

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Дослідження проведено на 11 препаратах плодів людини жіночої статі 81,0-135,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) без зовнішніх ознак анатомічних відхилень чи аномалій. Для дослідження також використані препарати окремих жіночих сечово-статевих органів плодів із музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Дослідження препаратів плодів масою 500,0 г і більше проведено у Чернівецькій обласній комунальній медичній установі «Патологоанатомічне бюро» згідно договору про співпрацю. У роботі використані такі методи як макромікропрепарування, мікроскопія, комп'ютерне 3D-реконструювання морфометрія.

У плодів жіночої статі задня поверхня сечового міхура примикає до тіла і шийки матки. Остання по відношенню до піхви нахилена допереду під тупим кутом. Піхва має вигляд трубки, що виповнена кашкоподібною масою білого кольору. Надпіхвова частина шийки матки вкрита очеревиною і відокремлена від нижньої частини задньої стінки сечового міхура незначним шаром пухкої клітковини. Очеревина з верхньозадньої поверхні сечового міхура у плодів жіночої статі дозadu переходить на передню поверхню матки, формуючи міхурово-маткову заглибину. Остання на сагітальному розтині має вигляд щільної глибини 5,0-7,5 мм. Поздовжні складки слизової оболонки порожнини матки відсутні. Дно матки у плодів 4 місяців не розвинене і розміщується нижче рівня відходження маткових труб. У більшості плодів (8 випадків) верхня незначна частина піхви прилягає до нижньої частини задньої стінки сечового міхура та відокремлена від нього тонким шаром пухкої клітковини. Перехід шийки сечового міхура в сечівник визначається на рівні верхнього краю або верхньої третини лобкового симфізу. У плодів жіночої статі сечівник, циліндричної форми, розміщений паралельно до внутрішньої поверхні лобкового симфізу і утворює дугу опуклістю спрямовану дозад. Міхурово-сечівниковий сегмент, довжиною 4,4±1,2 мм, представлений трикутником і шийкою міхура та внутрішнім м'язом-замикачем сечівника. Задня стінка жіночого сечівника щільно примикає до передньої стінки піхви. Піхва переважно циліндричної форми, а її порожнина має вигляд щілини. Довжина передньої і задньої стінок піхви зазвичай однакові. До задньої стінки піхви прилягає пряма кишка. Остання в тазовому відділі формує згин опуклістю дозад, а при переході у промежинний відділ – опуклістю дозад. У фронтальній площині пряма кишка утворює два бічні згини, своєю опуклістю спрямовані праворуч і ліворуч. Пряма кишка в тій чи іншій мірі наповнена меконієм.

Одержані результати макро- мікроскопічного дослідження щодо синтопії жіночих сечово-статевих органів на початку плодового періоду онтогенезу підтверджуються даними комп'ютерного 3D-реконструювання.

Сечово-статева ділянка, як правило, має форму рівнобедреного трикутника, основа якого довша за бічні сторони. Довжина сторін сечово-статевого трикутника коливається від 3,1 мм до 5,2 мм, а довжина основи від 3,2 мм до 6,0 мм. У поодиноких випадках сечово-статева ділянка має вигляд рівностороннього або різностороннього трикутника. У 4 спостереженнях задній край сечово-статевої ділянки не доходить до міжгорбової лінії на 2,1-3,5 мм. Поверхневий поперечний м'яз промежини, довжиною 1,8-2,7 мм, починається від внутрішньої поверхні сідничного горба або від гілки сідничної кістки, його волокна прямують медіально до сухожилкового центру промежини. У 2 плодів (85,0 мм і 120,0 мм ТКД) поверхневий поперечний м'яз промежини відсутній. М'яз-звужувач піхви, довжиною 2,8-4,5 мм, представлений поодинокими волокнами, які у вигляді стрічки охоплюють присінок піхви і покривають цибулини присінка. Слід зазначити, що у плодів 4 місяців м'язові волокна глибокого поперечного м'язу промежини чітко не визначаються і тільки в одного плода 132,0 мм ТКД одиничні передні пучки цього м'язу охоплювали сечівник.

Отже, синтопічні взаємовпливи інтенсивно проявляються на початку плодового періоду онтогенезу людини. Стимулювальним чинником у визначенні динамічності процесу, пов'язаного з ембріотопографією сечового міхура і сечівника є анатомічні особливості будови суміжних органів і структур, зокрема матки і піхви.

