

спектральные мощности высокочастотного (High Frequency, HF), низкочастотного (Low Frequency, LF) и ультранизкочастотного (Very Low Frequency, VLF) компонентов (диапазон частот 0,15-0,35 Hz, 0,05-0,15 Hz и 0,004-0,05 Hz, соответственно), а также соотношение (индекс) LF/HF.

В ходе проведенного исследования нами было установлено, что у самцов крыс, перенесших внутриутробную гипергликемию, уже в препубертатном периоде наблюдаются нарушения нейроэндокринного баланса. При этом у них на фоне тощаковой эугликемии отмечались гиперлипидемия, гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия с увеличением уровня лептина, инсулина и кортикостерона. Выявленные сдвиги гормонального баланса и показателей жирового обмена развивались одновременно с изменениями вегетативного баланса, который характеризовался симпатико- и парасимпатикотонией с преобладанием симпатического компонента. Установленный факт существования нейроэндокринного дисбаланса у потомков самок с ЭГД можно рассматривать как важный прогностический показатель формирующихся метаболических нарушений еще в препубертатном периоде.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Гаргин В.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – это хроническое заболевание неизвестной этиологии с преимущественным поражением слизистой оболочки толстой кишки частым осложнением которого является развитие злокачественного новообразования.

С целью улучшения качества диагностики НЯК проведен анализ биоптатов толстого кишечника, которые и послужили материалом данного исследования.

В результате проведенного исследования к морфологическим признакам свидетельствующие в пользу НЯК следует отнести: тяжелые структурные изменения крипт, тяжелое распространенное снижение плотности крипт, ворсинчатая поверхность слизистой оболочки. К воспалительным признакам могут быть отнесены выраженное диффузное повышение плотности клеточного инфильтрата, захватывающее всю толщину слизистой оболочки, диффузный базальный плазмоцитоз. Среди других признаков можно выделить нарастание интенсивности патологических изменений в направлении дистальных отделов толстой кишки, выраженное снижение содержания слизи в эпителиальных клетках слизистой оболочки толстой кишки. Следует учитывать, что характерные морфологические признаки НЯК могут меняться в процессе течения заболевания и их обнаружение во многом зависит от тяжести патологического процесса.

Вывод. Правильный диагноз НЯК по результатам морфологического исследования биоптатов возможен в подавляющем большинстве случаев. У больных с острым началом заболевания и у 5-10% больных с хроническим колитом постановка точного диагноза может быть затруднительна. Такие случаи ведут к постановке диагноза «неопределенный колит» или «неклассифицируемый колит».

ТРУДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Гаргін В.В.

Харківський національний медичний університет

Вивчення передпухлинних або фонових захворювань відносно раку молочної залози (РМЗ) і, зокрема, уточнення його зв'язків з доброякісними захворюваннями молочних залоз (ДЗМЗ) є одним з найважливіших і невирішених питань у проблемі РМЗ. Дослідження в цьому напрямку мають не тільки теоретичне, а й практичне значення, оскільки встановлення передпухлинних станів та змін, визначення особливостей відкривають широкі можливості для профілактики ракових захворювань шляхом виявлення передракових змін і їх своєчасного лікування із застосуванням як хірургічних, так і терапевтичних методів. Незважаючи на велику кількість відповідних досліджень, досі залишається

невирішеним питання, що слід вважати передраком молочної залози і який етіопатогенетичний зв'язок РМЗ з різними видами ДЗМЗ.

Метою цього дослідження було визначення проблемних позицій серед групи захворювань молочної залози (МЗ), що потребують диференціальної діагностики з раком молочної залози.

Матеріалом послужили діагностичні та операційні (інтра- та пост-) біопсії молочної залози.

Серед вивчених біопатів можна виділити наступну групу захворювань, що становлять найбільші діагностичні труднощі при виконанні термінових та рутинних досліджень пухлинних та пухлиноподібних уражень МЗ. У цю групу ми включили проліферативні захворювання молочної залози: множинний папілломотоз, різні варіанти аденозу (склерозуючий, тубулярний, нодулярний), злоякісна філлоїдна пухлина, запальні доброякісні процеси, ліпогранулеми; деякі варіанти сарком, внутрішньопротокова карцинома, інфільтруюча часткова карцинома, злоякісні новоутворення МЗ після проведення неоад'ювантної терапії.

Найбільш часто серед виявленої неракової патології виявлено фіброаденомотоз, який являє собою надлишкове некоординоване зростання епітелію, міоепітелія і сполучної тканини. У зв'язку з чим, логічно віднести його до передпухлинних змін МЗ. Встановлено, що в молочних залозах, віддалених у зв'язку з наявністю в них ракової пухлини, фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ) виявляється в більшій частині випадків. Слід зазначити, що часте поєднання ФКМ і РМЗ і виявлення фіброаденомотозу навколо ракової пухлини ще не є доказом гістогенетичної переходу мастопатії в рак.

Складності діагностики найчастіше були пов'язані з малими розмірами пухлин МЗ (менше 1 см за діаметром), низьким ступенем злоякісності, великим вмістом жирової тканини в зразку, вираженим фіброзним компонентом пухлини, високим рівнем дифференцировки новоутворення.

В результаті нашої роботи встановлено, що при деяких патологічних процесах молочної залози, а саме при залозисто-кістозній мастопатії, фіброзно-кістозних змінах, цистаденопапілломах, склерозуючому аденозі і радіальному рубці часто виявляються ділянки епітеліальної проліферації і гіперплазії звичайного типу без атипівних змін. Такі ділянки іноді займають велику площу ураження із заповненням присвятив проток і кістозно розширених порожнин. Клітини епітелію при цьому нерівномірно розподілені, іноді з вираженими варіаціями розмірів і форм ядер. Форма ядер розташованих поруч один до одного змінюється від круглої до овальної. Виявляють ядра з нерівномірним розподілом хроматину і вираженим ядерцем, розташованим в центрі ядра. У таких змінених ділянках визначається наявність осередків "завихрень" клітин. В результаті гіперплазії клітин спостерігається формування папілярних виростів в просвіт проток з "мостоподібними" з'єднаннями між ними, і, як результат, утворенням вторинних просвітів. Вищеописані патоморфологічні зміни представляють певні труднощі з точки зору диференціації між доброякісними і злоякісними процесами, особливо при інтраопераційному гістологічному дослідженні.

Слід зазначити, що під час проведення роботи встановлено досить високий рівень розбіжностей між діагностичним, інтраопераційним (у тому числі цитологічним) дослідженням та результатами гістологічних досліджень видаленого матеріалу, особливо при протокових епітеліальних гіперпластичних процесах.

Висновки. Отримані результати ще раз підтверджують, що різні клініко-морфологічні форми ДЗМЗ мають різний зв'язок з ризиком розвитку РМЗ на їх фоні або після них. У той же час виділені форми патологічних процесів не можна розглядати як облігатний передрак. Важливо також зазначити, що в більшості випадків РМЗ виникає через вельми віддалені терміни (роки і навіть десятки років) після діагностики доброякісних процесів молочної залози.

Слід визнати, що прогноз клінічного перебігу, заснований тільки на морфологічних даних, у кожному окремому потребує й додаткових клінічних даних. Тому необхідна розробка інтегральних клініко-морфологічних критеріїв ДЗМЗ як для класифікації цих захворювань, так і для вивчення їх зв'язку з РМЗ. Слід також враховувати, що розвиток РМЗ визначається не тільки місцевими, локальними передпухлинними змінами в клітинах і тканинах молочної залози, але і загальним станом організму, наявністю в ньому певних гормонально-метаболічних і імунологічних відхилень.