

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 1**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

**АНАЛІЗ ДОРЕЧНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕРМІНУ «ХОЛОДНА ЗБРОЯ»***Пономаренко В.В., Торгачов В.М., студ. IV курсу, 208 гр.**Науковий керівник: Будко Г.Ю. доцент, к.мед.н кафедри патологічної анатомії  
Сумський державний університет, медичний інститут*

В умовах перебування України в бойових діях, що призвело до збільшення у населення легітимної та нелегальної зброї є не зайвим, черговий раз, звернути увагу на роз'яснення визначення «холодна зброя» і критерії оцінки належності предмету до холодної зброї.

Основне положення в якому прописані конструкційні характеристики «холодної зброї» - Методики криміналістичного дослідження холодної зброї та конструктивно схожих з нею виробів зі змінами та доповненнями відповідно до вказівки МВС від 21.08.99 №19/3302. Паралельно існує класифікація **видів холодної зброї за виготовленням та призначенням**: бойова зброя; мисливська зброя; кримінальна зброя. Із першими двома видами класифікації зрозуміло, а ось третій вид – кримінальна зброя викликає суперечливі думки та питання. А якщо гострий предмет не відповідає одному з наведених у інструкції параметрів він належить до холодної зброї? Якщо не належить до холодної зброї, то чи несе відповідальність громадянин за «незаконне поводження з холодною зброєю» і чи можуть його затримати правоохоронні органи?

Таким чином, недосконалість законодавства України залишає багато питань з приводу правомірності використання терміну «холодна зброя» та правомочності заходів слідчих органів у випадках виявлення та використання гострих предметів за конструкційними характеристиками схожими на «холодну зброю».

**ОСОБЛИВОСТІ БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ПРИ ФОЛІКУЛЯРНОМУ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ***Резнік А.В., Коркішко С.О., Калік О.О., \*Мостова С.О.**Науковий керівник – к.мед.н., доц. Москаленко Р.А.**Кафедра патологічної анатомії МІ СумДУ**\*Сумський обласний клінічний онкодиспансер*

Частка РЩЗ в Україні має виразну тенденцію до зростання. Наприклад в Сумській області останні 3 роки спостерігався ріст захворюваності на РЩЗ, досягши в 2014 році 15,1 випадків на 100 тис. Фолікулярний рак щитоподібної залози (ФРЩЗ) займає значну частку у структурі захворюваності (близько 20-25%) і є другим за частотою злоякісним новоутворенням ЩЗ після папілярного раку ЩЗ. Патологічна біомінералізація є цінною діагностичною ознакою при різних інструментальних і морфологічних дослідженнях ЩЗ, що обумовлює мету нашого дослідження.

Матеріали і методи. Було досліджено 30 зразків ФРЩЗ з ознаками біомінералізації та 30 зразків ФРЩЗ без проявів біомінералізації. У ході дослідження були використані гістологічні, гістохімічні методи та скануюча електронна мікроскопія з рентгенівською дифракцією.

Результати дослідження. Всі пацієнти з ФРЩЗ, у яких були виявлені ознаки патологічної біомінералізації, були об'єднані у I групу (30 осіб) – 26 жінок та 4 чоловіків. Середній вік пацієнтів I групи склав 55,37±2,19 років. Пацієнти, які мали ФРЩЗ без ознак мінералізації, склали II групу. У II групу було відібрано 30 осіб – 26 жінок та 4 чоловіків (6,5:1). Середній вік пацієнтів II групи склав 52,2±2,09 років. Для групи ФРЩЗ з біомінералізацією було встановлено, що максимальний розмір пухлинного вузла в середньому становив 2,06±0,2 см, а в групі ФРЩЗ без проявів мінералізації цей показник становив 1,55±0,1 см (p<0,05). При мікроскопічному дослідженні зразків I групи ФРЩЗ мінеральні відкладення верифікувалися за допомогою забарвлення алізариновим червоним (модифікація Даля-МакГі). Біомінеральні утворення набували червонувато-малинового кольору, локалізуючись у капсулах вузлів, міжфолікулярних та міжчасточкових

перегородках, стінках судин, у стромі та паренхімі пухлин. При рентген-дифракційному дослідженні було встановлено, що переважаючою мінеральною фазою біомінералів є нанокристалічний дефектний гідроксиапатит.

