

м.Полтава, Україна

Актуальність: новоутворення – одна з найпоширеніших причин смерті. Пухлини головного мозку займають п'яте місце серед інших локалізацій. Гістологічна класифікація визначає понад 100 підтипів первинних пухлин ЦНС. Найпоширеніші – це гліальні пухлини такі як: епендиміома, гліома, астроцитиома (50-60 % випадків). Найрідші - пухлини гіпофіза та черепних нервів.

В Україні захворюваність на злоякісні новоутворення головного мозку становить 5,4 випадки на 100000 населення, є деяке переважання їх в пубертатному періоді (12-18 років) і у віці 45-50 років. Зокрема, у жінок цей показник становить 4,8 на 100000 населення, у чоловіків – 6,1 на 100000, згідно із даними 2021 рік.

Мета роботи: проаналізувати випадки первинного виявлення злоякісних новоутворень головного мозку при експертизі трупа.

Матеріали та методи: аналіз результатів проведених судово-медичних експертиз.

Результати: гліобластома – це злоякісна первинна пухлина мозку, яка утворюється з гліальної тканини головного мозку (становить 52 % первинних пухлин мозку і 20 % від усіх внутрішньочерепних пухлин). Хвороба досить агресивна, швидка, має інвазивний ріст та схильність до рецидивування. Симптоми залежать від локалізації пухлини, а середня тривалість життя від моменту встановлення діагнозу становить 12-18 місяців. Виникає спорадично близько у 6 осіб на 100000. Вікові періоди: до 14 років та 40-60 років. Частіше виявляється у чоловіків.

Загальний прогноз на одужання залежить від локалізації і стадії новоутворення мозку, загального стану пацієнта, і не завжди позитивний.

Аденома гіпофіза – це доброякісне новоутворення передньої долі гіпофіза (близько 10% від усіх внутрішньочерепних пухлин). Прогноз на одужання у 85% випадках типової аденоми – позитивний і залежить від ранньої (вчасної) діагностики. Атипові – злоякісні (а тому летальні) у 70 % «перероджених» аденом гіпофізу. Аналізом проведених судово-медичних експертиз трупів встановлено, що виявлення новоутворення мозку, як причини смерті підекспертних, доволі стандартне. Для проведення експертизи направляється труп, як правило молодшої особи, що не зверталась за кваліфікованою медичною допомогою, навіть при наявності хворобливої симптоматики. Крім того, в результаті падіння внаслідок раптової смерті чи втраті свідомості, при огляді трупа виявляють тілесні ушкодження.

В анамнезі, як правило, дізнаємось про хронічний головний біль останні півроку, різке збільшення маси тіла, поведінки. Від всебічного обстеження громадяни або відмовлялись, або на рівні поліклінічного обстеження причини таких змін виявити було неможливо.

Висновки: новоутворення головного мозку – потаємні хвороби, що з легкістю маскуються під просту поширену симптоматику (головні болі, запаморочення). Саме це й відтягує своєчасну ранню діагностику патології. Подальше прогресування пухлини ускладнює життя пацієнта, лікування та у більшості випадків призводить до смерті.

Ключові слова: атипова аденома гіпофіза, гліобластома, судово-медична експертиза.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER

Новиков Кирил Романович, Васильєва Марина Едуардівна, Сергієнко Ангеліна Володимирівна
Novykov K., Maryna V., Serhiienko A.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Филенко Б. М., к.мед.н., доц. Ройко Н. В.

Scientific adviser: assoc. prof. Fylenko B., PhD, MD, assoc. prof. Roiko N., PhD, MD

Полтавський державний медичний університет

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

м.Полтава, Україна

Актуальність: рак молочної залози (PM3) є найчастішим онкологічним захворюванням діагностованим у жінок у всьому світі, з 2,3 мільйонами випадків щорічно. Захворюваність на PM3 у світі за останнє десятиліття збільшилась. До 2040 року прогнозується зростання до більш ніж 3 млн. нових випадків і 1 млн. смертей щорічно, що обумовлено підвищенням чисельності населення та його старінням. Показники смертності від PM3 значно вищі (на 17%) у країнах з низьким або середнім рівнем доходу порівняно з країнами з високим рівнем (15,0 проти 12,8 на 100 000). Цікаво, але в деяких дослідженнях показано, що в країнах Азії піковий вік захворюваності на PM3 припадає на 40-50 років, тоді як у західних країнах – на 60-70 років. В Україні, як і в багатьох країнах, PM3 посідає перше місце в структурі злоякісних новоутворень у жінок.

Рак молочної залози є складним захворюванням і багато його аспектів знаходяться в стадії інтенсивного дослідження. Кращий скринінг PM3 та його лікування можна знайти лише

тоді, коли ми будемо краще розуміти всі аспекти захворювання, зокрема, клініко-епідеміологічні показники.

