

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

Мета: Провести аналіз наукових джерел та вивчити результати гістологічного дослідження щодо клітинної будови новоутворень кон'юнктиви.

Матеріали та методи: Було проведено гістологічне дослідження післяопераційного матеріалу ока (7 випадків) на предмет новоутворень кон'юнктиви.

Результати: У гістологічній картині невусів визначаються комплекси пігментують клітин: невеликі округлі або кубічні епітліоподібні та клітини витягнутої форми, які щільно прилягають один до одного. Меланома може бути первинною, проте частіше виникає на тлі гігантських невусів. Поверхня гладка, блискуча. Навколо неї розташовані мережа повнокровних кровоносних судин. Згідно з даними наукових джерел на прогноз і перебіг процесу не впливає клітинний склад новоутворення. Що стосується папілом, то для них характерним є глибоке проникнення в епітелій сполучнотканинних сосочків із судинами. Клітини різної форми, середнього розміру, мають обідок цитоплазми і кругле світле ядро. При псевдокарциноматозній гіперплазії визначаються комплекси епітеліальних поліморфних клітин з великою кількістю ізольованих клітин, які мають гіперхромні ядра різного розміру.

Висновки: Диференційна діагностика між доброякісними та злоякісними новоутвореннями кон'юнктиви меланоцитарного та епітеліального генезу досить складне завдання, а його своєчасне вирішення обумовлює вибір раціональної тактики лікування. До цього часу основним методом діагностики залишається патогістологічне дослідження, яке виконується за допомогою біопсії.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИОННИХ ІНФЕКЦІЙ

Кандимова К.О.

Науковий керівник: к.мед.н. Жученко П.С.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права*

Мета і завдання: Виділити діагностичні критерії для розпізнання пріонної інфекції.

Матеріали і методи: Проаналізовано сучасні літературні джерела за 5 років.

Результати: Нейропатогістологічна оцінка змін в головному мозку протягом багатьох років була і залишається основною в діагнозі пріонних хвороб людини. У дослідженні цих захворювань людини бажаний об'єднаний морфологічний, імуноцитохімічний і молекулярногенетичний підхід. Діагностичні критерії пріонних хвороб засновані на виявленні патогномонічних накопичень патологічного білка пріонів PrP (PrP^{Sc}), зростанням кількості білка 14-3-3 в лікворі, типовими змінами на ЕЕГ (електроенцефалограмі) у вигляді трифазних хвиль з частотою 1-2 в секунду та характерні структурні пошкодження центральної нервової системи. Макроскопічно в більшості випадків пріонних енцефалопатій відзначено незначне зменшення маси головного мозку. В окремих спостереженнях має місце виражене, симетричне зменшення маси головного мозку, головним чином, за рахунок атрофії звивин лобових часток, а також звивин мозочка. Нейропатологія пріонних хвороб людини характеризується 4 класичними мікроскопічними ознаками: спонгіоз нейропіля, загибель нейронів, ймовірно шляхом апоптозу, виражений астроцитарної гліоз, супроводжуваний активацією мікроглії, наявність PrP^{Sc} амілоїдних бляшок і депозитів. Зрідка спостерігається: набухання нейронів, нейронофагія, патологія дендритів, некроз і коліквация білої речовини, мікрогліоз, beta-білкова амілоїдна вазопатія.

Висновки. Таким чином, незважаючи на рідкість пріонних інфекцій необхідно пам'ятати про можливість її маніфестації та, використовуючи наведені макро- і мікроскопічні ознаки та додаткові методи дослідження, діагностувати цю патологію.