

Литература:

1. Allanson J.E., Hunter, A. G. W.; Mettler, G. S.; Jimenez, C. Renal tubular dysgenesis: a not uncommon autosomal recessive syndrome: a review // Am. J. Med Genetics. – 1992. – Vol. 43. – P. 811-814.
2. Allanson J.E., Pantzar, J. T.; MacLeod, P. M. Possible new autosomal recessive syndrome with unusual renal histopathological changes // Am. J. Med. Genet. – 1983. – Vol. 16. – P. 57-60.
3. Ramalho C, Matias A, Brandao O, Montenegro N. Renal tubular dysgenesis: report of two cases in a non-consanguineous couple and review of the literature // Fetal Diagn Ther. – 2007. – Vol. 22. – P. 10-13.
4. Renal tubular dysgenesis, a not uncommon autosomal recessive disorder leading to oligohydramnios: Role of the rennin-Angiotensin system // Lacoste M., YI CAI, Guicharnaud L., Mounier F., et al // J Am Soc Nephrol. – 2006. – Vol. 17. – P. 2253-63.
5. Querfeld U, Ortmann M, Vierzig A, Roth B. Renal tubular dysgenesis: a report of two cases // J Perinatol. – 1996. – Vol. 16. – P. 498-500.

ЧАСТОТА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНОГО И БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Сержанина В.Н., Брагина З.Н., Полякова С.М., Войтешук О.А.

УО «Белорусский Государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь

Меланома относится к чрезвычайно злокачественным опухолям и составляет 1 – 4% в общей структуре злокачественных новообразований и около 13% в структуре онкологических заболеваний кожи. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости этой опухолью. По данным ВОЗ, ежегодно во всем мире регистрируется около 48000 смертей от меланомы. Каждый год в мире 7 человек из 100000 заболевают меланомой, а 30 – 40% больных умирает. К началу лечения у 75% пациентов уже имеет место регионарно распространенный процесс. Пятилетняя выживаемость больных не превышает 50%. В Беларуси ежегодное количество случаев заболевания за последние десять лет увеличилось в 1,4 раза: с 386 в 1996 году до 534 на 100000 населения в 2005 году (195 мужчин и 339 женщин). В 2005 году от меланомы умерло 211 больных (91 мужчина и 120 женщин). Смертность составила 2,21 на 100000 населения. Средний возраст больных – 56,7 лет. На конец 2005 года на учете состояло 3679 больных.

При исследовании были изучены протоколы вскрытий и биопсийный материал за 2007-2009 годы в МГКПАБ. В ходе проведения анализа архивных данных в отделении общей патологии за этот период были установлены следующие соотношения случаев смерти от меланомы к числу всех аутопсий: в 2007 году – 3 случая из 3284 (0,09%), в 2008 году -1 из 2500 (0,04%), в 2009 году – 4 из 2834 (0,15%). Общее количество случаев составило 8 умерших. По возрасту умершие от меланомы распределились следующим образом: 50-59 лет составили 62,5%, 60-69 лет – 12,5%, 70-79 лет – 12,5%, 80 лет и старше -12,5%. Среди всех меланом на долю женщин пришлось в 2007 году 66,7%, в 2008 году 0%, в 2009 году 50%. На долю мужчин – 33,3%, 100%, 50%, соответственно. Соотношение женщин и мужчин составило 1:1.

При проведении анализа архивных данных в отделении онкоморфологии за этот же период было выявлено 166 случаев меланом, из них: 46 в 2007 году, 59 в 2008 году, 61 в 2009 году. Показатель заболеваемости меланомой в городе Минске составил в 2007 году 2,56 на 100 тыс. населения (0,7% по отношению к показателю заболеваемости злокачественными новообразованиями и 13,6% по отношению к показателю заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи), в 2008 году – 3,28 на 100 тыс. населения (0,84% и 4,5% соответственно), в 2009 году – 3,39 на 100 тыс. населения (0,85% и 14,5% соответственно).

Среди всех меланом женщин в 2007 году было выявлено 30 (65,2%), в 2008 году – 39 (66,1%), в 2009 году – 34 (55,7%), мужчин – 16 (34,8%), 20 (33,9%), 27 (44,3%), соответственно. Общее количество случаев за 2007-2009 годы составило 103 (62%) женщины, 63 (38%) мужчины. По возрасту лица с диагнозом меланомы распределились следующим образом: младше 50 лет – 33 случая (19,8%), 50-59 лет – 43 случая (25,9%), 60-69 лет – 31 случай (18,7%), 70-79 лет – 41 случай (24,2%), 80 и старше – 18 случаев (10,8%).

Были выявлены следующие формы меланомы: акральная – 4 случая (2,4%), лентиги 38 (22,9%), поверхностно-распространяющаяся – 12 (7,2%), узловая – 101 (60,8%), другие формы – 11 (6,6%). По уровню инвазии по Кларку больные распределились следующим образом: на 0 и 1 уровень инвазии пришлось по 1 случаю (по 0,6%), 2 уровень инвазии – 13 (7,8%), 3 уровень инвазии – 78 (46,9%), 4 уровень инвазии – 53 (31,9%), 5 уровень инвазии – 11 (6,6%), в 9 (5,4%) случаях уровень инвазии не определялся.

