

покрови в верхній половині туловища і на лице покриті сыпью папулезно-пустулезного характеру, с геморагічeskими корками. Маса печені – 2100 г. Селезенка щільна, пульпа темно-вишньового кольору, дає помірний сосок. Костний мозок темно-червоного кольору, с сіро-жовтими прошлойками. Бифуркаційні, забрюшинні, лімфоузлы ворот печені збільшені до 1-1,5 см. Результати гістологічного дослідження шкіри: паличкоподібний інфільтрат із атипічних лімфоїдних клітин в верхніх шарах шкіри. Обнаруженне збільшення печені, селезенки, лімфоузлов, миелоїдна гіперплазія костного мозку, дані гістологічного дослідження шкіри дозволили зробити припущення про гемобластоз. Було проведено імуногістохімічне дослідження, результат: процес відповідає Т – клітинній периферическій неспецифікованій лімфомі з переважним ураженням шкіри. Т-клітинна лейкоміческа інфільтрація костного мозку привела до угнетенню еритропоезу і миелопоезу, що проявилось анемією і зменшенням якості імунітету. Використання медикаментів обумовило приєднання кандидомікозу, ускладнившего загальне стан і збільшившего інтоксикацію. Генералізація лейкоміческою інфільтрації супроводжувалась паренхіматозною дистрофією печені, нирок, міокарда, с їх функціональною недостаточністю - непрямою причиною смерті. Має місце розходження клінічного і патологоанатомічного діагнозів, внаслідок об'єктивних труднощів діагностики і рідкості зустрічаємої патології, що підтверджує доцільність висвітлення даного випадку.

Сорокін Д.І.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТАДІЙНОСТІ ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Харківський державний медичний університет
Харків, Україна

Мета дослідження – визначити особливості морфофункціональної спроможності гіпертрофії серцевого м'язу лівого шлуночка серця у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням у порівнянні з пацієнтами які страждали на гіпертензію та не мали ознак ожиріння .

Матеріал дослідження – міокард лівого шлуночка серця від 25 померлих гіпертоніків з ожирінням (група ГБО) та 22 померлих, які за життя страждали гіпертензією, але не мали ознак ожиріння (група ГБ). Методи дослідження – гістологічні (забарвлення гематоксиліном та еозином, та по Сельє) та морфометричний з визначенням індексу морфофункціональної спроможності міокарда (ІМСМ) (В.П.Терещенко та ін., 2005). Ми обчислювали ІМСМ за формулою $ІМСМ = \frac{C}{НС} \cdot 100$, де С і НС –середні показники відносних об'ємів функціонально спроможних кардіоміоцитів (С), які не накопичують фуксинофільний субстрат, та функціонально неспроможних кардіоміоцитів (НС), котрі накопичують фуксинофільний субстрат. За даними В.П.Терещенко та ін. (2005) саме НС-кардіоміоцити перебувають в стадії необоротної альтерації.

Результати. Перш за все для того, щоб мати дані для підрахування вищевказаного індексу, ми визначали відносні об'єми основних структурних компонентів міокарда лівого шлуночка серця в групах порівняння. При цьому отримали такі результати. Відносний об'єм строми та судин склав у групі ГБ - $12,5 \pm 0,34\%$, тоді як у групі ГБО цей показник достовірно перевищив вищевказаний об'єм та склав $16,6 \pm 0,54\%$ ($P < 0,05$). Відносні об'єми функціонально спроможних кардіоміоцитів (С) також достовірно відрізнялися у групі ГБ та групі ГБО склавши відповідно $41,6 \pm 0,30\%$ проти $36,5 \pm 0,63\%$ ($P < 0,05$), тоді як відносні об'єми функціонально неспроможних кардіоміоцитів достовірно не відрізнялись та склали у групі ГБ $45,1 \pm 0,37\%$ та групі ГБО $46,9 \pm 0,72\%$. Незважаючи на це, ІМСМ лівого шлуночка серця у хворих групи ГБО був достовірно меншим у порівнянні з таким групи ГБ. Цей індекс у групі ГБО склав $0,77 \pm 0,023$, а у групі ГБ - $0,91 \pm 0,011$. В.П.Терещенко та співавтори (2005) дослідницьким шляхом встановили, що при значеннях ІМСМ менших за 1,0, слід діагностувати морфофункціональну неспроможність гіпертрофії міокарду, яка за нашими даними максимально виражена у групі померлих, які за життя страждали гіпертонічною хворобою та ожирінням.

Висновок. При поєднанні гіпертонічної хвороби з ожирінням, у міокарді лівого шлуночка серця формується гіпертрофія з ознаками більш виразної декомпенсації, в порівнянні з такою, що розвивається у хворих з гіпертензією без ожиріння.

Трофимець Д.О.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ МІОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

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

Пухлини грудної залози з міоепітеліальним диференціюванням включають досить широкий спектр новоутворень, починаючи від доброякісних, закінчуючи високо злоякісними. Потенційно злоякісні та