

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

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.

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

Тюленєва О. А.
СПОСІБ ОЦІНКИ ПРОЦЕСІВ НОВОУТВОРЕННЯ СУДИН
В ПЛАЦЕНТАРНОМУ ЛОЖІ МАТКИ

Кафедра патологічної анатомії
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Плацентарне ложе матки або матково-плацентарна ділянка (МПД) є осередком гестаційно зміненого ендометрію, який формується під час вагітності в місці прикріплення плідного яйця до матки. Становлення матково-плацентарного кровотоку є ключовою подією у морфогенезі плаценти та забезпечені її основних функцій. Упродовж всього періоду вагітності в МПД з різною інтенсивністю протікають два процеси: ангиогенез – новоутворення судин з клітин-попередниць ендотеліоцитів ангиобластів та васкулогенез – розвиток судин з вже існуючих. Біопсійний матеріал МПД дозволяє використати практично весь спектр сучасних морфологічних методів дослідження, включно імуногістохімічний метод для візуалізації ендотелію новоутворених судин. Фактор Віллебранда (VWF) – глікопротеїн, один із факторів зсідання крові, цікавий тим, що він також є маркером молодих, щойно утворених ендотеліоцитів кровоносних судин. Віментин є основним проміжним білком цитоскелету, який експресується в ендотеліальних та інших клітинах мезенхіми, ним опосередковані такі процеси в тканинах як адгезія клітин, міграція, інвазія, ангиогенез та васкулогенез.

Мета дослідження: на біопсійному матеріалі плацентарного ложа матки оцінити процеси новоутворення судин шляхом імуновізуалізації в ендотелії фактору Віллебранда та віментину.

Матеріал і методи дослідження. Біопсії МПД та міометрію отримували розробленим нами оригінальним методом. Матеріал фіксували в 10% забуференому нейтральному розчині формаліну протягом 24 години, проводили етанолову дегідратацію та заливку в парафін. На серійних гістологічних зрізах товщиною 5 мкм виконували імуногістохімічні дослідження з первинними антитілами проти фактору Віллебранда і віментину з термічним викриттям антигену та стрептавідинбіотиною системою візуалізації антитіл LSAB2 згідно стандартного протоколу та Education Guide виробника DakoCytomation (Denmark-USA). Величину оптичної густини імуногістохімічного забарвлення на VWF та віментин (в.од.опт.густина) вимірювали на цифрових копіях шляхом комп'ютерної мікроденситометрії за допомогою комп'ютерної програми ImageJ (версія 1.48v, вільна ліцензія, W.Rasband, 2015). Для кожного показника статистичні обрахунки здійснювали у середовищі комп'ютерної програми PAST 4.05 (вільна ліцензія, O.Hammer, 2021).

Результати дослідження. На фактор Віллебранда в середньому більш інтенсивно забарвлювалися ендотеліоцити артерій, менш інтенсивно – ендотеліальні клітини судин

венозного типу та мікроциркуляторного русла (вірогідність розбіжності між ендотелієм вказаних типів судин $P < 0,001$). Імуногістохімічно специфічне забарвлення на віментин виявляли в ендотелії артерій, вен, капілярів, лейоміоцитах та у фібробластах МПД. Процеси новоутворення судин у плацентарному ложі матки були представлені позитивними на VWF та віментин острівцями у кількості 4 – 8 в 1 мм^2 зрізу МПД у проекції центральної частини плаценти та 9 – 18 в 1 мм^2 зрізу МПД у проекції периферійної частини плаценти – $0,428 \pm 0,0014$ в.о.опт.густини імуногістохімічного забарвлення на VWF та $0,310 \pm 0,0018$ в.о.опт.густини імуногістохімічного забарвлення на віментин.

Висновки. Імуногістохімічні методики на фактор Віллебранда і віментин на біопсійному матеріалі матково-плацентарної ділянки та міометрію методологічно дозволяють оцінити процеси ангиогенезу (новоутворення судин), васкулогенезу (перебудови існуючих судин) та ендотеліальну дисфункцію диференційовано у проекції різних відділів плаценти. Такий спосіб ідентифікації ендотеліоцитів судин плацентарного ложа матки може бути використаний для діагностики різних видів патології вагітності, у першу чергу, матково-плацентарної формі недостатності плаценти.

Хмара Т.В.

МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ХАУШИПА-РОМБЕРГА

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Синдром Хаушипа-Ромберга – синдром защемлення затульного нерва (ЗН) характеризується досить вираженою гіпотрофією м'язів присередньої групи стегна. Помітно порушується приведення стегна, хоча повністю цей рух не випадає. Через випадання функцій привідних м'язів стегна, порушується стійкість при стоянні і ходьбі. Замість нормального передньозаднього напрямку при ходьбі з'являється спрямоване назовні відведення кінцівки з явищами циркумдукції. Виникає утруднення при укладанні хворої ноги на здорову (в положенні сидячи або в положенні лежачи на спині). Випадає, або знижується рефлекс привідних м'язів стегна. Гіпестезія (рідше – анестезія), як правило, локалізується в середній і нижній третинах внутрішньої поверхні стегна.

Мета дослідження. Уточнити джерела іннервації м'язів присередньої групи стегна у плодів людини.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено на препаратах нижніх кінцівок 28 плодів людини 4-8 місяців за допомогою макромікроскопічного препарування та морфометрії.

Результати дослідження. У плодів людини іннервацію верхньої і середньої третин тонкого м'яза забезпечують передня і м'язова гілки ЗН, і в одиничних спостереженнях – м'язові гілки стегового нерва (СН). Нижня 1/3 тонкого м'яза іннервується м'язовими гілками СН. Внутрішньом'язові нерви розгалужуються в ділянці верхньої і середньої третин тонкого м'яза, переважно за магістральним типом, а в ділянці його нижньої третини, як правило, за розсипним типом. У розподілі нервів у тонкому м'язі сегментарність відсутня. У межах середньої і нижньої третин тонкого м'яза низхідні нервові стовбурці, як правило, з'єднуються з бічними гілками суміжних нервових стовбурців з утворенням анастомозів у вигляді петель і аркад. В іннервації гребінного м'яза беруть участь м'язові гілки СН, а також передня гілка ЗН. У товщі гребінного м'яза не виявлено зв'язків між кінцевими гілками вище зазначених нервів. Нервові стовбурці ЗН входять у довгий привідний м'яз зі сторони його задньої поверхні на межі переходу верхньої третини черевця м'яза у середню третину. Нерви переважно розгалужуються за змішаним типом, при цьому не спостерігається сегментарності у розподілі нервів. У 5 спостереженнях до середньої і (або) нижньої третин черевця довгого привідного м'яза прямували 1-2 м'язові гілки СН, які в його товщі галузяться за змішаним типом. До короткого привідного м'яза від передньої гілки ЗН підходять нервові стовбурці, які вступають у його товщу зі сторони передньої поверхні. У розподілі нервових гілок у