

## СІМЕЙНИЙ ПОЛІПОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ В ПОЄДНАННІ З МНОЖИННИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ СТРОМАЛЬНИМИ ПУХЛИНАМИ У ЖІНКИ 23-Х РОКІВ

Варивода О.Ю., Прецель О.О., Серветник М.І., Поспішіль Ю.О.  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

**Вступ:** сімейний дифузний поліпоз (аденоматоз) - важке захворювання товстої кишки, що успадковується за аутосомно-домінантним типом і характеризується появою в ранньому віці великої кількості аденом в ободової і прямої кишках. Захворювання характеризується прогресуючим перебігом з обов'язковою зляканою трансформацією (так званий облігатний предрак).

**Мета:** проаналізувати патоморфологічні зміни у випадку поєднання сімейного поліпозу з множинними гастроінтестинальними пухлинами у жінки віком 23 роки.

**Матеріали і методи:** клінічний аналіз випадку проведено на підставі вивчення медичної карти стаціонарного хворого та даних амбулаторної карти хворого. Гістологічне дослідження операційного матеріалу виконано із використанням стандартного забарвлення гематоксилін-еозином

**Результати дослідження:** З анамнезу відомо, що вперше дифузний сімейний поліпоз виявлено в 2008 році. Діагноз підтверджено ендоскопічно, гістологічно та результатами молекулярно-генетичного дослідження. 01.10.2013р. хвора поступила на стаціонарне лікування у Львівську обласну клінічну лікарню у зв'язку з прогресуючим збільшенням розмірів поліпів товстої кишки. Виконано оперативне втручання в об'ємі тотальної колонектомії, наданальної резекції прямої кишки з ілеоанальним резервуарним S-подібним анастомозом, накладено ілеостому. Результат гістологічного дослідження операційного матеріалу – аденоматоз товстої кишки з переважанням дрібних залозистих поліпів; у трьох тубуло-папілярних аденомах виявлено ознаки дисплазії важкого ступеня. Через три місяці пацієнтка знову шпиталізовано в ЛОКЛ з клінікою тонкокишкової непрохідності. Ургентно виконано операцію: лапаротомію, роз'єднання зростів, резекція тонкої кишки з анастомозом. На гістологічне дослідження надіслано приблизно 80 см тонкої кишки з ексцентричним потовщенням стінки та звуженням просвіту (місцями до 2х мм) в центральній частині видаленого фрагменту, за рахунок щільного, біляво-рожевого округлого утвору з трансмуральним поширенням. Слизова оболонка і зоні утвору – з нерівномірно згладженим рельєфом, блискуча, блідо-рожева, з множинними крапковими геморагіями та дрібними ерозивними дефектами. В товщі брижі виявлено м'які, збільшені мезентеріальні лімфатичні вузли, на розрізі – однорідні, сіро-білі.

За результатами патогістологічного дослідження – гастро-інтестинальна стромальна пухлина, морфологічно доброякісна, з ознаками мультицентричного росту та виразкуванням; в лімфатичних вузлах – синусовий гістіоцитоз.

**Висновок:** особливістю даного випадку є поєднання в однієї пацієнтки сімейного поліпозу товстої кишки з множинними гастроінтестинальними стромальними пухлинами тонкої кишки.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕЛЕКТРОННО-МІКРОСКОПІЧНИХ ЗМІН В ТОНКІЙ КИШЦІ В ПІЗНІ СТАДІЇ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЛАКТОПРОТЕЇНУ З СОРБІТОЛОМ ТА НАЕС-LX-5%

Галунко Г.М., Гаврилук А.О.  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

У зв'язку зі спадом розвитку промисловості в Україні в період з 2001 по 2006 частота опіків зменшилась на 46 %, однак, важкість термічних уражень значно зросла. Найчастіше термічний травматизм відбувається у промислових районах України (Донецька область – 26,4; Запорізька – 24,3; Луганська – 24,1 на 10 тисяч населення). Дві третини всіх випадків опікової травми (ОТ) відбуваються у побуті. Летальність у дорослих з опіковою травмою за останніх 14 років зросла з 0,6 % у 1991р. до 1,8 % у 2005р.

Проблема інфузійної терапії умовах опікової хвороби до кінця не вирішена. Державний фармацевтичний ринок насичений коштовними інфузійними розчинами закордонного виробництва, які є не завжди ефективними та безпечними. Саме тому, сьогодні в країні існує дефіцит сучасних кровозамінників українського виробництва.

