

Реферати

ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Ткаченко П.И., Старченко И.И., Белоконь С.А., Гуржий Е.В., Микитенко В.В., Белоконь Н.П.

Остеобластокластомы челюстных костей у детей чаще всего встречаются в возрастной группе от 8 до 16 лет, имеют своеобразную клиничко-морфологическую картину и требуют радикального хирургического лечения для предотвращения развития рецидивов. Представленный материал может стать основанием для дальнейших углублённых научно-практических исследований по изучению роли провоцирующих дизонтогенетических процессов и применения высокоинформативных методов ранней диагностики остеобластокластом у детей для определения оптимальных тактических вариантов по их лечению в зависимости от классификационной принадлежности.

Ключевые слова: дети, остеобластокластома, челюстные кости.

OSTEOCLASTOMA OF JAW IN CHILDREN: CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC

Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.O., Gurzhiy O.V., Mykytenko V.V., Bilokon N.P.

Morphological features of osteoclastomas have been studied on 26 specimens made from the postoperative material by the staff of the Department of Pathological Anatomy with autopsy according to conventional techniques. The observations showed that osteoclastomas were often diagnosed in boys of junior and senior school age. To define the onset of the tumor development was quite difficult due to asymptomatic, slow and imperceptible nature of its growth. At the same time the complaints of patients differed slightly depending on the localization and the period of the tumors' onset, mostly regarding the occurrence of asymmetry of the face, growing slowly. Sometimes it was accompanied by painful feelings and signs of dilatation of venous vascular system of the mucosa.

Key words: children, osteoclastoma, jawbones.

Стаття надійшла 9.03.2016 р.

Рецензент Аветиков Д.С.

УДК 618.36 : 618.5

Н. О. Удовинська

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Поділля

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ У ПОРОДІЛЬ ПРИ СЛАБКІСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

В статті представлені морфологічні особливості плаценти у жінок, пологи яких ускладнилися слабкістю пологової діяльності в порівнянні із випадками нормального перебігу пологів.

Ключові слова: слабкість пологової діяльності, неускладнена вагітність і пологи, плацента.

Пологи – це складний фізіологічний процес, який виникає і закінчується при взаємодії багатьох систем організму. Важливим компонентом вивчення системи «мати-плацента-плід» є морфологічне дослідження плаценти. Морфологія плаценти являє собою актуальну проблему як клінічної так і теоретичної медицини. Як відомо, під час вагітності формується біологічна система «мати-плацента-плід». Нормальне функціонування всіх компонентів системи при слабкості пологової діяльності (СПД) характеризує стан плоду та новонародженого.

Слід зазначити, що наприкінці вагітності майже завжди наступають дистрофічні зміни в плаценті. Ці зміни можуть бути значними при СПД, нерідко призводить до гіпоксії плода. Крім того, по структурі плаценти можливо оцінити її функцію.

Метою роботи було визначити морфологічні особливості плаценти при СПД.

Матеріал та методи дослідження. Проведено макро- і мікро- морфологічне дослідження 50 плацент від пологів зі СПД. Контролем слугували 30 плацент від неускладненої вагітності та пологів (НВіП). Плаценти вивчали методами органометрії та морфометрії, використовувались макро- і мікроскопічне дослідження плаценти. Гістохімічно визначали рибонуклеопротейди (реакцією Браше), дезоксирибонуклеопротейди – реакцією Фельгена-Россенбека. Матеріал (кусочки плацент) фіксували 10% нейтральним формаліном. Після проводки і заливки в целоїдин-парафін виготовлялися гістотопографічні серійні зрізи. Зрізи фарбували гематоксиліном і еозином, пікрофуксином за Ван-Гізоном та Маллорі.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані нами результати свідчили, що товщина плаценти при СПД і плаценталії в верхніх відділах матки склала $2,4 \pm 0,1 \times 10^{-2}$ м, а в нижніх відділах – $1,8 \pm 0,1 \times 10^{-2}$ м ($p < 0,001$). При НВіП відповідно: $2,1 \pm 0,1^2$ м і $2,3 \pm 0,2 \times 10^{-2}$ м ($p < 0,05$). При цьому товщина плаценти при СПД в порівнянні з НВіП була менше на 16,6% та 27,7% відповідно при локалізації її в верхніх і нижніх відділах матки ($p < 0,01$ та $p < 0,05$).

При мікроскопічному дослідженні плацент при СПД в порівнянні з плацентами після НВіП виявлено морфофункціональні особливості. При СПД в плаценті децидуальній оболонці були значні дистрофічні зміни децидуальних клітин, визначалася очагова PAS – позитивна фібриноїдна субстанція з тонкою, суцільною полоскою фібриноїда на межі з ворсинчастим

хоріоном. Судини її були розширені, помірно кровонаповнені. Ворсинчастий хоріон був представлений різнокаліберними ворсинами. У великих і середніх ворсинах відмічається сплющення синцитіального покриву з ділянками його фібриноїдного перетворення на багаточисельні синцитіальні вузли. Строма таких ворсин була грубою, що виявлялося реакцією Маллорі у вигляді синіх пучків волокнистої тканини при забарвленні пікрофуксіном по Ван-Гізону. Судини таких ворсин помірно кровонаповнені з добре визначеним просвітом та сплющеним ендотелієм.

