

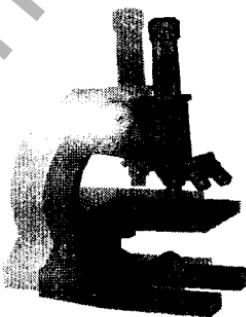
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОМЕЛЬСКОЕ ОБЛАСТНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО»**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
МОРФОЛОГИИ**

**Материалы научно-практической конференции
с международным участием памяти профессора
Олега Анатольевича Голубева
(Гомель, 4–5 мая 2009 года)**



**Гомель
ГГМУ
2009**

Губернатор
Министр здравоохранения
с почетом
Олег Геннадьевич Голубев

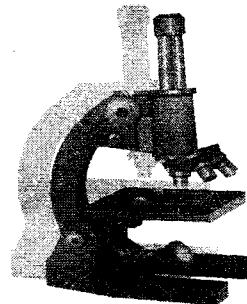
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОМЕЛЬСКОЕ ОБЛАСТНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МОРФОЛОГИИ

Материалы научно-практической конференции
с международным участием памяти профессора
Олега Анатольевича Голубева
(Гомель, 4–5 мая 2009 года)



Гомель
ГГМУ
2009

УДК 616-091 : 576.3

Представлены материалы докладов научно-практической конференции с международным участием памяти профессора Олега Анатольевича Голубева.

Сборник посвящен актуальным вопросом экспериментальной и клинической морфологии.

Предназначен для врачей-патологоанатомов, судебных экспертов, онкологов, инфекционистов, невропатологов, терапевтов и врачей других специальностей, а также студентов медицинских вузов.

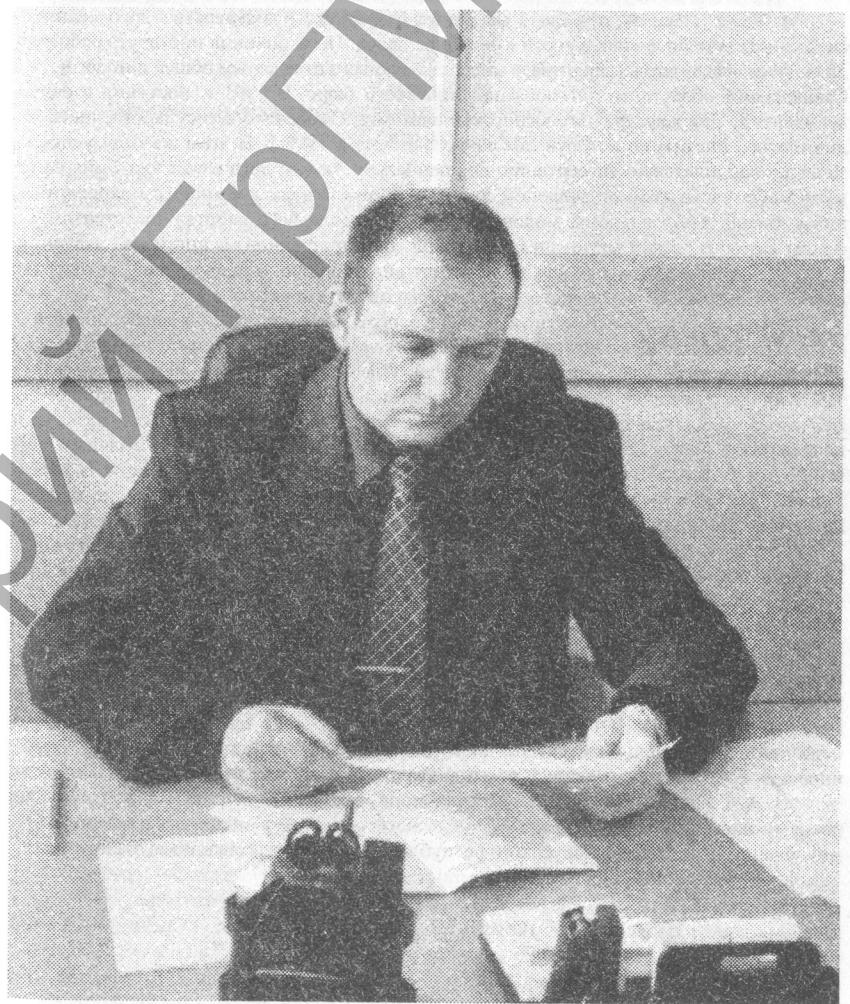
Редакционная коллегия: А. Н. Лызиков — доктор медицинских наук, профессор, ректор; В. П. Ситников — доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе; А. Л. Калинин — д.м.н. доцент факультета медико-диагностического факультета; В. Я. Латышева — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации и психиатрии; Е. И. Барановская — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии; Э. С. Питкевич — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой нормальной физиологии; Т. М. Шаршакова — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; С. Н. Бордак — кандидат филологических наук доцент, зав. кафедрой общественно-гуманитарных наук; В. Н. Бортновский — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; З. А. Дундаров — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 с курсом детской хирургии; И.А. Новикова — доктор медицинских наук доцент, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики; Т. С. Угольник — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой патологической физиологии, Г. И. Вергейчик — кандидат медицинских наук, зав. отделом научно-медицинской информации.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор А. И. Грицук, кандидат медицинских наук, доцент Л. А. Мартемьянова, кандидат медицинских наук, доцент Э. А. Надыров

