

ПЛОСКОКЛІТИННИЙ РАК ЛЕГЕНЬ: ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРООТОЧЕННЯ ПУХЛИНИ

Калмикова А.В.

Науковий керівник: проф. Туманський В.О.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра патологічної анатомії і судової медицини

Розвиток плоскоклітинного раку легень (ПРЛ) залежить від пухлинного мікрооточення, яке складається із стромальних та імунокомпетентних клітин. Серед них важливу роль в прогресуванні пухлинного росту відіграють Т-хелпери та макрофаги.

Метою даного дослідження стало порівняння кількості Т-хелперів та макрофагів у складі мікрооточення ПРЛ за наявності метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів (РЛВ) та за умови відсутності метастазів у РЛВ. Виконане імуногістохімічне (ІГХ) дослідження з використанням антитіл CD68 (PG-M1 RTU, DAKO, Данія) та CD4 (MT310, DAKO, Данія) в операційному матеріалі 20 хворих на ПРЛ, розподілених на дві групи: 1 група - 10 пацієнтів з метастазами в РЛВ та 2 група - 10 пацієнтів без метастазів в РЛВ. Отримані результати були проаналізовані за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Уїтні.

В результаті дослідження було встановлено статистично значущі міжгрупові розбіжності питомої щільності (ПЩ) CD4⁺ клітин в стромі пухлини ($p=0,011$). При цьому, кількість CD4⁺ клітин достовірно відрізнялась як в інтер- ($p=0,014$), так і в перитуморозних ($p=0,006$) зонах строми пухлин в 1 та 2 групах. У пацієнтів з метастазами в РЛВ визначено значущу більшу ПЩ CD68⁺ клітин в інтертуморозній зоні строми ($p=0,004$), а також в пухлинних комплексах ($p=0,002$) порівняно з 1 групою.

Висновок: У хворих на плоскоклітинний рак легень наявність метастазів в РЛВ асоційована з підвищеною ПЩ CD4⁺ та CD68⁺ клітин в мікрооточенні пухлини.

ГЕОМЕТРИЯ ЗОРОВОГО КАНАЛУ ДОРΟΣЛОЇ ЛЮДИНИ

Кандибей В.К., Гребенчук О.П.

Науковий керівник: доц. Лебединець М.Г.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Вивчаючи орбіту, ми звернули увагу на те, що вісі правого і лівого зорових каналів перехрещуються над гіпофізарною ямкою і знаходяться поруч біля латеральної і нижньої стінок орбіти, а також проєктуються на кам'янисту частину скроневої кістки, в якій знаходяться напівколові канали внутрішнього вуха. Це наштовхнуло нас на думку, що функціональний зв'язок зорового і вестибулярного аналізаторів (J. Szentagothai, 1942), можливо, має віддзеркалення в будові кісткових утворів цих органів чуття. Вивчення анатомії та ембріології зорового каналу (Kier E.L., 1966) свідчить про велике значення знань з його будови для офтальмології та неврології.

Матеріалом для дослідження геометрії зорового каналу стали 25 черепів дорослої людини. Ми використали штангенциркуль, транспортир і виготовлені нами лінійки для виміру довжини та діаметру каналу.

В результаті дослідження встановлено, що зоровий канал йде назад, вверх і медіально й має дещо овальну форму. Його середня довжина – 6,3 мм (від 5 мм до 7 мм), діаметр – 4,8 мм (від 3 мм до 7 мм), кут між медіальною стінкою орбіти і віссю каналу – 41°, з латеральною стінкою – 4°, кут між віссю каналу і повздовжньою віссю кам'янистої частини скроневої кістки – 10° (від 3° до 19°). Геометрія правого і лівого каналів асиметрична.

В подальшому ми дослідимо кут зорового каналу з верхньою і нижньою стінками орбіти, статеві особливості його геометрії у доліхо-, мезо- і брахікранів з різною антропологічною формою входу орбіти (хамеконхія, мезоконхія, гіпсіконхія).