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

ще від роботи наукових установ і закладів освіти, які готують наукові кадри для прозектури. З огляду на вищевказане, спроби перевести патологоанатомічні бюро у патологоанатомічні відділення лікарень у більшості областей України слід оцінити як спроби послабити патологоанатомічну службу. Якщо в науковців та практичних лікарів є усвідомлення врятувати таку службу, у т.ч. для наукових цілей, то наукові, освітні й лікувальні установи повинні об'єднатися у відстоюванні патологоанатомічних бюро.

Ємєльяненко Н.Р.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА СТАНОВЛЕННЯ НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ В ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

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

Вивчаючи просторово-часову динаміку становлення складових елементів носової перегородки в плодовому періоді онтогенезу людини досліджено, що на початку плодового періоду більша частина носової перегородки представлена хрящовою тканиною вкритою слизовою оболонкою.

Встановлено, що задньонижній її відділ представлений кістковою тканиною. Чіткої межі між хрящем носової перегородки та перпендикулярною пластинкою решітчастої кістки не простежується. Кісткову частину перегородки складає леміш, який утворений двома кістковими пластинками, зрощеними біля нижнього краю. Верхні краї лемеша дещо розходяться, набуваючи дугоподібної форми. Товщина носової перегороди 4-місячних плодів становить 2,0±0,3 мм.

Носова перегородка 5-6-міячних плодів утворена хрящовою пластинкою і кістковим лемешем, який складається з двох пластинок, що з'єднуються біля нижнього краю носової перегородки. Товщина носової перегородки плодів 5-го місяця дорівнює 2,5±0,3мм, 6-го - 2,8±0,2 мм. У подальшому в будові складових компонентів носової перегородки продовжуються як якісні, так кількісні зміни будови. Товщина хрящової пластинки складає 1,5±0,2 мм, а разом із слизовою - 3,2±0,2 мм. Слизова оболонка носової перегородки потовщується до 1,0 мм. Хрящову частину носової перегородки 9-10-місячних плодів утворює однорідна хрящова тканина, хрящ власне носової перегородки не диференціюється від перпендикулярної пластинки решітчастої кістки. Кісткову частину носової перегородки утворює леміш. Товщина хрящової пластинки перегородки складає 1,6±0,2 мм, а разом із слизовою оболонкою - 3,2±1 мм.

Змієвська Ю.Г.

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ТРИВИМІРНОЇ ПРОСТОРОВОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ ВОГНЕПАЛЬНИХ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ В ПРАКТИЦІ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТІВ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
Буковинський державний медичний університет

На сьогоднішній день класичні методики криміналістичних судово-медичних досліджень широко застосовуються при експертизі вогнепальної травми. Але постійне вдосконалення сучасної вогнепальної зброї ставить перед експертами нові задачі, які вимагають більшої точності досліджень. У двадцять першому сторіччі в повсякденну практику судово-медичних експертів все більше входять комп'ютерні технології. Велика роль відводиться методам 3D моделювання та просторової реконструкції, які значно підвищують наочність та точність судово-медичних висновків.

Метою роботи є, підвищення точності судово-медичної ідентифікації основного травмуючого фактора при експертизі вогнепальної травми шляхом створення 3D моделей зовнішніх тілесних ушкоджень та окремих фрагментів ранового каналу. В якості матеріалів дослідження використовували вхідні вогнепальні рани та окремі фрагменти ранових каналів у кісткових тканинах, які досліджували стандартними судово-медичними і