



**Гаразюк М.С.**

## **ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ КОМПЛЕКСНОГО СТУПЕНЯ ВЗАЄМНОЇ ПОЛЯРИЗАЦІЇ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ КРОВОВИЛИВІВ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ У ГОЛОВНИЙ МОЗОК ДЛЯ ВЕРИФІКАЦІЇ ПРИЧИНИ НАСТАННЯ СМЕРТІ**

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства  
Буковинський державний медичний університет*

Механічні ушкодження займають провідне місце серед усіх травм. Одними із найбільш поширених серед них є черепно-мозкові травми, тому дуже важливою є диференційна діагностика крововиливів у речовину головного мозку людини (РГМЛ) травматичного та нетравматичного генезів, адже диференційна діагностика причини смерті (ПС) від ішемічного інфаркту мозку (ІІГМ), геморагічних крововиливів травматичного (КТГ) і нетравматичного (КНГ) генезів дозволяє виключити насильницький характер настання смерті.

Мета роботи полягає в розробці судово-медичних критеріїв диференціації ПС від КТГ та КНГ, а також ІІГМ методом картографування розподілів величини комплексного ступеня взаємної поляризації (КСВП) препаратів гістологічних зрізів РГМЛ. Як матеріал і методи використано нативні гістологічні препарати РГМЛ із КТГ (1 група), 30 трупів із КНГ (2 група), 35 трупів із ІІГМ (3 група) та ЗГМЛ від 20 трупів, причиною смерті яких була гостра коронарна недостатність (4 група-контроль).

Порівняльний аналіз одержаних результатів методу КСВП – картографування виявив: індивідуальну координатно-неоднорідну структуру всіх топографічних розподілів (мап) величини модуля КСВП сукупності точок цифрових мікроскопічних зображень сукупності гістологічних зрізів мозку померлих з усіх груп; відмінності структури (середнє, діапазон зміни, асиметрія та гострота піку) гістограм розподілів величини модуля КСВП мікроскопічних зображень набору зразків гістологічних зрізів мозку померлих з усіх груп.

Покращення діагностичної чутливості даного методу у порівнянні з традиційними методами поляризаційної мікроскопії можна пов'язати з урахуванням ступеня кореляційної узгодженості між станами поляризації сусідніх точок цифрових мікроскопічних зображень гістологічних зрізів мозку. За рахунок цього одержується додаткова, нова інформація про поляризаційні прояви дегенеративно-дистрофічних і некротичних змін нервової тканини.

Отже, встановлено, що для кожного із випадків (крововиливи травматичного генезу, інфаркт мозку ішемічного і геморагічного генезу) статистичних параметрів (статистичні моменти 1 – 4-го порядків), визначення статистичних моментів 3-го і 4-го порядків, які характеризують асиметрію та ексцес координатних розподілів величини модуля КСВП мікроскопічних зображень гістологічних зрізів мозку, забезпечує задовільну точність (75 - 85%) диференціальної діагностики зразків з усіх груп.

**Гримайло Н.А.**

## **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОЕКЦІЇ СТРУКТУР ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*Кафедра анатомії, клінічної анатомії та оперативної хірургії  
Буковинський державний медичний університет*

Аномалії проток підшлункової залози, зокрема вроджене її звуження, є причиною проявів симптомів порушення травлення з наступним розвитком хронічного панкреатиту. Відомості про розташування головної протоки підшлункової залози на всіх етапах розвитку самої залози є чіткою передумовою успішного виконання хірургічних втручань на ній та дає змогу більш точно визначати проекцію головної протоки підшлункової залози під час КТ та ультрасонографії.

Як відомо, головна протока підшлункової залози розташована на рівні 3-4 поперекового хребця. Вона бере свій початок від хвоста підшлункової залози, проходить вздовж тіла і закінчується на великому сосочку дванадцятипалої кишки. У місці виходу її знаходиться замикач, який регулює подачу панкреатичного соку у просвіт дванадцятипалої кишки. Протока може мати пряме чи звивисте спрямування, вона формується шляхом



злиття між- і внутрішньочасточкових проток, які в свою чергу, починаються зі злиття вставних проток, розташованих усередині кожного панкреатичного ацинуса.

