

дення ксенобіотиків відмічаються адаптаційні зміни до кінця 1 і 2 тиж. відновного періоду та зрив адаптації на кінець експерименту.

ІНДЕКС ГІСТОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА ГІСТОЛОГІЧНИЙ ІНДЕКС СКЛЕРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ В ТА АЛКОГОЛЬНОМУ ГЕПАТИТІ

З.Я.Гурик

Івано-Франківський державний медичний університет
Оскільки клінічна картина і біохімічні проби печінки (Пч) при хронічних гепатитах не завжди дають можливість правильно оцінити активність процесу і стадію захворювання, доцільним є морфологічне дослідження тканини Пч із застосуванням пункційної біопсії. Мета дослідження – вивчити морфологічну картину Пч при хронічному вірусному гепатиті В (ХВГ В) та хронічному алкогольному гепатиті (ХАГ) з визначенням ступеня активності процесу і гістологічного індексу склерозу Пч. Досліджені біоптати Пч у 28 хворих на ХВГ В, діагноз в яких підтверджений лабораторно, і у 20 хворих на ХАГ, в анамнезі яких зловживання алкоголем в дозі не менше 50 г/д протягом п’яти і більше років. Тканину Пч для гістологічного дослідження отримували шляхом пункційної і лапароскопічної біопсії. Матеріал фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, проводили за загальноприйнятими методиками. Парафінові зрізи товщиною 5-7 мкм забарвлювали гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за методом Ван-Гізона, орсеїном за методом Шиката. У гістологічних препаратах визначали індекс гістологічної активності запального процесу в печінковій тканині (ІГА) за методом R.G.Knodell et al. та гістологічний індекс склерозу Пч за методом V.J.Demset et al. При визначенні ступеня гістологічної активності виявлено, що у хворих на ХВГ В вона вища, ніж у хворих на ХАГ. У хворих на ХВГ В висока активність процесу спостерігалася у 7,1% хворих, тоді як при ХАГ висока активність не відмічалася; помірна активність при ХВГ В становила 57,2%, при ХАГ – 30%; низька активність при ХАГ спостерігалася у половини хворих, а при ХВГ В – у чверті хворих. Визначення ступеня фіброзу Пч показало, що він більше виражений у хворих на ХАГ. При ХАГ у 10% знайдений цироз, при ХВГ В – у 3,6%; виражений склероз – відповідно у 30% і 21,5%, помірний – у 45% та 35,7%. У 7,1% хворих на ХВГ В склероз відсутній, чого не спостерігалася при ХАГ.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІДКЛАДЕНЬ СОЛЕЙ КАЛЬЦІЮ В ПЛАЦЕНТІ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНІЙ ВАГІТНОСТІ

І.С.Давиденко, М.С.Крилюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Більшість відкладень кальцію (ВК) чітко візуалізуються під мікроскопом при оглядовому забарвленні гематок-

силіном і еозином як темно-фіолетові ділянки різної форми та розмірів. Однак такі ж морфологічні властивості в плаценті можуть мати інші об’єкти, зокрема, ділянки фізіологічних накопичень деградованого клітинного матеріалу (з концентрацією клітинних ядер з явищами каріопікнозу чи каріорексису), скупчення бактерій чи мікроскопічних грибків, деякі сторонні тіла. Тому для надійної мікроскопічної верифікації ВК застосовують адекватні гістохімічні методи. На 28 спостереженнях фізіологічної вагітності (термін гестації 37-40 тиж., пологи природні) використано методику з алізариновим червоним за Mc Gee-Russel та власну методику діагностики ВК з застосуванням інфрачервоної мікроскопії. У результаті проведених досліджень встановлено, що ВК в плаценті при фізіологічній вагітності мають різну локалізацію та морфологічні властивості. Дрібні (0,25-1 мкм) пілоподібні кальцифікати як окремі об’єкти або як розріджені скупчення трапляються на поверхні синцитіотрофобласта, рідше – у його цитоплазмі, у субепітеліальній базальній мембрані, зрідка – у стромі хоріальних ворсин (здебільшого це стосується стовбурових ворсин, зокрема, їх якірних варіантів). Кальцифікати середніх розмірів (15-30 мкм), здебільшого круглястої форми, високої оптичної щільності, визначаються в інтервільозному фібриноїді. Великі кальцифікати, як правило, неправильної форми, меншої оптичної щільності, виявляють переважно у базальній пластинці (переважно у її фібриноїді) та інтеркотиледонних септах (переважно також у фібриноїді). У смугах фібриноїду Рора та Лангханса кальцифікати трапляються лише в окремих спостереженнях.

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ГАЛЬМУВАННЯ ВІДЦЕНТРОВОГО РОСТУ ЕКСТРАХОРИАЛЬНИХ ПЛАЦЕНТ

І.С.Давиденко, О.А.Тюленєва

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Однією з поширених гіпотез виникнення екстрахоріальних плацент (ЕХП) є гіпотеза про маргінальне часткове відшарування плаценти від поверхні матки з наступною швидкою його самоліквідацією. Проміжок між відшаруванням та його самоліквідацією, як правило, триває кілька десятків хвилин, іноді – до 1-3-х годин, тому задокументувати його вдається зрідка. Наслідком такого часткового відшарування є не тільки утворення ЕХП з характерними ознаками її форми, але й різке гальмування відцентрового росту органа, що призводить до формування плаценти з порівняно малою площею найбільшого перерізу і тому має значення у розвитку плацентарної недостатності. Досліджено 16 випадків ЕХП за допомогою шодвотижневого ультрасонографічного вимірювання площі найбільшого перерізу органа, починаючи з 28-го тижня вагітності. Встановлено, що у 12 спостереженнях (75%) різке гальмування відцентрового росту плаценти відбувалося у проміжок гестації 30-32 тиж., у 4