



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.

Зміна довжини черевної частини стравоходу очевидно пов'язана з формуванням стравохідно-шлункового сфінктера, утворенням добре вираженого циркулярного і поздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфінктер не сформований, остаточно формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

**Тюленева О.А., Давиденко І.С.**

### **КІЛЬКІСНА ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ОЦІНКА ПРОТЕЇНУ bcl-2 В ЕНДОТЕЛІЗАМІЩУЮЧОМУ ІНВАЗИВНОМУ ЦИТОТРОФОБЛАСТІ В МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДІЛЯНЦІ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Мета і завдання дослідження – встановити величини оптичної густини імуногістохімічного забарвлення на протиопототичний протеїн bcl-2 в ендотелізаміщуючому інвазивному цитотрофобласті (ІЦТ) матково-плацентарної ділянки залежно від форми плацентарної недостатності.

Досліджено 94 плаценти при різних формах плацентарної недостатності (у т.ч. 30 плацент - з фетоплацентарною формою, 34 плаценти – з плацентарною формою, 30 плацент - з матково-плацентарною формою) та 32 плаценти при фізіологічній вагітності. Термін пологів 37-40 тижнів. Недостатність плаценти (НП) та її форму встановлювали за переліком критеріїв (Мілованов А.П., 1998). Матеріал фіксували в 10% забуференому нейтральному розчині формаліну протягом 24 годин, потім зневоднювали у висхідній батареї спиртів та заливали у парафін. На гістологічних зрізах стандартної товщини 5 мкм після депарафінізації виконували імуногістохімічну методику з первинними антитілами проти bcl-2, візуалізація результатів методики проводилася за допомогою пероксидазної мітки та діамінобензидину. Ядра клітин забарвлювали гематоксиліном Грота. Отримували цифрові копії зображення за допомогою мікроскопа Delta Optical Evolution 100 (планахроматичні об'єктиви) та цифрової камери Olympus SP-550UZ. Цифрові зображення аналізували в спеціалізованій для гістологічних досліджень комп'ютерній програмі ImageJ (1.48v, вільна ліцензія, W.Rasband, National Institute of Health, USA, 2015), зокрема, методом комп'ютерної мікроденситометрії оцінювали оптичну густину забарвлення (у діапазоні від «0» до «1») на підставі логарифмічних перетворень величини яскравості (у градациях від «0» до «255»). Для оптичної густини обраховували середню арифметичну та її похибку, у вибірках здійснювали перевірку на нормальність розподілу за критерієм Shapiro-Wilk, порівняння між групами дослідження здійснювали за непарним двобічним критерієм Стьюдента (комп'ютерна програма PAST 3.16, вільна ліцензія, O.Hammer, 2017).

При фізіологічній вагітності оптична густина імуногістохімічного забарвлення на bcl-2 в ендотелізаміщуючому ІЦТ матково-плацентарної ділянки становила  $0,304 \pm 0,0013$  в.од.опт.густина, при фетоплацентарній формі НП -  $0,289 \pm 0,0016$  в.од.опт.густина (вірогідність розбіжності з фізіологічною вагітністю -  $P < 0,001$ ), при плацентарній формі НП -  $0,286 \pm 0,0017$  в.од.опт.густина (вірогідність розбіжності з фізіологічною вагітністю -  $P < 0,001$ , вірогідність розбіжності з фетоплацентарною формою НП несуттєва -  $P > 0,05$ ), при матково-плацентарній формі НП -  $0,211 \pm 0,0016$  в.од.опт.густина (вірогідність розбіжності з іншими групами дослідження -  $P < 0,001$ ).

Таким чином, всі три форми недостатності плаценти (фетоплацентарна, плацентарна, матково-плацентарна) характеризуються зниженням оптичної густини забарвлення на протеїн bcl-2 в цитоплазмі ендотелізаміщуючого інвазивного цитотрофобласта матково-плацентарної ділянки. Разом з тим, слід відмітити, що матковоплацентарна форма недостатності плаценти характеризується найбільш вираженим зниженням оптичної густини забарвлення на протеїн bcl-2 в цитоплазмі ендотелізаміщуючого інвазивного цитотрофобласта у порівнянні з іншими формами недостатності посліду.

**Тюленева О.А., Давиденко І.С.**

### **СУЧАСНІ МЕТОДИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ЕНДОТЕЛІЗАМІЩУЮЧОГО ІНВАЗИВНОГО ЦИТОТРОФОБЛАСТА В МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДІЛЯНЦІ**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Мета і завдання дослідження – визначити найбільш надійні методи ідентифікації ендотелізаміщуючого трофобласта в матково-плацентарній ділянці (МПД) шляхом застосування імуногістохімічного дослідження серійних гістологічних зрізів.

Матеріали і методи – використані серійні гістологічні зрізи зі шматочків матково-плацентарної ділянки, отримані при кесарському розтині, на яких виконані імуногістохімічні методи з первинними антитілами до низки антигенів, які потенційно можуть служити маркерами трофобласта.