

Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України
Всеукраїнська громадська організація «Наукове товариство анатомів,
гістологів, ембріологів та топографоанатомів України»
Асоціація патологів України
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА
СУЧАСНОЇ МОРФОЛОГІЇ»

ПРИСВЯЧЕНОЇ 100-РІЧЧЮ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ
(КАТЕРИНОСЛАВСЬКОЇ) ШКОЛИ МОРФОЛОГІВ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

м. Дніпро
5-7 жовтня 2016 року

м. Дніпро, Україна

А.В. Капшитарь МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА	74
Т.О. Квятковська ПОРІВНЯЛЬНА МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СІМ'ЯНИКІВ ЩУРІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ОПЕРАЦІЙ ВІНКЕЛЬМАНА ТА ЛОРДА З ПРИВОДУ ГІДРОЦЕЛЕ	76
Н.І. Ключко, О.О. Трач, В.В. Єрохіна ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ ПЕРВИННОЇ ЗОРОВОЇ ТА СОМАТОСЕНСОРНОЇ КОРИ ПІВКУЛЬ МОЗКУ ЛЮДИНИ	77
М.В. Ключник, Д.Н. Шиян, М.А. Лютенко ЭТИМОЛОГИЯ НАИБОЛЕЕ УПОТРЕБЛЯЕМЫХ ТЕРМИНОВ В АНАТОМИИ	79
Т.І. Кметь, О.Г. Кметь МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЛОЩІ АНТИГПЛОКСИЧНОГО БІЛКА НIF-1A В КОРІ ТІМ'ЯНОЇ ЧАСТКИ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ДВОБІЧНОЇ КАРОТИДНОЇ ШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В САМЦІВ-ЩУРІВ	80
О.В. Кореньков КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИЙ І ДЕНСИТОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ КАЛЬЦІЙ-ФОСФАТНОЇ БІОКЕРАМІКИ НА РЕГЕНЕРАЦІЮ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДЕФЕКТУ КОМПАКТНОЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ	81
В.В. Кошарный, А.И. Павлов, Л.В. Абдул-Оглы, В.Г. Рутгайзер, К.И. Дубовик КРАНИОМЕТРИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ)	83
В.Ю. Кравцов, Н.В. Ибрагимова, С.Н. Никонович, Э.А. Надыров, А.В. Рожко МЕЖЪЯДЕРНЫЕ ХРОМОСОМНЫЕ МОСТЫ В ТИРОЦИТАХ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЯМ РАДИОИЗОТОПОВ ЙОДА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ	85
А.С. Кулиш, Л.В. Измайлова, С.А. Кулиш, И.В. Ладная МАКРОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НЕРВОВЧЕЛЮСТНО-ПОДЪЯЗЫЧНОЙ МЫШЦЫ	86
К.А. Кушнарьова РЕГЕНЕРАЦІЯ ЕНДОКРИНОЦИТІВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СІМ'ЯНИКА	88
М.В. Литвиненко ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН	89
А.А. Лілевська, Р.П. Піскун, О.О. Савицька МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОЗНАК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ КОРЕКЦІЇ АТЕРОСКЛЕРОЗУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	92
С.О. Луцик, А.М. Яценко ПЕРЕРОЗПОДІЛ PAS-ПОЗИТИВНОГО МАТЕРІАЛУ У НАДНИРКОВІЙ ЗАЛОЗІ ЩУРА В ДИНАМІЦІ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ УДОСКОНАЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВОГНИЩЕВИХ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПУНКЦІЙНИХ СТЕРЕОТАКСИЧНИХ БІОПСІЯХ	94

гістологічного обстеження совпал у 52 (88,1%) пацієнтів, гіпердіагностика (флегмонозні зміни в ЧО) констатована у 7 (11,9%).

Висновки.

1. Совпадение клинического и морфологического диагнозов острого аппендицита диагностировано у 234 (95,9%) больных.