УДК 616-091 : 576.3

© Учреждения образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2009

Голубеву Олегу Анатольевичу
профессору, учителю, патологоанатому и Человеку посвящается



С уважением ученик О. А. Голубева
С. Н. Нимер

**Голубев Олег Анатольевич
(1965–2007)**

Доктор медицинских наук, профессор

В 1989 г. закончил лечебный факультет Смоленского государственного медицинского института по специальности «Лечебное дело». По окончании института работал в должности врача-патологоанатома, а затем заведующего отделением общей патологии № 2 Смоленского областного патологоанатомического бюро. В 1991 г. поступил в очную аспирантуру при кафедре патологической анатомии Смоленского государственного медицинского института, которую досрочно окончил в 1993 г. В этом же году успешно защитил кандидатскую диссертацию по специальности патологическая анатомия на тему «Особенности взаимоотношений сосудистого русла и его клеточного микроокружения в тканях фиброаденомы молочной железы», после чего работал ассистентом кафедры патологической анатомии Смоленской государственной медицинской академии. В 1994 г. назначен на должность заместителя директора по экспертизно-диагностической работе первого в СНГ Смоленского областного института патологии.

С 1995 г. — главный внештатный патологоанатом Управления здравоохранения г. Смоленска и главный внештатный детский патологоанатом Комитета по здравоохранению Администрации Смоленской области. Олег Анатольевич в 2001 г. избирается заведующим кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины Гомельского государственного медицинского института. Одновременно его назначают начальником Гомельского областного патологоанатомического бюро и главным внештатным патологоанатомом Управления здравоохранения Гомельской области. В 2002 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Взаимоотношения сосудистого компонента коммуникационных систем и внутритканевых регуляторов при раке молочной железы».

Под руководством О. А. Голубева открыта кафедра патологической анатомии в Гомельском государственном медицинском институте, создана независимая патологоанатомическая служба в Гомельской области.

О. А. Голубев являлся автором более 100 научных работ, посвященных онкоморфологии, патологической анатомии инфекционных и внутренних болезней, вопросам преподавания патологической анатомии, организации здравоохранения; имеет 1 патент на изобретение; автор ряда учебных пособий, ряда рационализаторских предложений. Под руководством О. А. Голубева защищены 4 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, подготовлены 12 врачей-патологоанатомов, 3 клинических ординатора по специальности «патологическая анатомия».

О. А. Голубев являлся членом редакционной коллегии журнала «Проблемы здоровья и экологии», председателем Гомельского областного общества патологоанатомов, членом правления Белорусского республиканского общества патологоанатомов.

структуре внеклеточного матрикса [2]. Именно коллаген служит препятствием инвазивному росту, и для распространения опухолевых клеток он должен быть разрушен. По липептидные цепи коллагенов синтезируются на мембрано-связанных рибосомах и поступают в просвет эндоплазматического ретикулума в форме предпредшественников большого размера, имеющих дополнительные аминокислотные остатки (пропептиды) на N- и C-концах, а также короткий N-концевой сигнальный пептид, необходимый для поступления образующего полипептида внутрь эндоплазматического ретикулума [2]. Далее некоторые остатки пролина и лизина гидроксилируются, а другие гликозилируются. Гидроксильные группы данных аминокислот образуют межспиральные водородные связи. Гидроксильные группы данных аминокислот, образуют межспиральные водородные связи, способствующие образованию трехцепочечной молекулы проколлагена [2].

