



заднім кінцем хряща носової перегородки, а знизу – з краєм лемеша. На 2 препаратах (20%) на передньонижньому кінці пластинки виявлений невеликий відросток, який спрямований дотрону 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-Карпук 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.