

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

СУЧАСНІ АСПЕКТИ В МОРФОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ. ПРОГНОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПУХЛИНИ

Юрій О.В.

Науковий керівник: Панасюк В.І. (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

Актуальність: Проблема діагностики захворювань передміхурової залози є на сьогоднішній день надзвичайно актуальною. В Україні рак передміхурової залози (РПЗ) посідає 4 місце після раку легень, шлунку, шкіри.

Мета: Дослідити основні методи ранньої діагностики РПЗ в світовій практиці та прогноз в залежності від морфологічної будови пухлини.

Матеріали та методи: Матеріалами для дослідження став аналіз джерел наукової інформації та статистична вибірка 100 хворих раком передміхурової залози різного ступеню диференціювання віком від 65 до 75 років за 2009-2013 роки.

Результати: Основним методом діагностики РПЗ є трансректальна мультифокальна біопсія передміхурової залози під ультразвуковим контролем. Для визначення достатнього числа зразків тканин і досягнення найкращої виявленості РПЗ в залежності від об'єма ПЗ і віку запропонована Віденська нормаграма.

При морфологічному дослідженні біопсійного матеріалу оцінюють: наявність або відсутність злоякісної пухлини простати; сторону і локалізацію враженою пухлиною стовпчиків тканини; ступінь диференціації пухлини за шкалою Глісона та TNM; відсоток враження пухлиною тканин; за відсутності карциноми ПЗ оцінюють наявність ділянок простатичної інтраепітеліальної неоплазії, дрібноацинарної атипової проліферації (ASAP), а також ділянок атипії залоз або хронічного запалення.

Висновки: Первинна біопсія передміхурової залози має виконуватись урологами, які мають необхідне матеріально-технічне забезпечення, трансректальним доступом під ультразвуковим контролем з отриманням матеріалу для гістологічного дослідження не менше чим з 12 точок. В практику опису гістологічного матеріалу рекомендовано ввести поняття ASAP і запропонувати модифіковану шкалу Глісона за версією ISUP, як таку що відповідає сучасним вимогам і використовується за кордоном як прогностична шкала. Виявлено, що рівень 5-річного виживання знаходиться в прямій кореляції з диференціацією пухлини.

ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ: ВЛИЯНИЕ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ ИННЕРВАЦИЮ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО СЕРДЦА

Ивантеева Ю.И., Курчанова Ю.В.

Научный руководитель: Гаргин В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра патологической анатомии

Вибрационная болезнь — профессиональное заболевание, которое обусловлено воздействием вибрации на организм человека, характеризующееся разнообразием клинических симптомов и особенностью течения. Заболевание проявляется в нескольких системах организма человека: нервной, сердечно – сосудистой и опорно–двигательной. Вибрация воздействует на рецепторные аппараты кожи, а также нервные стволы, что приводит к повышению секреции норадреналина, который увеличивает сосудистый тонус.

Цель: изучение изменения элементов вегетативной иннервации и микроциркуляторного русла (МЦР) сердца вследствие воздействия вибрации на организм человека.

Материалы и методы исследования: для достижения цели были изучена литература, данные истории болезни, гистологические препараты сердца окрашенные гематоксилином и эозином, по Бильшовскому-Гросс двух умерших от проявлений хронической сердечной

недостаточности у которых была установленная прижизненная инвалидность, связанная с вибрационной нагрузкой.

Результаты: В результате исследования выявлено, что сосуды МЦР резко извиты, их просвет неравномерно расширен, местами резко сужен, отмечается увеличение числа анастомозов и коллатералей. Наблюдается утолщение базальной мембраны капилляров, склерозирование части капилляров вплоть до облитерации просвета, при этом изменения МЦР местами более выражены. В элементах вегетативной иннервации отмечаются признаки отека нервных волокон, участки их разволокнения, склерозирование стромы периваскулярных ганглиев, увеличение удельного объема атрофичных нейронов.

Выводы: Таким образом, при вибрационной болезни нами выявлено одновременное развитие выраженных изменения элементов вегетативной иннервации и МЦР. Специфичность данных изменений требует дальнейшего исследования.

СТРУКТУРНЫЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ВОРСИН В ПЛАЦЕНТАХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Мёд В.В

Научный руководитель: проф. Старченко И. И.

ВГУЗУ “Украинская медицинская стоматологическая академия”,

кафедра патологической анатомии с секционным курсом

Актуальность. В настоящее время показатель бесплодия в Украине достигает 18-20%, в связи с чем, всё большего распространения получает метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Однако, данные, касающиеся особенностей структурной организации плаценты после ЭКО, в литературе практически отсутствуют.

Целью исследования было проведение сравнительного анализа структурной организации терминальных ворсин (ТВ) плацент после естественного оплодотворения и ЭКО.

Материалы и методы. Для проведения исследования на гистологических препаратах плацент определяли следующие количественные показатели: средний диаметр и среднюю площадь терминальных ворсин, средний диаметр и площадь их гемокapилляров, объемную плотность капилляров, синцитиотрофобласта (СТФ) и соединительнотканной стромы, объемную плотность ворсин с симпластическими почками (СП).

Результаты. Согласно полученным результатам, средняя площадь ТВ плацент после ЭКО значительно больше ($2001,91 \pm 84,07$ мкм против $1690 \pm 87,6$ мкм), но площадь и диаметр капилляров меньше ($96,58 \pm 1,92$ мкм против $130,76 \pm 3,97$ мкм и $10,33 \pm 0,1$ мкм против $12,1 \pm 0,17$ мкм соответственно). Средняя толщина СТФ значительно больше в плацентах после ЭКО ($4,07 \pm 0,08$ мкм против $3,5 \pm 0,16$ мкм). Объемная плотность СТФ больше в ТВ плацент после ЭКО - 0,38, по сравнению с 0,32, при этом в ТВ после ЭКО объемная плотность капилляров - 0,18 и соединительной ткани - 0,44 были меньше соответствующих показателей - 0,22 и 0,46 в контрольной группе. Объемная плотность терминальных ворсин с СП значительно больше в плацентах после ЭКО (32,60% против 17,71%).

Выводы. Таким образом, наиболее значимые различия структурной организации терминальных ворсин плацент после ЭКО и плацент после естественного оплодотворения заключаются в утолщении слоя синцитиотрофобласта с увеличением его объемной плотности, увеличении объемной плотности ворсин с симпластическими почками, уменьшении диаметра кровеносных капилляров с тенденцией к увеличению их количества.