

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Шендерюк О.П.
МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ІНФІКУВАННІ ПЛОДА

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Запалення посліду є можливою причиною плацентарної недостатності. Водночас, інфекційна патологія посідає провідне місце серед причин неонатальної смертності, виникнення вроджених вад розвитку, формування інвалідності.

Метою дослідження було встановлення зв'язку між морфологічними особливостями фетоплацентарного комплексу та клінічними проявами інфекційного процесу у новонароджених раннього неонатального періоду.

Об'єктом дослідження були вагітні з бактеріальною, вірусною інфекцією, вагітні з фізіологічним перебігом вагітності, внутрішньоутробний плід, мікробіологічні, морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні методи дослідження плаценти.

У дослідженні значна увага приділялася патогістологічному та морфометричному вивченню плаценти у групах спостереження. Основними показниками активності та вираженості альтеративних, інфільтративних процесів у плаценті були зростання відносних об'ємів фібриноїду, петрифікатів, дистрофічно змінених ворсин та уражених децидуоцитів, а також зниження площі капілярів термінальних ворсин, відсотку васкуляризації ворсин, відносних об'ємів капілярно-синцитіальних пластинок, синцитіальних вузликів та міжворсинкових містків. Так, у I групі було виявлено наростання морфологічних змін з периферії до центральної частини: в красній зоні плаценти переважали незрілі ворсини, а в центрі – набряк із звуженням міжворсинкового простору, зменшення кількості капілярів, склеротичні зміни та процеси фібротизації у стромі деяких ворсин. Місцями судини були облітеровані, склерозовані, спостерігалися явища гліозу та фібриноїдного некрозу. Параметри відносного об'єму капілярно-синцитіальних пластинок на периферії та в центрі плаценти перевищували такі в контрольній. Відносний об'єм синцитіальних вузликів зростав порівняно з контрольними параметрами. Подібну динаміку виявлено при аналізі змін морфометричних показників відносного об'єму фібриноїду, петрифікатів, дистрофічно змінених ворсин, уражених децидуоцитів як на периферії, так і в центрі плаценти. Структурні зміни плаценти у I групі обстежуваних, визначені морфометричним дослідженням відповідають стану субкомпенсованої фетоплацентарної недостатності.

У II групі дослідження плацент виявлено виражені запальні зміни у вигляді вогнищ децидуїту, вілуїзиту, інтервілліту, плацентиту, множинних петрифікатів, гігантоклітинного метаморфозу децидуальних клітин, гіперхромних великих ядер клітин, вогнищ лімфоцитарної інфільтрації в децидуальних оболонках у поєднанні з дистрофічними змінами трофобласту, зменшенням кількості дрібних термінальних ворсин, фібротизацією та фіброзуванням, склерозом стромі ворсин, ділянками крововиливів, інфарктів та значних відкладень фібриноїду. Так, у цій групі площа термінальних ворсин досягала найбільшої величини як на периферії, так і в центрі плаценти, що свідчило про тяжке ураження фетоплацентарного комплексу та вказувало на значне погіршення кровопостачання вищезазначених структур.

Показники відносних об'ємів капілярно-синцитіальних пластинок, синцитіальних вузликів та міжворсинкових містків у II групі значно зменшувалися порівняно з параметрами контрольної групи. Найбільших значень у II групі досягали відносні об'єми фібриноїду, петрифікатів, дистрофічно змінених ворсин, уражених децидуоцитів, перевищуючи аналогічні параметри в неуразеній плаценті. Аналіз морфометричних показників та зростання величини індекса плацентарної недостатності підтверджують наявність декомпенсованої фетоплацентарної недостатності.

Таким чином, морфометричний аналіз досліджених плацент підтверджує кількісно-морфологічні критерії субкомпенсованої та декомпенсованої форми фетоплацентарної недостатності із відповідним показником діагностичного індекса. Структурно-функціональний аналіз плацент у групах порівняння підтверджує кількісно-морфологічні критерії субкомпенсованої та декомпенсованої форми фетоплацентарної недостатності, які корелюють з тяжкістю клінічного перебігу перинатальної патології та її прогнозом.

Якимюк Д.І., Кривецький В.В.
РОЗВИТОК ТА СТАНОВЛЕННЯ ДОПОМІЖНОГО АПАРАТУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

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

На 7-му тижні розвитку у передплідів 19,0-20,0 мм ТКД в центрі проміжної зони кульшового суглоба починається формування суглобової порожнини. Спостерігається розрідження проміжної зони закладки кульшового суглоба. В центрі зачатка виявляється суглобова щілина шириною до 25±5 мкм з нечітко вираженими межами. На даній стадії починається формування зв'язки головки стегна. Вона представлена скупченням клітин проміжної зони, розміщена в центрі зачатка суглоба, має конусоподібну



форму з основою на верхівці головки стегна. Довжина зв'язки 35±4 мкм, діаметр основи 55±5 мкм. Зачаток капсули кульшового суглоба виявляється у вигляді ущільнення мезенхіми товщиною 18±2 мкм, яка відмежовує проміжну зону від прилеглих ділянок.

