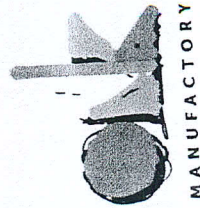


ГЕНЕРАЛЬНИЙ СПОНСОР

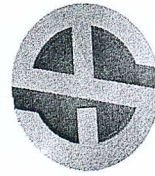
OPTEC
Connecting solutions

СПОНСОРСЬКА ПІДТРИМКА



КНИГА ЛІТЕРАТУРА
ПЛЮС
МЕДИЧНА
FENS
Federation of
European
Neuroscience
Societies

ОФІЦІЙНІ ПАРТНЕРИ



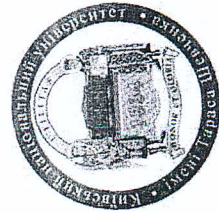
ТОВ "ЕКА"
www.ekamed.com

NK
PUBLISHERS



НАЦІОНАЛЬНИЙ МУЗЕЙ МЕДИЦИНИ УКРАЇНИ

ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА



МУЗЕЙ ВИДАТНИХ
УКРАЇНСЬКОЇ
ІСТОРІЇ
НАУКИ
ТА
ТЕХНОЛОГІЙ

Тези науково-практичної конференції
з міжнародною участю

«Досягнення та перспективи сучасної гістології»
до 150-річчя кафедри гістології та ембріології
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця

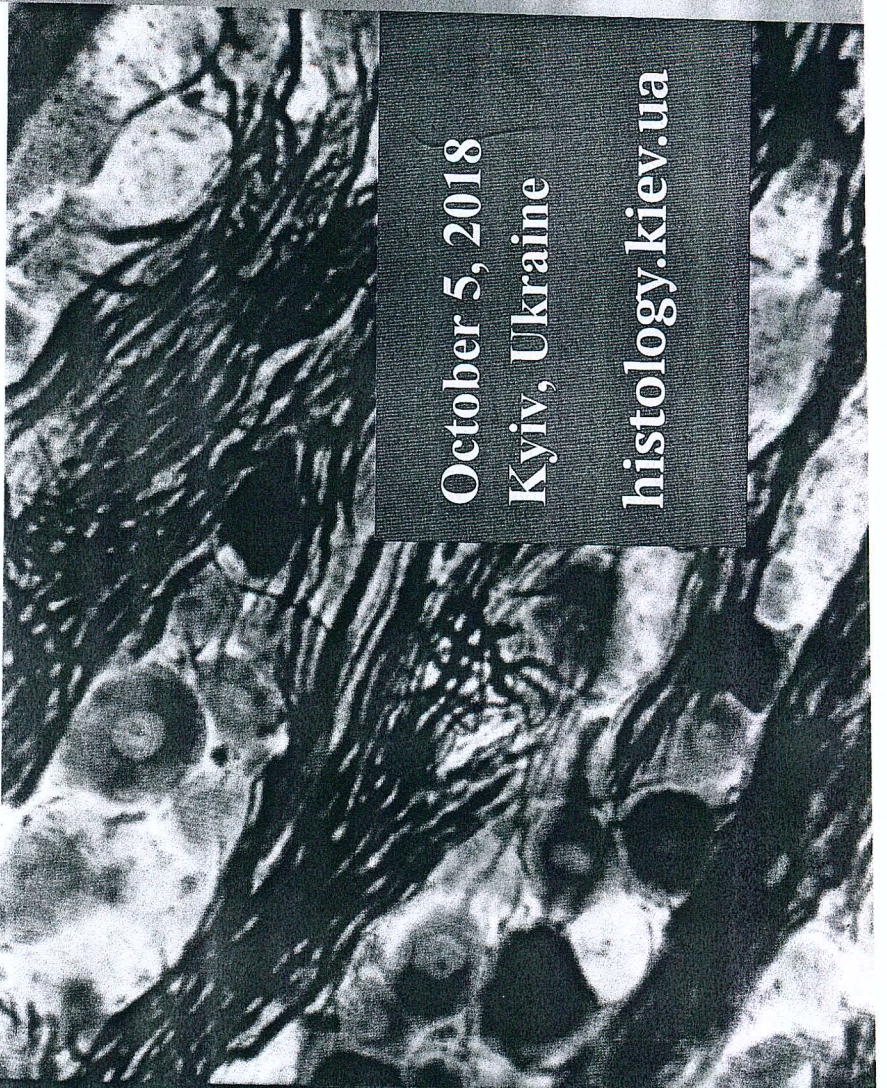
4-5 жовтня 2018 р.
Київ, Україна



In commemoration of
professor Oleksandr
Chernyakhivsky

NEUROLOGY AND REHABILITATION INTERNATIONAL SYMPOSIUM

NEUROREGENERATION



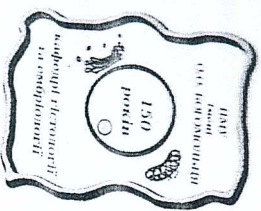
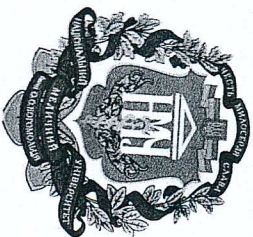
October 5, 2018
Kyiv, Ukraine
histology.kiev.ua