Товкач Ю.В.

ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

На даний час як у дорослих, так і в дітей досить поширені захворювання, пов'язані з розладом замикальної функції стравохідно-шлункового переходу. Аномалії травної системи становлять 17,8% і є однією з причин перинатальної смертності. У теперішній час дедалі частіше трапляються випадки природженої патології стравохідно-шлункового сегмента, що потребує особливої уваги науковців до даної проблеми.

Метою дослідження стало вивчити будову і становлення голографії стравохідно-шлункового переходу у перинатальному періоді онтогенезу.

Досліджено виконано на 20 плодах (ізольовані органокомплекси черевної порожнини та трупи плодів людини) та 20 трупах новонароджених за допомогою класичних методів анатомічного 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±0,19 мм) менша, ніж у плодів (1,17±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±2,83°. 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 повздовжнього шару, розвитком венозної сітки в слизовому шарі стравоходу. У новонароджених стравохідно-шлунковий сфінктер не сформований, остаточно формування нижнього сфінктера стравоходу відбувається в юнацькому віці.

Тюленєва О.А.

ВІДНОСНА ІМУНОГІСТОХІМІЧНА КОНЦЕНТРАЦІЯ ФАКТОРУ VON WILLEBRANDT У ФІБРИНОЇДІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ ТА МІОМЕТРІЮ ВАГІТНИХ

Кафедра патологічної анатомії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Недостатність гестаційної перебудови судин матково-плацентарної ділянки та міометрію сприяє розвитку морфологічних передумов до порушення надходження материнської крові в інтервільозний простір та, можливо, порушення її відведення від плаценти, розвитку венозного застою, що є вагомим чинником матково-плацентарної форми недостатності посліду. Існують різні способи вивчення морфології судин МПД та міометрію, найбільш ефективними з яких є застосування різних видів біопсій цих структур, які можна виконати під час кесарського розтину. Біопсійний матеріал дозволяє використати практично весь спектр сучасних морфологічних методів дослідження, включно імуногістохімічний метод.

Мета дослідження полягала у встановленні відносної імуногістохімічної концентрації фактору von Willebrandt у фібриноїді структур матково-плацентарної ділянки та міометрію у вагітних.

Біопсійний матеріал МПД та міометрію отримували оригінальним методом. Матеріал фіксували 22-24 години у 10%-му нейтральному забуференому розчині формаліну, проводили етанолову дегідратацію та заливку в парафін. На серійних гістологічних зрізах 5 мкм завтовшки виконували три методики: 1) імуногістохімічну методику на фактор von Willebrandt з термічним викриттям антигену (DAKO); 2) гістохімічну методику на фібрин та колагенові волокна (диференційоване визначення) за Н.З.Сліпченко; 3) забарвлення гематоксиліном і еозином.

Отримували цифрові копії зображення за допомогою мікроскопа Delta Optical Evolution 100 (планахроматичні об'єктиви) та цифрової камери Olympus SP-550UZ. Цифрові зображення аналізували у спеціалізованій для гістологічних досліджень комп'ютерній програмі ImageJ (1.48v, вільна ліцензія, W.Rasband, National Institute of Health, USA, 2015), зокрема, оцінювали оптичну густину забарвлення (у діапазоні від «0» до «1») на підставі логарифмічних перетворень величини яскравості (у градаціях від «0» до «255»). Для оптичної густини обраховували середню арифметичну та її похибку.

Виражене позитивне забарвлення на фактор von Willebrandt спостерігали в фібриноїді МПД; фібриноїді, який вкриває базальну пластинку МПД з боку інтервільозної крові, та фібриноїді у місцях фібриноїдного некрозу спіральних артерій матки. На серійних зрізах, де була виконана гістохімічна методика за Н.З.Сліпченко, було видно, що фактура місць позитивного забарвлення на фактор von Willebrandt та на фібриноїд приблизно була аналогічною. Однак, все ж часто забарвлення на фактор von Willebrandt мало трохи більшу площу, що носило в основному асиметричний характер.

Отже, імуногістохімічна методика на фактор von Willebrandt дозволяє зафіксувати не тільки пізні, але і ранні фази утворення фібриноїду МПД (ше до утворення фібрину). Констатація ранніх фаз утворення фібриноїду в стінках спіральних артерій матково-плацентарної ділянки є критично важливою, адже початок фібриноїдних змін стінки матки 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.

