поверхні ампули та перешийка – петлі клубової кишки. Позаду маткової труби проходять: статево-стегновий нерв, зовнішні клубові судини, ліва пупкова артерія. Кругла зв'язка матки виявляється під перешийком труби спереду останньої. Власна зв'язка яєчника прикріплюється до задньої поверхні тіла матки під трубою.

Бачинський В.Т.

МАЙСТЕР-КЛАСИ ЯК МЕТОД ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИКІВ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТІВ ПРАКТИКІВ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
Буковинського державного медичного університету

Судово-медичні експерти в своїй практичній діяльності регулярно проводять різноманітні дослідження ушкоджень кісток скелету. Аналіз їх виду, локалізації та механізму виникнення нерідко дозволяє відтворити обставини подій, за яких утворились травми. Для вирішення даних питань та встановлення причинно-наслідкових зав'язків експерт повинен володіти сукупністю методів та апробованих прийомів оцінки різних видів переломів кісток, що часто є непростим завданням, особливо для молодих спеціалістів.

На нашу думку, в сучасних умовах компетентнісного підходу до вищої освіти невід'ємною частиною навчального процесу є застосування інтерактивних методів навчання. Тому для вирішення вище висвітленої проблеми на кафедрі судової медицини та медичного правознавства впроваджується проведення майстер-класів із залученням провідних фахівців в галузі судово-медичної травматології. Тематика майстер-класів включає одні з найскладніших та актуальних проблем судово-медичної практики: «Ретроспективна діагностика механізмів утворення переломів кісток скелету (трубчастих кісток, хребта, грудної клітки, черепа, тазу) методом фрактографії та їх юридична оцінка», які головним чином включатимуть сучасні методики роботи та особистий досвід експертів на конкретних прикладах.

Майстер-клас – це оригінальний метод навчання, що направлений насамперед на удосконалення практичної майстерності слухачів, та відрізняється від інших форм передачі педагогічного досвіду тим, що в процесі його проведення головне не надати та засвоїти інформацію, а передати методи діяльності, у тому числі прийоми, методику та технологію, що є одним із найважливіших завдань для покращення практичних навиків спеціалістів. Перевага майстер-класу, як форми навчання полягає в передачі практичного досвіду викладачем, що відбувається у реальному часі з активною участю слухачів, яким надається можливість ознайомитись з методами та прийомами роботи на практиці.

Проведення майстер-класів відбуватиметься за класичним алгоритмом, що включає чотири етапи, які дозволять передати певний набір навичок від майстра до учня. Перший етап – підготовчий, у рамках якого слухачі отримають базові знання с судово-медичної травматології. Він включає аудиторну та самостійну роботу, слухачів орієнтують на тему майстер-класу, ключові питання занять та режим роботи. Наступний етап – презентаційний, під час якого провідний викладач демонструє методики роботи із конкретним видом переломів кісток скелету. Роль слухачів на даному етапі – навчальна та експертна. Третій етап полягає у самостійній роботі слухачів із об'єктом за методиками, представленими викладачем, котрий в свою чергу керує процесом самостійної роботи та консультує. На заключному етапі відбувається обговорення та обмін думками. Ключовим принципом майстер-класу є максимальна педагогічна підтримка. З метою його реалізації провідним викладачем розробляється робоча навчально програма та навчально-методичний супровід проведення майстер-класу.

На майстер-класі слухачі сформують та закріплять основні професійні навички, такі як: розпізнання та визначення механізму утворення ушкоджень різних видів кісток скелету, їх опис за загально-прийнятою схемою, встановлення виду та особливостей травмуючого предмету, освоєння методики вилучення необхідних матеріалів для проведення

лабораторних досліджень, формулювання об’єктивних, обґрунтованих висновків після проведених досліджень.

Таким чином, застосування практико-орієнтованого підходу до навчального процесу та технологій, представлених в рамках майстер-класу, забезпечить формування у молодих фахівців необхідних компетенцій, які потребує сучасний розвиток судово-медичної науки та практики.

Бойчук О.М.

БУДОВА НОСОВИХ РАКОВИН У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

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

Морфологічно і клінічно носова порожнина та приносові пазухи утворюють єдину функціональну систему, в якій кожне анатомічне утворення виконує певну фізіологічну функцію, властиву тільки йому. Винятковою морфологічної особливістю в будові судинної мережі слизової оболонки носа є система печеристих венозних сплетень, що розташовуються в її власному шарі між капілярною мережею і венулами, що мають важливе функціональне та клінічне значення. Печериста тканина зустрічається в товщі слизової оболонки нижніх носових раковин, по вільному краю середніх носових раковин, у задніх кінців середніх і верхніх носових раковин. Потреба в детальному вивченні топографічних взаємовідношень анатомічних структур приносових пазух і носової порожнини на доопераційному етапі диктується впровадженням у клінічну практику нових хірургічних технологій, в першу чергу, ендоназальної ендоскопічної техніки.

Методами макро-, мікропрепарування, мікроскопії, рентгенографії, КТ-графії, МРТ-графії, морфометрії, статистичної обробки даних, досліджено 40 препаратів голови та органокомплексів носової ділянки людини з музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича БДМУ, а також рентгенограми та комп’ютерні томограми.

Нижня носова раковина, як самостійна кістка, доповнює бічну стінку носової порожнини і розташована в передньозадньому напрямку. Від неї під гострим кутом, спрямованим донизу і вбік, починається верхньощелепний відросток, який обмежовує нижній край верхньощелепного розтвору. Передній кінець раковини фіксується до раковинного гребеня носової поверхні верхньої щелепи. Невеликий сльозовий гребінь з’єднується із сльозовою кісткою і частково замикає носо-сльозовий канал. Від нижньої носової раковини в її середньому відділі відходить решітчастий відросток, який вступає в присередню стінку верхньощелепної пазухи. На 26 препаратах (65%) він був з’єднаний з гачкуватим відростком лабіринту решітчастої кістки. Своїм заднім кінцем нижня носова раковина прикріплюється до аналогічного гребеня перпендикулярної пластинки піднебінної кістки. Раковина фіксована по дугоподібній лінії, опуклість якої спрямована доверху. Середній відділ на всіх препаратах зазначеної раковини шорсткий, на його поверхні визначаються багаточисельні судинні отвори. У людей старечого віку кісткова пластинка нижньої носової раковини значно стоншена.

Середня носова раковина розташована в передньозадньому напрямку на присередній стінці решітчастого лабіринту. Її задній кінець прикріплюється до перпендикулярної пластинки піднебінної кістки. На 3 препаратах (7,5%) передній край середньої носової раковини був потовщений. Всередині кісткової тканини виявлена невелика порожнина, яка мала овальну форму і являла собою одну із передніх комірок решітчастого лабіринту. На 8 препаратах (20%) середня носова раковина була увігнута досередини і її нижній край майже торкався носової перегородки. У старечому віці помітне стоншення кісткової пластинки раковини та атрофія її слизової.

Верхня носова раковина на всіх препаратах починається від присередньої поверхні решітчастого лабіринту. На відміну від попередніх носових раковин, остання значно менша і коротша. На одному препараті (2,5%) виявлено розщеплення кісткової пластинки верхньої носової раковини. На одному препараті (2,5%) виявлена рудиментарна найвища носова