



Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2013 рр.), наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р.

Встановлено, що запропонований пристрій та спосіб є ефективними; відстані вертикального та горизонтального положення регулюються. Під час застосування пристрій не перешкоджає лазерному скануванню та не спричиняє накладання додаткових щільностей (тіні) при рентгенівському опроміненні. Запропонований пристрій дозволяє швидко та зручно провести фіксацію досліджуваних об'єктів у необхідному положенні, отримати якісні показники дослідження. На наш погляд, використання даного пристрою також є можливим при проведенні прицільної рентгенографії біологічних об'єктів.

**Попович А.І.**

## **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МОРФОЛОГІЧНІ РІЗНОВИДИ ДЕПОЗИТІВ КАЛЬЦІЮ ІНТЕРВІЛЬОЗНОГО ФІБРИНОЇДУ ТА ФІБРИНОЇДУ БАЗАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Депозити кальцію в плаценті бувають різної локалізації та різних морфологічних властивостей. На даний час не існує задовільної класифікації депозитів кальцію в плаценті, зокрема, не описані морфологічні різновиди депозитів кальцію інтервільозного фібриноїду та фібриноїду базальної пластинки плаценти.

Метою нашого дослідження було: розпочати роботу по створенню реєстру різновидів депозитів кальцію інтервільозного фібриноїду та фібриноїду базальної пластинки плаценти. Матеріалами та методами нашого дослідження були: гістологічні та гістохімічні методи, за допомогою яких було досліджено 48 плацент терміном гестації 29-40 тижнів з депозитами кальцію, які були локалізовані у фібриноїді. Опис морфологічних особливостей депозитів кальцію виконували на основі методики забарвлення гістологічних зрізів гематоксиліном з додатковим слабким дофарбовуванням еозином (для кращого контрасту депозитів). Кальцієву природу депозитів доводили на основі гістохімічної методики на кальцій з алізариновим червоном.

Вивчення гістологічних препаратів досліджених нами на даний час плацент дозволило виділити наступні різновиди депозитів кальцію у фібриноїді плаценти. Перший різновид – це порівняно дрібні, але водночас, грубі сильно профарбовані депозити кальцію у вигляді великих гетерогенних структур з чітко окресленими контурами кожної з них та всього депозиту. Такі депозити розташовуються завжди в глибині фібриноїдних тіл. Другий різновид – це множинні дрібнозернисті пілоподібні групи депозитів кальцію. Вони можуть бути у різних частинах фібриноїдних тіл, а також рівномірно «перемішуватися» з фібриноїдом по всьому його об'єму. Підвидом такого різновиду вважаємо окремі дрібнозернисті пілоподібні депозити кальцію, які не формують групи. Такі депозити фарбуються порівняно слабо. Третій різновид – це великі пластинчасті депозити, які, як правило, профарбовуються не дуже інтенсивно, хоча є й виключення з цього правила. Ці депозити можуть локалізуватися в будь-якій частині фібриноїдного тіла, часто займаючи його основний об'єм. Четвертий тип депозитів – це своєрідна комбінація пластинчастих та дрібнозернистих депозитів, які описані вище. Своєрідність полягає у закономірності їх взаємного розташування – пластинчасті структури завжди розташовуються в центрі, дрібнозернисті – по їх периферії. Такі депозити завжди великих розмірів, займають значний об'єм фібриноїдного тіла. На завершення слід відмітити, що в окремо взятій плаценті, хоча одночасно можуть спостерігатися депозити, які відносяться до різних видів, тим не менше складається враження про наявність певних закономірностей, які можуть вказувати на певні механізми чи умови їх формування, бо, зокрема, розмаїття депозитів в окремо взятій плаценті, як правило не буває більше двох.

Отже можна дійти висновку, що у плаценті людини в інтервільозному фібриноїді та фібриноїді базальної пластинки можна чітко розрізнити не менше чотирьох морфологічних різновидів депозитів кальцію. За попередніми даними, депозити кальцію віддзеркалюють певні закономірності їх утворення, які слід у подальшому встановити.

**Проданчук А.І.**

## **СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВІКОВІ АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Аномалії зубо-щелепної системи є одними з дефектів розвитку лица і щелеп, що призводять до значних анатомічних (косметичних) і функціональних порушень. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я частота народження дітей з цією патологією в світі становить 0,6-1,6 випадків на 1000 новонароджених. Анатомічне і функціональне порушення, яке наявне у дітей з цією патологією, призводить не тільки до затримки розвитку даних пацієнтів, але й до частих захворювань з боку психічного стану дитини, що зумовлене замкнутістю, розвитком комплексу неповноцінності. Вроджена розщілина верхньої губи і піднебіння може виявлятися, як ізольований дефект так і поєднано з іншими супутніми аномаліями, від часткової розщілини верхньої губи і піднебіння.

Причини розвитку цієї патології, на думку авторів, дуже суперечливі.

Піднебінний відросток верхньої щелепи є великою частиною твердого піднебіння. Разом із горизонтальною пластинкою піднебінної кістки відросток утворює перетинку, яка відділяє дві порожнини:



зверху – носову, знизу – ротову порожнину. Верхня поверхня піднебінного відростка гладка, трохи випукла до носової порожнини і бере участь в утворенні її нижньої стінки. Нижня поверхня, навпаки увігнута, бере участь у формуванні твердого піднебіння.