Тюленєва О.А.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРУ VON WILLEBRANDT В ЕНДОТЕЛІОЦИТАХ СУДИН МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ ТА МІОМЕТРІЮ ВАГІТНИХ

Кафедра патологічної анатомії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Під час вагітності в місці прикріплення плідного яйця до матки формується так звана матково-плацентарна ділянка (МПД), а міометрій всієї матки значно збільшує свій об'єм та змінює просторову конфігурацію, гестаційно змінюються спіральні артерії МПД та міометрію. Як відомо, неповна гестаційна перебудова та ендотеліальна дисфункція в судинах МПД та міометрію створюють морфологічні передумови до розвитку матково-плацентарної форми недостатності посліду. Існують різні способи вивчення морфології судин МПД та міометрію, найбільш ефективними з яких є застосування різних видів біопсій цих структур, які



можна виконати під час кесарського розтину. Біопсійний матеріал дозволяє використати практично весь спектр сучасних морфологічних методів дослідження, включно імуногістохімічний метод.

Імуногістохімічна методика на фактор von Willebrandt в матково-плацентарній ділянці та міометрії вагітних жінок методологічно дозволяє оцінити процеси ангиогенезу (новоутворення судин), васкулогенезу (перебудови існуючих судин), ендотеліальну дисфункцію диференційовано у різних типах кровоносних судин. Фактор von Willebrandt є маркером молодих, шойно утворених ендотеліоцитів кровоносних судин та відкладається у місцях початку утворення фібриноїду та тромбів плаценти (Давиденко І.С., 2015).

Мета дослідження полягала у встановленні відносної імуногістохімічної концентрації фактору von Willebrandt в ендотеліоцитах різних типів судин матково-плацентарної ділянці та міометрії у вагітних.

Біопсійний матеріал МПД та міометрію отримували оригінальним методом. Матеріал фіксували 22-24 години у 10%-му нейтральному забуференому розчині формаліну, проводили етанолову дегідратацію та заливку в парафін. На серійних гістологічних зрізах 5 мкм завтовшки виконували три методики: 1) імуногістохімічну методику на фактор von Willebrandt з термічним викриттям антигену (DAKO); 2) гістохімічну методику на фібрин та колагенові волокна (диференційоване визначення) за Н.З.Сліпченко; 3) забарвлення гематоксилином і еозином.

Отримували цифрові копії зображення за допомогою мікроскопа Delta Optical Evolution 100 (планахроматичні об'єктиви) та цифрової камери Olympus SP-550UZ. Цифрові зображення аналізували у спеціалізованій для гістологічних досліджень комп'ютерній програмі ImageJ (1.48v, вільна ліцензія, W.Rasband, National Institute of Health, USA, 2015), зокрема, оцінювали оптичну густину забарвлення (у діапазоні від «0» до «1») на підставі логарифмічних перетворень величини яскравості (у градаціях від «0» до «255»). Для оптичної густини обраховували середню арифметичну та її похибку.

Найбільш регулярне й виражене позитивне забарвлення на фактор von Willebrandt цілком очікувано спостерігали в ендотеліоцитах сформованих кровоносних судин. Звертало на себе увагу те, що ендотеліоцити профарбовувалися з різною інтенсивністю, як серед клітин однієї окремо взятої кровоносної судини, так і поміж різних типів кровоносних судин. У середньому більш інтенсивно забарвлювалися ендотеліоцити судин артеріального типу (оптична густина забарвлення становила $0,404 \pm 0,0028$ в.од.опт.густ.), причому більше в міометрії порівняно з МПД. Менш інтенсивно забарвлювалися ендотеліальні клітини судин венозного типу (оптична густина забарвлення - $0,381 \pm 0,0024$ в.од.опт.густ.) та мікроциркуляторного русла (оптична густина забарвлення - $0,378 \pm 0,0021$ в.од.опт.густ.), разом з тим, інтенсивність забарвлення не залежала від локалізації чи в міометрії, чи МПД.

