

морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні методи дослідження плаценти.

Мета. Гістохімічним методом встановити кількісні характеристики обмеженого протеолізу та окиснювальної модифікації білків у трофобласті та ендотелії хоріальних ворсинок плаценти при різних видах плацентиту.

Результати дослідження та їх обговорення. Так, у трофобласті, згідно із середніми величинами оптичної густини специфічного забарвлення на вільні аміногрупи білків за методом А. Yasuma та Т. Ichikava, найбільш інтенсивно обмежений протеоліз зростає при гострому вілузиті з інтервілузитом та при гострому базальному децидуїті. Менш помітно, хоча й високовірогідно, обмежений протеоліз зростає при гострих формах плацентарного та паріетального хоріонамніоніту, хронічному плацентарному хоріонамніоніті, при хронічному базальному децидуїті, тоді, коли при хронічному паріетальному хоріонамніоніті та гострому фунікуліті вірогідних розбіжностей з фізіологічною вагітністю не встановлено. Згідно з коефіцієнтом R/V при специфічному забарвленні на кислі та основні білки за методом Mickel-Kalvo в трофобласті процеси ОМБ найбільш інтенсивно виражені при гострих формах плацентарного хоріонамніоніту, базального децидуїту, гострого вілузиту та інтервілузиту. Не так сильно процеси ОМБ зростають при гострому паріетальному хоріонамніоніті, хронічних формах плацентарного та паріетального хоріонамніонітів, хронічному базальному децидуїті. При гострому фунікуліті вірогідних розбіжностей з фізіологічною вагітністю не виявлено. В ендотелії хоріальних ворсинок найбільш інтенсивно обмежений протеоліз зростає при гострому вілузиті з інтервілузитом та при гострому фунікуліті. Не так виражено обмежений протеоліз зростає при гострих та хронічних формах плацентарного і паріетального хоріонамніоніту, не змінюється обмежений протеоліз в ендотелії хоріальних ворсинок при базальних децидуїтах. Аналогічні тенденції відмічені для ендотелію хоріальних ворсинок щодо процесів ОМБ з тією відмінністю, що ендотелій більш сильно зреагував при гострих формах хоріонамніоніту порівняно з хронічними формами хоріонамніоніту.

Висновок. Згідно з гістохімічним дослідженням у трофобласті та ендотелії хоріальних ворсинок плаценти процеси обмеженого протеолізу та окиснювальної модифікації білків виражені по різному. Це дозволяє застосовувати отримані дані для диференційної діагностики різних форм плацентиту.

УДК 618.17:612.6.058

М. А. Щуцький, К. А. Владиченко
СИНДРОМ ФЕМІНІЗУЮЧИХ ЯЄЧОК

Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник – доктор медичних наук, професор О. С. Федорук)

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна.

Актуальність. Синдром фемінізуючих яєчок – аномалія розвитку в осіб з чоловічим каріотипом (46XY) і жіночим фенотипом. У таких пацієнтів зовнішні статеві органи розвинуті по жіночому типу, але в них відсутня матка, маткові труби, вагіна недорозвинута та закінчується сліпо.

Сім'яники можуть розміщуватись в товщі великих соромітних губ, у пахових каналах або в черевній порожнині. Вони продукують нормальну кількість андрогенів і підвищену кількість естрогенів. Зазвичай синдром фемінізуючих яєчок (СФЯ) розділяють на дві клінічні підгрупи, зважаючи на генітальний фенотип: 1) повна форма синдрому, 2) неповна форма синдрому.

СФЯ є зчепленою з X-хромосою ознакою. У процесі ембріогенезу в цих осіб під впливом Y-хромосоми гонади диференціюються як яєчка, які секретують тестостерон і речовину, що інгібує розвиток протоки Міллера. Проте через дефект гена андрогенних рецепторів, відсутня чутливість до тестостерону і дигідротестостерону, відповідальних за формування чоловічого фенотипу (чоловічої уретри, передміхурової залози, статевого члена і мошонки). Таким чином, закономірно формується жіночий фенотип за відсутності похідних Міллера проток (маткових труб, матки і верхньої третини піхви). Дорослі хворі відрізняються жіночою статуєю з добре розвиненими молочними залозами, незначним лобковим і паховим оволосінням, відсутністю внутрішніх статевих органів і —вагінальним мішком, який закінчується сліпо. Глибина піхви може варіювати від нормальної або вкороченої, аж до наявності вагінальної заглибини (—ямки) глибиною 1-2 см. Неповний варіант схожий на повну форму СТФ за винятком ознак маскулізації (вірилізації) зовнішніх статевих органів і наявністю статевого оволосіння.