ДОСЛІДЖЕННЯ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ
СУЧАСНОЇ НЕУРОЛОГІЇ
до 150 річниці кафедри
неврології та реабілітації
Національного
медичного університету
Київського університету



Тези науково-практичної
конференції
з міжнародною участю



4-5 жовтня, 2018 р.
м. Київ, Україна

Згідно теорії паралелізмів О.О. Заварзіна, тканини, які розвиваються з різних ембріональних джерел, але виконують подібні функції набувають і подібної будови. Відповідно, при ОІ з різних тканин можуть, за умов однакових темпівних пошкоджень, виникати пухлини, які будуть подібними як за будовою та властивостями.

Висновок. Пухлини, що розвиваються з одного джерела, можуть різко відрізнятися, а пухлини, які виникають з різних джерел, можуть набувати схожих ознак. Відповідно, в наш час все більшого значення для обрання лікування новоутворень набуває комплекс ознак притаманних пухлині, а не джерело її розвитку.

ЗАСТОСУВАННЯ ТРИВИМИРНОГО КОМП'ЮТЕРНОГО РЕКОНСТРУЮВАННЯ МІКРОСКОПІЧНИХ СТРУКТУР У МОРФОЛОГІЇ

Цицикало О.В., Перейбийніс П.П., Козаріичук Н.М., Попова І.В., Дмитренко Р.Р.

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
кафедра гістології, цитології та ембріології
tsyukalo@icloud.com

Тривимірне комп'ютерне реконструювання є сучасним інформативним та об'єктивним методом морфологічного дослідження, який полягає в перетворенні серії послідовних зрізів (гістологічних, макроскопічних, розпиль, комп'ютерних томів тощо) в об'ємне цифрове зображення, яке можна вивчати та вимірювати. Реконструкцію можна використати для комп'ютерного моделювання. Окремі реконструкції є також основою для моделювання патологічного процесу, варіантів анатомії, вікових змін, рухів органа тощо, а також підтримки для розуміння та інтерпретації даних медичної діагностичної візуалізації. 3D-реконструювання мікроанатомічних структур актуальне у дослідженні раннього періоду онтогенезу людини. Мали розміри органів у цей період дозволяють вивчати їх у складі органокомплексів, чого дуже важко досягти у вивченні дорослого організму.

Мета дослідження. Створити віртуальну копію реальної мікроанатомічної структури чи органокомплексу в збільшеному масштабі – реконструктивну модель.

Матеріал і методи. Використано препарати органокомплексів 16 зародків, 25 передплідів та 23 плідів людини, залитих у парафінові блоки за гістологічною методикою. Для оцифровки зрізів ми застосували цифровий фотоапарат з дистанційним управлінням, оптичними насадками та штативом для кріплення на об'єктиві маці мікротома.

Результати. За нашою методикою фотографується поверхня блоку з препаратом, на якій добре видно мікроскопічні структури після кожної мікротомії. Таким чином створюється серія послідовних зображень, з яких за допомогою спеціалізованої комп'ютерної програми виготовляли реконструкцію з можливістю її перегляду в об'ємі та морфометрії. Для вимірів програма калібрується по зображенню масштабної лінійки в одному з графічних файлів серії. Контури анатомічних структур обводили різними кольорами, потім виконували рендерінг – «складання» контурів послідовних зрізів.

Висновки. Запропонована методика реконструювання мікроскопічних структур дозволяє вивчати просторову будову органів та тканин, забезпечує відмінне зіставлення зрізів, чого важко домогтися при фотографуванні готових мікропрепаратів.

ДЕЯКИ ДАНІ ЩОДО МОРФОЛОГІЧНОГО ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІМФОВІДТОКУ ЧЕРЕЗ ЛІМФАТИЧНІ КАПІЛЯРИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ

Федосенко М.Г., Титаренко В.М., Мельник О.І., Іваніщев М.Г.,
Безитинько М.А., Камінський Р.Ф., Примаченко В.І.,
Ляхташ Т.В., Ліпатнікова І.В., Дружиніна К.П., Уаев Б.С.,
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
tivanii@bigmir.net

Ін'єкція лімфатичного русла стінки шлунку сумішшю тонко-розтертих масляних фарб в хіуроформі (маси Стефаніса, Герота) показує, що внутрішньорганні лімфатичні судини шлунку скла-

ВІДМІННОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ БУДОВИ ЕМАЛІ ТИМЧАСОВИХ ТА ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ

Бреус В.Є., Ульянов В.О., Тодорова А.В.