3. Адгезивные белки.

Внеклеточный матрикс может влиять на дифференцированное состояние соединительнотканых клеток как физически, так и химическим путем. Экспериментальные данные говорят о том, что биохимические изменения частично индуцируются изменением формы клеток и их прикреплением [3]. Внеклеточный матрикс, образуемый клеткой, создает окружение и для соседних с ней клеток, способствуя их дифференцировке в том же направлении.

ЛИТЕРАТУРА

- Andries, L. J. Morphoregulatory inter actions of endocardial endothelium and extracellular material in the heart / L. J. Andries, S. V. Sys, D. L. Brutsaert // J. Herz. — 1995. — № 20. — P. 115–125.
- Maisch, B. Ventricular remodeling / B. Maisch // J. Cardiology. — 1996. — № 1. — P. 11–13.
- Extracellular matrix arrangement in the papillary muscles of the adult rat heart. Alterations after doxorubicin administration and experimental myocardial infarction / D. Sanchez-Quijano [et al.] // Basic Res. Cardiol. — 1994. — № 89. — P. 229–242.

УДК 616.441-006.6

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бутолина К. М.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на то, что в структуре онкологической заболеваемости доля рака щитовидной железы (ПРЩЖ) составляет около 1 %, а общая выживаемость пациентов, получавших адекватное лечение, более 90 % (для папиллярного рака щитовидной железы (ПРЩЖ) этот показатель может достигать 99 %), проблемы, связанные с ПРЩЖ, сохраняют актуальность [3]. На протяжении всей жизни у больных ПРЩЖ подвергнутых оперативному вмешательству, сохраняется риск рецидива заболевания, и больные нуждаются в по жизненном наблюдении [2]. Появление метастазов спустя длительный период после первичного хирургического лечения, рецидивов опухоли, находится в тесной зависимости от состояния иммунной системы организма. Именно поэтому несомненную актуальность приобретает изучение особенностей местных иммунных реакций при ПРЩЖ, его различных гистологических вариантах, разном инвазивном и метастатическом потенциале.

Цель исследования

Дать морфологическую характеристику ПРЩЖ, оценив размеры, гистологическую структуру, характер роста и метастазирования рака, распространенность и выражен-

ность лимфоидной инфильтрации (ЛИ) в опухоли и ткани щитовидной железы, провести анализ связи степени выраженности ЛИ с морфологическими особенностями ПРЩЖ.

Материал и методы

Материалом для исследования явились 43 случая ПРЩЖ, выявленных и подвергнутых оперативному лечению в Гродненской областной клинической больнице. Диагноз ПРЩЖ ставился на основании комплекса характерных морфологических признаков, таких как наличие в опухолевой ткани истинных сосочеков с центральным соединительноноктанным стволом, содержащим сосуды капиллярного типа или синусоиды, псаммомных телец, кариологических признаков, а также частой лимфогенной интра- и экстракардиоидной диссеминации [1].

ЛИ оценивалась интрагеморозно, перигеморозно и в интактной ткани щитовидной железы. Оценка степени выраженности ЛИ давалась полу количественно следующим образом: отсутствие ЛИ — 0 баллов, единичные лимфоциты — 1 балл, мелкоочаговые скопления — 2 балла, крупноочаговые скопления — 3 балла, диффузная инфильтрация или формирование лимфоидных фолликулов — 4 балла.

Результаты и обсуждение

Среди больных ПРЩЖ было 38 женщин и 5 мужчин. Возраст больных варьировал от 22 до 74 лет. Распределение по возрасту было следующим: до 30 лет — 5 человек (11,6 %), 31–40 лет — 8 (18,6 %), 41–50 лет — 10 (23,3 %), 51–60 лет — 10 (23,3 %), 61–70 лет — 8 (18,6 %) и старше 71 года — 2 человека (4,7 %). Размеры опухоли колебались от 0,4 до 4,5 см. В 9 случаях (21 %) опухоль классифицировалась как рT1a, в 28 (65,1 %) — как рT2 (из них 1 случай — рT2a), в 1 (2,3 %) случае — рT3a и в 5 наблюдениях (11,6 %) как рT4a. 33 пациентам выполнена тотальная тиреоидэктомия, 10 — гемитиреоидэктомия. Во всех случаях проводилась шейная лимфаденэктомия. Метастазы в регионарных лимфоузлах выявлены у 10 человек (23,3 %).

