

**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**

венозного типу та мікроциркуляторного русла (вірогідність розбіжності між ендотелієм вказаних типів судин  $P < 0,001$ ). Імуногістохімічно специфічне забарвлення на віментин виявляли в ендотелії артерій, вен, капілярів, лейоміоцитах та у фібробластах МПД. Процеси новоутворення судин у плацентарному ложі матки були представлені позитивними на VWF та віментин острівцями у кількості 4 – 8 в  $1 \text{ мм}^2$  зрізу МПД у проекції центральної частини плаценти та 9 – 18 в  $1 \text{ мм}^2$  зрізу МПД у проекції периферійної частини плаценти –  $0,428 \pm 0,0014$  в.о.опт.густини імуногістохімічного забарвлення на VWF та  $0,310 \pm 0,0018$  в.о.опт.густини імуногістохімічного забарвлення на віментин.

**Висновки.** Імуногістохімічні методики на фактор Віллебранда і віментин на біопсійному матеріалі матково-плацентарної ділянки та міометрію методологічно дозволяють оцінити процеси ангиогенезу (новоутворення судин), васкулогенезу (перебудови існуючих судин) та ендотеліальну дисфункцію диференційовано у проекції різних відділів плаценти. Такий спосіб ідентифікації ендотеліоцитів судин плацентарного ложа матки може бути використаний для діагностики різних видів патології вагітності, у першу чергу, матково-плацентарної формі недостатності плаценти.

**Хмара Т.В.**

## **МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ХАУШИПА-РОМБЕРГА**

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

**Вступ.** Синдром Хаушипа-Ромберга – синдром защемлення затульного нерва (ЗН) характеризується досить вираженою гіпотрофією м'язів присередньої групи стегна. Помітно порушується приведення стегна, хоча повністю цей рух не випадає. Через випадання функцій привідних м'язів стегна, порушується стійкість при стоянні і ходьбі. Замість нормального передньозаднього напрямку при ходьбі з'являється спрямоване назовні відведення кінцівки з явищами циркумдукції. Виникає утруднення при укладанні хворої ноги на здорову (в положенні сидячи або в положенні лежачи на спині). Випадає, або знижується рефлекс привідних м'язів стегна. Гіпестезія (рідше – анестезія), як правило, локалізується в середній і нижній третинах внутрішньої поверхні стегна.

**Мета дослідження.** Уточнити джерела іннервації м'язів присередньої групи стегна у плодів людини.

**Матеріал і методи дослідження.** Дослідження проведено на препаратах нижніх кінцівок 28 плодів людини 4-8 місяців за допомогою макромікроскопічного препарування та морфометрії.

**Результати дослідження.** У плодів людини іннервацію верхньої і середньої третин тонкого м'яза забезпечують передня і м'язова гілки ЗН, і в одиничних спостереженнях – м'язові гілки стегового нерва (СН). Нижня 1/3 тонкого м'яза іннервується м'язовими гілками СН. Внутрішньом'язові нерви розгалужуються в ділянці верхньої і середньої третин тонкого м'яза, переважно за магістральним типом, а в ділянці його нижньої третини, як правило, за розсипним типом. У розподілі нервів у тонкому м'язі сегментарність відсутня. У межах середньої і нижньої третин тонкого м'яза низхідні нервові стовбурці, як правило, з'єднуються з бічними гілками суміжних нервових стовбурців з утворенням анастомозів у вигляді петель і аркад. В іннервації гребінного м'яза беруть участь м'язові гілки СН, а також передня гілка ЗН. У товщі гребінного м'яза не виявлено зв'язків між кінцевими гілками вище зазначених нервів. Нервові стовбурці ЗН входять у довгий привідний м'яз зі сторони його задньої поверхні на межі переходу верхньої третини черевця м'яза у середню третину. Нерви переважно розгалужуються за змішаним типом, при цьому не спостерігається сегментарності у розподілі нервів. У 5 спостереженнях до середньої і (або) нижньої третин черевця довгого привідного м'яза прямували 1-2 м'язові гілки СН, які в його товщі галузяться за змішаним типом. До короткого привідного м'яза від передньої гілки ЗН підходять нервові стовбурці, які вступають у його товщу зі сторони передньої поверхні. У розподілі нервових гілок у

