

метод, заключающийся в оптимизации подходов к обследованию и лечению пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом: инструкция по применению МЗ РБ № 068-0608. – Минск, 2008. – С. 107-120.

3. Харрис Э.Д., Маххер Д., Грэхем С. ТВ/ВИЧ. Клиническое руководство – 2-е издание. – ВОЗ, 2006. – 223 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

**Прокопчик Н.И., Михалевич В.В., Король Э.Э.,
Андреева О.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро»,
Гродно, Беларусь

Первичный рак печени (ПРП) является одним из распространенных злокачественных новообразований [1,2]. Опухоль чаще всего возникает из печеночных клеток (гепатоцеллюлярный рак), реже – эпителия внутрипеченочных желчных протоков (холангиоцеллюлярный рак). Необходимо отметить, что в изучении этиопатогенеза, патоморфологии, клинической диагностики гепатоцеллюлярного рака печени достигнуты неплохие результаты [3,4]. Успехи в изучении холангиоцеллюлярного рака (ХЦРП) более скромны. Республика Беларусь относится к региону с низким уровнем заболеваемости ПРП, однако отмечается рост заболеваемости. Основным морфологическим вариантом является гепатоцеллюлярный рак, встречающийся чаще у мужчин в возрасте старше 60 лет [3].

Холангиоцеллюлярный рак встречается преимущественно у больных старше 50 лет и составляет до 25% от всех злокачественных опухолей печени. ХЦРП часто развивается у больных с первичным склерозирующим холангитом, кистами желчных протоков, неспецифическим язвенным колитом. Кроме того, в развитии этой опухоли играет роль хроническая гельминтная инвазия, воздействие канцерогенов (родон, асбест) и наследственный фактор [1,4]. По гистологическому строению холангиоцеллюлярный рак в подавляющем большинстве (85-90%) представлен аденокарциномой, реже встречается плоскоклеточный и железисто-плоскоклеточный рак.

ХЦРП, в отличие от других первичных новообразований печени, характеризуется наличием признаков сегментарной желчной гипертензии, проявляющейся дилатацией прилежающих к опухоли желчных протоков, наличием желтухи, увеличением уровня щелочной фосфатазы и гамма-

глутамилтранспептидазы в крови.

Цель исследования: изучить некоторые клиничко-морфологические особенности ХЦРП и, в частности, частоту, варианты морфологического строения, характера роста и метастазирования, а также причины смерти и качество прижизненной диагностики.

Исследование основано на изучении результатов аутопсий, осуществленных в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2002-2009 гг.

Установлено, что первичный рак печени имел место в 86 секционных наблюдениях, при этом ХЦРП был выявлен в 19 (23,2%) случаях. Среди умерших вследствие ХЦРП было 15 (78,9%) мужчин в возрасте от 49 до 79 лет и только 4 (21,1%) женщины в возрасте от 71 до 80 лет. Средний возраст мужчин составил 61,6, женщин – 76,8 лет.

Установлено, что в 1 (5,3%) наблюдении эпицентр опухоли локализовался в общем печеночном протоке, что соответствует 1 типу ХЦРП по классификации по Bismuth, в 2 (10,5%) – в зоне слияния правого и левого печеночного протоков (2 тип), в 8 (42,1%) – был поражен правый или левый долевой желчный проток выше места их слияния в общий печеночный проток (3 тип) и также в 8 (42,1%) случаях источником развития рака явились сегментарные протоки печени (4 тип).

Масса печени при первом типе ХЦРП составила 1600г., втором – 2520г., третьем – 2368,8г., четвертом – 3511,4 г. При 1 и 2 типах рака опухоль представлялась одиночным узлом, диаметром до 6 см и метастазы отсутствовали. При 3 типе в 5 случаях опухоль была представлена одиночным узлом, диаметром до 14 см, в 3 – рак был множественно-узловатым с размером узлов до 18 см. Метастазы рака были выявлены в 3 случаях, при этом они локализовались в лимфоузлах ворот печени (3), а также в парааортальных лимфоузлах (1). При 4 типе во всех случаях опухоль носила множественно-узловатый характер, с диаметром узлов до 18 см. При этом масса печени достигала 5,45 кг. Метастазы были выявлены в 3 случаях и локализовались в лимфоузлах ворот печени (3), парааортальных лимфоузлах (1) и легких (3).

При микроскопическом исследовании установлено, что ХЦРП имел строение аденокарциномы различной степени дифференцировки: G1-10,5%, G2 – 47,4%, G3 – 42,1%. В большинстве (73,7%) случаев рак обладал инвазивным ростом, разрушал стенки сосудов, проникал в их просвет и сопровождался обширными некрозами опухолевой ткани, реже (26,3%) – экспансивно-инвазивным ростом.

Анализ секционного материала показал, что в 35,7% наблюдений ХЦРП возник на фоне цирроза печени, в 47,4% – на фоне хронического склерозирующего холангита, в 5,3% – хронического гепатита неуточненной этиологии. Сопутствующие заболевания были выявлены в 78,9 % наблюдений, в том числе, язвенная болезнь желудка и 12-перстной

кишки – в 15,8%, хроническая ишемическая болезнь сердца – в 47,4%. В единичных случаях в качестве сопутствующего заболевания были отмечены бронхиальная астма и мочекаменная болезнь.

