

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



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



Popelyuk O.-M.V.

**FEATURES OF THE TOPOGRAPHY OF VII CRANIAL NERVE
IN PRENATAL PERIOD OF THE HUMAN ONTOGENESIS**

*M.G. Turkevich Department of Human Anatomy
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

The embryology of the facial nerve, especially its peripheral development, has received little attention in human in comparison to the important role it plays in postnatal life.

The specimen of 21 embryos and 23 pre-fetus were selected to be the materials of the research.

Following investigational methods have been used: macroscopy, microscopy of consecutive histological sections series, conventional and thin preparations.

In a 4.2 mm embryo, the facial nerve arises in common with the eighth cranial or acoustic nerve and is attached to the metencephalon just rostral to the otic vesicle. This facioacoustic primordium (acousticofacial crest) is fibrous at its attachment, but soon becomes cellular as it courses ventrally. It passes rostral to the otic vesicle and, at the lower part of the vesicle, the acoustic division arises. The major division of the primordium (facial part) continues ventrally, becomes more cellular and compact, and appears as a column of cells. In 4.8 to 6.5 mm embryos the facial division of the facioacoustic primordium is less cellular than the acoustic division and, as it courses ventrally, it is partially surrounded by the developing acoustic ganglion. The facial division separates into two almost equal parts.

The caudal part, which constitutes the main trunk of the facial nerve, shortly disappears into the surrounding mesenchyme. The rostral part enters the mandibular arch by passing ventral to the first pharyngeal pouch and will become the chorda tympani nerve, the first branch of the facial nerve to develop. The proximal part of the facioacoustic primordium begins to separate into two distinct nerves in 8.0 to 10.6 mm embryos.

A complete separation appears at 14.0 mm and a discrete nervus intermedius is present at 16.5 mm. In 18.0 mm embryos the nervus intermedius is considerably smaller than the motor root of the facial nerve and is arranged as one or two main bundles that pass from the geniculate ganglion to the brainstem between the motor facial root and the acoustic nerve. In pre-fetuses 20.2 - 41.0 mm the facial nerve becomes proportionally smaller in relation to the total cranial region and its peripheral branches gradually approach the definitive condition. Proximally the facial nerve is round or oval on transverse section although peripherally, in some areas of the face, it is flat.

Попович А.І.

**ВИВЧЕННЯ РОЗПОДІЛУ ІНТЕНСИВНОСТІ
ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО ЗАБАРВЛЕННЯ
НА ПРОТИАПОПТОТИЧНИЙ БІЛОК Bcl-2
В ТРОФОБЛАСТІ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК
ПРИ КАЛЬЦИНОЗІ ПЛАЦЕНТИ В ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ**

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

Мета дослідження - встановити кількісні параметри імуногістохімічного забарвлення на протиапоптотичний білок Bcl-2 у трофобласті плацент з кальцинозом у жінок із залізодефіцитною анемією вагітних.

Досліджено 164 плаценти з кальцинозом, при цьому діагноз ЗДАВ (I-II ступінь тяжкості) виставлено у 84 вагітних, решта спостережень кальцинозу плаценти 80 була без анемії. Окрім того, досліджено 30 плацент фізіологічної вагітності. Для постановки імуногістохімічної методики застосовували первинні антитіла проти протиапоптотичного білка Bcl-2 (DAKO).



Імуногістохімічне дослідження протеїну Bcl-2 показало, що позитивне забарвлення носило переважно дрібногранулярний характер і локалізувалося виключно в синцитіотрофобласті хоріальних ворсинок плаценти. Не було відзначено залежності інтенсивності забарвлення від типу хоріальних ворсинок, однак, відзначений вертикальний гетероморфізм забарвлення. Середнє значення оптичної густини забарвлення на протеїн Bcl-2 при фізіологічній вагітності становило $0,326 \pm 0,0017$ в.од.опт.густ., що було вище ($p < 0,001$), ніж середні показники при спостереженнях кальцинозу плаценти у жінок без анемії – $0,291 \pm 0,0015$ в.од.опт.густ. та при ЗДАВ – $0,223 \pm 0,0014$ в.од.опт.густ. При цьому, мала місце розбіжність між середніми показниками кальцинозу плаценти в жінок зі ЗДАВ та без неї ($p < 0,001$), а саме – при кальцинозі зі ЗДАВ оптична густина імуногістохімічного забарвлення була в середньому меншою, ніж при кальцинозі без анемії. Вивчення вертикального гетероморфізму щодо розподілу інтенсивності протиапоптотичного білка Bcl-2 з'ясовано, що оптична густина забарвлення в середньому є найбільшою в зоні А, а найменшою – у зоні С, це відзначалося в усіх групах дослідження з кальцинозом, а для фізіологічної вагітності виявлені відмінності зони С від зон А та В.

Отже, кальциноз плаценти при залізодефіцитній анемії вагітних, порівнянно зі спостереженнями без анемії, характеризується меншими середніми значеннями оптичної густини забарвлення на протиапоптотичний білок Bcl-2 у трофобласті у всіх зонах плаценти (А, В, С).

Проданчук А.І.

ФОРМИ І ТИПИ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Для розуміння механізмів утворення вроджених вад і аномалій розвитку обличчя та щелеп є за необхідністю дослідження ембріонального розвитку щелепно-лицевої ділянки. Тому поглиблене вивчення анатомо-функціональних особливостей кісток черепа сприятиме впровадженню нових способів виконання радикальних та реконструктивно-відновлювальних хірургічних втручань на лиці та черепі.

Дослідження виконано на 62 препаратів трупів плодів і новонароджених за допомогою макропрепарування, морфометрії, комп'ютерної томографії.

У плодів та новонароджених форма твердого піднебіння синтопічно залежить від будови коміркового відростка верхньої щелепи. Залежно від геометричних фігур виділено п'ять його форм: форма овалу, півкола, еліпса, трапеції і квадрата. Характерним є те, що типовими формами твердого піднебіння впродовж перинатального періоду є форма овалу (47%) та півкола (21%). Форма овалу, у процентних співвідношеннях, найбільш виявляється у період новонародженості (56%), упродовж плодового періоду онтогенезу дана форма коливається від 40% до 50%. Найменші показники овальної форми твердого піднебіння трапляються у 7-місячних плодів (33%). Найбільші показники овальної форми твердого піднебіння виявляються у 6-7-місячних плодів, у ранніх плодів (4-5 місяці) – у 24% випадків, у пізніх плодів (8-10 місяці) та в період новонародженості – 16%. Варіантними формами твердого піднебіння в перинатальному періоді є форма трапеції (15%), квадрата (10%) та еліпса (7%). Форма трапеції у більшості випадків виявляється у 6-7-місячних плодів (20%), в однакових процентних співвідношеннях – у ранніх і пізніх плодів (12%). Форма квадрата є характерної варіантною формою для ранніх плодів (17%), з віком плодів дана форма виявляється у більш менших випадків, у 6-7-місячних плодів – у 10%, у пізніх (8-10-місячних) плодів – 8%, у період новонародженості форма квадрата не спостерігається. Форма еліпса у більших процентних співвідношеннях спостерігається у пізніх плодів і в новонароджених (12%), у менших (5%) – у 6-7-місячних плодів, у ранніх плодів дана форма ні в жодному випадку не виявлена. В однаковій кількості випадків форми еліпса та трапеції спостерігаються у 8-10-місячних плодів і у новонароджених.