

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

Тварин розділили на 4 групи по 8 особин у кожену. В першу групу увійшли щурі, яким моделювали ізольовану скелетну травму, другу групу склали тварини, яким викликали зовнішню крововтрату обсягом 20-22 % об'єму циркулюючої. У третій групі ці пошкодження поєднували. Четверту – контрольну групу склали інтактні тварини. У сироватці крові визначали вміст фракцій МСМ, визначених при довжині хвилі 254 і 280 нм (МСМ254, МСМ280).

В результаті досліджень встановлено, що в умовах крововтрати показники МСМ254, МСМ280 істотно зростали у порівнянні із контрольною групою, досягаючи максимуму через 3 доби. Через 3 доби величина фракції МСМ254 виявилася істотно нижчою, а фракції МСМ280 – вищою, ніж у тварин із ізольованою скелетною травмою ($p < 0,05$). Через 7 діб величина обох фракцій істотно перевищувала групу тварин із ізольованою скелетною травмою ($p < 0,05$).

Отже, крововтрата посилює накопичення у крові МСМ, в генезі появи яких провідну роль відіграє розвиток системної гіпоксії, який недостатньо компенсується до 7 доби посттравматичного періоду.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТІ ТА СТАДІЙ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

М.О. Цокур

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. До теперішнього часу не існує лабораторних тестів чи неінвазивних методів, які б могли надійно оцінити некрозапальну активність, розвиток фіброзу та структурне ремоделювання печінки. Морфологічне дослідження біоптатів стало важливим діагностичним інструментом і дозволило верифікувати етіологію захворювання та визначити важкість ураження печінки. Оцінені при біопсії стадія фіброзу, некрозапальна активність печінки в значній мірі визначають терапевтичну тактику та прогноз у кожного конкретного пацієнта.

Метою нашого дослідження стало встановити діагностичну цінність інвазивних маркерів фіброгенезу і визначити морфологічну характеристику активності та стадій перебігу хронічних вірусних гепатитів.

Матеріали і методи. Патоморфологічні і гістохімічні дослідження виконанні на матеріалі трепанобіопсії 36 хворих на хронічні вірусні гепатити. Основні патогістологічні зміни в печінці досліджувались в серійних парафінових зрізах біоптатів, забарвлених гематоксиліном і еозином, трибарвним методом Масона і методом ван-Гизон.

Результати. Нами встановлено, що розроблені і розповсюджені серед гепатологів системи напівкількісної оцінки індексу гістологічної активності гепатиту і стадії перебігу та фіброзу печінки мають безперечні переваги і водночас – обмежену прогностичну цінність. Згідно прийнятих у світі градацій METAVIR (1994) і V.J. Desmet зі співавт. (1994) в біоптатах печінки хворих на хронічні вірусні гепатити визначається слабкий F1 фіброз, помірний F2 і тяжкий F3 фіброз, а також F4 - цироз печінки. Слід зазначити, що в цих градаціях, в основному, враховується портально-септальний фіброз, тому що на той час домінували уявлення про розвиток фіброзу печінки з портальних трактів. Проведені нами дослідження показали, що у хворих на хронічні вірусні гепатити, фіброз охоплює також перисинусоїдальні простори і центролобулярні вени. В гепатобіоптатах хворих крім портально-септального фіброзу, також визначається перисинусоїдально-центролобулярний і змішаний фіброз печінки різного ступеню виразності.

Висновки. Проведені нами гістологічні дослідження гепатобіопсій показали, що сучасні мікроскопічні, в поєднанні з гістохімічними дослідженнями гепатобіоптатів надають

можливості більш об'єктивно визначати морфологічні ознаки вірусобумовленої деструкції (вірусобумовленого цитолізу), імуноклітинної інфільтрації і імуноклітинної деструкції печінки при хронічних вірусних гепатитах, що необхідно для призначення диференційованої антивірусної і імуномодуючої терапії хворим на хронічні вірусні гепатити.

ВИКОРИСТАННЯ ХРОМОГРАНІНУ А У ДІАГНОСТИЦІ МЕДУЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Шадровський Р.О, Резнік А.В., *Мостова С.О, *Кравцова О.І.*

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Москаленко Р.А.

Кафедра патологічної анатомії МІ СумДУ

**Сумський обласний клінічний онкодиспансер*

Захворюваність на рак щитоподібної залози (РЩЗ) має тенденцію до зростання у всьому світі, коливаючись від 1 до 15 випадків на 100 тис. населення. Найбільш високий рівень захворюваності на РЩЗ спостерігається у США – 14,93 на 100 тис. населення, що складає близько 1% карцином всіх локалізацій та спричиняє 0,2% всіх смертей від злоякісних пухлин [SEER Cancer Statistics Review, 1975-2012]. Хоча у загальній структурі захворюваності частка МРЩЗ відповідає 1,35%- 5,83%, проте цей гістологічний тип раку призводить до значної частини смертей від РЩЗ і має гірший прогноз, ніж більш поширені папілярний і фолікулярний РЩЗ.

Метою нашого дослідження було дослідження патоморфологічних особливостей медулярного раку щитоподібної залози.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на біопсійному матеріалі отриманому під час оперативних втручань з приводу ПРЩЗ, які проводились на базі Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру (СОКОД) впродовж 2006-2015 років. Було досліджено 14 зразків МРЩЗ з використанням гістологічних, гістохімічних та імуногістохімічних методів.

Результати дослідження. Середній вік пацієнтів з МРЩЗ складав 49.36 ± 3.19 років. Серед пацієнтів було 11 жінок та 3 чоловіків. Найбільший розмір пухлинних вузлів коливався від 0,5 до 3,5 см. При мікроскопічному дослідженні тканини МРЩЗ пухлина мала солідну будову, представлена полігональними, округлими, веретиноподібними клітинами. У абсолютній більшості випадків (12 з 14) виявлялися відкладення амілоїду, який верифікувався за допомогою забарвлення конго червоним. Додатково діагноз МРЩЗ підтверджувався за допомогою іміногістохімічного забарвлення на хромогранін А. У 7 випадках МРЩЗ також були виявлені явища патологічної біомінералізації у вигляді депозитів солей кальцію, що підтверджувалося за допомогою забарвлення алізариновим червоним. Кальцифікати локалізувалися у стінках капсул, сполучній тканині та стінках судин.

Висновки. Незважаючи на другу назву МРЩЗ як «солідного раку з амілоїдозом строми», депозити амілоїду виявляються не у всіх його випадках. Значно більшу діагностичну достовірність має імуногістохімічний маркер хромогранін А, використання якого виправдане у клінічній практиці.