

СІМЕЙНИЙ ПОЛІПОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ В ПОЄДНАННІ З МНОЖИННИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ СТРОМАЛЬНИМИ ПУХЛИНАМИ У ЖІНКИ 23-Х РОКІВ

Варивода О.Ю., Прецель О.О., Серветник М.І., Поспішіль Ю.О.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

Вступ: сімейний дифузний поліпоз (аденоматоз) - важке захворювання товстої кишки, що успадковується за аутосомно-домінантним типом і характеризується появою в ранньому віці великої кількості аденом в ободової і прямої кишках. Захворювання характеризується прогресуючим перебігом з обов'язковою зляканою трансформацією (так званий облігатний предрак).

Мета: проаналізувати патоморфологічні зміни у випадку поєднання сімейного поліпозу з множинними гастроінтестинальними пухлинами у жінки віком 23 роки.

Матеріали і методи: клінічний аналіз випадку проведено на підставі вивчення медичної карти стаціонарного хворого та даних амбулаторної карти хворого. Гістологічне дослідження операційного матеріалу виконано із використанням стандартного забарвлення гематоксилін-еозином

Результати дослідження: З анамнезу відомо, що вперше дифузний сімейний поліпоз виявлено в 2008 році. Діагноз підтверджено ендоскопічно, гістологічно та результатами молекулярно-генетичного дослідження. 01.10.2013р. хвора поступила на стаціонарне лікування у Львівську обласну клінічну лікарню у зв'язку з прогресуючим збільшенням розмірів поліпів товстої кишки. Виконано оперативне втручання в об'ємі тотальної колонектомії, наданальної резекції прямої кишки з ілеоанальним резервуарним S-подібним анастомозом, накладено ілеостому. Результат гістологічного дослідження операційного матеріалу – аденоматоз товстої кишки з переважанням дрібних залозистих поліпів; у трьох тубуло-папілярних аденомах виявлено ознаки дисплазії важкого ступеня. Через три місяці пацієнтка знову шпиталізовано в ЛОКЛ з клінікою тонкокишкової непрохідності. Ургентно виконано операцію: лапаротомію, роз'єднання зростів, резекція тонкої кишки з анастомозом. На гістологічне дослідження надіслано приблизно 80 см тонкої кишки з ексцентричним потовщенням стінки та звуженням просвіту (місцями до 2х мм) в центральній частині видаленого фрагменту, за рахунок щільного, біляво-рожевого округлого утвору з трансмуральним поширенням. Слизова оболонка і зоні утвору – з нерівномірно згладженим рельєфом, блискуча, блідо-рожева, з множинними крапковими геморагіями та дрібними ерозивними дефектами. В товщі брижі виявлено м'які, збільшені мезентеріальні лімфатичні вузли, на розрізі – однорідні, сіро-білі.

За результатами патогістологічного дослідження – гастро-інтестинальна стромальна пухлина, морфологічно доброякісна, з ознаками мультицентричного росту та виразкуванням; в лімфатичних вузлах – синусовий гістіоцитоз.

Висновок: особливістю даного випадку є поєднання в однієї пацієнтки сімейного поліпозу товстої кишки з множинними гастроінтестинальними стромальними пухлинами тонкої кишки.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕЛЕКТРОННО-МІКРОСКОПІЧНИХ ЗМІН В ТОНКІЙ КИШЦІ В ПІЗНІ СТАДІЇ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЛАКТОПРОТЕЇНУ З СОРБИТОЛОМ ТА НАЕС-LX-5%

Галунко Г.М., Гаврилук А.О.
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

У зв'язку зі спадом розвитку промисловості в Україні в період з 2001 по 2006 частота опіків зменшилась на 46 %, однак, важкість термічних уражень значно зросла. Найчастіше термічний травматизм відбувається у промислових районах України (Донецька область – 26,4; Запорізька – 24,3; Луганська – 24,1 на 10 тисяч населення). Дві третини всіх випадків опікової травми (ОТ) відбуваються у побуті. Летальність у дорослих з опіковою травмою за останніх 14 років зросла з 0,6 % у 1991р. до 1,8 % у 2005р.

Проблема інфузійної терапії умовах опікової хвороби до кінця не вирішена. Державний фармацевтичний ринок насичений коштовними інфузійними розчинами закордонного виробництва, які є не завжди ефективними та безпечними. Саме тому, сьогодні в країні існує дефіцит сучасних кровозамінників українського виробництва.

Метою нашого дослідження встановлення морфологічних особливостей тонкої кишки щурів у пізні терміни опікової хвороби, а саме на 14-ту, 21-у та 30-ту добу після термічного опіку та при корекції їх Лактопротеїн з сорбітолом та НАЕС-LX-5%.