У тканинах хоріальної пластини плацент зі СПД спостерігався нерівномірний набряк, фібриноїдний некроз у вигляді вузької полоски на межі з міжворсинчастим простором. У гладенькому хоріоні спостерігали мілкі осередки фібриноїдного некрозу, дистрофічні та некробіотичні зміни в клітинах хоріального епітелію. В плацентах при СПД основною особливістю є зниження васкуляризації всіх відділів плаценти: децидуального, хоріального і ворсинчастого хоріона. При цьому відмічається проліферація ендотелію, гіпертрофія м'язового шару, розростання периваскулярної сполучної тканини з формуванням так званих фіброзних манжет. Усі ці зміни сприяють не тільки звуженню судин, а й їх облітерації.



Рис. 1. Дистрофічні зміни децидуальної клітини і фібриноїдна субстанція в децидуальній оболонці при СПД.

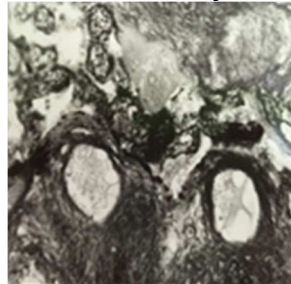


Рис. 2. Добре визначувані просвіти в судинах ворсин при СПД. Сплющення ендотелію, ніжні фіброзні манжети.

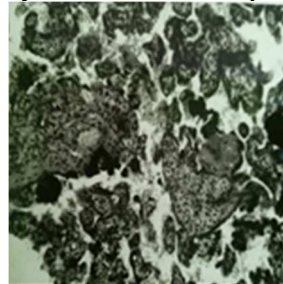


Рис. 3. Понижена васкуляризація ворсин в плаценті при СПД.

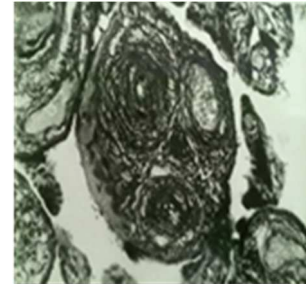


Рис. 4. Проліферація ендотелію гіпертрофія м'язового шару, розростання сполучної тканини з формуванням фіброзних манжетів.

Другою особливістю плацент при СПД є більш виразні (порівняно з плацентами НВіП) дистрофічні і склеротичні процеси у судинах ворсин. У фібриноїдній субстанції очагово визначаються різнокаліберні петрифікати. У багатьох випадках (38,8%) були виявлені ознаки гострого порушення пуповинно-плацентарного кровообігу, що проявлялося тромбозом судин ворсин. При цьому тромби носили змішаний характер і склалися з фібриноїдних мас, з суміші еритроцитів, лейкоцитів та інших елементів крові – це обтураційні тромби. В прилеглому ворсинчастому хоріоні визначалися ділянки колапсу та дислокації ворсин.

Якщо має місце тривалий безводний проміжок при СПД у плацентах спостерігалася лейколімфоцитарна інфільтрація хоріальної пластини стромі субхоріально розташованих ворсин, а також мезенхіми оболонок.

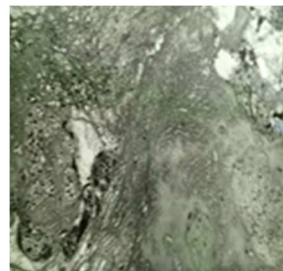


Рис. 5. Ділянки ворсин, склеєні фібриноїдом в плаценті при СПД.

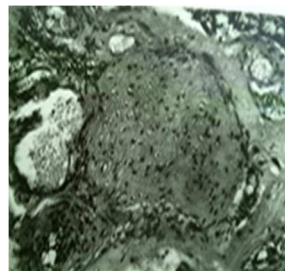


Рис. 6. Тромб в просвіті судини в плаценті при СПД.



Рис. 7. Ділянки колапсу і дислокації ворсин в плаценті при СПД.

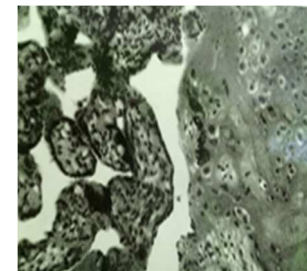


Рис. 8. Слабко виражена лейколімфоцитарна інфільтрація в при тривалому безводному періоді в плаценті при СПД.

При таких змінах запального характеру відмічався хоріоніт та амніоніт. Таким чином, на відміну від плацент при НВіП для плацент при СПД характерно: Зниження васкуляризації ворсинчастого хоріона, інволютивні та склеротичні зміни; Напруження компенсаторно-приспосувальних механізмів, що проявляється наявністю ділянок з гіперваскуляризацією ворсин з формуванням артеріовенозних анастомозів.

