

Мета дослідження – встановити основні морфологічні критерії діагностики тяжкої дисплазії та початкового раку шийки матки; забезпечення вірогідності та об'єктивності патогістологічного діагнозу.

Матеріали і методи. Вивчено 7 випадків важких дисплазій та 5 випадків початкового раку шийки матки. Для дослідження використано забарвлення зрізів гематоксиліном та еозином, ШИК-реакцію. Статистична обробка одержаних даних виконувалась за допомогою програми Excel на комп'ютері OEM IBM PC/AT Pentium.

Результати та їхнє обговорення. Детальне вивчення дисплазій показало, що зі збільшенням ступеня їх тяжкості значно зростає проліферативний потенціал клітин багатошарового плоского епітелію, що підтверджується різким збільшенням кількісних показників проліферативної активності (мітотичного індексу, ядерно-цитоплазматичного відношення). Підвищується ступінь катаплазії та атипії епітеліальних клітин. Присутні виразніші зміни в підлеглій стромі – як судин та волокнистих структур, так й імунокомпетентних клітин. Це свідчить про активацію імунної системи. Все вищезазначене вкотре переконує в тому, що дійсно дисплазія тяжкого ступеня є передраковим станом. Саме вона і викликає труднощі при диференційній діагностиці з початковим плоскоклітинним раком, тому для подальшого аналізу ми відібрали ці випадки. Основною принциповою відмінністю проліферативної дисплазії є втрата стратифікації шарів і вертикальної анізоморфності за рахунок тотальної базально-клітинної гіперактивності, порушення дозрівання і диференціювання епітеліальних клітин. Епітеліальний пласт побудований з відносно морморфних, щільно розташованих клітин округло-овальної і витягнутої форми, орієнтованих перпендикулярно щодо базальної мембрани. Ядра більшої частини клітин – гіперхромні, оточені вузьким ободком базofil'ної цитоплазми. На різних рівнях помітні поодинокі мітози.

В карциномах *in situ* шийки матки, особливо при високодиференційованій формі, в епітелії відзначається значний клітинний поліморфізм. Ядра клітин різних розмірів та форми: округлі, витягнуті, місцями великі, різко гіперхромні, спотворені, зі щільним хроматином, відрізняються поліхроматизмом. Розподіл та орієнтація їх безладна. На всіх рівнях відзначено безліч мітозів, серед яких більшість складають патологічні форми.

#### Висновки

1. Основною структурною ознакою проліферативної дисплазії шийки матки є порушення стратифікації і вертикальної анізоморфності багатошарового плоского епітелію за рахунок тотальної базально-клітинної гіперактивності, порушення дозрівання і диференціювання епітеліальних клітин.

2. Внутрішньоепітеліальні раки, маючи формальну подібність до проліферативних дисплазій, відрізняються більш виразним клітинним поліморфізмом і значною проліферативною активністю, що документується достовірним збільшенням мітотичного індексу і відсотка патологічних мітозів.

**Прилуцький А.О.  
Чернишенко А.С.  
Прилуцький О.О.**

#### **ПАТОМОРФОЛОГІЯ НЕЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПУХЛИНИ ВІЛЬМСА (НЕФРОБЛАСТОМИ)**

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького  
Донецьк, Україна

Пухлина Вільмса, або нефробластома, походить із тканин нирки різного ступеня диференціювання, похідних метанефрогенетичного ростка. Це високо злоякісна дизембріональна пухлина. Більшість авторів вважають, що морфологічним критерієм нефробластоми, з яких би тканин вона не складалася, є обов'язкова присутність в ній нефрогенної тканини в будь-якому варіанті її диференціювання. Але, не дивлячись на єдність поглядів на морфологічні критерії нефробластом, питання щодо їх гістогенезу не отримало повної відповіді до сьогоднішнього дня, хоча описи пухлини Вільмса існують вже понад 100 років. Гістологічна діагностика нефробластоми важка з огляду розмаїття морфологічної структури цієї пухлини. Тим паче, клініцисту потрібний вельми достеменний діагноз і правильна оцінка результатів.

Мета дослідження – встановити основні морфологічні характеристики неепітеліального компонента нефробластом різного ступеня катаплазії для забезпечення вірогідності та об'єктивності патогістологічного діагнозу і прогнозу.

Матеріал і методи. Морфологічно за допомогою забарвлення зрізів гематоксиліном та еозином, за Шабадашом, ван Гізоном, Массоном вивчено 9 випадків нефробластом у дітей віком від 2 місяців до 11 років, з них 7 випадків склав операційний матеріал і 2 – секційний прозектури Обласної дитячої клінічної лікарні міста Донецька за період з 2003 по 2007 роки. Нефробластоми з переважанням епітеліального компонента склали 4 випадки (44,4%), з переважанням неепітеліального компонента – 3 випадки (33,3%), а пухлини Вільмса з однаковим співвідношенням компонентів – 2 спостереження (22,2%). Статистична обробка одержаних даних виконувалась за допомогою програми Excel на комп'ютері OEM IBM PC/AT Pentium.

