

Материалы и методы исследования. Исследован операционный материал 72 пациентов (29 мужчин и 43 женщин) в возрасте от 37 до 81 лет с гистологически верифицированным раком толстой кишки. Исследование проводили на парафиновых срезах толщиной 3–4 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином, иммуногистохимическое - выполнено с использованием мышиных моноклональных антител к Erk2 (ab72096) в разведении 1:100 по стандартной методике. Оценку уровня экспрессии проводили $\times 20$ увеличением объектива в 5 полях зрения, так называемых «hot-spot». Для оценки уровня экспрессии была использована шкала Remmele-Stegner. Статистический анализ проводили с использованием STATISTICA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Результаты и их обсуждение. Наличие регионарных метастазов отмечено у 44 пациентов (61,1%). При этом N1 был выставлен в 33 случаях, а N2 в 11, соответственно. На момент постановки диагноза у 12 пациентов (16,6%) имелись гематогенные метастазы, у семерых (58,3%) из них в течение 5 лет появились новые. У 24 пациентов (33,33%) с течением времени возникли рецидивы, при этом у половины из них в течение первых двух лет после оперативного лечения, у остальных в течение пяти лет. В среднем рецидивировали опухоли через 2,24 года (1,75-3,43). За период наблюдения (до 31.12.2012) умерло 39 пациентов (54,17%), при этом 30 из них – в течение первых 5 лет. Средняя продолжительность жизни пациентов после постановки диагноза составила 3,37 года (2,10-4,79). Экспрессия ERK2 в опухоли выше, чем в ее микроокружении. Результаты наших исследований не выявили статистически значимых различий в экспрессии Erk в опухоли в зависимости от показателей pN и pM. В группе пациентов с рецидивами в анамнезе количество позитивно окрашенных клеток меньше, чем без рецидива ($p=0,05$). Также была обнаружена тенденция увеличения количества позитивно экспрессирующих клеток в микроокружении опухоли у пациентов, не перешагнувших 5-летний рубеж выживаемости ($p=0,07$).

Выводы. Экспрессия ERK2 в РТК не позволяет однозначно предопределить течение заболевания, в связи с этим представляет большой интерес исследование его экспрессии в перитуморозной зоне и краях резекции. Возможно, полученные результаты позволят спрогнозировать течение заболевания.

Литература:

1. Moustakas A., Heldin C.-H. Signaling networks guiding epithelial-mesenchymal transitions during embryogenesis and cancer progression // Cancer Sci. 2007. Vol. 98. P. 1512–1520.
2. Fang JY, Richardson BC: The MAPK signalling pathways and colorectal cancer. Lancet Oncol 2005, 6:322-327.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ЖИТЕЛЬНИЦ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Равданович А.Ю., Шульга А.В., Косцова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Басинский В.А.

Вопросы происхождения овариальных карцином и их связь с доброкачественными и пограничными новообразованиями остаются предметом активного обсуждения. В то время как одни авторы демонстрируют ранние предопу-

холевые морфологические изменения в профилактически удаленных и противоположных яичниках, а также в поверхностном эпителии, прилежащем к карциноме другие исследователи не подтверждают эти наблюдения. При этом затрудненность ранней диагностики, быстрый рост, раннее имплантационное метастазирование дает основание считать рак яичников (РЯ) одной из наиболее злокачественных опухолей с крайне неблагоприятным прогнозом. Именно поэтому, одной из актуальных задач остается объективизация прогноза заболевания, позволяющая вносить коррективу в проводимое лечение.

Целью исследования явилось клинико-морфологическое исследование опухолей яичников различного гистологического строения и степени дифференцировки

Материалы и методы. Исследование выполнено на архивном гистологическом материале 100 больных, оперированных по поводу различных новообразований яичников в 2008–2012 гг. Клинические данные о больных получены из медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) и канцер-регистра. Кроме гистологической структуры (ВОЗ, 2003) и степени дифференцировки (G) опухолей учитывали соотношение паренхиматозного и стромального компонентов, площадь спонтанных некрозов и кровоизлияний, выраженность и локализацию лейкоцитарной инфильтрации, плотность микрососудистого компонента, инвазию в кровеносные сосуды.

