

**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

середньому утворюється 6-10 пар каналців. Формування мезонефральних каналців відбувається в краніокаудальному напрямку. Кожен мезонефричний нефрон має трубку, що з'єднує клубочок з нирковою протокою, причому деякі клубочки мають одну трубку. У людини прості мезонефральні нефрони є першими видільними одиницями і виробляють невеликі об'єми сечі між 6 і 10 тижнями ВУР. Мезонефрос повністю дегенерує приблизно до 3-го місяця ВУР людини і до 14-ї доби у мишей.

Висновки. Метанефрос розвивається в постійну нирку, що починається з появи сечовідної бруньки на 4-му тижні ВУР людини та на 11-11,5 добу ВУР миші. Клітини, що знаходяться у прямому контакті з брунькою, стимулюють епітелій сечоводу до проліферації, розширення та розгалуження. Відповідно, розгалуження бруньки сечоводу індукують утворення нефронів з мезенхімальних клітин, що оточують розгалуження. 3. Зачаток сечовода зрештою дає початок системі збиральних проток, включаючи сечовід, миску, чашечки та збірні каналці, тоді як метанефральна мезенхіма диференціюється в клубочки, трубчасті сегменти нефрону та інтерстицій (stroma).

Гринкевич А.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНОГЕНЕЗУ ТА ТОПОГРАФІЇ ШЛУНКА В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра гістології, цитології та ембріології
Буковинський державний медичний університет*

Актуальність. Вивчення особливостей закладки, розвитку, топографо-анатомічних змін шлунка впродовж пренатального періоду онтогенезу людини залишається актуальним завданням анатомії. Вичерпні знання про особливості закладки шлунка та суміжних структур, просторово-часові зміни їх синтопії дозволять з'ясувати причини варіантів будови, вроджених аномалій та набутих захворювань органів шлунково-кишкового тракту, серед яких – атрезії та стенози воротаря, діафрагмальні грижі, гетероплазія тканини підшлункової залози, вогнищева аплазія м'язової оболонки шлунка тощо.

Мета дослідження – з'ясувати особливості закладки, хронологічну послідовність становлення будови та топографії шлунка в ранньому періоді онтогенезу людини.

Матеріал і методи дослідження. Досліджено 25 серій гістологічних препаратів зародків 4,0-13,5 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД), 30 серій мікропрепаратів передплідів 14,0-80,0 мм ТКД, 30 макропрепаратів плодів людини 160,0-500,0 мм тім'яно-п'яtkової довжини (ТПД) з використанням комплексу методів морфологічного дослідження (антропометрія, морфометрія, мікроскопія, тривимірне комп'ютерне реконструювання, виготовлення гістотопографічних зрізів, статистичний аналіз).

Результати дослідження. Встановлено що шлунок бере початок з невеликого веретеноподібного розширення дистальної частини передньої кишки наприкінці 4-го тижня внутрішньоутробного розвитку. На початку 5-го тижня розвитку шлунковий відділ первинної кишки починає розширятися та сплющуватися. Стравохідний кінець передньої кишки, розміщений між трахеальним відростком та зачатком шлунка, видовжується, завдяки чому наприкінці 7-го тижня внутрішньоутробного розвитку у взаємовідношеннях органів помітні риси дефінітивної будови. Задня стінка шлунка росте швидше, ніж передня, внаслідок чого формуються мала та велика кривини органа. Нерівномірне зростання частин шлунка призводить до повороту задньої поверхні органа вліво (за годинниковою стрілкою на 90°) навколо поздовжньої вісі зародка. На 7-му тижні розвитку велика кривина шлунка (ембріональна дорзальна стінка органа) повернута вправо, а мала кривина (ембріональна вентральна стінка органа) – вліво. На початку плодового періоду на мікро-, макроскопічних препаратах та реконструкціях чітко простежується особлива просторова форма сегменту між шлунком та дванадцятипалою кишкою. Його особлива конфігурація попереджає повернення кишкового вмісту в шлунок завдяки розвиненому циркулярному м'язовому шару – м'язу-затискачу воротаря. Тісні синтопічні кореляції шлунково-дванадцятипалокишкового сегмента із суміжними структурами (верхні брижові судини, поперечна ободова та сліпа