Результати та їхнє обговорення. Неепітеліальний компонент нефробластоми мозаїчний за мікроскопічною картиною і представлений тканинами мезенхімного походження різного ступеня катаплазії (G1-

G4). У ньому, як правило, окремо або в сукупності виявляються міксо-, ліпо-, фібро-, хондро-, остео-, нейро-, лейоміо- і рабдоміосаркоматозні структури. Така структура неепітеліального компонента нефробластоми дозволяє його розглядати як моно-, і полікомпонентну мезенхімному. До найчастіше виявлених тканин нефробластоми відносять структури м'язового походження – лейоміо- і рабдоміобластні, які займають досить великий питомий об'єм (до 70%). Ці дані свідчать про те, що м'язові елементи є найважливішими структурами нефробластоми, підтверджуючи її іншу назву – “аденоміокарциносаркома”. При зіставленні морфологічних характеристик міобластних структур із клінічним перебігом нефробластом, які містять у своєму складі м'язовий компонент, відзначено збільшення злоякісності пухлини Вільмса. Це пов'язано з вищою проліферативною активністю міобластних структур, їх здатністю до судинної інвазії в порівнянні з епітеліальними структурами при однаковому ступені диференціювання. Високий ступінь диференціювання м'язового компонента не може слугувати показником сприятливого прогнозу, тому що при дослідженні судинної інвазії неепітеліального компонента всіх спостережень нефробластом відзначено проростання G1 і G2 міобластних структур у лімфатичні і кровоносні судини. Максимальним злоякісним перебігом володіють нефробластоми, у складі яких містяться міобластні структури, що відповідають G3 і G4 ступеню катаплазії. Вони володіють найвищою проліферативною активністю і здатністю до судинної інвазії. З наших спостережень усі лейо- і рабдоміобластні варіанти, що відповідають G3 і G4, показували частішу інвазію в кровоносні судини, ніж у лімфатичні.

Висновки. Наявність неепітеліального компонента будь-якого ступеня диференціювання в нефробластомі є показником несприятливого перебігу захворювання.

**Романенко Л.А.**

#### **ВЛИЯНИЕ МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ГЛИАЛЬНЫХ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ФИЛАМЕНТОВ**

Днепропетровская государственная медицинская академия  
Днепропетровск, Украина

Целью исследования было определить изменения состава белков промежуточных филаментов в разных отделах головного мозга крыс, в зависимости от срока облучения.

Материалы и методы. Для исследования было использовано 30 крыс, которые были разделены на группы, в зависимости от срока облучения – 1 сутки, 1,2 и 3 недели, в том числе и контрольная группа. Рентгеновское облучение проводили на установке РУМ-17 в дозе 0,0129 Кл/кг. Головной мозг разделяли на отделы (кора больших полушарий, мозжечок, гипокамп), гомогенизировали, центрифугировали. Количество глиального фибриллярного кислого белка (ГФКБ) определяли с помощью ракетно-линейного электрофореза.

Результаты и их обсуждение. Под действием ионизирующего низкодозового излучения нами были определены достоверные изменения содержания ГФКБ во всех группах, подвергнутых облучению. Выраженность этих изменений выявляла зависимость от срока действия излучения. Характер этих изменений в исследуемых отделах головного мозга был одинаковый. Изменение содержания растворимой и кислой формы ГФКБ были независимыми друг от друга. Таким образом, однократное облучение в течение 7 суток вызывало снижение обеих фракций ГФКБ в гипокампе и мозжечке, в то время как в коре больших полушарий имело место повышение филаментной фракции в пределах 5-23%. Облучение на протяжении 14-21 суток сопровождалось возрастанием филаментной формы ГФКБ во исследуемых структурах мозга.

**Севумян К.Ю.  
Максименко А.О.**

#### **ЧИСЕЛЬНІСТЬ В-ЛІМФОЦИТІВ В ПЛАЦЕНТІ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНО ПЕРЕБІГАЮЧИЙ ВАГІТНОСТІ ТА ПРИ РЕЗУС-КОНФЛІКТІ**

Запорізький державний медичний університет  
Запоріжжя, Україна

Мета дослідження: Вивчити розподіл В-лімфоцитів в плаценті у породіль в нормі та при ізоантигенному конфлікті по резус-фактору.

Матеріали та методи. Було досліджено 15 плацент при нормальній доношеній вагітності (1 група – контрольна) і 12 плацент при доношеній вагітності, яка була ускладнена ізоімунним конфліктом по резус-фактору (2 група). З фіксованої у 10% розчині формаліну плаценти вирізали шматочки з центральної та крайової зони. Для оглядової мікроскопії парафінові напівтонкі зрізи фарбували гематоксиліном та еозином. Використовуючи морфометричну сітку Глаголева підраховували загальну кількість лімфоцитів в децидуальній тканині матки і в стромі ворсин хоріальної частини плаценти на умовну одиницю площі 10000мкм<sup>2</sup>. Для вивчення кількості та розподілу В-лімфоцитів (SBA<sup>+</sup>-лімфоцитів) ставили лектингісто-