Мета роботи: вивчити клініко-епідеміологічні аспекти раку молочної залози на основі ретроспективного аналізу післяопераційного матеріалу.

Матеріали та методи: матеріал був взятий у Полтавському обласному патологоанатомічному бюро (ПОПАБ) за 2023 рік. Проведено аналіз протоколів патогістологічних висновків та мікроскопічне дослідження післяопераційного матеріалу, доставленого з Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру (ПОКОД). Під час проведення аналізу визначали вік хворих, ступінь диференціювання пухлини, особливості її росту та їх взаємозв'язок.

Результати: за 2023 рік у ПОКОД було прооперовано 238 жінок з РМЗ, післяопераційний матеріал яких доставлений у ПОПАБ. Середній вік пацієток склав $65,1 \pm 10,45$ років. В залежності від ступеня диференціювання пухлини досліджуваний матеріал був розподілений на три групи: високодиференційовані (ВДР) ($n=18$, 7.56%), помірnodиференційовані (ПДР) ($n=164$, 68.91%) та низькодиференційовані (НДР) ($n=56$, 23.53%) карциноми. Визначено прямий кореляційний зв'язок між ступенем диференціювання пухлини і її розміром: середня величина пухлини у найбільшому розмірі при ВДР становила $2,33 \pm 1,28$ см, при ПДР – $2,65 \pm 1,44$ см, а при НДР – $3,27 \pm 1,36$ см. Встановлено, що між ступенем диференціювання раку та віком пацієток не має кореляційного зв'язку. Відмічено, що всі форми злоякісних пухлин характеризувались проростанням у стінки кровоносних та лімфатичних судин: при ВДР – у 33 % випадків, ПДР – у 84% випадків, НДР – у 95 % пухлин. Проте ВДР не давав метастази, ПДР метастазував у 52,4 % випадків, а НДР – у 59 % випадків.

Висновки: встановлено, що ступінь диференціювання РМЗ не залежить від віку пацієток, проте розмір пухлини при її виявленні, проростання у лімфатичні та кровоносні судини та метастазування має кореляційний зв'язок зі ступенем його диференціювання.

Ключові слова: рак молочної залози, патоморфологія, вік, біологічна поведінка.

ОСОБЛИВОСТІ МІНО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

FEATURES OF MINE EXPLOSIVE INJURIES DURING FORENSIC MEDICAL EXAMINATION

Ріпка Ілона Володимирівна, Ольховик Артур Вікторович, Ганус Максим Юрійович
Ripka I., Olkhovuk A., Hanus M.

Науковий керівник: доктор філософії Мустафіна Г. М., д.мед.н., проф. Старченко І. І.

Scientific adviser: Mustafina H., PhD, prof. Starchenko I., D. Med. Sc.

Полтавський державний медичний університет

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

м.Полтава, Україна

Актуальність: удосконалення знань щодо вогнепальної та вибухової травм є нагальним питанням. Розуміння механізмів та особливостей ушкоджень м'яких тканин при дії даного чинника на організм людини, сприяє кращому розумінню негативних наслідків та підготовці медичного персоналу до ефективного реагування в надзвичайних ситуаціях.

Мета роботи: дослідження спрямоване на встановлення видових ознак та механогенезу вогнепальних ушкоджень, зокрема міно-вибухової травми.

Матеріали та методи: аналіз результатів судово-медичних експертиз.

Результати: в ході проведення експертизи трупа чоловіка було виявлена ампутація правої кисті та обширні дефекти тканин в тім'яно-скроневій ділянці черепа. В іншому випадку виявлено поодинокий обширний дефект в ділянці спини. Крім таких значних ран було виявлено безліч дрібних. В деяких випадках були лиш поодинокі чи групи дрібних ушкоджень по типу вогнепальних. кожного разу поставало питання що саме перед нами –вогнепальна, вибухова чи комбінована травма.

Необхідно зазначити відмінності між міно-вибуховими та вогнепальними травмами: міно-вибухові травми частіше призводять до обширних внутрішніх кровотеч та уражень м'язово-скелетної системи внаслідок розсіяних та фрагментаційних ушкоджень. Вогнепальні травми, з іншого боку, частіше пов'язані з органічними ушкодженнями та перфораціями внутрішніх органів.

Існують певні видові діагностичні особливості, що обумовлюють виникнення ушкоджень, спричинених проходженням фрагменту: при проходженні фрагменту через порожнисті органи живота, які заповнені рідким вмістом або газом, може утворитися тимчасова порожнина. Ця порожнина утворюється внаслідок того, що фрагмент стискає тканини органу, а потім розтягує їх. Пульсація тимчасової порожнини може призвести до значних розривів стінок органу у