При микроскопическом исследовании во всех ПРЩЖ имелись характерные кариологические признаки: увеличенные оптически прозрачные, плохо окрашивающиеся гематоксилином (матово-стекловидные) ядра с неровными контурами, тесно прилежащие и наславывающиеся друг на друга, а также внутриядерные борозды и внутриядерные включения.

В зависимости от особенностей гистологического строения были выделены следующие варианты ПРЩЖ: папиллярная микрокарцинома (9 случаев — 21 %), папиллярный вариант (17 случаев — 39,5 %), фолликулярный вариант (11 случаев — 25,6 %), диффузно-склеротический вариант (2 случая — 4,7 %) и онкоцитарный вариант (4 случая — 9,3 %). В 2-х наблюдениях В-клеточного ПРЩЖ имелись морфологические признаки, характерные для вартиноподобного варианта. При этом в опухоли преобладали сосочковые структуры, выстиланые одним слоем окси菲尔ных клеток, с выраженной ЛИ стромы.

Подавляющее большинство опухолей (40 случаев — 93 %) характеризовалось инвазивным ростом. В 11 случаях (25,6 %) отмечалось прорастание капсулы опухолевого узла, а в 29 наблюдениях (67,4 %) выраженный рост в ткани щитовидной железы. Инвазия анатомической капсулы щитовидной железы наблюдалась в 24 случаях (55,8 %) и выявлялась чаще при раках, состоящих преимущественно из папиллярных структур: микрокарциномах (5 случаев — 11,6 %), папиллярном варианте (13 случаев — 30,2 %), вартиноподобном варианте (2 случая — 4,7 %). Рост опухоли за пределами капсулы щитовидной железы в мышечной и жировой ткани отмечался в 5 случаях (11,6 %).

Интрагеморозная диссеминация ПРЩЖ в виде внутригеморозистых метастазов установлена в 9 наблюдениях (21 %) и была представлена одиночными отсевами. При этом большинство опухолей (6 случаев — 14 %) также характеризовались папиллярным строением. Инвазия кровеносных сосудов имела в 4 раках (9,3 %).

ЛИ выявлена во всех исследуемых опухолях. При этом в 11 наблюдениях (25,6 %) она определялась при отсутствии лимфоцитов в нормальной ткани щитовидной железы, в 11 случаях (25,6 %) — на фоне аутоиммунного тиреоидита. В остальных наблюдениях в интактной ткани щитовидной железы имелись узлы коллоидного зоба с различной степенью выраженности.

В строме опухоли ЛИ отмечалась в 37 случаях (86 %). В большинстве раков (29 случаев — 67,4 %) ЛИ была слабо выраженной в виде единичных лимфоцитов или мелкоочаговых скоплений и имела очаговый характер. Только в случаях диффузно-склеротического варианта рака (2 случая — 4,7 %) ЛИ была выраженной и диффузной. Лимфоидные инфильтраты локализовались преимущественно в строме сосочеков, единительнотканых прослойках и очагах склероза.

Таблица 1 — Выраженность ЛИ в строме опухоли

Варианты ПРЦЖ	Количество случаев	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Микрокарцинома	9	2	4	2	1	0
Папиллярный	17	0	3	12	2	0
Фолликулярный	11	4	4	2	1	0
Диффузно-склеротический	2	0	0	1	0	1
Онкоцитарный (из них — вариантовый)	4 (2)	0 (2)	1 (2)	0 (2)	3 (2)	0 (2)
Всего	43	6	12	17	7	15

Перигуморозно иммунная реакция выявлялась во всех анализируемых раках. Выраженность ЛИ усиливалась в очагах инвазивного роста, в участках прорастания автоматической капсулы щитовидной железы.

Таблица 2 — Выраженность перигуморозной ЛИ

Варианты ПРЦЖ	Количество случаев	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Микрокарцинома	9	0	1	2	3	3
Папиллярный	17	0	0	2	8	7
Фолликулярный	11	0	0	6	5	0
Диффузно-склеротический	2	0	0	0	0	2
Онкоцитарный	4	0	0	1	0	3
Всего	43	0	1	11	16	15

Вокруг интрапреоидных метастазов в 5 случаях (11,6 %) ЛИ не определялась, в 2 случаях (4,7 %) была представлена мелкоочаговыми лимфоидными инфильтратами. В 1 наблюдении (2,3 %) мелкие лимфогенные отсевы располагались в лимфоидных фолликулах.

