

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТИ

Пашкевич Л.А., Мартынюк С.Н., Жукова Т.В.

РНПЦ «Травматологии и ортопедии»
г. Минск, Беларусь

Серьезным вопросом прогнозирования течения и выбора тактики хирургического лечения гигантоклеточной опухоли является определение критериев ее агрессивности [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Материалы и методы. Материалом исследования послужил текущий и архивный материал 164 случаев ГКО у взрослых, оперированных в РНПЦ «Травматологии и ортопедии».

Все препараты окрашивались гематоксилином и эозином. Определялась пролиферативная активность опухолей при помощи моноклональных антител к Ki-67. По экспрессии Ki-67 определялся индекс пролиферативной активности (ИПА). Определение ИПА производилось в 9 случайных полях зрения на большом увеличении, где подсчитывалось общее число опухолевых клеток и количество иммунопозитивных клеток к Ki-67 с последующим подсчетом их процентного соотношения.

Количество сосудов выявлялось при помощи моноклональных антител к CD-34. Подсчет производился в 9 полях зрения. Микрососуды подсчитывались на большом увеличении микроскопа в наиболее васкуляризированных участках. Каждую иммунореактивную эндотелиальную клетку считали исчисляемым сосудом.

Морфометрическое исследование проводилось с анализом особенностей кровоснабжения опухоли, а также с особенностями ее пролиферативной активности. Для расчетов статистических показателей пользовались программой Excel из пакета Microsoft Office 2000, SPSS 11.0.1.

Результаты и их обсуждение. Среди изученных нами опухолей были выявлены новообразования, заметно отличающиеся по морфологическому строению и по клиническому течению, что стало основанием для проведения иммуногистохимического исследования.

Около одной трети изученных опухолей долгое время протекают бессимптомно. Длительность заболевания до поступления в стационар составила от 1,5 до 2 лет. Для рентгенологической картины этих гигантоклеточных опухолей характерен очаг деструкции ячеисто-трабекулярной структуры. Гигантоклеточные опухоли, протекающие без особенностей и не рецидивирующие на протяжении 5 лет, имеют морфологическую структуру, которая характеризуется наличием

многочисленных гигантских клеток типа остеокластов и одноядерных элементов. Среди одноядерных клеток отмечается небольшое количество митозов. Гигантские клетки крупнее обычных остеокластов. Одноядерные клетки однотипны, имеют округлую форму. Было обнаружено, что их пролиферативная активность низкая. ИПА этих опухолей не превышает 10-12 %. В них насчитывается до 150 сосудов.

Обратила на себя внимание группа опухолей, характеризующихся быстрым ростом, также протекающих малосимптомно. Длительность заболевания до поступления в стационар составила от 1 до 1,5 лет. Для них характерны боли локального характера, приобретающие иррадиирующий характер через 6-12 месяцев. Рентгенологическая картина та же, что и у вышеописанных опухолей. Эта группа опухолей протекает без особенностей, однако 1/3 из них рецидивировали на протяжении 5 лет. Их морфологическая структура заметно не отличается от описанной. Количество митозов небольшое, заметно не отличающееся от первой, описанной нами группы. В единичных полях, могут встретиться 2 митоза в 1 поле зрения. В этих опухолях встречается большее количество хорошо сформированных сосудов. ИПО этих опухолей 14 %. В них насчитывается до 250 сосудов.

В группе опухолей, отличающихся клинически агрессивным течением, симптоматика появляется до 1 года. С наступлением озлокачествления процесса рентгенологическая картина меняется – литическая структура становится преобладающей, характерно распространение в мягкие ткани. Эти гигантоклеточные опухоли часто рецидивируют. Рецидив наступает до 3 лет с момента первой операции. Среди одноядерных клеток растет количество митозов (5-10). Гигантские клетки мельче обычных, эритроциты определяются в единичных полях. Одноядерные клетки полиморфны. Обнаружено, что их пролиферативная активность заметно растет. ИПА этих опухолей составил 20-30 %. В них насчитывается до 95 сосудов.

Для первичноозлокачествленных гигантоклеточных опухолей характерны частые атипичные митозы (до 20). Гистологическая картина первичноозлокачествленных гигантоклеточных опухолей представлена полями, имеющими вид истинной саркомы. ИПА от 35 до 57%, насчитывается 50-70 сосудов.

Проведенное нами иммуногистохимическое исследование помогает глубже понять биологическое поведение гигантоклеточных опухолей и требует дальнейшего углубленного изучения.

Выводы

1. Иммуногистохимические методы исследования в совокупности с клиническими позволяют прогнозировать биологическое поведение гигантоклеточных опухолей, а также помогают определить

морфологические признаки, которые могли бы предсказать агрессивность течения этой группы опухолей.

2. В исследованных группах опухолей выявлен рост пролиферативной активности. Первая группа опухолей имеет ИПА 10-12%. Индекс пролиферативной активности во второй группе незначительно выше и составляет 14%. Опухоли с агрессивным течением имеют ИПА 20-30%, у первичнозлокачественных опухолей он увеличивается до 35-57%.

3. С ростом анаплазии опухолей меняется их сосудистое русло, уменьшается количество сосудов от 150 сосудов в гигантоклеточных опухолях, протекающих без особенностей, до 50 сосудов в первичнозлокачественных опухолях. Исключением стали опухоли с быстрым ростом, в которых было выявлено до 250 сосудов, что требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Воронович, И.Р. Диагностика и хирургическое лечение остеобластокластом позвоночника / И.Р. Воронович, Л.А. Пашкевич// Материалы итог. науч.- практ. конф. травм.-ортоп.- Минск.- 1996. – С. 95-96.
2. Schajowkz, F. Histological Typing of Bone Tumours. 2-nd ed. Springer-Verlag, 1993.
3. Соловьев, Ю.Н. // Арх. патол. 1998. № 6. С. 57-60.
4. Fechner R.E., Milk S.E. Tumor of the Bones and Joints: Atlas of Tumor Pathology. Third Series. F. 8. Washington: AFIP, 1993. P. 3-6.
5. Виноградова, Т.П. Опухоли костей. М.: Медицина, 1973.
6. Dorfman, H.D., Czerniak B. Bone Tumors. St. Louis; Baltimore; Boston, 1998.

ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ

**Полякова С.М., Меркулова Е.П., Брагина З.Н.,
Сержанина В.Н., Кадлубай М.Н.**

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

Частота выявления различных форм отогенных внутричерепных осложнений, по данным литературы, у больных с воспалительными поражениями уха колеблется от 2 до 10 %. Отогенные внутричерепные процессы наиболее часто возникают при хроническом гнойном среднем отите, реже – при остром. Заболеваемость среди мужчин и женщин