Вказаний розподіл інтенсивності забарвлення ендотеліоцитів на фактор von Willebrandt є перспективним в аспекті вивчення ендотеліальної дисфункції диференційовано серед судин різних типів, а щодо артерій – диференційовано за локалізацією (міометрії чи МПД). У цьому ж аспекті важливим є можливість ідентифікації злущених у просвіт судини ендотеліоцитів, які є додатковим показником ендотеліальної дисфункції, і зокрема, вказують на грубе ушкодження інтими кровоносної судини.

Слід відмітити, що як в стромі міометрію, так і особливо в МПД, в гістологічних зрізах подекуди зустрічалися невеликі групи клітин різної форми, здебільшого круглясті (по 4-18 у групі), які також інтенсивно забарвлювалися при постановці методики на фактор von Willebrandt (оптична густина забарвлення - $0,428 \pm 0,0014$). Враховуючи специфічність фактору von Willebrandt щодо ендотеліальних клітин, та зважаючи на локалізаційні аспекти, можна з впевненістю стверджувати, що дані групи клітин були нічим іншим, як місцем новоутворення кровоносних судин, тобто вони відзеркаляють процеси ангиогенезу (створення нових судин).

Отже, використання імуногістохімічної методики на фактор von Willebrandt на матеріалі матково-плацентарній ділянці та міометрію, дозволяє оцінити процеси васкулогенезу (перебудови наявних кровоносних судин), ангиогенезу (новоутворення кровоносних судин), ступінь і характер ендотеліальної дисфункції та гестаційної перебудови судин МПД і міометрію з метою встановлення морфологічних передумов до розвитку матково-плацентарної форми недостатності посліду.

Хмара Т.В., Васильчишина А.В.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ФОРМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ІННЕРВАЦІЇ СІДНИЧНИХ М'ЯЗІВ У ПЛОДІВ 6 МІСЯЦІВ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Вроджені міопатії – спадкові непрогресуючі або повільно прогресуючі захворювання м'язів, в основі яких лежать генетично зумовлені мікроструктурні дефекти м'язів. Розрізняють просту (первинну) і нейрогенну (вторинну) м'язову атрофію. При первинному варіанті м'язової атрофії (міопатії) спостерігається ураження самої м'язової тканини в результаті порушення іннервації м'язів. Вторинна атрофія, як правило, є супутником деяких важких захворювань, при яких відбувається ураження рухових нейронів спинного мозку, нервових корінців або периферичних нервів. При спадковій міопатії у хлопчиків у ранньому дитячому віці також розвиваються атрофія сідничних м'язів, яка в поєднанні з іншими проявами хвороби, призводить до повної нерухомості дитини. Тендініт сідничних м'язів унаслідок прогресування порушення рухів також є причиною розвитку їх атрофії. М'язова дистрофія Ерба трапляється досить часто. Перші симптоми з'являються, як правило, в 14-16 років і прогресують порівняно швидко. З огляду на теоретичну і практичну важливість



об'єктивних анатомічних фактів щодо становлення форми та іннервації сідничних м'язів у плодовому періоді онтогенезу людини вважаємо актуальним проведення даного дослідження.

Метою дослідження було вивчення зовнішньої форми великого, середнього та малого сідничних м'язів та особливостей їх іннервації у плодів людини 6 місяців.

Дослідження проведено на 18 препаратах плодів людини 186,0-230,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). Послідовність препарування м'язіві судинно-нервових утворень сідничної ділянці у плодів здійснювали за методикою, яка запропонована нами [Т.В. Хмара, А.В. Васильчишина, А.О. Лойтра та ін., 2013].

Великий сідничний м'яз формує рельєф сідничної ділянці. Після зняття тонкої сідничної фасції з великого сідничного м'яза стають помітними його м'язові пучки, які прямують паралельно зверху вниз і латерально. Кількість і розміри м'язових пучків великого сідничного м'яза варіабельні і залежать від розмірів і форми м'яза. Напрямок м'язових пучків обумовлює форму великого сідничного м'яза. Нами виявлена асиметрія як форми, так і розмірів правого і лівого великих сідничних м'язів. Правий великий сідничний м'яз, як правило, має вигляд широкої чотирикутної пластинки (61,1% випадків), рідше спостерігаються ромбоподібна сплюснена (27,8%) та згладжена пірамідна (11,1%) форми. Лівому великому сідничного м'язу переважно властива прямокутна форма (44,5%), рідше – ромбоподібна (22,2%), усіченої піраміди (22,2%) та квадратна (11,1%) форми. М'язові пучки великого сідничного м'яза прямують майже горизонтально до сідничної горбистості стегнової кістки. Поодинокі м'язові пучки проходять поверх великого вертлюга стегнової кістки і переходять у клубово-гомилкове пасмо широкої фасції (пасмо Мессіа). Середній і малий сідничні м'язи переважно наближені до трикутної форми. Малий сідничний м'яз розташований попереду від середнього сідничного м'яза між грушоподібним м'язом (позаду) і м'язом-натягувачем широкої фасції (попереду).