ЛИ имела более выраженный характер в опухолях, имеющих преимущественно папиллярные структуры. В случаях развития ПРЦЖ на фоне аутоиммунного тиреоидита ЛИ в опухоли, вокруг нее, а также вокруг интрапреоидных отсевов характеризовалась крупноочаговыми лимфоидными инфильтратами, формированием лимфоидных фолликулов или имела диффузный характер. ЛИ 3–4 балла выявлялась в большинстве случаев ПРЦЖ с метастазами в регионарные узлы, что связано со стимуляцией иммунной реакции появившимися в лимфоузле опухолевыми клетками, а также при прорастании капсулы щитовидной железы и появлении внутритреоидных метастазов. Однако четкой зависимости между степенью выраженности ЛИ и наличием интра и экстрапреоидных метастазов, прорастанием капсулы щитовидной железы замечено не было.

Не выявлено также зависимости характера и выраженности ЛИ от прорастания сосудов, а также от размеров опухоли, возраста и пола пациентов.

Заключение

Таким образом, местные иммунные реакции определялись во всех анализируемых вариантах ПРЦЖ и в большинстве наблюдений имели выраженный характер. Гетерогенность характера ЛИ при различных гистологических вариантах рака, вокруг очагов лимфогенного отсева опухолей, свидетельствует о различии местной иммунной реакции организма на новообразование, что может влиять на его долгосрочный прогноз. Дальнейшее изучение особенностей ЛИ в щитовидной железе при ПРЦЖ, с иммуногистохимическим определением различных субпопуляций лимфоцитов и их количественной характеристикой в инфильтрате, представляет несомненный интерес в отношении раскрытия их роли в клиническом прогнозе новообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидчик, Е. П. Рак щитовидной железы у детей / Е. П. Демидчик, А. Ф. Цыб, Е. Ф. Лукинков. — М.: Медицина, 1996. — 208 с.
2. Хмаря, И. М. Иммунитет больных дифференцированными формами рака щитовидной железы на фоне комбинированного лечения / И. М. Хмаря // Здравоохранение. — 2006. — № 2. — С. 47–49.
3. Спорные вопросы лечения дифференцированного рака щитовидной железы / Г. А. Мельниченко [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2008. — Т. 54, № 2. — С. 14–21.

УДК 616-002.52-073.75-091

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СПЕКТРА ХРОНИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ

Герасимович А. И., Родич А. В.

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Интерстициальные болезни легких (ИБЛ) — хронические незлокачественные, неинфекционные заболевания, характеризующиеся воспалением и дезорганизацией стенок альвеол. Наиболее закономерный и серьезный исход данной патологии — это уменьшение числа функционирующих альвеолярно-капиллярных комплексов и, как следствие этого, нарушение оксигенации крови. Характерным клиническим проявлением ИБЛ является одышка, особенно при физических нагрузках, существенно ограничивающая двигательную активность пациентов. Если заболевание, описанное в рамках ИБЛ, прогрессирует, то причиной смерти чаще всего служит дыхательная недостаточность.

В связи с гетерогенностью заболеваний классификация их крайне затруднена. Для удобства данные заболевания разделяют на интерстициальные легочные болезни установленной и неустановленной этиологии [1].

Среди известных причин интерстициальных заболеваний легких выделяют: выдыхание различных веществ из окружающей атмосферы (неорганическая пыль вызывает пневмокониозы; органическая пыль — гиперсенситивные пневмониты или экзогенные аллергические альвеолиты; газы; дым; пары; аэрозоли), инфекции (вирус кори, герпес-вирусы), радиационные воздействия, лекарственные вещества.

Интерстициальные заболевания легких также делятся на острые и хронические. Острые интерстициальные заболевания характеризуются острым началом и быстрым развитием симптомов (одышка, цианоз и др.). При этих заболеваниях наблюдается поражение альвеол с формированием серозно-десквамативного экссудата, клеточного воспалительного инфильтрата в интерстиции, а также гиперплазия пневмоцитов II типа.