

Іліка В. В., Ходимська Т. С.

ВІЗУАЛЬНА ОЦІНКА ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ КРОВОНОСНИХ СУДИН БАЗАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАСТОСОВУВАННІ ГІСТОХІМІЧНОЇ МЕТОДИКИ З БРОМФЕНОЛОВИМ СИНІМ ЗА MIKEL CALVO

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патологічної анатомії
(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І. С.)

Ендотеліоцити кровоносних судин базальної пластинки плаценти при гістологічному дослідженні виявляють у спіральних артеріях, венах, венулах і капілярах. Стан ендотеліоцитів може суттєво змінюватися при запаленні посліду, що ефективно можна визначити, наприклад, імуногістохімічним методом. Процеси окиснювальної модифікації білків в ендотеліоцитах базальної пластинки плаценти при запаленні не вивчені, хоча такі дослідження є заздалегідь перспективними.

Мета дослідження. Оцінити особливості зафарбовування ендотеліоцитів базальної пластинки плаценти при застосуванні гістохімічної методики з бромфеноловим синім на «кислі» та «основні» білки за Mikel Calvo у плацентах із запаленням при залізодефіцитній анемії вагітних.

Матеріал та методи. Вивчено 198 плацент. На серійних гістологічних зрізах 5 мкм завтовшки ставили гістохімічну реакцію з бромфеноловим синім на «кислі» та «основні» білки, дотримуючись всіх процедур стандартизації.

Отримували цифрові копії зображення за допомогою мікроскопа Delta Optical Evolution 100 (планахроматичні об'єктиви) та цифрової камери Olympus SP-550UZ.

Результати дослідження. Опис будови ендотеліоцитів при застосуванні методики з бромфеноловим синім за Mikel Calvo раніше не виконувався. Слід відзначити, що при візуальній оцінці гістохімічних препаратів, які пофарбовано за Mikel Calvo нами встановлено, що ендотеліоцити доволі чітко профарбовуються, добре упізнаються завдяки характерній локалізації, тобто придатні для кількісного дослідження. Цитоплазма профарбовується переважно дифузно, хоча іноді можна спостерігати окремі більш темні гранулярні утворення. Ядро ендотеліоцита не візуалізується - зображення клітинного ядра зливається з цитоплазмою. Це відрізняє ендотеліоцит від багатьох інших видів клітин. Іншою особливістю фарбування гістохімічних препаратів при застосуванні методики Mikel Calvo є те, що межа між ендотеліоцитом і субендотеліальною базальною мембраною або зовсім не визначається, або визначається нечітко.

Висновки. У зв'язку із цим співвідношення «кислих» та «основних» білків в ендотеліоциті гістохімічно не можна буде вивчити диференційовано для цитоплазми і клітинного ядра. Тобто - тільки разом, сукупно. Враховуючи те, що межа між ендотеліоцитом і базальною мембраною або зовсім не визначається, або визначається нечітко для забезпечення отримання даних саме по ендотеліоцитах, при виконанні зондових замірів, слід робити певний допуск, щоби тестовий зонд не включав дані по субендотеліальній базальній мембрані.

Кабаченко В. О.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ТА ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ АДЕНОКАРЦИНОМ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
Кафедра патологічної анатомії і судової медицини
(науковий керівник - к.мед.н. Шишкін М. А.)

Актуальність теми. В структурі онкологічної захворюваності і смертності рак товстої кишки впродовж десяти останніх років міцно посідає друге-третє місце в більшості економічно розвинених країн світу, як серед чоловіків так і серед жінок. В Україні також в останні 20 років спостерігається невпинне зростання захворюваності на рак товстої кишки, яка становить 16,4-17,0 на 100 тис. населення. (60-80%) пацієнтів із запущеними формами раку (III-IV стадії) при первинному зверненні до лікаря, при цьому радикальному хірургічному лікуванню піддається всього біля 40% хворих.

Мета роботи: аналіз особливостей структури раку товстого кишечника, рівня проліферативної активності клітин дистальних форм колоректальних карцином в умовах промислового центру.

Матеріали та методи дослідження: Матеріал - 1006 випадків раку товстого кишечника, виявлених у мешканців м.Запоріжжя, операційний матеріал 32 пацієнтів віком від 22 до 74 років. Методи: анамнестичний, гістологічний, статистичний.

За результатами аналізу наявних клінічних даних, а також стандартного патогістологічного дослідження (оцінка пухлини за pTNM), було встановлено: I ст.-31,25%, II ст.-18,75%, III ст.-12,5%, IV ст.-37,5% КРР. Середній рівень ІП-38,77±0,84%. В залежності від рівня диференціації пухлини ІП склав: G1-44,82-46,70% (45,74±0,36%), G2-32,25-56,98% (44,89±1,56%), G3-24,58-38,82% (30,89±0,79%).

Висновки: 1.Рак товстої кишки зустрічається в віці від 19 до 82 років. Частіше рак товстого кишечника зустрічається після 50 років (89,06%). За локалізацією найбільший відсоток складають візуальні форми раку. 2.ІП КРР складає 24,58-56,98% (38,77±0,84%). 3.КРР низького рівня диференціювання (G3) характеризується нижчим рівнем проліферативної активності, ніж помірно(G2) та високо(G1) диференційовані пухлини. 4.Рівень ІП залежить від ступеня диференційовки клітин, проведеної хіміотерапії, рецидивування. 5.Кі-67 може використовуватися в комплексному обстеженні хворих на КРР для оптимізації діагностики особливостей проліферативної активності злоякісної тканини, адекватного лікування та прогнозу перебігу хвороби.