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

раковина, яка також починалася від присередньої поверхні решітчастого лабіринту решітчастої кістки.

Отже, у людей літнього та старечого віку носові раковини мають дефінітивну форму. У старечому, а у окремих випадках і літньому віці спостерігається стоншення кісткових пластинок раковин, та атрофія слизової оболонки.

Давиденко І.С.

НАУКОВА СПІВПРАЦЯ З ПРОЗЕКТУРОЮ РІЗНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ В УКРАЇНІ ЗА СУЧАСНИХ УМОВ

Кафедра патологічної анатомії
Буковинський державний медичний університет

Прозектурою називається будь-яка форма організації патологоанатомічної служби. За родом свої діяльності прозектура займається морфологічним дослідженням матеріалу, який в законний спосіб отримує від лікувально-профілактичних установ відповідно до укладених з ними угод. Цей матеріал придатний для наукових досліджень, у першу чергу для гістопатологічних досліджень біоптатів та некроптатів. Отже, наукові результати досліджень прозектури є легітимними. Однак, рівень науковості залежить від форми організації прозектури. На сьогодні є п’ять основних форм організації прозектури в Україні.

Першою, найбільш повноцінною формою організації прозектури на сьогодні є Патологоанатомічне бюро. Не описуючи всі переваги цієї форми, можна відзначити такі його найважливіші риси, як концентрація спеціалістів різних рівнів в одній установі, що дозволяє ефективно здійснювати наступність у набутті кваліфікації лікарів-патологоанатомів, оскільки менш досвідчені лікарі постійно мають змогу переймати досвід у більш досвідчених лікарів, консультативні висновки, незалежність від адміністрації лікарень, потужна лабораторна база. На жаль, МОЗ розіслало на департаменти охорони здоров’я рекомендацію переводити обласні патологоанатомічні бюро в патологоанатомічні відділення лікарень.

Друга форма організації прозектури - патологоанатомічні відділення при лікарнях. Вона поступається першій формі, бо традиційно фінансування таких відділень в лікарнях відбувається за залишковим принципом, це негативно впливає на матеріальну базу, кількість лікарів-патологоанатомів може бути достатньою тільки в деяких дуже великих лікарнях України (наприклад обласна лікарня в м. Києві), працівники відділення знаходяться в адміністративній залежності від адміністрації лікарні.

Третя форма організації прозектури - окремі ставки лікарів-патологоанатомів при лікарнях. Для цієї форми характерні всі недоліки другої форми, але в найгіршому варіанті.

Четверта форма організації прозектури - кабінет лікаря-патологоанатома. Тут не проводяться розтини померлих і не виготовляються гістопатологічні препарати. Проте, по готовим препаратам та документам здійснюється консультування спостережень. Обов’язково передбачається, що в такому кабінеті працюють лікарі-патологоанатоми зі значним досвідом та науковим ступенем з патологічної анатомії, з наявністю “свіжих” наукових праць.

П’ята форма організації прозектури - гістопатологічна лабораторія (в Україні з маркетинговою метою її часто називають імуногістохімічною лабораторією). Такі лабораторії здатні виконувати всі методи морфологічних досліджень: автопсії, класичні гістопатологічні, гістохімічні, імуногістохімічні, електронно-мікроскопічні, цитологічні дослідження, можуть застосовувати ПЛР та методи гібридизації на місці. Такі лабораторії з одного боку передбачають значні фінансові вливання (приватні або державні інвестори), а з іншого боку передбачають дуже економне гнучке використання коштів, бо працівники наймаються тільки на певні роботи - або на певний час, або на певний вид робіт, навіть можуть найматися всього на одне дослідження. Гістопатологи гістопатологічної лабораторії повинні мати високу кваліфікацію - значний досвід і наукові ступені з патологічної анатомії.

Отже, як видно з вищевикладеного, форми організації прозектури 2-5 знаходяться в природній залежності від патологоанатомічного бюро, оскільки тільки там можна підготувати досвідченого фахівця з патологічної анатомії, а форми 4-5 додатково залежать