Среди осложнений ХЦРП наиболее часто значились желтуха (84,2%), портальная гипертензия (42,1%), кровотечение из вен пищевода и желудка (26,3%), абсцессы печени (10,5%). Как известно, желтуха является чрезвычайно характерным и чаще всего первым признаком холангиоцеллюлярного рака. В исследованном материале желтуха отсутствовала только в 3 секционных случаях и это было связано с тем, что в опухолевый процесс не были вовлечены магистральные желчные протоки, раковые узлы локализовались преимущественно в левой доле печени.

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов было установлено в 7 (36,8%) случаях, что свидетельствует о трудностях диагностики ХЦРП. При этом в качестве ошибочных клинических диагнозов выставлялись такие заболевания, как склерозирующий холангит, опухоль ворот печени, цирроз печени, рак желчного пузыря, опухоль кишечника, инсульт, язвенная болезнь желудка.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует, что частота ХЦРП в Гродненской области по данным аутопсий составляет 23,2% среди ПРП, что соответствует среднестатистическим данным. В большинстве случаев (84,2%) опухоль по локализации в желчных протоках соответствует 3 и 4 типам по Bismuth. Установлено, что при 1 и 2 типах ХЦРП опухоль характеризовалась уницентрическим ростом и, несмотря на относительно небольшие размеры (узел менее 6 см), отсутствие метастазов, вызывала летальный исход вследствие механической желтухи. Четвертый тип ХЦРП, и несколько реже третий, характеризовались мультицентрическим ростом, наличием метастазов (в 37,5%), масса печени достигала нескольких килограммов за счет растущей опухоли (максимальный вес – 5,45 кг). При этом желтуха была наиболее характерным, но не обязательным проявлением рака. Она была выявлена в 81,3% наблюдений. Желтуха могла отсутствовать, если в опухолевый процесс не вовлекались магистральные желчные протоки или если опухоль локализовалась преимущественно в левой доле печени. Вторым по частоте осложнением рака в этих случаях являлась портальная гипертензия, отмеченная в 50,0% наблюдений.

Установлено, что ХЦРП 1 и 2 типа во всех случаях возник на фоне склерозирующего холангита, цирротические изменения в печени при этом отсутствовали. Частота склерозирующего холангита при ХЦРП 3 типа составила 50,0%, цирроза печени – 12,5%, а при 4 типе – 12,5% и 62,5%, соответственно.

Литература

1. Блюм, Х.Е. Новое в диагностике и лечении гепатоцеллюлярной карциномы / Х.Е.Блюм // РЖГГХ. – 2007. – № 5. – С. 11-15.

2. Войнова, Л.В. Этиологическая и нозологическая структура заболеваний печени (по данным прозектуры клиник М МА им. И.М.Сеченова за 1988-1997 гг.) / Л.В.Войнова // Архив патологии. – 2000. – № 2. – С. 45-47.
3. Жаворонок, С.В. Эпидемиология первичного рака печени в Республике Беларусь / С.В.Жаворонок [и др.] // Вопросы онкологии. – 1998. – № 3. – С. 280 -285.
4. Павлов, А.И. Этиология предраковых заболеваний печени у больных с гепатоцеллюлярной карциномой и некоторое расширение группы риска / А.И. Павлов [и др.] // РЖГГХ. – 2008. – № 6. – С. 51-55.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пучинская М.В., Летковская Т.А.

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

Проблема рака предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее актуальных в современной онкологии. Заболеваемость им во всем мире неуклонно растет. В Республике Беларусь в 2008 году заболеваемость РПЖ составила 48,1 на 100000 населения (третье место в структуре онкологической заболеваемости у мужчин), а смертность достигла 17,9 на 100000. Многочисленные исследования показали важную роль андрогенов и их рецепторов в развитии этого заболевания [1]. Однако было также установлено, что в патогенезе рака простаты имеют значение рецепторы эстрогенов (РЭ) (в настоящее время известно 2 их типа – альфа и бета) [2]. Рецепторы андрогенов и эстрогенов относятся к семейству рецепторов стероидных гормонов и являются лиганд-зависимыми регуляторами транскрипции многих генов. Нарушения в передаче гормонального сигнала, обусловленные количественными или качественными изменениями рецепторов, могут приводить к изменению экспрессии ряда белков, что выразится в изменении процессов пролиферации и дифференцировки клеток и может способствовать развитию новообразований [3, 4]. В ряде исследований установлено, что изменение уровня экспрессии рецепторов андрогенов (РА) в РПЖ имеет определенное прогностическое значение. Также было показано, что в нормальной простате при доброкачественной гиперплазии простаты и при РПЖ уровень экспрессии РЭ в строме и эпителии опухоли существенно изменяется [5]. Указанные параметры, таким образом, могут влиять на