

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**
КАФЕДРА ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ



**СТУДЕНТСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**
«Клініко-морфологічні особливості захворювань людини»
10 травня 2018 р.

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**
«Інтерпретація казуїстичних випадків
з точки зору клініко-морфологічної діагностики»
15 травня 2018 р.

Харків

ЗМІСТ

Абовян К., Гаргин В. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	3
Александрова К.В., Журавльова П.В. ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ РОЗПОДІЛОМ НАЙПОШИРЕНІШИХ ДІАГНОЗІВ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	7
Антипенко А.В., Ткаченко Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....	10
Басилайшвілі Ю.В., Штыкер С.Ю., Давиденко В.Б. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЛИМФОМИ БЕРКІТА, УСКЛАДНЕНОЇ ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ У ДИТИНИ	13
Береснева Е.В., Зароченцев Р.Н. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК ЛЕГКОГО	16
Горбунова І.В., Гаргин В.В. СКЛЕРОДЕРМІЯ - ТИХИЙ НЕВИЛКОВНИЙ ВБИВЦЯ.....	19
Ибрагимова С. IGG4-АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	23
Иванова А.А. ЛИМФОЦИТОМА КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- ПАТОЛОГОАНАТОМА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ	28
Калганова М.О. ГІСТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ДІЇ ЕМВ	32
Гаргин В.В., Коптева Т.М. СИНДРОМ АЙЕРСА.....	34
Кузнецова М.А. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА БЕРЕМЕННЫХ САМОК КРЫС НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ИХ ПОТОМСТВА	39
Левинский В.Л., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Мирошниченко Я.Н. ВТОРИЧНЫЙ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	42

Одинец Е.М, Пацкевич А.И. МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА	47
Потапов С.М., Горголь Н.И, Галата Д.И., Барабаш Д.Д. ДОБРОЯКІСНИЙ ЛІМФОРЕТИКУЛЬОЗ: МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ	50
Сухарева Л.П. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	53
Сакал А.А., Товажнянская В.Д., Титов Е.В.,Зверева И.С. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПАТОЛОГОАНАТОМА)	56
Труш О.М. РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ.....	60
Уржумов В.Д., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Григоренко В.Р. ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ВЗРОСЛОГО ТИПА КАК СЛУЧАЙНАЯ НАХОДКА НА АУТОПСИИ.....	65
Хорошко И.А., Пересада Г.А. Наумова О.В. МЕЗОТЕЛИОМА ПЕРИКАРДА С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА.....	69
Широков К.В. Трофименко М.О. К ВОПРОСУ О ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМОБОСНОВАНИИ ТАКТИКИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ	74

Горбунова І.В., Гаргін В.В.

СКЛЕРОДЕРМІЯ - ТИХИЙ НЕВИЛКОВНИЙ ВБИВЦЯ

Харківський національний медичний університет, кафедра патологічної
анатомії

Харків, Україна

Актуальність дослідження групи захворювань сполучної тканини з аутоімунізацією пов'язана з неясністю патогенезу і зростанням ролі екзогенних чинників (хімічні, лікарські, фізичні) в розвитку цих захворювань, збільшення їх поширеності [1]. Зокрема, етіологія склеродермії недостатньо вивчена, представляється на сьогодні багатокомпонентною проблемою, основу якої становить взаємодія зовнішніх і внутрішніх факторів з генетично обумовленою схильністю до захворювання [2].

Системна склеродермія (ССД) - аутоімунне захворювання сполучної тканини, основні клінічні прояви якого пов'язані з поширеними ішемічними порушеннями внаслідок облітеруючої мікроангіопатії, фіброзом шкіри та внутрішніх органів (легень, серця, травного тракту, нирок), а також ураженням опорно-рухового апарату.

Патогенез захворювання включає порушення функції ендотелію, епітелію, фібробластів, а також активацію імунної системи і медіаторів запалення. В ендотелії судин спостерігаються проліферація гладком'язових клітин, мукоїдне набрякання інтими, звуження просвіту судин, мікротромбози, що з часом призводить до ішемії тканин. Крім того, захворювання характеризується порушенням ангиогенезу. Васкулопатія слугує основою легеневої артеріальної гіпертензії, ниркової патології і дигітальних виразок.

Поширеність ССД в різних країнах становить 240-290 випадків на 1 млн. населення. Жінки хворіють в 3-7 разів частіше, ніж чоловіки. Хвороба може початися у будь-якому віці, але частіше хворіють люди у віці від 30 до 60 років. Зустрічаються сімейні випадки ССД [3].

Матеріали і методи: були використані дані з приводу розтину жінки та літературний аналіз.