товщі короткого привідного м'яза переважає розсипний тип. Однак, у картині галуження нервів нами не виявлено нервових зв'язків. В одному випадку в іннервації короткого привідного м'яза брали участь передня і задня гілки ЗН. Джерелом іннервації великого привідного м'яза є ЗН і сідничий нерв. У товщу великого привідного м'яза нервові стовбурці вступають з обох сторін, переважно під гострим кутом, при цьому не спостерігається сегментарності в картині галуження передньої і задньої гілок ЗН. Передня гілка ЗН у товщі великого привідного м'яза розгалужується переважно за магістральним, а задня гілка ЗН – за розсипним типом. При цьому більш інтенсивно іннервується середня третина довгого, короткого і великого привідних м'язів. У товщі великого привідного м'яза між системами двох нервів виявлено внутрішньом'язові нервові зв'язки. Нерви вступають у черевце малого привідного м'яза, як правило, зі сторони його передньої поверхні.

**Висновки.** У досліджених плодів людини іннервація м'язів присередньої групи стегна забезпечується гілками ЗН. В окремих плодів до гребінного м'яза, середньої і нижньої третин черевця довгого привідного і тонкого м'язів прямували 1-2 м'язові гілки СН. В іннервації великого привідного м'яза крім ЗН, також брав участь і сідничий нерв.

## СЕКЦІЯ 2 ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ТА ФІЗИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН

Andrushchak L.A.

### PECULIARITIES OF SOURCES OF RUDIMENTS AND MORPHOGENESIS OF THE PELVICALYCEAL SYSTEM OF THE KIDNEY IN EARLY PERIOD OF THE HUMAN PRENATAL ONTOGENESIS

*Department of Histology, Cytology, and Embryology  
Bukovinian State Medical University*

**Introduction.** Clarifying the sources of the rudiments, features of morphogenesis and syntopic changes of organs and body structures at an early period of human ontogenesis is an important task of anatomists, histologists and embryologists. A clear understanding of the sequence of the main stages of embryogenesis and the temporal dynamics of structural transformations of the urinary system sources in the intrauterine period of human development (IUD) will allow practicing doctors to clearly understand the features of the eriopathogenesis of malignant neoplasms of its organs and structures, to differentiate the remnants of embryonic tissues in the surgical material from tumors, to rationally apply the immunohistochemistry method in cancer diagnosis.

**The aim of the study** is to determine the peculiarities of the rudiments sources and the chronological sequence of topographical and anatomical transformations of the organs and structures of the human urinary system.

**Materials and methods.** The material for the study was 14 series of consecutive histological sections of specimens of human embryos and fetuses (4.0-66.0 mm parietal-coccygeal length (PCL)) aged from 4 to 11 weeks of IUD. A complex of modern methods of morphological research (anthropometry, morphometry, microscopy, 3D computer reconstruction, statistical analysis) was applied.

**The results.** The first signs of mesonephric duct diverticula formation are determined in human embryos of the 5th week of the IUD (embryos 7.0-7.5 mm PCL). It is represented by an ampoule-like blind expansion of the diverticulum – the primary rudiment of the renal pelvis, which is surrounded by a condensed mesenchyme, that is the formation source of the renal parenchyma – a nephrogenic blastema. Starting from the embryos of the middle of the 5th week of IUD, due to 3D computer reconstruction, the first topographical and anatomical features of the primordia of the structures of the definitive kidney are determined. The rudiments of the renal pelvises – paired ampoule-like blind expansions of the diverticulum of the mesonephric duct – are immersed in the metanephric blastema, which has the shape of a drop due to the upper narrowed end. Starting from the end of the 6th week of IUD, there is a evagination of the wall of the blind end of the