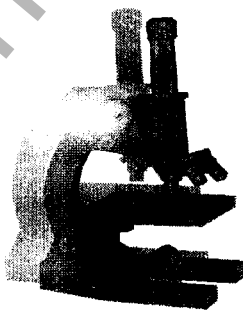


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОМЕЛЬСКОЕ ОБЛАСТНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО»

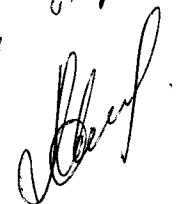
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
МОРФОЛОГИИ

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



Гомель
ГГМУ
2009

Глубокоуважаемому
Клинику Анатолевичу
с пожеланиями
успехов



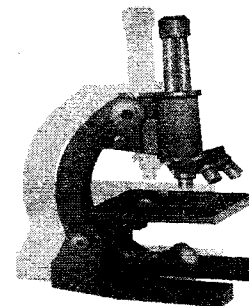
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

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

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ

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

Сборник посвящен актуальным вопросам 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 декан 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. И. 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. Нальров**

*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 экспертно-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.

формируя основу для накопления других белков, а также связываясь с мезангиоцитами и фибробластами, стимулирует пролиферацию этих клеток, что ведет к накоплению внеклеточного матрикса, как в клубочке, так и в межканальцевой строме.

Для оценки экспрессии иммуногистохимических маркеров использовалась программа Argeo Image Score, автоматически измеряющая интенсивность коричневой окраски (продуктов реакции диаминобензидин-хромогена), и разделяющая интенсивность на 3 уровня (красно-коричневые поля — выраженная экспрессия, оранжевые — умеренно выраженная, желтые — слабовыраженная, синяя и белая окраска — отсутствие экспрессии). В последующем производился расчет коэффициента экспрессии, равного соотношению числа позитивных пикселей к их общему числу.

В результате обработки полученных результатов была выявлена статистически достоверная прямая корреляционная связь между уровнем экспрессии α -SMA и количеством в почечном интерстиции как ТФР- β , так и коллагена IV типа. Кроме того, отмечалось достоверное увеличение количества фибронектина в интерстициальной ткани при повышении коэффициента интерстициальной экспрессии α -SMA и ТФР- β ($\rho = 0,43$, $p = 0,049$ и $\rho = 0,37$, $p = 0,044$ соответственно).

При сравнении групп с различными морфологическими вариантами гломерулоруптий не было выявлено достоверных различий в экспрессии ни одного из исследованных маркеров. Однако анализ клинических данных позволил выявить достоверное увеличение экспрессии α -SMA и ТФР- β у больных с уровнем суточной протеинурии более 1г/сут, что позволяет рассматривать протеинурию в качестве неблагоприятного прогностического фактора в развитии интерстициального фиброза и прогрессировании хронических болезней почек ($Z = 2,083$, $p = 0,037$ и $Z = 5,124$, $p = 0,025$ соответственно).

Заключение

В результате комплексного анализа морфологических и клинических данных была выявлена взаимосвязь выраженности экспрессии α -SMA и ТФР- β от уровня суточной экскреции белка, что позволяет отнести протеинурию к неблагоприятным факторам в прогрессировании хронических болезней почек. ТФР- β играет важную роль в развитии интерстициальных изменений при первичных гломерулоруптиях, увеличивая количество активированных миофибробластов в ткани почки и стимулируя синтез компонентов экстрацеллюлярного матрикса (например, коллагена IV типа и фибронектина).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Risdon, R. A.* Relationship between renal function and histologic changes found in renal biopsy specimens from patients with persistent glomerulonephritis // *R. A. Risdon, J. C. Stopor, H. E. de Vaudner* // *Lancet*. — 1968. — Vol. 2. — P. 363-366.
2. *Agnes B. Fogo.* Mechanisms of progression of chronic kidney disease // *Kidney International*. — 2007. — Vol. 72. — P. 2011-2022.
3. *Nath, K. A.* The tubulointerstitium in progressive renal disease // *K. A. Nath* // *Kidney International*. — 1998. — Vol. 54. — P. 992-994.
4. *Muchaneta-Kubara, H. C.* Myofibroblast phenotypes expression in experimental renal scarring // *E. C. Muchaneta-Kubara, A. M. Nahas* // *Nephrol Dial Transplant*. — 1997. — Vol. 12. — P. 904-915.
5. *Norma* and Pathologic Soft Tissue Remodeling: Role of the Myofibroblast, with Special Emphasis on Liver and Kidney Fibrosis // *A. Desmoulière* [et al.] // *Laboratory Investigation*. — 2003. — Vol. 83, N. 1. — P. 1689-1707.

УДК 617.723 – 002 – 006:611.018.29

ВНУТРИГЛАЗНЫЕ ПИГМЕНТНЫЕ ОПУХОЛИ, ДИАГНОСТИРОВАННЫЕ ТОЛЬКО ПРИ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭНУКЛЕИРОВАННЫХ ГЛАЗ

Свиляева Н. Ф., Парамонова Р. В.