Результаты. При морфологическом исследовании было выявлено 63 случая злокачественных карцином, 15 и 22 пограничных опухолей и доброкачественных опухолей, соответственно. Наиболее частым гистологическим типом РЯ был серозный (44), в 8 наблюдениях выявлена эндометриоидная аденокарцинома, в 10 – муцинозный вариант, а в 1 – светлоклеточный рак. Пограничные опухоли были представлены 10 муцинозными и 5 серозными опухолями. Было выявлено 14 серозных и 8 случаев муцинозных цистаденом, соответственно. При этом в 15 наблюдениях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 28 – к G2, а в 20 – к G3. Первая стадия, согласно классификации FIGO, была установлена у 8 женщин, вторая – у 12, а генерализация процесса наблюдалась в 43 случаях (третья стадия – 38, четвертая – 5). При муцинозном и эндометриоидном варианте рака преобладал G1, а серозный и светлоклеточный вариант чаще были умеренно- и низкодифференцированные. Односторонняя локализация процесса преобладала при муцинозной аденокарциноме (в 84% случаев) и эндометриоидном раке. Чаще метастазы локализовались в большом сальнике (53, 3%), других лимфатических узлах (42 %), маточных трубах (14,4%), печени (12,2%), матке (11,1%), плевре и легком (3,3%), стенке кишки (12,3%). С интенсивностью метастазирования коррелировала степень дифференцировки рака, так в опухолях с G1 метастазы выявлены в 47% наблюдений, при G2 – в 66%, а G3 – 78% наблюдений. Обнаружена прямая корреляционная связь между наличием некрозов в первичной серозной опухоли и возрастом больных на момент постановки диагноза при III–IV стадиях процесса ($p < 0,05$). В первичных эндометриоидных опухолях меньшая площадь стромы была ассоциирована с ростом метастатического потенциала ($p < 0,05$).

Проведенный анализ свидетельствует о том, что изученные классические морфологические характеристики во многих случаях не позволяют с достаточной надежностью предсказать агрессивность течения овариальной кар-

циномы. Это диктует необходимость оценки прогностической значимости других морфологических параметров, в том числе определяемых с помощью иммуногистохимических методов.

МОЧЕВИНА – КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.

Раровская Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
вторая кафедра внутренних болезней
Научный руководитель – ассистент Божко Е.Н.

Цирроз печени – хроническое прогрессирующее заболевание с выраженными в различной степени признаками функциональной недостаточности печени. Мочевина – это вещество, представляющее собой диамид угольной кислоты и образующееся в печени. При тяжелой патологии печени и нарушениях обмена веществ сниженный метаболизм аминокислот ведет к снижению уровня мочевины. В норме содержание мочевины в сыворотке крови колеблется от 2,5 до 8,3 ммоль/л.

Цель работы: разработка и усовершенствование методов прогнозирования особенностей течения и исходов циррозов печени на основе изучения изменений содержания мочевины в сыворотке крови.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 113 пациентов с диагнозом цирроз печени в возрасте от 20 до 89 лет, проходившие лечение в отделении гастроэнтерологии УЗ» Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в 2013 – 2014 гг. Диагноз цирроза печени был выставлен на основании анамнеза, объективных данных, ультразвукового исследования печени, фиброгастроудоденоскопии, биохимического исследования крови (билирубин и его фракции, печёночные ферменты, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин, холестерин, мочевина и креатинин, маркёры вирусных гепатитов). Все пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от стадии заболевания. Первая группа – пациенты в стадии компенсации цирроза печени (класс А по Child – Pugh) – составили 2 человека, среди данной группы с алкогольным циррозом печени.

Вторая группа - пациенты в стадии субкомпенсации цирроза печени (класс В) – составили 35 человек (алкогольный - 18, вирусный – 10, смешанный - 7).

Третья группа - пациенты в стадии декомпенсации цирроза печени (класс С) – составили 76 человек (алкогольный - 50, вирусный – 14, смешанный - 12).

Результаты. В результате исследования выявлено, что у пациентов первой группы при компенсированной функциональной недостаточности печени наблюдаются нормальные показатели уровня мочевины и в среднем составляет 6.7 ± 2.1 ммоль/л. У пациентов второй группы при субкомпенсированной функциональной недостаточности печени наблюдается снижение показателей уровня мочевины и в среднем составляет 2.6 ± 0.5 ммоль/л. Нами отмечено, что в данной группе после проведения адекватной гепатопротекторной и дезинтоксикационной терапии и улучшения биохимических показа-