Нами запропонований і апробований спосіб визначення проекції головної протоки підшлункової залози на передньобокову стінку живота, за допомогою використання адекватних анатомічних методів дослідження. Для дослідження брали макропрепарати трупів плодів від 4-го до 10 місяців розвитку. Плоди розподіляли на три вікові групи: ранні (4-5-місячні), 6-7-місячні плоди і пізні (8-10-місячні). Для дослідження проекції головної протоки підшлункової залози брали мінімум 5 препаратів кожної вікової групи.

На фіксованих препаратах трупів плодів висікали передньобокову стінку живота по її межах. Видаляли шлунок, верхню частину дванадцятипалої кишки, поперечну ободову кишку з її брижою та відпрепарувували передню поверхню підшлункової залози. Після чого, препарували паренхіму підшлункової залози, знаходячи початок формування головної протоки підшлункової залози (в межах її хвоста) та кінець протоки (у місці впадання її у просвіт дванадцятипалої кишки). Початок і кінець головної протоки підшлункової залози позначали мітками (вколювали довгі голки з обома гострими кінцями). З метою виконання подальших досліджень, на всіх препаратах встановлювали фіксовану точку, для цього брали довгу голку Біра і по задньосерединній лінії, яка відповідає остистим відросткам хребців, в міжхребцевому проміжку між п'ятим поперековим хребцем і основою крижової кістки, проколювали голку у вентральному напрямку.

**Давиденко І.С.**

## **ВАРІАНТИ ПОРУШЕНЬ ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ**

*Кафедра патологічної анатомії*

*Буковинський державний медичний університет*

Мета даного повідомлення - представити сучасну класифікацію варіантів порушень дозрівання хоріальних ворсинокплаценти.

Класифікація передбачає три групи порушень дозрівання хоріальних ворсинок плаценти: гальмування дозрівання хоріальних ворсинок звичайної будови; передчасне дозрівання хоріальних ворсинок звичайної будови; утворення хоріальних ворсинок аномальної будови.

Гальмування дозрівання хоріальних ворсинок звичайної будови, так само, як і передчасне дозрівання хоріальних ворсинок звичайної будови діагностується шляхом порівняння відсотків різних типів хоріальних утворень звичайної будови з гестаційними нормативами для кожного типу хоріальних ворсинок. Потрібно виявити відхилення від нормативів не менше, ніж для трьох типів хоріальних утворень звичайної будови.

Підрахунку підлягають наступні типи хоріальних утворень звичайної будови: трофобластичні вирости; вільозні вирости; мезенхімальні ворсинки; ембріональні ворсинки; «ранні» стовбурові ворсинки; «пізні» стовбурові ворсинки; проміжні незрілі ворсинки; проміжні зрілі ворсинки; термінальні ворсинки без «синцитіокапілярних мембран»; термінальні ворсинки з «синцитіокапілярними мембранами» (спеціалізовані термінальні ворсинки).

Утворення хоріальних ворсинок аномальної будови діагностується на підставі верифікації не менше 5% хоріальних ворсинок з проявами аномальності. Прикладами хоріальних ворсинок аномальної будови є: хаотичні безсудиннісклерозовані ворсинки; гіперваскуляризовані ворсинки; велетенські ворсинки як при міхуровому заносі; безсудинні ворсинки з гіалінізованою стромою.

Діагностичним нюансом при виявленні порушень дозрівання хоріальних ворсинок є необхідність верифікації ворсинок з ушкодженням трофобластом. Ці хоріальні ворсинки також підлягають типуванню до хоріальних ворсинок звичайної або аномальної будови. Відсутність трофобласта на поверхні ворсинок не відноситься до аномалій будови хоріальних ворсинок.