Учреждение образования

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

Введение

Абсолютное большинство внутриглазных опухолей у взрослых являются пигментными, самая частая их локализация — сосудистый тракт, и главным образом, хо-

риоидея, реже — цилиарное тело, еще реже — радужная оболочка. Очень редкими являются пигментные опухоли диска зрительного нерва. По данным В. А. Перцевой (1949), анализировавшей 300 наблюдений опухолей зрительного нерва, не было ни одного случая пигментной опухоли. Первичной пигментной опухолью диска зрительного нерва является доброкачественная опухоль — меланоцитома (магнотеллюлярный невус), в то же время имеются единичные сообщения о злокачественной опухоли-меланоме, развитие которой связывают с возможной пигментацией диска в норме, встречающейся при гиперпигментации хориоидеи.

Рост меланомы хориоидеи начинается в наружных ее слоях в виде бляшковидного или линзообразного утолщения, не выступающего в полость глазного яблока. По мере роста опухоль приобретает вид узла грибовидной формы, выступающего в полость глазного яблока, отслаивающего или разрывающего сетчатку. Гораздо реже опухоль имеет плоскостную форму при диффузно-инфильтративном росте в толще хориоидеи, охватывая ее в виде чаши и не выступающая в полость глазного яблока. Клиническая диагностика таких плоскостных форм опухоли весьма затруднительна даже при далеко зашедшем опухолевом процессе.

Цель исследования

Дать клинико-морфологическую характеристику редким внутриглазным пигментным опухолям, диагностированным при патогистологическом исследовании энуклеированных глаз с разной офтальмопатологией.

Материалом для исследования явились истории болезни и глаза двух больных с разной офтальмопатологией, послужившей причиной энуклеации глаз.

Результаты исследования

Первое наблюдение касается мужчины 48 лет, который 11 лет назад перенес травму глаза — проникающее ранение роговицы и склеры, после чего глаз оставался слепым и не беспокоил. В настоящее время мужчина обратился с жалобами на боли в слепом глазу. Офтальмоскопически — глаз субатрофичен, подвижен, выражена микрокорнея, рубец роговицы, глубже лежащие среды не просматриваются. Клинический диагноз: субатрофия глазного яблока, в связи с чем произведена его энуклеация. При патоморфологическом исследовании — глаз уменьшен, деформирован, роговица значительно уменьшена, непрозрачная. На разрезе передняя камера, хрусталик не определяются, в полости глазного яблока белесоватого цвета уплотненная ткань в виде тяжа распространяется от роговицы до заднего полюса, стекловидное тело жидкое бурого цвета. При гистологическом исследовании наряду с рубцово-склеротическими, атрофическими изменениями и гемосидерозом в структурах глазного яблока, характерными для посттравматической субатрофии, в хориоидеи, в заднем ее отделе обнаружено линзообразное утолщение — опухоль, не выступающая в полость глазного яблока. Опухоль представлена пигментными, преимущественно веретенообразными клетками, располагающимися пучками, идущими в разных направлениях. Среди пигментосодержащих клеток имеются группы светлых полигональных клеток, соответствующих невусным. В отдельных пигментных клетках определяются фигуры митоза. Морфологическая структура опухоли дала основание рассматривать ее как инициальную плоскостную форму меланомы хориоидеи, развившейся в субатрофичном слепом глазу, что подтверждает существующую точку зрения о травме, длительном воспалительном процессе в глазном яблоке как факторах риска для развития опухоли.

Второе наблюдение касается женщины 56 лет, которая страдает артериальной гипертензией и 8 лет назад перенесла тромбоз центральной вены сетчатки. В настоящее время в связи с вторичной болячей глаукомой слепого глаза, отслойкой сетчатки произведена энуклеация. При осмотре глаз увеличен в объеме, напряжен, роговица мутная, непрозрачная. На разрезе передняя камера не определяется, хрусталик непрозрачный

белого цвета. Сетчатка отслоена, стекловидное тело полужидкое бурого цвета. Микроскопически определяются признаки глаукомы — атрофические изменения в роговице, склере, умеренная атрофия и склеротические изменения радужки, цилиарного тела, сращения радужки с роговицей и зарастание зрачка. В хрусталике — катаракта с субкортикальной петрификацией и лизисом ядра. Сетчатка отслоена с выраженным глиозом, гемосидерозом, артериолосклерозом и преретинальной неоваскуляризацией. В стекловидном теле — «старый», организующийся и частично лизированный ступок крови, скопления гемосидерофагов. В области экскавации соска зрительного нерва определяется опухолевидное образование из компактно расположенных полигональных и веретенообразных меланинодержательных клеток, погружающихся в интрасклеральную часть зрительного нерва, раздвигающая волокна и непосредственно прилегающая к стенке артерии. Наряду с густо пигментированными клетками между пучками нервных волокон имеются скопления светлых полигональных клеток, по структуре соответствующих невусным клеткам. В зрительном нерве — истончение, атрофия пучков нервных волокон, очаговая периваскулярная лимфоидная инфильтрация.