Клінічний випадок: розглянуто протокол розтину жінки. Під час розтину жінки середнього віку, помірного харчування, нормостенічної конституції встановлені наступні патологічні зміни. Шкірні покриви бліді, ущільнені, малорухливі; видимі слизові ціанотичні. В області дистальних фаланг I, II, III, IV пальців правої кисті, III пальця лівої кисті, V п'ястно-фалангового зчленування правої кисті, I правої стопи шкірні покриви чорнуватого кольору з серозним виділенням. М'які тканини нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів набряклі. У черевній порожнині виявляється близько 2,5 л прозорої жовтуватої рідини. Серозні оболонки гладкі блискучі. У правій плевральній порожнині 400, в лівій 300 мл прозорої жовтуватої рідини.

Серце збільшено в розмірах переважно за рахунок його лівих відділів. Порожнини серця ділатировані; товщина стінки лівого шлуночка 1,5 см, правого 0,6 см. Папілярні м'язи і трабекули лівого шлуночка потовщені. У порожнині лівого шлуночка пристінковий кулястий тромб. Ендокард в області лівого атріовентрикулярного отвору і мітрального клапана ущільнений, білястий. Міокард червонувато-сінюший, на розрізі тьмянний з множинними білими прошарками. Вінцеві артерії на розрізі без атеросклеротичних змін. Інтима аорти кольору слонової кістки, гладка, блискуча.

Стінки бронхів помірно потовщені і ущільнені. Тканина легенів тістуватої щільності, базальні відділи легень ущільнені, з множинними білими прошарками. З поверхні розрізу стікає помірна кількість рожевої пінистої рідини з ознаками ослизнення.

Слизова оболонка стравоходу бліда; в нижній третині стравоходу відзначається чітке контурування вен підслизового шару. Слизова оболонка шлунка складчата, блідо-рожева, з дрібноточковими крововиливами переважно по ходу складок. Підшлункова залоза жовтувата, часточкового

виду, нерівномірного кровонаповнення, з дрібновогнищевими крововиливами. Печінка з заокругленим переднім краєм, гладкою поверхнею, множинними білими вузликами, на розрізі жовтувато-коричнева. Стінка жовчного міхура потовщена, слизова згладжена, жовчовивідні шляхи вільні. Слизова оболонка тонкого і товстого кишечника гладка з дрібноточковими поодинокими крововиливами.

Зі сторони сечостатевої системи звертає на себе увагу нечітка межа між шарами нирок; корковий шар збільшений, розширений, тьмяний з жовтуватим відтінком, мозковий шар повнокровний.

Зі сторони ендокринних органів патологічних змін не встановлено. Органи кровотворення і кістково-мязова система без видимої патології.

Таким чином, слід констатувати, що патогенез ССД все ще залишається невідомим. Дослідження цього явища може бути ключем до розуміння послідовності та ступеня втручання шкіри та внутрішніх органів [4, 5]. Поточна класифікація та відмінність ССД як окремої підгрупи ґрунтується виключно на клінічній симптоматиці та перебігу захворювання. На жаль, діагноз ССД не дає суттєвого впливу на успішне ведення пацієнтів, і, як наслідок, загальні правила органоорієнтованої терапії застосовуються у таких пацієнтів.

Висновок: нами представлено випадок ССД з умовно несприятливим прогнозом захворювання. Сучасна медицина не може усунути причину виникнення захворювання, впливаючи тільки на його симптоми. ССД - хронічне захворювання, що повільно прогресує, адекватне лікування може лише покращити якість життя і уповільнити прогресування хвороби, працездатність згодом повністю втрачається, відбувається інвалідизація хворого.

Список використаної літератури:

1. Valentini G, Marcoccia A, Cuomo G, Iudici M, Vettori S. The concept of early systemic sclerosis following 2013 ACR/EULAR Criteria for classification of systemic sclerosis. *Curr Rheumatol Rev.* 2014;10:38–44.

2. Fett N. Scleroderma: Nomenclature, etiology, pathogenesis, prognosis, and treatments: Facts and controversies. Clin Dermatol. 2013;31:432–437
3. Шостак Н. А. Системная склеродермия: современная классификация и методы лечения / Н. А. Шостак, А. А. Клименко. // Лечебное дело. – 2009. – №4. – С. 4–11.
4. Kucharz EJ, Kopec-Medrek M. Systemic sclerosis sine scleroderma. Adv Clin Exp Med. 2017 Aug;26(5):875-880.
5. Marangoni RG, Rocha LF, Del Rio APT, et al. Systemic sclerosis sine scleroderma: Distinct features in a large Brazilian cohort. Rheumatology. 2013;52:1520–1524.