

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«НОВЕ У МЕДИЦИНІ
СУЧАСНОГО СВІТУ»**

28-29 листопада 2014 р.

Частина I

**Львів
2014**

Григорова А. О. СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ ПАТОЛОГІЇ ПАРОДОНТУ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	34
Погорілий В. В., Давидюк І. А., Бойко Г. А. ХІРУРГІЧНІ ПІДХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ РОЗРИВІВ СЕЛЕЗІНКИ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)	37
Даниш О. О. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ	39
Захаренка О. С., Дикусаров В. В. СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ НЕПЛІДДІ ВИКЛИКАНОГО МАЛИМИ ФОРМАМИ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ	42
Євтушенко І. Я., Падалиця М. А., Горяїнова Г. В., Кондрусик Н. Ю. МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА КЛАСИФІКАЦІЯ НИРКОВИХ ЧАШОК ЛЮДИНИ ЗРІЛОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ	44
Євсєєв А. В. ДЕЯКІ ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗОНИ ІНВАЗІЇ ПРОТОВОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	46
Дудник В. М., Зборовська О. О. ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ТКАНИННОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МАРКЕРІВ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ПІСЛЯОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ	49
Яременко О. Б., Дудка П. Ф., Іорданова Н. Х. ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ МЕТІОНІНУ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ Q-ІНФАРКТОМ МІОКАРДА	51
Кайма Е. А., Жук А. В., Молчанова А. Н. ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВотоКА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МНОГОУРОВНЕВОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА	54
Касьянова А. Ю., Лебідь І. Г. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ	57
Коваль О. П., Мокрик І. Ю., Дубова Г. В. ТОКСИЧНІ МЕТАЛИ В ТКАНИНАХ СЕРЦЯ ДІТЕЙ З АНОМАЛІЯМИ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ	60

Євтушенко І. Я.
кандидат медичних наук, доцент

Падалиця М. А.
кандидат медичних наук, доцент

Горяїнова Г. В.
кандидат медичних наук, доцент

Кондрусик Н. Ю.
кандидат медичних наук, доцент

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА КЛАСИФІКАЦІЯ НИРКОВИХ ЧАШОК ЛЮДИНИ ЗРІЛОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ

Вступ. На даний час отримані нові дані про будову ниркових чашок людини [1, с. 1–20] [2, с. 27–30] [3, с. 322–324] [4, с. 1769–1773]. Однак, застосування в сучасній нефроурології неінвазивної діагностики (УЗД, ЯМР та комп'ютерної томографії), а також введення в хірургічну практику органозберігаючих операцій (черезшкірна пункція ниркових чашок, екстракорпоральна літотрипсія), вимагають найбільш детального вивчення початкового відділу екстраренальних сечових шляхів, а саме ниркових чашок [5, с. 94–97].

Метою дослідження було вивчення різноманітності морфометричних показників ниркових чашок людини зрілого та похилого віку.

Матеріалом дослідження були 175 нирок людини (88 нирок чоловіків і 87 нирок жінок), отримані від трупів людей зрілого та похилого віку, які померли від причин, не пов'язаних з патологією нирок. Корозійним методом були отримані чашечно-мискові комплекси, проведена морфометрія лінійних параметрів ниркових чашок: діаметр зводу чашки ($d_{нч}$), її висота ($h_{нч}$) і діаметр шийки ($c_{нч}$).

Результати дослідження та їх обговорення. Нами проведено органометричний аналіз лінійних розмірів ниркових чашок у взаємозв'язку з їх кількістю в чашково-мисковому комплексі, віком і статтю.

В результаті проведених досліджень встановлено, що лінійні розміри ниркових чашок не корелюють зі статтю обстежуваних, а кількість ниркових чашок, яка характеризується коефіцієнтом кількісної анатомічної гетерогенності, пов'язана зі статтю: менша кількість ниркових чашок частіше (в 1,2–2 рази) зустрічається у чоловіків.

Розміри діаметрів склепінь ($d_{нч}$) ниркових чашок в різних вікових групах варіабельні і коливаються в межах від 11,5±5,7 мм (верхня ниркова чашка) до 5,6±1,3 мм (нижня ниркова чашка) ($t > 3$). Склепіння всіх ниркових чашок з віком достовірно не змінюються (крім нижньої ($t > 2$)).

Висота ниркових чашок ($h_{нч}$) достовірно ($t > 2$) змінюється в різних вікових групах: S – зменшується в 2,5 – 3 рази, P2 – зменшується в 1,5 – 1,7 рази, I – збільшується в 2 рази. Висоти решти ниркових чашок (A1 A2, A3; P3, P1) з віком достовірно не змінюються. Найбільша кількість варіантів індивідуальної мінливості висоти має верхня ниркова чашка, особливо у віковій групі 57,3±3,0 років.

Діапазон значень діаметра шийки ниркових чашок ($d_{нч}$) за різними віковими групами достовірно не розрізняється і знаходиться в межах $4,6 \pm 7,9$ мм.