Гілки верхнього сідничного нерва прямують до заднього краю внутрішньої поверхні середнього сідничного м'яза, при цьому більшість галузей нерва проникає в товщу м'яза по дугоподібній лінії, паралельно до його верхнього краю, на відстані 8,0-9,5 мм від нього. Галузіння верхнього сідничного нерва розміщені в різних шарах середнього сідничного м'яза, при цьому гілки нерва не досягають верхнього, переднього і заднього країв м'яза. В передніх і задніх відділах середнього сідничного м'яза між внутрішньом'язовими нервами виявляються сполучні гілки, кількість від 2 до 5. У 38,9% випадків справа і у 22,2% спостережень зліва виявлений розсіпний тип галузіння верхнього сідничного нерва, при якому його гілки (5-7) мають переважно висхідний напрямок. Магістральний тип галузіння правого верхнього сідничного нерва спостерігався у 61,1%, а лівого – у 77,8% випадків. При магістральному типі гілки верхнього сідничного нерва прямують як у висхідному напрямку, так і в напрямку до плоского сухожилка середнього сідничного м'яза, перетинаючи при цьому його м'язові пучки під гострим кутом. У плода 195,0 мм ТКД до середнього сідничного м'яза від крижового сплетення самостійно відходив короткий стовбурець. До зовнішньої поверхні малого сідничного м'яза прямує, як правило, одна гілка (рідко – дві гілки – 4 випадки) від верхнього сідничного нерва, яка у більшості досліджених плодів у ділянці його задньовверхнього кута ділиться на верхній і нижній стовбурці. Верхній стовбурець прямує паралельно до верхнього краю малого сідничного м'яза, при цьому перетинає м'язові пучки під гострим кутом і галузиться переважно за магістральним типом. У 38,9% випадків правий нижній сідничний нерв і в 33,3% спостережень лівий нижній сідничний нерв, прямуючи до великого сідничного м'яза, галузяться на 2 стовбурці, як правило, – верхній і нижній, рідко – бічний і присередній. У 33,3% випадків правий і у 50,0% спостережень лівий нижній сідничний нерв діляться на 3 стовбурці: верхній, середній і нижній (останній має більший діаметр), які, в свою чергу, розгалужуються за магістральним чи розсіпним типом. У 27,8% випадків справа і в 16,7% спостережень зліва виявлений розсіпний тип галузіння нижнього сідничного нерва, який характеризується тим, що 6-13 гілок нерва прямують у латеральному напрямку. У плода 230,0 мм ТКД галузіння правого нижнього сідничного нерва розміщені на поверхні правого сідничного нерва. Окремі гілки нижнього сідничного нерва відрізняються звивистим ходом. Частина гілок нижнього сідничного нерва розміщується поверхнево і досягає бічного краю великого сідничного м'яза. Більшість гілок нижнього сідничного нерва проникає у товщу великого сідничного м'яза і має меншу протяжність. При цьому гілки нижнього сідничного нерва розподіляються більш-менш рівномірно у всіх частинах великого сідничного м'яза.

Шендерюк О.П.

МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ПЕРЕРИВАННІ ВАГІТНОСТІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

*Кафедра патологічної анатомії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Перинатальні інфекції є однією з важливих причин виникнення неонатальної захворюваності та смертності, формування вроджених вад розвитку, інвалідності. Це вимагає проведення більш повного аналізу характеру структурних змін плаценти, оскільки при розвитку інфекційного процесу в системі мати-плід вона виконує роль центральної ланки. Останнім часом у медико-біологічних дослідженнях усе ширше використовують морфометрію.

Мета дослідження: вивчення деяких показників морфометричного аналізу плаценти породілей на фоні внутрішньоутробного інфікування при різних ступенях фетоплацентарної недостатності.