Одеський національний медичний університет
dlnatod2012@gmail.com

дають єдину систему. Препарати взяті з колекції та архівних матеріалів кафедри. Одже, зюжкісні клітини з нервного вогнища можуть поширюватись лімфатичними капілярами внутрішньоорганної мережі по всій стінці. При дослідженні трунціплідів встановлено, що лімфатичні капіляри слизової оболонки шлунку спочатку виникають у підслизовому прошарку в 4-5 міс., а у власній пластинці (lamina propria) слизової оболонки в 6-7 міс.

Якщо основна кількість лімфатичних капілярів знаходиться у вогнищі їх виникнення – в підслизовому прошарку, то кровоносні капіляри рівномірно розподіляються по всій слизовій оболонці. Цими особливостями пояснюється низький ризик лімфогенного метастазування при раку власної пластинки слизової оболонки шлунку і високий – при проростанні його в підслизовий прошарок. Коли рак обмежений власною пластинкою слизової оболонки, метастази в лімфатичні вузли бувають дуже рідко, що, можливо, зумовлено різною кількістю лімфатичних капілярів у власній пластинці слизової оболонки і в підслизовому прошарку. При дослідженні 6 органокомплексів, вражених зюжкісними пухлинами, встановлено, що з підслизового прошарку зюжкісні клітини лімфою заносяться у великий чепець, підшлункову залозу, поперекову ободову кишку, лімфатичні вузли черевної порожнини. Лікування пухлини шлунку без радикальної лімфаденектомії нефективне. Американські хірурги повідомили, що тільки 3% прооперованих з 6-10 метастазами в лімфатичні вузли і 1% пацієнтів з понад 10 метастазами в лімфатичні вузли прожили 10 років (Hupda! S.A., Rhilirs G.L., Menck H.R., 2000. Значну зацікавленість для клініцистів має висвітлення питання, яким шляхом відбувається метастазування раку шлунку в печінку. Ні один з авторів, які вивчали лімфатичну систему шлунку, не спостерігав проникнення з'єднаних з ними судин в печінку. Проведені нами дослідження не дають підстав для поєснення метастазування раку шлунку в печінку лімфатичними шляхами. Навіть у випадках максимальної повної ін'єкції шляхів лімфовідтоку від шлунку ін'єкційна маса не поширювалася в речовину печінки. На підставі сказаного ми вважаємо найбільш вірогідними припущення про метастазування раку шлунка в печінку через кровоносну (венозну) систему.

Відмінності у структурі постійних та тимчасових зубів завжди були актуальним питанням як для морфологів, так і для практикуючих лікарів-стоматологів. Адже саме вони пояснюють швидку прогресію та схильність тимчасових зубів до певних форм ураження твердих та м'яких тканин.

Найменше даних існує щодо особливостей будови емалі тимчасових зубів і майже усі вони сфокусовані на хімічному складі останньої. При цьому, неодноразово висувалися припущення щодо того, що тимчасові зуби є «спрощеною версією постійних зубів», на що вказують менший об'єм та менш впорядкована організація твердих тканин, а також менший час, що витрачається на їх розвиток перед прорізуванням.

Метою серії наших досліджень було встановлення особливостей внутрішньої будови емалі тимчасових та постійних зубів на рівні світлової мікроскопії та їх порівняння за встановленими критеріями. Основним критерієм для порівняння був обраний хід емалевих призм, який об'єктивно визначався шляхом вимірювання та порівняння кутів нахилу емалевих призм до емалево-дентинної межі (ЕДМ) у середніх та поверхневих шарах емалі.

Матеріали та методи досліджень. Для досліджень використовувалися 30 тимчасових та 30 постійних молярів людини, із яких виготовлялися шліфи у трьох різних напрямках за розробленими методами. Емаль усіх досліджуваних зубів була інтактною. Далі, на виготовлених шліфах, за допомогою поляризційного мікроскопу, вимірювалися кути нахилу емалевих призм до ЕДМ у глибоких, середніх та поверхневих шарах емалі. Після чого, шляхом порівняння значень кутів нахилу емалевих призм до ЕДМ у середніх та поверхневих шарах, і визначався напрямок ходу емалевих призм.

Результати. В результаті проведених досліджень було встановлено, що у різних частинах коронки постійних зубів емаль відрізняється різними варіантами ходу емалевих призм. Таких варіантів