

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



МАТЕРІАЛИ

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
присвяченої 80-річчю БДМУ
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

Чернівці – 2024

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний
університет, 2024

Вітчизняна наука зазнала велику втрату – 27 травня 2014 року на 56-му році життя після тяжкої хвороби зупинилося серце відомого вченого-морфолога, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці), члена президії правління Наукового Товариства анатомів, гістологів, ембріологів і топографоанатомів України, голови Чернівецького обласного відділення однойменного наукового товариства Юрія Танасовича Ахтемійчука.

Товкач Ю.В.

ФЕТАЛЬНА АНАТОМІЯ КУТА ГІСА

*Кафедра анатомії, клінічної анатомії та оперативної хірургії
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Захворювання, пов'язані з розладом замикальної функції стравохідно-шлункового переходу досить поширені в теперішній час. Аномалії травної системи становлять 17,8% і є однією з причин перинатальної смертності. Дедалі частіше трапляються випадки природженої патології стравохідно-шлункового сегмента, що потребує особливої уваги науковців до даної проблеми.

Мета дослідження. Вивчити будову і становлення топографії стравохідно-шлункового переходу у перинатальному періоді онтогенезу.

Матеріал і методи дослідження Досліджено виконано на 20 плодах (ізолювані органокомплекси черевної порожнини та трупи плодів людини) та 20 трупах новонароджених за допомогою класичних методів анатомічного дослідження.

Результати дослідження. Скелетотопічна проекція кардіального отвору шлунка змінюється в межах від рівня тіла ІХ грудного хребця–на 4-му місяці до рівня нижнього краю тіла ХІ грудного хребця – у новонароджених. Довжина черевної частини стравоходу в плодів вирізняється мінливістю. З 4-го по 6-й місяць відбувається збільшення довжини 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, остаточне формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

Тюленєва О.А.

ЕКСПРЕСІЯ ФАКТОРУ VON WILLEBRAND У ФІБРИНОЇДІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНІЙ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ (ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ОЦІНКА)

*Кафедра патологічної анатомії
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Комплексною материнсько-трофобластичною структурою, яка відмежовує інтервільозний простір з боку матково-плацентарної ділянки (МПД), є базальна пластинка плаценти, в структурі якої представлені: екстравільозний трофобласт, децидуальна тканина, фібриноїд, залишки дегенеруючих ворсинок і судини матки. Фібриноїд плацентарного ложа

є багатокомпонентним утворенням, до складу якого можуть входити: фібрин, продукти розпаду еритроцитів, трофобласта, децидуцитів, білки плазми крові тощо. Поверхневий фібриноід базальної пластинки (шар Rora) в основному утворюється з материнського фібриногену у поєднанні з продуктами дегенерації трофобластних клітин. Головним гетерогенним шаром базальної пластинки є матково-плацентарний фібриноід базальної пластинки (шар Нітабуха), який локалізується на межі інвазивного трофобласта і децидуальної тканини ендометрію. Усі названі елементи підлягають постійній модифікації, у тому числі під впливом вільнорадикальних процесів, інтенсифікація яких спостерігається в умовах залізодефіцитної анемії вагітних (ЗДАВ).

Мета дослідження: на біопсійному матеріалі плацентарного ложа матки здійснити оцінку імуноекспресії фактору von Willebrand (VWF) у фібриноїді матково-плацентарної ділянки при залізодефіцитній анемії вагітних.

Матеріал і методи дослідження. Біопсії МПД та міометрію отримували розробленим нами оригінальним методом. Матеріал фіксували в 10% нейтральному розчині формаліну 24 години, проводили етанолову дегідратацію та заливку в парафін. На серійних гістологічних зрізах товщиною 5 мкм виконували імуногістохімічне дослідження з первинними антитілами проти von Willebrand згідно стандартного протоколу виробника DakoCytomation (Denmark-USA). Відповідні статистичні обрахунки здійснювали у середовищі комп'ютерної програми PAST 4.05 (вільна ліцензія, O.Hammer, 2021).

Результати дослідження. Фактор von Willebrand у фібриноїді МПД визначали імуногістохімічно з обрахунком питомого об'єму VWF-позитивних мас. Це стосувалося як фібриноїду, який вкриває базальну пластинку МПД з боку інтервільозної крові, так і інтрамурального фібриноїду – в місцях фібриноїдного некрозу спіральних артерій матки. У всіх спостереженнях імуновізуалізація VWF в середньому була більш інтенсивною у фібриноїді стінок спіральних артерій порівняно з іншими ділянками сітчастого характеру VWF-позитивних депозитів фібриноїду. При фізіологічній вагітності імуноекспресія VWF у фібриноїді становила $8,1 \pm 0,22\%$. У всіх групах спостережень гестації при анемії питомий об'єм VWF-імуногістохімічно позитивних мас зростав також переважно в інтрамуральному фібриноїді артеріальних судин та узгоджувався зі ступенем залізодефіциту: при ЗДАВ I ступеня – $9,6 \pm 0,21\%$, II ступеня – $10,2 \pm 0,21\%$, III ступеня – $11,2 \pm 0,22\%$ (розбіжність між фракціями фібриноїду за кутовим фі-перетворенням Фішера $p < 0,05$)

Висновки. Імуногістохімічна методика на фактор von Willebrand дозволяє зафіксувати не тільки пізні, але і ранні фази утворення фібриноїду МПД (ще до утворення фібрину). Констатація ранніх фаз утворення фібриноїду в стінках спіральних артерій МПД є критично важливою, адже початок фібриноїдних змін є критерієм початку необхідних гестаційних перебудов спіральних артерій матки, сутність яких полягає в кінцевому результаті в тому, що спіральні артерії набувають такої будови, яка є найбільш сприятлива для розвитку плоду.

Хмара Т.В.

ФЕТАЛЬНА АНАТОМІЯ ШИРОКОЇ ФАСЦІЇ

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

Вступ. Відомо, що широка фасція зверху і спереду прикріплюється до клубового гребня та пахвинної зв'язки, а ззаду є продовженням власних фасцій сідничної та промежинної ділянок; донизу широка фасція переходить у підколінну та гомілкову фасції і прикріплюється до кісткових структур колінного суглоба і наколінка. Широка фасція також покриває передню групу м'язів стегна, переходить латерально, зливається з апоневрозом м'яза-натягувача широкої фасції і частково із сухожилком великого сідничного м'яза та утворює клубово-великогомілкове пасмо, частково вплітається в капсулу колінного суглоба і бічний тримач наколінка. Трансплантати з цієї частини широкої фасції часто використовують для відновлення ушкоджених зв'язок (Півторак В.І. та ін., 2019).