Висновки. При порівнянні груп зразків ФРЦЗ з наявністю та відсутністю біомінералізації було виявлено, що мінералізовані зразки пухлин досягають більших розмірів, у порівнянні з випадками без проявів кальцифікації. Для патологічної біомінералізації ФРЦЗ характерно переважне утворення гідроксиапатиту.

### **КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЄЮ**

*ІРезнік А.В., 2Яцишин І.О., 1Москаленко Р.А.*

*1Кафедра патологічної анатомії МІ СумДУ, Україна*

*2Відділ медичної біофізики та біохімії університету Умео, Швеція*

Папілярний рак щитоподібної залози (ПРЦЗ) є найбільш поширеною формою злоякісних пухлин цього органу, займаючи близько 70% у структурі захворюваності. Патологічна біомінералізація часто є першою діагностичною ознакою при ультразвуковому дослідженні органу, тому дослідження її клініко-морфологічних особливостей є метою нашого дослідження.

Матеріали і методи. Всього було досліджено 30 зразків ПРЦЗ з ознаками біомінералізації та 30 зразків ПРЦЗ без проявів біомінералізації. У ході дослідження були використані гістологічні, гістохімічні методи та скануюча електронна мікроскопія з рентгенівською дифракцією.

Результати дослідження. Всі пацієнти з ПРЦЗ, у яких були виявлені ознаки патологічної біомінералізації, були об'єднані у I групу (30 осіб) – 27 жінок та 3 чоловіків (9:1). Середній вік пацієнтів I групи склав 56.93±2.18 років. У пацієнтів I групи було діагностовані різні гістологічні варіанти ПРЦЗ: 22 випадків класичного варіанту, 3 випадки дифузно-склеротичного варіанту, по 2 випадки фолікулярного та висококлітинного варіантів і 1 випадок солідного варіанту ПРЦЗ. Пацієнти, які мали ПРЦЗ без ознак мінералізації, склали II групу. У II групу було відібрано 30 осіб – 24 жінок та 6 чоловіків (4:1). Для I групи було встановлено, що максимальний розмір пухлинного вузла в середньому становив 1,84±0,13 см, а в II групі цей показник становив 1,44±0,09 см (p<0,07). Порівнюючи кількість пацієнтів з метастазами в обох групах (7 – I група, 8 – II група) та характеризуючи розміри пухлинних вузлів за умов наявності метастазів у хворих (2,09±0,2 см та 1,31±0,17 см), було виявлено достовірну різницю між показниками досліджуваних груп (p<0,02). Гідроксиапатит є основним мінералом, який утворюється в наслідок розвитку патологічної біомінералізації ПРЦЗ при всіх її типах.

Висновки. При порівнянні випадків ПРЦЗ з наявністю метастазів було зазначено мінералізовані зразки досягають більших розмірів, у порівнянні з випадками без проявів кальцифікації. При порівнянні I і II серій зразків ПРЦЗ не було виявлено зв'язку між біомінералізацією та віком пацієнтів. При порівнянні випадків ПРЦЗ без метастазування, достовірної різниці між розмірами пухлин мінералізованих і «не мінералізованих» зразків немає.

### **КАРІОМЕТРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯК ПОКАЗНИК ПУХЛИННОЇ ПРОГРЕСІЇ ПРИ ПЛОСКОКЛІТИННОМУ РАКУ ЛЕГЕНЬ**

*Ройко В.А., Мілька В.В.*

*Наковий керівник – к.мед.н., доц. Проскурня С.А.*

Одним з основних об'єктивних і доступних методів, що дозволяють визначити кількісні зміни в ядрі ракової клітини, є метод каріометрії. Фундаментальні дослідження в області каріометрії (Джекобі, 1932; Беннінгофф, 1950; Хесін, 1967 та ін.) дозволили