Тверде піднебіння також є складовою частиною жуваального апарату. Куполоподібна форма твердого піднебіння, так само як і дугоподібне викривлення нижньої щелепи, є важливим елементом взаємної функціональної пристосованості і рівної стійкості даних кісткових структур в акті жування.

Форма твердого піднебіння може бути еліпсоїдною, параболічною та U-подібна. Рельєф твердого піднебіння у дітей різних вікових груп, без наявності борозен та випинів (підвищення). З віком (особливо 12-16 років), на нижній поверхні піднебіння виявляються окремі випини (підвищення), борозни, мілкі заглиблення.

Проведене нами літературне дослідження свідчить, що тверде піднебіння у перинатальному періоді відзначається різноманітністю топографічного положення. Маловивчені та несистематизовані дані про органометричні параметри твердого піднебіння, про варіабельність етапів та динаміки його розвитку, що є підставою для дослідження вроджених вад обличчя і зумовлює потребу в їх подальшому анатомічному дослідженні.

**Проняєв Д.В.**

### **ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЇ ЯЄЧНИКІВ ПІЗНІХ ПЛОДІВ**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Нині в науковій літературі часто трапляються фрагментарні та несистематизовані дані щодо анатомії жіночої репродуктивної системи. Цей факт виглядає дещо парадоксально з огляду на стрімкий прогрес сучасної медицини зокрема на розвиток фетальної хірургії.

Інформативними методами анатомічних досліджень є макропрепарування, препарування під контролем мікроскопу морфометрія та виготовлення анатомічних зрізів за М.І. Пироговим. Результати досліджень підлягали статистичній обробці. Перед зануренням у розчин формаліну виконували введення 5% розчину формаліну через пупкову вену. Фіксація об'єктів дослідження проводилась спочатку в 5% розчині формаліну впродовж 7 днів, а потім протягом 30 днів – у 10% розчині формаліну. Перед початком макроскопічного дослідження складових органів і структур середостіння та шиї проводили антропометричне вимірювання і маркування препаратів плодів. При дослідженні деяких плодів виконували ін'єкцію артеріальних судин контрастною сумішшю для кращої їх візуалізації. Вважаємо такий комплекс класичних методів анатомічного дослідження адекватним для використання при досягненні мети даного дослідження.

Типовими, виявленими нами особливостями будови та топографії яєчників пізніх плодів були анатомічні факти зміни їх форми з видовженої трикутної до овальної. У випадках трикутної форми умовно позначимо їх три сторони: сторона що прилягає до маткової труби – основа, сторона спрямована до задньої черевної стінки – дорсальна, сторона спрямована до передньої черевної стінки – дорсальна. Топографічно, яєчники наприкінці плодового періоду займають майже горизонтальне положення. Розглянемо ці особливості на конкретних типових прикладах.

Плід 380 мм ТПД – правий яєчник має видовжену трикутну форму, займає горизонтальне положення супроводжує праву маткову трубу по всій її дорсальній поверхні. Матковий кінець яєчника занурений у прямокишково-маткову заглибину, дорсально стикається з правим сечоводом. Трубний кінець та більша частина яєчника стикаються з петлями тонкої кишки, основа яєчника тісно прилягає до правої маткової труби. Лівий яєчник також видовженої трикутної форми, на 40° займає висхідне положення. Матковий кінець дорсальною стороною прилягає до прямої кишки. Основа яєчника стикається з лівою матковою трубою. Трубний кінець досягає лівої приободовокишкової борозни. Дорсальну поверхню перетинає лівий сечовід. Вентральна поверхня обох яєчників прилягає до петель тонкої кишки.

Плід 360 мм ТПД – правий яєчник вигнутої гачкоподібної форми. Матковий кінець занурений у матково-прямокишкову заглибину, трубний кінець зігнутий, стикається з торочками правої маткової труби. Основа та дорсальна сторона прилягають до клубових судин та правого сечоводу, вкритих пристінковим листком очеревини задньої черевної стінки. Яєчник має сегментарну будову, виділяємо маткову долю та трубну, що відділені неглибокою борозною. Слід зауважити, що сегментарна будова яєчників, яка притаманна плодам, значно рідше трапляється у дорослих, це на нашу думку пов'язано зі збільшенням об'єму паренхіми з наступним з гладженням борозен, що поділяють яєчники на долі. Отже, поділ яєчників на долі на нашу думку є дещо умовною віковою особливістю їх будови. Лівий яєчник має зігнутий трубний кінець. 2/3 основи яєчника тісно прилягає до лівої маткової труби. Дорсальна поверхня прилягає до пристінкової очеревини задньої черевної стінки, що вкриває сечоводи та клубові судини. Вентральна поверхня стикається з сигморектальним сегментом та сигмоподібною кишкою.

Плід 465 мм ТПД – яєчники конусоподібної або видовженої овальної форми. Правий яєчник займає горизонтальне положення, з дорсальної сторони прилягає до органів заочеревинного простору вкритих пристінковим листком очеревини, з вентральної сторони вкритий правою матковою трубою. Матковий кінець занурений в прямокишково-маткову заглибину, трубний кінець стикається з червоподібним відростком. У даному випадку така особливість синтопії червоподібного відростка та правого яєчника, більшою мірою, зумовлена низьким положенням червоподібного відростка. Лівий яєчник займає горизонтальне положення.