на 20 плодах (ізолювані органокомплекси черевної порожнини та трупи плодів людини) та 20 трупах новонароджених за допомогою класичних методів анатомічного дослідження.

Скелетотопічна проєкція кардіального отвору шлунка змінюється в межах від рівня тіла IX грудного хребця – на 4-му місяці до рівня нижнього краю тіла XI грудного хребця – у новонароджених. Довжина черевної частини стравоходу в плодів вирізняється мінливістю. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини черевної частини стравоходу. У більшості плодів даного періоду ми спостерігали таку особливість: чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший її діаметр. Починаючи з 7-го місяця, довжина черевної частини стравоходу зменшується. При зіставленні одержаних нами даних виявилось, що довжина черевної частини стравоходу в новонароджених ($1,17 \pm 0,19$ мм) менша, ніж у плодів ($1,17 \pm 0,21$ мм). Вважаємо, що цей



анатомічний факт зумовлений збільшенням кута Гіса в новонароджених порівняно з плодовим періодом. Величина кута Гіса впродовж плодового періоду збільшується в 1,4 рази і в новонароджених становить $80,47 \pm 2,83^\circ$. Основними джерелами кровопостачання стравохідно-шлункового сегмента є 2-5 гілок лівої шлункової артерії, додатковими – гілки нижньої діафрагмальної та верхньої надниркової артерій.

Зміна довжини черевної частини стравоходу очевидно пов'язана з формуванням стравохідно-шлункового сфінктера, утворенням добре вираженого циркулярного і поздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфінктер не сформований, остаточно формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

Тюленева О.А., Давиденко І.С.

КІЛЬКІСНА ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ОЦІНКА ПРОТЕЇНУ bcl-2 В ЕНДОТЕЛІЙЗАМІЩУЮЧОМУ ІНВАЗИВНОМУ ЦИТОТРОФОБЛАСТІ В МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДІЛЯНЦІ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра патологічної анатомії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Мета і завдання дослідження – встановити величини оптичної густини імуногістохімічного забарвлення на протиопототичний протеїн bcl-2 в ендотеліязаміщуючому інвазивному цитотрофобласті (ІЦТ) матково-плацентарної ділянки залежно від форми плацентарної недостатності.

Досліджено 94 плаценти при різних формах плацентарної недостатності (у т.ч. 30 плацент - з фетоплацентарною формою, 34 плаценти – з плацентарною формою, 30 плацент - з матково-плацентарною формою) та 32 плаценти при фізіологічній вагітності. Термін пологів 37-40 тижнів. Недостатність плаценти (НП) та її форму встановлювали за переліком критеріїв (Мілованов А.П., 1998). Матеріал фіксували в 10% забуференому нейтральному розчині формаліну протягом 24 годин, потім зневоднювали у висхідній батареї спиртів та заливали у парафін. На гістологічних зрізах стандартної товщини 5 мкм після депарафінізації виконували імуногістохімічну методику з первинними антитілами проти bcl-2, візуалізація результатів методики проводилася за допомогою пероксидазної мітки та діамінобензидину. Ядра клітин забарвлювали гематоксиліном Грота. Отримували цифрові копії зображення за допомогою мікроскопа Delta Optical Evolution 100 (планахроматичні об'єктиви) та цифрової камери Olympus SP-550UZ. Цифрові зображення аналізували в спеціалізованій для гістологічних досліджень комп'ютерній програмі ImageJ (1.48v, вільна ліцензія, W.Rasband, National Institute of Health, USA, 2015), зокрема, методом комп'ютерної мікроденситометрії оцінювали оптичну густину забарвлення (у діапазоні від «0» до «1») на підставі логарифмічних перетворень величини яскравості (у градациях від «0» до «255»). Для оптичної густини обраховували середню арифметичну та її похибку, у вибірках здійснювали перевірку на нормальність розподілу за критерієм Shapiro-Wilk, порівняння між групами дослідження здійснювали за непарним двобічним критерієм Стьюдента (комп'ютерна програма PAST 3.16, вільна ліцензія, O.Hammer, 2017).

При фізіологічній вагітності оптична густина імуногістохімічного забарвлення на bcl-2 в ендотеліязаміщуючому ІЦТ матково-плацентарної ділянки становила $0,304 \pm 0,0013$ в.од.опт.густина, при фетоплацентарній формі НП - $0,289 \pm 0,0016$ в.од.опт.густина (вірогідність розбіжності з фізіологічною вагітністю - $P < 0,001$), при плацентарній формі НП - $0,286 \pm 0,0017$ в.од.опт.густина (вірогідність розбіжності з фізіологічною вагітністю - $P < 0,001$, вірогідність розбіжності з фетоплацентарною формою НП несуттєва - $P > 0,05$), при матково-плацентарній формі НП - $0,211 \pm 0,0016$ в.од.опт.густина (вірогідність розбіжності з іншими групами дослідження - $P < 0,001$).

Таким чином, всі три форми недостатності плаценти (фетоплацентарна, плацентарна, матково-плацентарна) характеризуються зниженням оптичної густини забарвлення на протеїн bcl-2 в цитоплазмі ендотеліязаміщуючого інвазивного цитотрофобласта матково-плацентарної ділянки. Разом з тим, слід відмітити, що матковоплацентарна форма недостатності плаценти характеризується найбільш вираженим зниженням оптичної густини забарвлення на протеїн bcl-2 в цитоплазмі ендотеліязаміщуючого інвазивного цитотрофобласта у порівнянні з іншими формами недостатності посліду.

Тюленева О.А., Давиденко І.С.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ЕНДОТЕЛІЙЗАМІЩУЮЧОГО ІНВАЗИВНОГО ЦИТОТРОФОБЛАСТА В МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДІЛЯНЦІ

Кафедра патологічної анатомії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Мета і завдання дослідження – визначити найбільш надійні методи ідентифікації ендотеліязаміщуючого трофобласта в матково-плацентарній ділянці (МПД) шляхом застосування імуногістохімічного дослідження серійних гістологічних зрізів.

Матеріали і методи – використані серійні гістологічні зрізи зі шматочків матково-плацентарної ділянки, отримані при кесарському розтині, на яких виконані імуногістохімічні методи з первинними антитілами до низки антигенів, які потенційно можуть служити маркерами трофобласта.