

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 Кравченко О.В.

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.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



Соромітний нерв у однойменному каналі розміщений донизу і медіальніше від внутрішніх соромітних судин. Слід зазначити, що у межах бічної стінки сідничо-відхідникової ямки соромітний нерв віддає нижні прямокишкові нерви, які іннервують зовнішній м'яз-замикач відхідника і шкіру відхідникової ділянки. Кількість нижніх прямокишкових нервів у плодів варіює від 2 до 7. У трьох плодів (215,0, 250,0 і 275,0 мм ТКД) в іннервації внутрішнього затульного м'яза брали участь гілки соромітного нерва.

На рівні сідничого горба соромітний нерв ділиться на задній нерв статевого члена (клітора) і промежинні нерви. Останні іннервують м'язи шкіри промежини. Кінцеві гілки соромітного нерва залежно від статі індивідуума іннервують шкіру задньої поверхні калитки чи великих соромітних губ. У 2 спостереженнях під великим сідничим м'язом правий задній шкірний нерв стегна має зв'язки з правим соромітним нервом.

Внутрішня соромітна артерія, як правило, відходить самостійним стовбурцем від переднього стовбура внутрішньої клубової артерії. У 6 спостереженнях права внутрішня соромітна і у 4 випадках ліва внутрішня соромітна артерія відходили загальним стовбуром із нижньою сідничною артерією від переднього стовбура відповідної внутрішньої клубової артерії. В одного плода спостерігали відходження лівої внутрішньої соромітної артерії разом із лівою верхньою сідничною артерією від лівої внутрішньої клубової артерії. Внутрішній соромітній артерії властивий магістрально-розсіпний тип будови. Топографічно у внутрішній затульній артерії можна виділити передній (сечо-статевий) і задній (сідничо-прямокишковий) відділи. На рівні сідничого горба внутрішня затульна артерія віддає нижню прямокишкову артерію, яка кровопостачає нижній відділ прямої кишки, ділянку відхідника та жирове тіло сідничо-відхідникової ямки. Дещо нижче нижньої прямокишкової артерії від внутрішньої соромітної артерії до м'язів промежини відходить промежинна артерія або 2 промежинні гілки. Після відгалуження від внутрішньої соромітної артерії промежинної артерії у плодів чоловічої статі вона продовжується під назвою артерії статевого члена, яка розміщена у горизонтальній площині між тазовою діафрагмою і заднім відділом сечо-статевої діафрагми. На рівні цибулини статевого члена вона віддає однойменну артерію та сечівникову артерію. Остання проходить через губчасте тіло статевого члена в поздовжньому напрямку. У плодів жіночої статі від внутрішньої соромітної артерії відходить артерія цибулини присінка. Залежно від статі гілки внутрішньої соромітної артерії також кровопостачають калитку або великі соромітні губи.

Соромітне сплетення розміщується у передміхуровому клітковинному просторі, який має вигляд щільної, заповненої незначним шаром пухкої клітковини, і обмеженою ззаду сечовим міхуром і передміхуровою залозою у плодів чоловічої статі, а у плодів жіночої статі – сечовим міхуром і початковою частиною сечівника та спереду – міхурово-пупковим апоневрозом. У соромітне сплетення здійснюється відток крові від передміхурової залози (у плодів жіночої статі – від сечівника), частково сечового міхура і від статевого члена – по спинковій вені статевого члена (у плодів жіночої статі – по спинковій вені клітора). Соромітне сплетення анастомозує зі сплетенням сечового міхура і матково-півховим сплетенням.

Внутрішні соромітні вени починаються під лобковим симфізом і є продовженням глибокої вени статевого члена (клітора) після її анастомоза зі спинковою веною статевого члена (клітора). Притоки внутрішньої соромітної вени аналогічні гілкам однойменної артерії.

**Гарвасюк О.В.**

**ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ЛУЖНОЇ ФОСФАТАЗИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ ДОЗРІВАННІ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ У ТЕРМІН ГЕСТАЦІЇ 33-36 ТИЖНІ**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Мета і завдання дослідження полягали у встановленні імуногістохімічним методом кількісних параметрів вмісту плацентарної лужної фосфатази в трофобласті хоріальних ворсинок плаценти із передчасним дозріванням хоріального дерева при залізодефіцитній анемії вагітних (ЗДАВ) у термін гестації 33-36 тижні.

Імуногістохімічна методика поставлена з поліклональними первинними антитілами проти плацентарної лужної фосфатази (DAKO) з дотриманням усіх рекомендованих виробником вимог. Кількісну оцінку вмісту плацентарної лужної фосфатази здійснювали на цифрових мікрофотовідбитках у середовищі графічної програми GIMP (ліцензія GLP, версія 2.82) у відносних одиницях оптичної густини. Нами було сформовано 3 групи дослідження: жінки з фізіологічним перебігом вагітності та пологів (37-40 тижнів гестації, n=30); основна група – спостереження поєднання передчасних пологів у термін 33-36 тижнів гестації у вагітних зі ЗДАВ з проявами передчасного дозрівання хоріального дерева (n=16), група порівняння – спостереження поєднання передчасних пологів у термін 33-36 тижнів гестації у вагітних без ЗДАВ з проявами передчасного дозрівання хоріального дерева (n=18).

Розбіжності між групами дослідження здійснювали згідно методу Стьюдента (непарний двобічний критерій Стьюдента).