На підставі отриманих результатів нами розроблена морфометрична класифікація ниркових чашок:

1. Характеристика ниркових чашок по діаметру ($d_{нч}$; мм).
 - Ниркова чашка великого діаметра – $d_{нч} > 9,8$
 - Ниркова чашка середнього діаметра – $5,1 < d_{нч} < 9,8$
 - Ниркова чашка малого діаметра – $d_{нч} < 5,1$
2. Характеристика ниркових чашок по висоті ($h_{нч}$; мм).
 - Висока ниркова чашка – $h_{нч} > 12,9$
 - Ниркова чашка середніх розмірів – $4,0 < h_{нч} < 12,9$
 - Низька ниркова чашка – $h_{нч} < 4,0$
3. Характеристика ниркових чашок по діаметру шийки ($c_{нч}$; мм).
 - Ниркова чашка з широкою шийкою – $c_{нч} > 6,4$
 - Ниркова чашка з вузькою шийкою – $c_{нч} < 6,4$
4. Характеристика ниркових чашок за об'ємом ($V_{нч}$; мм³).
 - Ниркова чашка великого об'єму – $V_{нч} > 900$
 - Ниркова чашка середнього об'єму – $500 < V_{нч} < 900$
 - Ниркова чашка малого об'єму – $V_{нч} < 500$
5. Характеристика ниркових чашок по динаміці зміни об'єму ($V_{нч}$; мм³).
 - Ниркова чашка, яка прогресивно зменшується – I, S
 - Ниркова чашка мінливого об'єму – A2, P2
 - Ниркова чашка стабільного об'єму – A1, A3, P1, P3

Перспективи дослідження. Отримані результати можуть бути використані в урологічній клініці при проведенні нефроурологічних операцій (екстракорпоральна літотрипсія, черезшкірна пункція та ін.). Перспективним напрямком є використання запропонованої морфофункціональної класифікації ниркових чашок для кількісного підходу до діагностики норми і патології чашково-мискового комплексу, при використанні в УЗД, КТ і ЯМР діагностиці [6, с. 69–74]

Список літератури:

1. Бурых М.П. Анатомия чашечно-лоханочного комплекса почки человека. / Бурых М.П. – Харьков: ХМИ, 1989. – 20 с.
2. Bourykh M.P. Details in structure and anatomical terminology topographic anatomical substation of certain of calviopelvic complex of human kidney. / Bourykh M.P. // Вісник морфології. – 1997. – # 5/ – С. 27–30.
3. Francisco J.B., Sampai and Afonso H.M. Aragao. Inferior pole collecting system anatomy: it's probable role in extracorporeal shock wave lithotripsy. / Sampai and Afonso H.M. Aragao. // The journal of Urology. – 1992. – Vol. 147. – P. 322–324.
4. Francisco J.B., Sampai, Jose F.C. Zanier, Afonso H.M. Aragao and Luciano A.Favorito. Intrarenal access: 3-dimentional anatomical study. / Sampai, Jose F.C. Zanier, Afonso H.M. Aragao and Luciano A.Favorito. // The Journal of Urology. – 1992. – Vol. 148. – P. 1769–1773.

5. Бурых М.П. Принципы и техника тонометрии чашечно-лоханочной структуры почки человека. / Бурых М.П. // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1988. – № 3. – С. 94–97.
6. Бурых М.П. Стереотопометрия чашечно-лоханочного комплекса почки человека применительно к органосохраняющим операциям. / Бурых М.П. // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1988. – № 4. – С. 69–74.

Євсєєв А. В.

*кандидат медичних наук, асистент
кафедри патологічної анатомії і судової медицини
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна*

ДЕЯКІ ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗОНИ ІНВАЗІЇ ПРОТОКОВОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Протокова аденокарцинома (ПА) є найбільш розповсюдженою злоякісною пухлиною підшлункової залози (ПЗ), при якій п'ятирічної виживаності після оперативного втручання вдається досягти лише у 10% хворих [4, с. 132]. Це обумовлено тим, що лише у виняткових випадках ПА на момент операції все ще обмежена ПЗ. Перипанкреатична інвазія пухлини зазвичай є широкою внаслідок пізньої діагностики, при локалізації ПА в голівці ПЗ вона розповсюджується на заочеревинну жирову тканину, вени та нерви, в прогресуючих випадках – на сусідні органи та очеревину, а при локалізації ПА в тілі або хвості ПЗ – на селезінку, шлунок, наднирники, товстий кишечник та очеревину. Все це робить актуальним пошук методів ранньої біопсійної діагностики та індивідуального прогнозування перебігу ПА ПЗ на предінвазивному етапі. Водночас, знання особливостей інвазивного росту раку протокового генезу може допомогти у майбутньому при розробці підходів індивідуалізованого лікування таких хворих. Тому метою даного дослідження стало імуногістохімічне (ІГХ) визначення особливостей експресії деяких прогностичних маркерів у зонах інвазії ПА ПЗ

Матеріал і методи дослідження. Дослідження було проведене на післяопераційному матеріалі 80 пацієнтів віком від 51 до 68 років, яким була виконана гастро-панкреато-дуоденальна резекція з приводу ПА ПЗ. Шматочки тканини з пухлини, ПЗ та оточуючих органів фіксували в 10% нейтральному забуференому формаліні і заливали в парафін. Зрізи забарвлювали гематоксиліном і еозинном, за Ван Гізон, методом Массон-триколор і альціановим синім за загальноприйнятими методиками. ІГХ дослідження проводили на парафінових зрізах за стандартною методикою [2, с. 22–30] з використанням первинних антитіл проти Ki-67 Antigen (Clone MIB-1), p53 Protein (Clone DO-7), E-Cadherin (Clone NCH-38), Beta-Catenin (Clone β -Catenin-1) та системи детекції EnVision FLEX з діамінобензидином (всі реактиви фірми «ДАКО», США). Результати кожної ІГХ реакції оцінювали напівкількісним методом шляхом підрахунку відсотка позитивно забарвлених клітин у стандартизованому полі зору мікроскопа AxioPlan 2