2. Формы острого аппендицита (катаральная, флегмонозная и гангренозная) совпали у 185 (75,8%) пациентов, гиподиагностика выявлена у 33 (13,5%), гипердиагностика (формы острого аппендицита-16, хронический аппендицит с обострением и без обострения-10) - у 26 (10,7%).

3. Клинический диагноз катаральной формы острого аппендицита установлен у 20 (8,2%) больных, при гистологическом исследовании он уточнен и констатован у 17 (7%).

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

А.В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет
г. Запорожье, Украина

E-mail: kapshitar@i.ua

Введение. Морфологическая оценка острого холецистита и, особенно, его форм у ряда больных представляет определённые трудности, связанные с границами визуальной оценки. Гистологическое исследование желчного пузыря является окончательным методом верификации как диагноза острого холецистита, так и его форм.

Цель. Цель исследования: изучить точность макроскопической диагностики острого холецистита и его форм в процессе холецистэктомии из мини-доступа по данным морфологического исследования желчного пузыря.

Материалы и методы. В базовом хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2» кафедры хирургии и анестезиологии ФПО с 2012 по 2015 годы у 166 пациентов с острым калькулёзным холециститом (ОКХ) выполнена холецистэктомия из правостороннего вертикального трансректального мини-доступа. Мужчин было 42 (25,3%), женщин – 124 (74,7%) в возрасте 22-88 лет. Преобладали лица от 51 до 80 лет – 128 (77,1%). После удаления желчного пузыря его помещали в ёмкость и фиксировали в 10% растворе формалина. С целью морфологической диагностики форм ОКХ осуществляли забор четырёх кусочков тканей из стандартных областей желчного пузыря. Готовили микропрепараты из

ізъятых кусочков тканин, окрашивали гематоксилином и эозином и в дальнейшем осуществляли микроскопию, используя микроскоп Axioplant 2 фирмы KarlZeiss (Германия) при увеличении x 40-60. В случае необходимости использовали изъятые дополнительные фокусы тканей желчного пузыря.

Результаты и их обсуждение. Согласно клиническому обследованию и результатов макроскопической оценки патологических изменений в желчном пузыре после выполнения мини-доступа катаральная форма ОКХ диагностирована у 24 (14,5%) больных, флегмонозная форма – у 78 (47%) и гангренозная форма – у 64 (38,5%). Деструктивные формы ОКХ преобладали, 142 (85,5%) пациентов.

Гистологический диагноз катаральной формы ОКХ подтверждён у 8 (33,3%) больных, гипердиагностика отмечена у 4 (16,7%), у которых выявлена флегмонозная форма. Острые воспалительные изменения в желчном пузыре не подтверждены у 12 (50%) пациентов, у которых выявлен хронический холецистит (обострение имело место у 1).

У больных с клиническим диагнозом флегмонозной формы ОКХ морфологическое подтверждение имело место у 58 (74,4%) пациентов, гиподиагностика была у 6 (7,7%) и гипердиагностика – у 1 (1,3%). У остальных 13 (16,7%) больных обнаружен лишь хронический холецистит (вне обострения-7, в стадии обострения-5), а у 1 (1,3%) – аденокарцинома желчного пузыря.

Совпадение клинического и морфологического диагноза гангренозной формы ОКХ выявлено у 44 (68,8%) пациентов, гиподиагностика была у 15 (23,4%) с определением флегмонозной формы, а у 5 (7,8%) – при исключении острого процесса в желчном пузыре диагностирован хронический холецистит (вне обострения-5, в стадии обострения-1).

Выводы.

1. Клиническая и макроскопическая диагностика острого холецистита и его форм после мини-доступа для холецистэктомии не является идеальной.
2. Гистологически диагноз острого холецистита подтверждён у 81,9% лиц.
3. Совпадение клинического и гистологического заключений при катаральной форме было у 33,3% больных, флегмонозной – у 74,4% и гангренозной – у 68,8%.