

Среди сочетаний кист чаще определялись сочетания серозной и фолликулярной кист (6 случаев), лютеиновой и фолликулярной (4 случая), а также лютеиновой и серозной (2 случая). Средние размеры кистозных образований составили: 3,21± 1,03 см – для лютеиновых, 3,47±1,37 см – серозных, 2,25±0,82 – фолликулярных, 5,09± 2,3 см – эндометриоидных, 5,69± 2,56 см – дермоидных кист, 6,5±2,8 см – муцинозной цистаденомы, 8,3±4,5 см – серозной цистаденомы. В 59 (41,8%) случаях кисты локализовались в левом яичнике, в 67 (47,5%) – в правом. Двусторонние поражения отмечались в 15 (10,6%) случаях.

**Выводы.** Таким образом, кистозные образования яичников чаще встречались в репродуктивном возрасте. Основную группу составили опухолевидные образования, преобладающими из которых были лютеиновые кисты. В группе доброкачественных опухолей преобладала зрелая кистозная тератома.

## РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Сытый А.А., Ракович Д.Ю., Горенюк К.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – ассист. Кардаш Н.А.

**Актуальность.** В нынешнее время женщины очень часто отодвигают здоровье на второй план. В спешке и заботах они часто забывают проводить простейшие манипуляции, такие как самообследование молочных желез. Данное исследование несложно и быстро, что дало повод считать его ведущей методикой скрининга большинства заболеваний молочной железы, а особенно такого грозного заболевания как рак. К сожалению, реальных способов предотвратить возникновение рака молочной железы нет, так как это мультифакториальное заболевание. Однако если он распознан в доклиническом периоде при размерах опухоли до 1 см<sup>3</sup>, когда вероятность метастазов мала, то можно вылечить большинство пациентов [1].

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования стал операционный материал пациентов, страдающих раком молочной железы, за 2012-2014 гг. из архива учреждения здравоохранения «Гродненское областное патологоанатомическое бюро».

**Результаты исследования.** За период 2012–2014 гг. в онкологической лаборатории было зарегистрировано 983 обращения к онкологу с заболеваниями молочной железы. Доминирующим заболеванием, в 696 (71%) случаях, составил рак. К тому же, в 9 (1,3%) наблюдениях рак грудной железы был выявлен у мужчин. Средний возраст больных составил 57 лет. При исследовании в 316 (45,7%) случаях опухоль поражала левую молочную железу, в 266 (38%) – правую и 114 (16,4%) – обе. В зависимости от макроскопической формы в 663 (95,3%) наблюдениях был выявлен узловатый рак, в 33 (4,7%) – диффузный. Среди микроскопических форм в 637 (91,5%) случаях преобладал инфильтрирующий протоковый рак, в 59 (8,5%) - инфильтрирующий дольковый. При этом в зависимости от степени дифференцировки у 23 (3,3%) наблюдениях выявлен высокодифференцированный (G1) рак, 377 (54,2%) – умеренно - дифференцированный (G2), 285 (40,9%) – низкодифференцированный (G3), недифференцированный – 11 (1,6%).

В большинстве случаев было проведено иммуногистохимическое исследование для определения в опухоли ряда факторов, которые связаны с прогнозом заболевания и ответом на лечение. К таким факторам относятся: рецепторы к эстрогенам (ER), рецепторы к прогестерону (PR), маркер активности опухоли (Ki-67), HER-2- определяет чувствительность опухоли к герцептину. Наличие в опухоли рецепторов к эстрогенам и прогестерону связано с лучшим прогнозом по отношению к опухоли, которые не содержат данные рецепторы. При исследовании ER в 240 случаях – «0», 54 – «+», 209 – «++», 164 – «+++». При определении рецепторов к PR, в 268 наблюдениях – «0», 26 – «+», 150 – «++», 230 – «+++». Гиперэкспрессия HER-2 фактора ассоциируется с плохим прогнозом при наличии метастазов опухоли в регионарных лимфатических узлах [1]. В нашем исследовании в 104 наблюдениях – «0», 366 – «+», 23 – «++», 180 – «+++». Также при оценке Ki-67 менее 15% опухоль считается менее

агрессивной, если более 30% - высоко агрессивной. При исследовании в 152 случаях Ki-67 было менее 15%, 96 - более 30%.

**Выводы.** Рак молочной железы неумолимо, из года в год, поражает все больше и больше женщин. Это крайне агрессивная опухоль, которая очень рано метастазирует и часто рецидивирует. По сей день, при наличии огромного множества диагностических процедур, которые способны выявить рак даже на самых ранних стадиях, большинство пациентов поступает уже на поздних стадиях, что значительно снижает эффект от проводимой терапии и увеличивает летальность от данной патологии.

#### **Литература:**

1. Ringash J. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer // Can. Med. Assoc. J. – 2001. – Vol. 164, N 4. – P. 469–476.

### **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ**

Трушко О.А., Дмитриева А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – ассист. Бутолина К.М.

Краниофарингиомы составляют до 4% внутричерепных опухолей. Глубокое расположение вблизи жизненно важных структур, многообразие топографо-анатомических вариантов определяют значительную сложность хирургического лечения этих новообразований. Отсутствие оптимальной тактики лечения краниофарингиом в связи со сложностью её тотального удаления отражается на качестве последующей жизни больного, частоте послеоперационных осложнений и рецидивов опухоли. Послеоперационная летальность составляет 5-10 %, а, по данным некоторых авторов, до 17,7%.

**Цель исследования:** проанализировать случай смерти от краниофарингиомы.

**Материал и методы.** Материалом для исследования явились данные протокола патологоанатомического вскрытия из архива УЗ «ГОПАБ».

**Результаты.** Приводим анализ случая смерти пациентки Г., 62 лет, страдавшей краниофарингиомой. Пациентка переведена из РНПЦ «Неврологии и нейрохирургии» на 7-е сутки после эндоскопического трансназального удаления краниофарингиомы. При поступлении в стационар предъявляла жалобы на умеренную общую слабость и нарушение зрения. На протяжении года до оперативного вмешательства ее беспокоили периодические головные боли, снижение зрения на оба глаза, больше слева. Страдала ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, однако постоянного лечения по поводу этих заболеваний не получала.

Среди объективных данных отмечены следующие: общее состояние средней степени тяжести, в сознании, дезориентирована во времени, парезов нет, менингеальные симптомы отрицательные, счет пальцев у глаз, атрофия зрительных нервов обоих глаз (окулист), признаков ликвореи нет (ЛОР). МРТ выполнить не удалось из-за неадекватного поведения больной. Результаты лабораторных исследований в норме. Проводилось симптоматическое лечение ретинопротекторами, ноотропными и противовоспалительными препаратами, антибиотиками. На 3-и сутки пребывания в стационаре состояние больной резко ухудшилось и наступила смерть. Труп умершей был направлен на вскрытие с заключительным клиническим диагнозом: кистозное образование селлярной области (краниофарингиома?). Кровоизлияние в ложе опухоли? Острая легочно-сердечная недостаточность. Тромбоэмболия легочной артерии? ИБС. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов. АГ. Н1. Двусторонняя нижнедолевая пневмония?

При вскрытии полости черепа в области гипофиза определялось желеобразное кистозное образование с кровоизлияниями и тромбом длиной 2 см диаметром 0,3 см, а также массивные некрозы гипофиза и прилежащего вещества головного мозга. При гистологическом исследовании опухолевая ткань была представлена адвантиноматозной краниофарин-