Отримані наступні середні дані щодо оптичної густини специфічного імуногістохімічного забарвлення на плацентарну лужну фосфатазу: фізіологічна вагітність – 0,344±0,014 ум.од.опт.густ., передчасні пологи у термін 33-36 тижнів гестації у вагітних зі ЗДАВ з проявами передчасного дозрівання хоріального дерева – 0,208±0,021 ум.од.опт.густ., передчасні пологи у термін 33-36 тижнів гестації у вагітних без ЗДАВ з проявами



передчасного дозрівання хоріального дерева – 0,248±0,022 ум.од.опт.густ. Розбіжність груп з фізіологічною вагітністю, між групами зі ЗДАВ та без неї завжди вірогідна (p<0,05).

Таким чином, передчасне дозрівання хоріального дерева, незважаючи на морфологічну зрілість хоріальних ворсинок, характеризується недостатнім дозріванням трофобласта в аспекті продукції ним плацентарної лужної фосфатази. Залізодефіцитна анемія вагітних ще більш суттєво погіршує вказане явище.

**Гарвасюк О.В.**

**ОБГРУНТУВАННЯ МІКРОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОКРЕМИХ ТИПІВ УШКОДЖЕНЬ ПОВЕРХНІ ТРОФОБЛАСТА ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ЗА ДОПОМОГОЮ CdMnS-НАНОЧАСТИНОК**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

«Наночастинками» називають частинки розмірами від 1 до 100 нанометрів (нм). В сучасних дослідженнях все частіше застосовують специфічні наночастинки для виявлення окремих типів ушкоджень поверхні трофобласта хоріальних ворсинок плаценти.

Мета і зівдання дослідження полягали в обґрунтуванні доцільності мікроскопічної діагностики окремих типів ушкоджень поверхні трофобласта хоріальних ворсинок плаценти за допомогою CdMnS-наночастинок.

Гістологічні парафінові зрізи товщиною 5 мкм після депарафінізації обробляли розчином колоїдних CdMnS-наночастинок. Дослідження проводили в мікроскопі ЛЮМАМ-Р8. Вивчені 18 плацент при фізіологічній вагітності та 22 – при залізодефіцитній анемії вагітних.

Новим люмінесцентним методом виявляються різні структури ХВ по їх зеленому світінню. Найбільш інтенсивно світяться плодові та материнські еритроцити, зовнішні елементи інтервільозного фібриноїда. Середня інтенсивність світіння спостерігається у трофобласті хоріальних ворсинок, основної маси інтервільозного фібриноїду та ендотеліоцитів фетальних капілярів.

Найменш інтенсивно світяться стромальні клітини (цитоплазма та ядро) і ще менше – позаклітинний матрикс строми. При анемії вагітних інтенсивність світіння материнських еритроцитів знижена в декілька разів. На поверхні трофобласта виявлено тонку лінію жовто-золотавого світіння, яка по локалізації відповідає мікроворсинкам синцитіотрофобласта. При анемії вагітних спостерігаються «розриви» тонкої лінії, що відповідає даним про пошкодження мікроворсинок синцитіотрофобласта при анемії вагітних. Стромальні волокна, субепітеліальна та субендотеліальна базальні мембрани виявлені не були.

Таким чином, ми вважаємо, що в більшості випадків новий люмінесцентний метод за допомогою CdMnS-наночастинок допоможе діагностувати окремі типи ушкодження поверхні трофобласта хоріальних ворсинок плаценти.

**Герасим Л.М.**

**ФЕТАЛЬНА АНАТОМІЯ ЗАГАЛЬНИХ СОННИХ АРТЕРІЙ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Дослідження проведено на 57 препаратах трупів плодів (від 4 до 10 місяців). У роботі використані сучасні та адекватні морфологічні методи дослідження, саме: макромікроскопія, ін'єкція артерій сумішшю на основі свинцевого сурика з наступним препаруванням та рентгенографією, виготовлення топографоанатомічних зрізів у трьох взаємоперпендикулярних площинах.

Процес становлення топографії сонних артерій у плодів обумовлений тісним взаємовідношенням як з компонентами основного судинно-нервового пучка шиї (внутрішніх яремних вен, блукаючих нервів), так й з суміжними структурами та органами.

У межах сонного трикутника топографоанатомічні взаємовідношення між компонентами основного судинно-нервового пучка шиї такі: присередньо розміщена загальна сонна артерія (ЗСА), до її передньобічної стінки лежить внутрішня яремна вена, позаду в борозні між цими судинами розміщений блукаючий нерв. Блукаючий нерв у верхній частині сонного трикутника прилягає до бічної стінки ЗСА, у нижній - нерв переходить на передньобічну стінку останньої. Проекція ЗСА у межах сонного трикутника визначається по поздовжній лінії, яка простягається через точку у місці перетину бічного краю лопатково-під'язикового м'яза з передній краєм груднино-ключично-соскоподібного м'яза, формуючи гострий кут (15-30°) з останнім м'язом. З віком плодів даний кут наближається до більших величин.

Біфуркація ЗСА відбувається в межах сонного трикутника. ЗСА у 48% випадків у ранніх плодів (4-5 місяць) та у 76% - у пізніх плодів (8-10 місяць) поділяється на зовнішню і внутрішню сонні артерії на рівні під'язикової кістки. У 28% (для ранніх плодів) та 16% (для пізніх плодів) спостереженнях ЗСА поділяється на рівні верхнього краю щитоподібної залози. Упродовж плодового періоду біфуркація загальної сонної артерії скелетотопічно зміщується каудально на один шийний хребець. Поділ ЗСА на внутрішню і зовнішню сонні артерії в плодів визначається за двома формами: паралельною та цибулиноподібною.