

**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 ЛІМФОМИ 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., Коптеева 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

Сакал А.А., Товажнянская В.Д., Титов Е.В., Зверева И.С.

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ
ПРАКТИКИ ПАТОЛОГОАТОМА)**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская
медицинская академия последипломного образования

Харьков, Украина

Актуальность. Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – аутоиммунное медленно прогрессирующее заболевание печени, которое встречается преимущественно у женщин. ПБЦ цирроз чаще развивается в возрасте от 40 до 50 лет и крайне редко – моложе 25 лет. При гистологическом исследовании отмечается аутоиммунное разрушение внутрипеченочных желчных протоков на фоне воспалительных изменений портальных трактов, что приводит к нарушению выделения желчи и задержке токсических веществ в печени и является причиной снижения функции печени, фиброза, цирроза и печеночной недостаточности. Чаще у пациентов, на момент установления диагноза, нет клинических проявлений. Соответственно, далеко не все больные ПБЦ выявляются на ранних стадиях заболевания, в связи с чем снижается эффективность лечения. Проблема первичного билиарного цирроза печени является актуальной и требует изучения.

Клинический случай. Приводим случай собственного аутопсийного наблюдения первичного билиарного цирроза, произошедшего в городе Харькове. Из клинических данных: у пациентки 30 лет первичный билиарный цирроз был диагностирован в августе 2017г. Из анамнеза болезни известно, что в январе 2017г. появилась участковая алопеция на волосяной части головы. При обследовании у дерматолога выявлен повышенный титр антител к лямблиям, токсокаре, описторхозу. Прошла два курса антигельминтной терапии. С конца июня почувствовала тяжесть в эпигастрии. В течении недели после лечения пожелтели склеры, затем кожа.

С целью уточнения диагноза была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение областной клинической больницы города Харькова (ОКБ), где и был поставлен диагноз ПБЦ. Получала соответствующее лечение, однако, из-за ухудшения состояния, была госпитализирована в реанимационное отделение, где, несмотря на проводимую терапию, наступила биологическая смерть.

Был поставлен заключительный диагноз: аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз печени 2 стадии с выраженной активностью, с синдромом цитолиза, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности, коагулопатии. Аутоиммунный панкреатит. Активная язва желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки, хронический гастродуоденит. ОЖКК. Постгеморрагическая анемия. ДВС синдром. Токсическая энцефалопатия 3ст. Отек головного мозга. Стероидный диабет (впервые выявленный).

На аутопсии: труп женщины молодого возраста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы желтушные. Видимые слизистые бледные, желтушные. В брюшной полости – 1100,0мл прозрачной желтоватой жидкости. Брюшина гладкая, блестящая. В полости перикарда 50 мл желтоватой прозрачной жидкости; эпикард гладкий, блестящий. Масса сердца 320,0 г. - толщина стенки левого желудочка до 1,4 см, правого 0,4 см. Миокард дрябловатый, буровато-розоватый. В полостях небольшое количество жидкой крови и свёртков. Интима сосудов пропитана желчью. Интима аорты желтоватая, гладкая, с единичными мелкими атеросклеротическими бляшками, преимущественно в брюшном отделе. Слизистая пищевода с желтушным оттенком, в нижней трети - четко контурируют варикозно расширенные вены, в проекции которых имеются продольные щелевидные дефекты слизистой. В просвете желудка – следы жидкой крови, слизистая сглажена, отечная, с желтушным прокрашиванием, с множественными мелкими кровоизлияниями. В просвете тонкой кишки на всем протяжении преимущественно неизменная кровь в виде свертков. Печень уменьшена в размерах массой 1100г, с крупнобугристой

поверхностью на разрезе ткань коричнево синюшная плотная с наличием узлов диаметром от 2 до 6 см. охряно-желтого цвета. Поджелудочная железа дольчатая плотная, прокрашена желчью. Ткань почек с желтушным оттенком. Слизистая не расширенных мочевыводящих путей отечная с легким желтушным оттенком. Селезенка увеличена в размерах 18x10x7см, массой 470, буроватого цвета, с гладкой капсулой. На разрезе вишневого цвета, с незначительным кровянистым соскобом.

Микроскопические изменения в органах: в печени наличие очагов коллабирования паренхимы с очагами пролиферации в зоне оставшихся портальных трактов. Портальные тракты с ложными дольками, с накоплением желчного пигмента, перипортального холестаза. В препарате расширенных портальных трактов с наличием пролиферации желчных капилляров и диффузной воспалительной инфильтрацией преимущественно лимфоцитами. Перипортальный холестаз. В поджелудочной железе: периацинарный фиброз и слабовыраженный фиброз вокруг желез ацинусов и перидуктальный фиброз вокруг протоков.

На основании клинических данных, макроскопических и микроскопических изменений был сформулирован следующий патологоанатомический диагноз:

Патологоанатомический диагноз: Билиарный цирроз печени с выраженной активностью, с массивными участками коллабирования паренхимы, с крупным очаговым фиброзом. Печеночно-клеточная и сосудистая недостаточность: общая желтуха, варикозное расширение вен нижней трети пищевода, спленомегалия, асцит. Осложнения: Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (в желудке следы жидкой крови, в тонкой кишке – свёртки крови и жидкая кровь на всём протяжении). Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Отек легких. Отек-набухание вещества головного мозга. Сопутствующая патология: Хронический индуративный панкреатит.

Выводы. При тяжелом прогрессирующем течении ПБЦ единственным способом продлить жизнь больных является трансплантация печени, но она, к сожалению доступна только для ограниченного числа больных. В Украине в г. Киеве и г. Запорожье функционируют отделения, занимающиеся вопросами трансплантологии печени. Вопросы по пересадке печени продолжают обсуждаться и совершенствоваться. Таким образом, несмотря на относительно невысокой процент заболеваемости, билиарный цирроз печени представляет серьёзную проблему и требует изучения.