Ознаками гострого порушення плацентарного кровообігу у вигляді тромбозу судин, з нерівномірним кровонаповненням і явищами стазу, геморагічними інфарктами. Клінічно, при таких морфологічних змінах у плаценті, була діагностована фетоплацентарна дисфункція, що

відображалася особливостями пологів. Фетоплацентарна дисфункція сприяла розвитку дістресу плода і у 50% пологи були закінчено кесаревим розтином.

Насумок

Для слабкості пологової діяльності характерно зниження васкуляризації ворсин і пов'язані з цим інволютивні і склеротичні зміни з порушенням дозрівання ворсинчастого хоріона з персистенцією незрілих ворсин. Виявлені нами особливості обумовлюють виникнення слабкості пологової діяльності на тлі фетоплацентарної недостатності.

Список літератури

1. Аккерман Л. И. Особенности течения беременности и родов в зависимости от локализации плаценты / Л.И. Аккерман // Акуш. и гин. – 1983. – С. 11-13
2. Газазян М. Г. О некоторых патогенетических механизмах развития аномалий сократительной деятельности матки / М. Г. Газазян // Акуш. и гин. – 1986. – С. 31-34
3. Детюк Е. С. Морфофункциональные особенности плаценты при слабости родовой деятельности / Е.С. Детюк, А.М. Ященко, Л.Д. Вышемирская [и др.] // Пед., акуш. и гин. – 1991. – С. 43-44.

Реферати

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У РОДИЛЬНИЦ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Удовицкая Н. А.

В статье представлены морфологические особенности плаценты у женщин, роды которых осложнились слабостью родовой деятельности по сравнению со случаями нормального течения родов.

Ключевые слова: слабость родовой деятельности, несложненная беременность и роды, плацента.

Стаття надійшла 10.03.2016 р.

MORPHOLOGICAL CHANGES PLACENTA IN CHILDBIRTH WEAKNESS OF LABOR ACTIVITY

Udovytska N.A.

The paper presents the morphological characteristics of the placenta in women, childbirth is complicated by the weakness of labor in comparison with the case of a normal course of labor.

Key words: uterine inertia, uncomplicated pregnancy and childbirth, the placenta.

Рецензент Старченко І.І.

УДК 616-053.2: 614.2

А. Ф. Шинко

Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків

ПОШИРЕНІСТЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ: ОБГРУНТУВАННЯ ПОТРЕБИ І ОБСЯГІВ ДІЯЛЬНОСТІ РЕГІОНАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Вперше обгрунтовано та складено і запропоновано для використання графічну та поліноміальну (кількісну) регіональну модель поширеності БЛД, залежно від кількості серед дорочно народжених дітей, що дозволяє виконувати узагальнений порівняльний (на держаному рівні) аналіз рівня діагностики БЛД. Визначені коефіцієнти інцидентності БЛД в групах дорочно народжених дітей з різним рівнем дефіциту МТ шляхом обчислення співвідношення між кількістю дітей з БЛД та загальною кількістю дітей у конкретних групах, стратифікованих за рівнем дефіциту МТ. Вперше обгрунтовано та розроблено розширений (багатокритеріальний) алгоритм кількісного визначення обсягів діяльності Центру діагностики та лікування БЛД з урахуванням регіональної частоти дорочно народжених дітей та ступеня дефіциту їхньої маси. Виконано інверсну верифікацію цього алгоритму та доведено його востатню високу точність для практичного застосування організаторами охорони здоров'я. Новою є обгрунтована за результатами дослідження та розроблена номограма (графічний та табличний варіанти) для оперативного планування очікуваної абсолютної кількості хворих на БЛД залежно від регіональної кількості дорочно народжених дітей, що може застосовуватися при плануванні нових та оптимізації діяльності існуючих центрів діагностики та лікування.

Ключові слова: соціальна медицина, бронхолегенева дисплазія, інцидентність, регіональний центр, моделі, алгоритми, планування

Робота є фрагментом НДР «Медико-біологічна адаптація дітей із соматичною патологією в сучасних умовах» (держреєстрація № 0113U001400).

Однак, маса тіла при народженні має бути (і в клінічній практиці є) одним із визначальних критеріїв потреби у спеціалізованій допомозі в умовах Центрів, оскільки частота БЛД пов'язана саме з нею (МТ). Це означає, що при кількісному визначенні потреби у діяльності Центрів необхідно враховувати не тільки частоту дорочно народжених (див. рис. 1), але і структуру цих дітей з розподілом за МТ. Оскільки відомо, що частота БЛД може залежати від маси тіла при народженні, саме тому автором (вперше!) опрацьовано аналітичну кількісну модель цієї залежності, що відображається графічно (на рис.2) та відповідною кількісно-аналітичною формою (моделлю) - поліномом II-го ступеня.