Опис клінічного випадку СТФ. Пацієнтка 1981 року народження, перебувала на лікуванні в ендурологічному центрі лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Діагноз: Тестикулярна фемінізація 46XY. Хронічний двобічний орхіепідидиміт, стадія ремісії. При госпіталізації – скарги на біль у пахових ділянках з обох боків, наявність утворень круглястої форми в пахових ділянках. Аномалію розвитку діагностовано у 18 років. Об'єктивно: хвора пониженої вгодованості, астеничної тілобудови, молочні залози недорозвинуті. В обох пахових ділянках пальпуються пухлиноподібні круглясті утворення розміром 3×3 см, м'яко-еластичної консистенції, помірно болючі. За даними ультразвукового дослідження, матка та придатки не візуалізуються, у пахових ділянках визначаються яєчка: ліве – 43×33 мм, розташоване дещо нижче; праве – 36×21 мм. Зовнішні статеві органи за жіночим типом, клітор гіпертрофований. Проведено оперативне втручання: двобічна орхіепідидимектомія. Рекомендовано: консультація гінеколога з подальшою корекцією естрогенів. Гістологічний висновок: препарат представлений паренхімою яєчка з вогнищевою лімфоцитарною інфільтрацією та дистрофією епітелію каналців.

Висновок. Своєчасна діагностика синдрому тестикулярної фемінізації в допубертатному віці дає змогу проводити динамічне спостереження та поетапно

планово проводити лікування. При ознаках малігнізації яєчок або надмірної маскулінізації рекомендована двобічна орхектомія з корекцією гормонального статусу.

Т. І. Георгіян, О. І. Петришен, Н. П. Королюк*****
ЛАЗЕРНО-ПОЛЯРИМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН ЖІНОЧОЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ
ЗА УМОВ НОРМИ ТА ПАТОЛОГІЇ

Акушерсько-гінекологічне відділення об'єднане,

***Кафедра гістології, цитології та ембріології,*

****Хмельницький обласний перинатальний центр,*

(науковий керівник – доктор медичних наук, професор Т. М. Бойчук)

Красилівська центральна районна лікарня, м. Красилів, Україна

***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна*

****Хмельницька обласна клінічна лікарня, м. Хмельницький, Україна*

Актуальність. За останні роки сформувалася думка, згідно якої всі типи біологічних структур розглядаються як сукупність оптично одновісних двопротенезаломлюючих протеїнових фібрил. Носіями інформації про їх властивості стають характеристики випромінювання поля розсіяного неоднорідними біологічними шарами. У діагностиці будови таких структур стає вивчення явища розсіяння.

Метод, що заснований на універсальному описуванні поляризації світлових пучків параметричними вектора Стокса та моделюванні матричними операторами оптичних властивостей біологічних об'єктів і середовищ на сьогоднішній день є одним із найбільших універсальних та інформаційних діагностичних методів. Саме це, дає можливість ранньої діагностики та диференціації гістологічної будови біологічних тканин за умов того чи іншого захворювання.

Мета дослідження. Дослідити структурну організацію біологічних тканин жіночої статеві системи в нормі та за умов їх морфологічної перебудови під час розвитку патологічних станів.

Матеріали та методи. Вивчалися біопсійні матеріали фізіологічно здорових та патологічно змінених (доброякісні та злоякісні новоутворення) біологічних тканин органів жіночої статеві системи. Усі зразки було розділено на три основні групи, а саме: I група – тканини стінки матки без явищ розвитку патологічних змін, II група – біологічні тканини з морфологічними ознаками фіброміоми, III група – біологічні тканини з ознаками аденокарциноми.

Результати дослідження. З оптичної точки зору патологічні зміни зазначених типів тканин жіночої репродуктивної сфери відповідають різним змінам орієнтаційно-фазової будови позаклітинної матриці, що утворена багатшаровими сітками двопротенезаломлюючих оптично одноосновних фібрил.