

**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**

**Матеріал і методи дослідження.** Нами було досліджено 34 препаратів плодів 7-10 місяців, методами тонкого препарування під контролем мікроскопа та методом ін'єкції порожнистих структур. Було використано стереоскопічний мікроскоп МБС-10 та лупи з різним ступенем збільшення. Для зручності препарування застосований офтальмологічний та стоматологічний інструментарій.

**Результати досліджень.** Виявили такі особливості будови печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки: у 25 випадках (73,5%) спостерігали наявність додаткової міхурово-ободовокишкової зв'язки, яка була вентральним продовженням печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки (присередньо печінково-дванадцятипалокишкова зв'язка завжди переходила у шлунково-дванадцятипалокишкову). У всіх випадках чітко відмежувати дані зв'язки не було можливим. Характер топографії компонентів умовно поділили на два типи: «вузький» (26 випадків з 34) та «широкий» (8 випадків). У першому випадку судини та жовчні протоки майже не перетинались, мали вертикальне спрямування, розгалужувались переважно в ділянках воріт печінки та біля стінки дванадцятипалої кишки, розташовувались на невеликій відстані. Білатеральна ширина всіх компонентів становила до 8,0 мм. Широкий тип топографії компонентів печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки характеризувався спрямованістю компонентів під різним кутом у лобовій площині, широкою варіабельністю галуження артеріальних судин, які перетинались між собою, ворітною печінковою веною та позапечінковими жовчними протоками у різних комбінаціях. Плід 7 місяців внутрішньоутробного розвитку (310,0 мм ТПД). Загальна печінкова артерія брала початок від черевного стовбура. Першою гілкою була шлунково-дванадцятипалокишкова артерія, єдина яка відходила майже під прямим кутом від загальної печінкової артерії, тісно стикалась з дорсальною стінкою дванадцятипалої кишки. Власна печінкова артерія спрямовувалась краніально та дорсолатерально ліворуч, і поділялась на праву та ліву гілки. Проміжна гілка в 20 випадках відходила від лівої гілки, в 14 – від правої. Галуження загальної печінкової артерії та позапечінкових жовчних проток супроводжується численними комбінаціями їх перехрещень.

**Висновки.** «Вузький» тип топографії компонентів печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки характеризується тупокутними трикутниками – наближені до щілиноподібних (в тому числі і трикутник Кало). «Широкий» тип – в основному гострокутними. У такому випадку всі гілки відгалужуються від основного стовбура під кутами – 60°-90°. Трикутник Кало в такому випадку буде вже не щілиноподібний, як при «вузькому» типі, а наближений до прямокутного або рівнобедреного.

**Товкач Ю.В.**

## **АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО СПОЛУЧЕННЯ**

*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 (ізольовані 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.**  
**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