В зависимости от размера меланомы больные распределились следующим образом: 0,1 -1,0мм –37 случаев (22,3%), 1,1 – 2,0мм – 42 (25,3%), 2,1 – 3,0мм – 16 (9,6%), 3,1 – 4,0мм – 37 (22,3%), 4,1 -5, 0мм – 9 (5,4%), 6,1 -7,0мм – 7 (4,2%), 7,1 – 10,0мм – 10 (6,0%), свыше 10 мм – 3 (1,8%), не определены размеры в 5 (3,0%) случаях.

В результате проведенного исследования установлен рост

абсолютного числа случаев меланом в отделении онкоморфологии в 1,32 раза за период с 2007 по 2009 год (46 и 61 наблюдений, соответственно), что соответствует мировой тенденции и показателю роста меланомы за последние десять лет в Республике Беларусь (1,4 раза). Показатель заболеваемости колебался от 2,56 – 3,3,39 случаев на 100000 населения (0,7% – 0,85%) по отношению к показателю заболеваемости злокачественными новообразованиями и 4,5% – 14,4% по отношению к показателю заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, что характеризуется умеренно низким значением относительно среднего мирового уровня и соответствует среднему уровню показателя по Беларуси. В структуре общей смертности по данным отделения общей патологии доля меланомы составила 0,04% – 0,15% (1 – 4 случая в год). Максимальный уровень смертности, отмеченный в 2009 году – 0,22 случая на 100000 населения. Это в 10 раз ниже показателя по Беларуси за 2005 год (2,2 случая на 100000 населения), и в 18 раз ниже максимального уровня заболеваемости за 2007 – 2009 годы, что можно объяснить высоким уровнем диагностики. Пик заболеваемости (25,9%) и пик смертности (62,5%) от меланомы приходится на возраст 50 – 59 лет, что соответствует среднему возрасту больных меланомой по Беларуси (56,7 лет).

За этот период было выявлено 62% больных женского пола и 38% мужского, что соответствует показателю по Беларуси в 2005 году (63,5% и 36,5%, соответственно). Соотношение мужчин к женщинам в возрасте 20 – 29 лет – 1:1, после 30 лет это соотношение увеличивается в пользу женщин, в возрасте 50 – 59 лет показатели смертности и заболеваемости составили 1:1,52, а у лиц старше 80 лет – 1:3,5. По данным отделения общей патологии за 2007 – 2009 годы отмечается рост смертности лиц мужского пола (соотношение мужчин и женщин 1:1), в 2005 году этот показатель соответствовал 1:3. Самой распространенной формой меланом была узловая (60,8%), лентигинозная составила 22,8%, поверхностно-распространяющаяся – 7,8%, остальные формы составили менее 10%. В большинстве случаев выявлялся третий уровень инвазии опухоли по Кларку (46,9%). По прогнозу пятилетняя выживаемость с данным уровнем инвазии должна составлять 46-90%. При увеличении уровня инвазии, увеличивается доля мужчин с 23,1% до 45,5%, в результате чего прогноз пятилетней выживаемости у мужчин становится хуже, чем у женщин. В 79% случаев меланомы имели размеры менее 4 мм. Прогноз пятилетней выживаемости составляет 79-96%.

Литература

1. Патологическая диагностика опухолей человека: Руководство для врачей: В 2 томах. /Под ред. Н.А.Краевского, А.В.Смолянникова, Д.С.Саркисова. – М.: Медицина, 1993.
2. Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. – М.: Медицина, 1986. – 300с.

3. Рогов Ю.И., Возмитель М.А., Крылов А.Ю., Поздняк А.В. Морфологическая диагностика меланом. – 2009. – 52с.
4. Лекции по патологической анатомии: Учебное пособие /Е.Д. Черствый и др.; под ред. Е.Д.Черствого, М.К.Недзьведа. – Мн.: «АСАР», 2006. – 464с.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ БРЮШИНЫ

Сиялева Н.Ф.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь

Мезотелиома является редкой опухолью серозных оболочек. Клиническая диагностика мезотелиомы представляет значительные трудности в связи с неспецифичностью ранних симптомов, которые принимаются за проявление других неопухолевых заболеваний. Трудности морфологической верификации мезотелиомы обусловлены «многоликостью» опухоли, имеющей три варианта гистологической дифференцировки – эпителиоидный, раково-саркоматозный и саркоматозный.

Наиболее частой локализацией опухоли является плевра (90%), реже – брюшина (6-10%), крайне редко – перикард и оболочки яичка. Среди причин опухоли в абсолютном большинстве случаев отмечают асбестоз, а также называют лучевое воздействие, обезьяньи вирус SV40 и генетическую предрасположенность [1].

Клиническая симптоматика мезотелиомы брюшины проявляется болями в животе, тошнотой, рвотой, похуданием, накоплением асцитической жидкости за 2-3 месяца до обнаружения опухоли. В отдельных случаях в брюшной полости может определяться опухолевое образование.

Мезотелиома может быть в виде одиночной бляшковидной опухоли, может иметь узловую форму или быть диффузной. Бляшковидный и узловой варианты являются, как правило, доброкачественными образованиями и имеют строение многоклеточной фибромы. Злокачественная мезотелиома – это диффузная опухоль, утолщающая серозный покров, окутывающая органы. На разрезе в опухоли определяются щели и полости с серозным, геморрагическим или слизистым содержимым. Самым частым гистологическим вариантом строения злокачественной мезотелиомы является эпителиоидный с