Таким образом, обнаруженное опухолевидное образование в области соска зрительного нерва по локализации, характерной структуре, клеточному составу соответствует зрелой пигментной опухоли диска зрительного нерва — меланоцитоме, иначе называемой магноцеллюлярным невусом. Крайняя редкость данной патологии, обнаруженной в слепом глазу, энуклеированном в связи с посттравматической вторичной глаукомой, отслойкой сетчатки, позволяет допустить, что обнаруженная доброкачественная опухоль — меланоцитома, интимно контактирующая с сосудами сетчатки, могла способствовать нарушению кровообращения в ней, в частности тромбозу вены, лежащему в основе развившейся в дальнейшем патологии органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перцева, В. А. Клиника и патологическая анатомия первичных опухолей зрительного нерва: дис. ... канд. мед. наук / В. А. Перцева. — Иваново, 1949.

УДК 616.24-006-091-07(470.332)

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРВИЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО ВЫЯВЛЕННОГО ПРИ ИЗУЧЕНИИ НЕКРОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА В ОТДЕЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ № 2 СМОЛЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ИНСТИТУТА ПАТОЛОГИИ

Скробут Л. И.,¹ Семененко О. Ф.²

¹Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Смоленская государственная медицинская академия»
г. Смоленск, Российская Федерация

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак легкого (РЛ) является одной из основных причин смерти онкологических больных большинства экономически развитых стран мира. Наиболее часто заболевание проявляется в возрасте 55–79 лет. Однако в последние годы отмечена тенденция к ранней манифестации заболевания в возрасте 30–45 лет, что не может не привлечь внимания врачей-онкологов.

На протяжении последних десятилетий РЛ остается острой медико-социальной проблемой и в структуре онкологической заболеваемости Российской Федерации занимает первое место среди мужского населения и четвертое — среди женского. Ежегодно в России от РЛ погибает более 60 тыс. человек, что составляет порядка 20 % всех умерших от злокачественных опухолей. Несмотря на современные методы диагностики и лечения РЛ, после постановки диагноза лишь у 10–15 % больных продолжительность жизни превышает 5 лет. Проведенные в последние годы широкомасштабные скрининговые исследования с применением рентгенологических и цитологических методов диагностики и направленные на выявление РЛ на ранней стадии, никак не отразились на показателях выживаемости больных.

Цель исследования

Проанализировать патологоанатомические протоколы с целью выявления случаев злокачественных новообразований легкого

Результаты и обсуждение

За период с января 2006 по декабрь 2008 гг. было проанализировано 1048 протоколов патологоанатомических исследований в отделении клинической патологии № 2 Смоленского областного института патологии, обслуживающего Клиническую больницу скорой медицинской помощи. В результате которого было выявлено 12 случаев злокачественных новообразований легкого, в том числе у 8 мужчин и 4 женщин, что составило 1,15 % от общего количества проведенных некропсий за исследуемый период. Средний возраст пациентов составил 77,7 лет, в том числе у мужчин — 73,6 лет, у женщин — 85,7 лет. В 4 случаях (33,3 %) клинически были выявлены злокачественные новообразования легких прижизненно, в то время как в оставшихся 8 наблюдениях (66,7 %) исследуемая патология была выявлена только при патологоанатомическом исследовании.

В большинстве случаев в заключительных клинических диагнозах основными заболеваниями указывались: двусторонняя пневмония с тяжелым течением (4 случая, 33,3 %); ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), острым нарушением мозгового кровообращения или пневмонией 4 случая (33,3 %); кроме того встречались такие диагнозы как желудочно-кишечное кровотечение (1 случай), хроническая язва двенадцатиперстной кишки (1 случай), облитерирующий склероз нижних конечностей (1 случай), в одном случае как основное заболевание был выставлен рак верхней доли правого легкого и в одном случае клиническая медицинская документация была не оформлена.

Из общего количества выявленных случаев локализация рака в левом и правом легких составила по 50 % (в шести наблюдениях было отмечено поражение правого легкого, а в шести других — левого).

Из 12 выявленных случаев 5 наблюдений (41,7 %) составил центральный мелко-клеточный рак (ЦМРЛ), из которых локализация рака в правом легком была обнаружена в 2 случаях (40 %). Причем в 2-х случаях это был промежуточный тип ЦМРЛ и в 2-х — лимфоцитоподобный вариант.

Кроме того были выявлены: 1 случай — бронхогенный плоскоклеточный неороговевающий рак верхней доли левого легкого (ВДЛЛ); 1 случай — бронхоальвеолярный центральный рак верхней доли правого легкого (ВДПЛ); 2 случая — карциномы нижней доли правого легкого (НДПЛ) и верхней доли левого легкого; 1 случай — умеренно-дифференцированная аденокарцинома корня левого легкого (ЛЛ); 1 случай — ацинарная низкодифференцированная аденокарцинома нижней доли правого легкого (НДПЛ) и 1 случай — анапластический центральный рак верхней доли правого легкого (таблица 1).

В основном опухоли метастазировали в печень (6 наблюдений), во второе (контралатеральное) легкое (3 наблюдения), лимфатические узлы средостения (3 случая); в селезенку, правый надпочечник, желудок и сердце (по одному наблюдению). В пяти случаях (41,6 %) метастазирования не выявлено (таблица 2).