Найбільш інтенсивно суглобова порожнина формується на початку 8-го тижня у передплідів 25,0 мм ТКД. В цей час контури суглобової щілини нечітко відмежовані. Суглобові поверхні кульшової западини і головки стегна неконгруентні і представлені скупченням клітин з масивними округлими ядрами. Максимальна ширина просвіту суглобової щілини дорівнює 33±2 мкм, мінімальна – 14±2 мкм. Зачаток зв'язки головки стегна займає значний простір порожнини суглоба. Біля вершини головки стегна і основи кульшової западини зв'язка представлена скупченням мезенхімних клітин.

У передплідів 23,0-27,0 мм ТКД зв'язка головки стегна розширена біля основи кульшової западини і верхівки головки стегнової кістки. Ширина основи зв'язки дорівнює 140±15 мкм, центральної частини – 100±10 мкм.

Значні зміни виявляються у структурі суглобової сумки. Майже у всіх її ділянках намічається розмежування на два шари. Зовнішній шар більш щільний і складається в основному із скупчення фібробластів та колагенових волокон. Внутрішній шар суглобової сумки представлений в основному синовіальними клітинами. Товщина суглобової сумки уже на даній стадії в різних ділянках неоднакова. Як правило, суглобова сумка стоншена в центрі (60±5 мкм) і потовщена біля основи головки стегна і краю кульшової западини (120±10 мкм).

У передплідів 30,0-37,0 мм ТКД (9 тижень) суглобова порожнина уже сформована у всіх відділах кульшової западини. В середньому просвіт її сягає 90±5 мкм. Товщина суглобової капсули в різних ділянках неоднакова. В центральній частині вона дорівнює 85±5 мкм, а по лінії прикріплення до кульшової западини і основи головки стегна – 105±6 мкм. Деяке потовщення суглобової капсули (до 125±8 мкм) спостерігається у передньоверхньому і передньонижньому сегментах, відповідно до проекції клубово-стегнової зв'язки.

Зв'язка головки стегна починається від основи кульшової западини біля вирізки і прикріплюється на головці стегнової кістки. В центрі вона злегка звужується і сплющується. Тут її поперечний розмір дорівнює 95±7 мкм. У місці початку і прикріплення зв'язка розширюється, на поперечному зрізі вона має округлу форму і діаметр 165±7 мкм.

По всій окружності кульшової западини чітко виявляється кульшова губа. На зрізах вона має форму рівнобедреного трикутника з висотою 230±10 мкм. Ширина основи її дорівнює 105±5 мкм. Межа між хрящовою основою кульшової западини і основою кульшової губи виражена нечітко. Таким чином, до кінця 9-го тижня чітко виявляється суглобова капсула, зв'язка головки стегна і лімба кульшового суглоба.

На 10-му тижні (42,0-53,0 мм ТКД) в суглобовій капсулі уже чітко диференційовані синовіальний і фіброзний шари. У поверхневих відділах фіброзного шару відмічається косе розміщення волокон. Мінімальна його товщина дорівнює 95±5 мкм, максимальна 190±10 мкм. Значне потовщення капсули відмічається в місці її прикріплення до основи кульшової западини та проксимального кінця стегнової кістки, а також на передній поверхні відповідно до проекції клубово-стегнової зв'язки.

У плідів 10 тижнів суглобова губа дещо вигнута досередини і різко загострена біля вершини, висота її дорівнює 370±10 мкм, поперечник основи рівний 170±10 мкм. Капсула суглоба біля суглобової губи немов би розщеплюється на два листки: внутрішній та зовнішній. У всіх досліджених передплідів 9 тижнів зв'язка головки стегна добре виражена і займає значний об'єм порожнини кульшового суглоба. За своєю формою вона схожа до округлого тяжа, розширеного біля верхівки головки і дна кульшової западини.

Біля головки стегнової кістки зв'язка представлена скупченням клітин. Біля дна кульшової западини клітини розміщуються пухко в проміжній речовині з ніжною волокнистою структурою. Поперечник зв'язки в центрі дорівнює 230±10 мкм, а в межах верхівки головки стегна – 290±10 мкм, біля дна кульшової западини – 290±9 мкм.

Найбільш часто зустрічаються два варіанти взаємовідношення суглобової губи і капсули кульшового суглоба. При першому варіанті капсула починається від зовнішньої поверхні суглобової губи, а загострений край знаходиться в порожнині суглоба, але наявність суглобової губи в суглобовій порожнині ще не може бути ознакою порушення формування суглоба. При другому варіанті основна частина капсули розміщується ближче до зовнішнього краю вершини суглобової губи. В цьому випадку суглобової губи тісно зв'язана з капсулою суглоба. Клубово-стегнова, лобково-стегнова і сіднично-стегнова зв'язки представлені у вигляді потовщення суглобової капсули. Межі їх виражені нечітко. Краше вираженою є зв'язка головки стегна. За своєю формою вона схожа до сплюсненого конуса з основою біля дна кульшової западини. Зв'язка пронизана судинами різного діаметра. З усіх боків вона покрита синовіальною оболонкою.