**Метою** нашого дослідження встановлення морфологічних особливостей тонкої кишки щурів у пізні терміни опікової хвороби, а саме на 14-ту, 21-у та 30-ту добу після термічного опіку та при корекції їх Лактопротеїн з сорбітолом та НАЕС-LX-5%.

**Матеріали і методи дослідження.** Виконання даного наукового дослідження проводилось на білих щурах у відповідні терміни опікової хвороби.

Опік викликали шляхом прикладання до бічних поверхонь тулуба тварин чотирьох мідних пластинок (по дві пластинки з кожного боку площею по см кожна), які попередньо тримали протягом шести хвилин у воді з постійною температурою 100 °С. Загальна площа опіку у щурів складала 21-23 % при експозиції 10 с, що є достатнім для формування опіку III-а ступеня та викликання шокового стану середнього ступеня важкості. Для визначення важкості враження при термічній травмі, застосовували індекс тяжкості ушкодження (ІТУ), який враховує відомості про площу і глибину опіків. В нашому експерименті ІТУ склав 42-46 од, що відповідає опіковому шоку середнього ступеню важкості. Досліджувані розчини вводили внутрішньовенно (в/в) протягом 5-6 хв у дозі 10 мл/кг маси тіла. Інфузію проводили у нижню порожнисту вену, для чого виконувалась її катетеризація в асептичних умовах через стегнову вену.

Електронно-мікроскопічні зміни структури стінки тонкої кишки щурів вивчали на 14-ту, 21-шу та 30-ту добу після відтвореного опіку. Забір матеріалу для електронно-мікроскопічних досліджень проведений згідно загальноприйнятої методики.

**Результати та їх обговорення.** Проведені електронномікроскопічні дослідження тонкої кишки контрольних груп тварин (введення 0,9 % розчину NaCl, Лактопротеїну з сорбітолом, НАЕС-LX-5 %) показали, що в усі терміни спостереження (14, 21, 28 доби) структурні компоненти її слизової оболонки були не змінені. В складі епітеліальної пластинки ворсинок і крипт слизової оболонки переважають стовпчасті епітеліоцити з облямівкою, вони мають типову для таких клітин будову.

Дослідження ультраструктури стінки тонкої кишки тварин на 14 добу після термічної травми в умовах застосування Лактопротеїну з сорбітолом показало, що зменшується ступінь змін структурних компонентів слизової оболонки, порівняно з опеченими тваринами, які отримували розчин NaCl, покращується структура ядер, вони локалізовані у базальному полюсі епітеліоцитів, мають еліпсоподібну форму, в їх каріоплазмі наявний еухроматин та невеликі грудки гетерохроматину. Ультраструктура келихоподібних клітин відображає їх різну секреторну активність.

Субмікроскопічні дослідження на 21 і особливо 28 добу після опіку та застосування НАЕС-LX-5%, встановили суттєве покращення структури компонентів слизової оболонки тонкої кишки. В пухкій сполучній тканині стінка більшості кровоносних капілярів вистлана добре структурованими ендотеліальними клітинами, які розташовані на відносно рівномірній базальній мембрані.

**Висновки.** Проведені електронномікроскопічні дослідження тонкої кишки після термічної травми в умовах застосування Лактопротеїну з сорбітолом встановили, що їх ефективність проявляється більш суттєво в пізні терміни експерименту (21, 28 доби).

На фоні покращення ультраструктури гемокапілярів виявляється менша ступінь деструкції і оновлення клітин епітеліальної пластинки. До кінця експерименту відбувається оновлення структур компонентів власної пластинок слизової оболонки. Використання НАЕС-LX-5% сприяє покращенню структури мікроциркуляторного русла, активації регенераторних процесів та відносній нормалізації структурних компонентів епітеліальної і власної пластинок слизової оболонки.

## **ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЯК КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Ганчев К.С.

Запорізький державний медичний університет

Враховуючи постійне збільшення кількості пацієнтів, що страждають на цукровий діабет (ЦД), вивчення особливостей перебігу післяопераційного періоду у таких стоматологічних хворих досить актуально. Видалення зуба у хворого ЦД може спровокувати запальний процес в порожнині рота і сама процедура не рідко викликає декомпенсацію основного захворювання. Клінічні аспекти цієї проблеми обумовлені достатньою частотою постекстракційних ускладнень та розвитком гнійно-запальних процесів у хворих. Патогенетичні механізми, які призводять до такої ситуації, що протікають по типу синдрому взаємного обтяження. Формується своєрідне порочне коло, при якому порушення обміну і мікроциркуляції сповільнюють перебіг репаративно-регенеративних процесів в