кишки тощо) можуть спричинити пілоростеноз. Природжений гіпертрофічний пілоростеноз може виникнути внаслідок гіпертрофії м'язових пучків воротаря. У 4–6–місячних плодів (II триместр розвитку) воротар шлунка розміщується переважно на рівні XI грудного хребця. Воротар шлунка у 7–10–місячних плодів (III триместр розвитку) чоловічої статі розміщується переважно на рівні верхнього краю XII грудного хребця, у плодів жіночої статі – на рівні нижнього краю тіла XII грудного хребця.

Висновки. Закладка шлунка виявлена у 4-тижневих зародків у вигляді веретеноподібного розширення дистальної частини передньої кишки. З 5-го тижня розвитку починається зміна форми зачатка шлунка, внаслідок чого відбувається ротація органа вліво, і вже на 8-му тижні воротарна частина шлунка рухається вправо і вгору, а кардіальна – переміщується вліво і дещо вниз. У передплодовому періоді розвитку утворюється замикальний апарат шлунка – завдяки синтопічного впливу діафрагми (стравохідно-шлунковий перехід) та особливій просторовій формі воротаря і росту м'язового замикача (шлунково-дванадцятипалокишковий перехід).

Пентелейчук Н.П.

СУБМІКРОСКОПІЧНА БУДОВА СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

*Кафедра гістології, цитології та ембріології,
Буковинський державний медичний університет*

Актуальність. Зміни, що відбуваються у клапанному апараті під час хвороби серця, сучасна медицина розглядає на клінічному, інструментальному, гістологічному, цитологічному та ультрамікроскопічному рівнях. Особливу увагу клапанному апарату приділяють кардіохірурги, які займаються протезуванням клапанів із використанням досягнень на рівні тканинної інженерії. Тому, досягнення сучасної клінічної медицини не можливі без фундаментальних морфологічних досліджень.

Мета дослідження. З'ясувати субмікроскопічну будову сухожилкових струн передсердно-шлуночкових клапанів серця дітей грудного віку.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом для дослідження послужили 27 серць дітей грудного віку (від 28-ї доби до 1 року), які померли від причин, не пов'язаних із патологією серцево-судинної системи. При дослідженні використовували електронномікроскопічний метод.

Результати дослідження. Дослідження, виконані за допомогою електронної мікроскопії, показали, що поверхня сухожилкових струн вкрита клітинами полігональної форми з нерівними хвилястими краями – ендотеліоцитами. У центрі яких розташовується одне ядро, яке займає майже весь об'єм клітини. Навколо ядра ідентифікується ендоплазма, в якій локалізується незначна кількість органел загального призначення. На люмінальній поверхні клітини спостерігаються поодинокі мікрворсинки. Під ендотелієм у складі сухожилкових струн локалізується підендотеліальний шар ендокарду, у якому диференціюються гладкі міоцити, оточені аморфною речовиною та невпорядкованими тонкими еластичними та колагеновими волокнами. Гладкі міоцити локализуються паралельно до поверхні сухожилкових струн та мають вигляд невеликих клітин видовженої форми з розширеною центральною частиною та звуженими кінцями.

Основу сухожилкових струн складає щільна оформлена волокниста сполучна тканина, яка представлена упорядкованими, щільно упакованими пучками колагенових волокон у складі міжклітинної речовини. Волокна диференціюються у вигляді тонких видовжених ниток із чіткими контурами, з відносно вираженою поперечною посмугованістю. В проміжках між колагеновими волокнами у невеликій кількості візуалізуються клітини фібробластичного ряду: юні фіброласти, зрілі фіброласти та фіброцити. Юні фіброласти мають видовжену або овальну форму з невеликою кількістю відростків. Майже весь вміст клітини займає велике, овальне, центрально розташоване ядро. Цитоплазма клітин містить велику кількість вільних рибосом, інші органели загального призначення розвинуті слабо.