

використанням для тих же цілей загальнохірургічного ортопедичного інструментарію.

КЛІНІКО- МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ РІДКІСНИХ ФОРМ ПОЛІНЕОПЛАЗІЇ

Мед В.В.

Науковий керівник: д.мед.н, проф. Старченко І.І.
Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом
Українська медична стоматологічна академія

Дані численних досліджень показують, що в усьому світі за останні десятиліття спостерігається збільшення числа хворих з первинно-множинними злоякісними новоутвореннями (ПМЗН). За даними літератури, частота розвитку ПМЗН в структурі онкологічної захворюваності варіює від 5 до 21%.

Діагностика ПМЗН складна і тим, що вони не дають характерних для кожної пухлини клінічних проявів. У деяких випадках відсутні або нечітко окреслені клінічні ознаки обох пухлин, в інших – одна пухлина супроводжується вираженими симптомами, а прояви іншої пухлини залишаються слабо виражені або ховаються за "масками" непухлинних захворювань.

У зв'язку з цим, проблема своєчасного виявлення ПМЗН стає одним із найскладніших завдань сучасної онкології.

Нами проаналізовано 2 рідкісних випадки полінеоплазії, а саме: волосатоклітинний лейкоз з гепатохолангіоцеллюлярним раком печінки, і В-клітинна лімфома в поєднанні з бронхіоло-альвеолярним раком легенів.

Матеріали для дослідження отримані та вивчені на базі Полтавського обласного патологоанатомічного бюро.

Обидва випадки мають характерні клінічні та морфологічні особливості. Атиповий клінічний перебіг захворювання позбавив змоги розпізнати одну зі складових даних полінеоплазій, так як в обох випадках на перший план виходила клінічна картина лімфопроліферативного захворювання, що не дозволило призначити повноцінне лікування.

Морфологічні особливості проаналізованих нами ПМЗН полягали в нетиповій гістологічній формі та в атиповому метастазуванні. Так, гепатохолангіоцеллюлярна карцинома становить менше 1% в структурі пухлинних захворювань печінки, а метастазування в селезінку, грудні та черевні лімфовузли, яке було виявлено в даному випадку, так само є вкрай рідкісним явищем.

Бронхіоло-альвеолярний рак – один з варіантів аденокарциноми легенів який зустрічається досить рідко, а виявлені метастази в головний мозок в поєднанні з лейкозною інфільтрацією можна розглядати як атиповий процес.

В обох випадках, компоненти полінеоплазії були конкуруючими захворюваннями, тому виділити одне з них, що призвело до летального наслідку, не є можливим.

На даний момент, як у вітчизняній, так і в зарубіжній літературі, поєднання лімфопроліферативних захворювань та епітеліальних пухлин в контексті первинно-множинних злоякісних новоутворень, описано недостатньо докладно, тому розглянуті вище випадки полінеоплазій є, на наш погляд, цікавим матеріалом для подальшого дослідження даного питання.

ДЕНСИТОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЩЕЛЕП ДОРΟΣЛИХ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Михайленко І.М., Сутуліна А.Є., Салама А.В.

Науковий керівник: ас. Виженко Є.Є.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтиів

Українська медична стоматологічна академія

Остеопенічні захворювання та хвороби тканин пародонта ускладнюють процес ортодонтичного лікування. Рентгенологічні методи дослідження зубощелепних аномалій, такі як, комп'ютерна томографія (КТ) використовується на етапі діагностики та планування ортодонтичного лікування, в тому числі, для дослідження щільності кісткової тканини.

Мета дослідження - провести порівняльний аналіз значень мінеральної щільності кісткової тканини різних ділянок верхньої (В/Щ) і нижньої щелеп (Н/Щ) і мінеральної щільності другого шийного хребця (С2) у ортодонтичних пацієнтів.

Матеріали та методи. Всього було вивчено 15 КТ ортодонтичних пацієнтів, віком 21-40 років (середній вік 26,6), що відповідає періоду активного функціонування зубощелепної системи. Щільність кісткової тканини вимірювали в програмі Ez3D2009 між двома точками в одиницях Хаунсфілда (HU).

За основу для порівняння взяли вимірювання щільності кістки С2.

Результати дослідження. Найщільнішими ділянками на В/Щ і Н/Щ є альвеолярний відросток між центральними різцями - $1318 \pm 69,28$ та $1400,6 \pm 75,56$ відповідно. Дані показники майже в 2-2,5 рази перевищують щільність С2 - $587,6 \pm 48,81$ ($p < 0,01$).

Між іклом і першим премоляром на В/Щ і Н/Щ встановлені наступні дані - $930,97 \pm 29,44$ і $1204,17 \pm 54,8$ ($p_{1-2} < 0,05$). Дані показники в середньому на 50% більше, ніж щільність кістки в зоні С2.

В області біфуркації перших молярів щільність кісткової тканини на Н/Щ ($882,67 \pm 53,9$) перевищує аналогічні показники В/Щ ($531,47 \pm 36,82$) зі статистично достовірної різницею.