

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

папиллярными, тубулярными структурами и солидными скоплениями опухолевых клеток среди фиброзной стромы. Такой эпителиоидный вариант строения опухоли трудно отличим от железистого, скirroзного и солидного рака. Более редкий саркоматозный вариант злокачественной мезотелиомы подобен на ангиоэндотелиому, полиморфноклеточную или веретенкоклеточную саркому. Опухоль бифазного, раково-саркоматозного строения имеет участки эпителиоподобного и участки саркоматозного строения, что также значительно затрудняет ее верификацию. По мнению Д.И.Головина/2/ диагностическим признаком злокачественной мезотелиомы является крайняя редкость митозов при выраженном клеточном полиморфизме опухоли. Метастазирует опухоль лимфогенно, реже – гематогенным путем.

Цель исследования – дать клинко-морфологическую характеристику злокачественной мезотелиоме брюшины, оценив трудности ее клинической и морфологической диагностики.

Материалом для исследования явились истории болезни, протоколы патологоанатомических вскрытий и гистологические препараты 2-х случаев смерти больных от злокачественной мезотелиомы брюшины.

Первое наблюдение касается женщины 66 лет, обратившейся к врачу-гинекологу с жалобами на боли внизу живота, которые беспокоят ее в течение полутора месяцев. При осмотре обнаружено увеличение живота в объеме за счет асцита. При вагинальном исследовании в малом тазу определялась опухоль без четких границ, матка и придатки четко не контурировались. При ультразвуковом исследовании обнаружены по брюшине эхогенные пристеночные образования диаметром 10-12 мм. Заключение: карциноматоз брюшины. В пунктате из брюшной полости – скопления клеток злокачественного новообразования. Выставлен клинический диагноз: Рак яичников Т3 NxMo 111ст.

Больной проведено 5 курсов полихимиотерапии, после чего выполнена операция экстирпации матки с придатками и резекция сальника. При патоморфологическом исследовании операционного материала в матке и придатках опухоль не обнаружена, имеющаяся в сальнике опухоль была верифицирована как метастаз низкодифференцированной аденокарциномы. Через год в связи с кишечной непроходимостью больной была наложена илеостома. Умерла больная спустя год и 9 месяцев после обнаружения опухоли. Заключительный клинический диагноз: Рак тела матки 1У кл.гр. Карциноматоз брюшины. Илеостома.

При патологоанатомическом вскрытии диагностирована диффузная злокачественная мезотелиома брюшины (эпителиоидный вариант), прорастающая в стенку толстой кишки; тромбоз подвздошной вены, тромбоэмболия во внутриорганные разветвления легочной артерии, инфаркт-пневмония и кахексия.

Таким образом, при жизни больной ни в клинике, ни при патоморфологическом исследовании операционного материала- опухоли в сальнике злокачественная мезотелиома не была диагностирована. Заключение патоморфолога о наличии в сальнике метастаза аденокарциномы подтверждает идентичность эпителиоидного варианта мезотелиомы и железистого рака, что крайне затрудняет гистологическую верификацию опухоли.

В то же время отсутствие опухоли в матке, яичниках и других органах брюшной полости при диффузном опухолевом поражении брюшины могло помочь клинической диагностике мезотелиомы.

Второе наблюдение касается мужчины 36 лет, который в результате в дорожно-транспортного происшествия перенес травму – перелом костей таза с разрывом мочевого пузыря и уретры, в связи с чем было произведено ушивание мочевого пузыря и наложена цистостома. Спустя 4 месяца в связи с острой кишечной непроходимостью больной вновь был оперирован. При ревизии брюшной полости выявлены диффузное опухолевое поражение брюшины и асцит. При гистологическом исследовании опухоли сделано заключение: разрастание клеток саркомы с обширными некрозами опухолевой ткани. В связи с генерализацией опухоли, а именно, метастазами в оболочки спинного мозга, у больного развилась нижняя параплегия, обширные пролежни, нарастала интоксикация и спустя 2 месяца после обнаружения опухоли больной умер. Клинический диагноз (сокращенно): Мезотелиальная саркома 1У ст. 1У кл.группа. При патологоанатомическом вскрытии диагностирована злокачественная мезотелиома брюшины (саркоматозный вариант) с метастазами в легкие, плевру, сердце, забрюшинную клетчатку, оболочки спинного мозга. Асцит, двусторонний гидроторакс. Посттравматическая стриктура уретры, цистостома, пролежни.

В данном случае прижизненный диагноз злокачественной мезотелиомы брюшины был установлен на основании анализа клинических и морфологических данных, а именно, диффузного поражения брюшины и саркоматозного варианта строения опухоли.

Таким образом, приведенные наблюдения подтверждают значительные трудности как клинической, так и морфологической диагностики злокачественной мезотелиомы брюшины. Только анализ клинических и морфологических данных в совокупности помогает диагностике данной опухоли. При этом, как указывал Д.И. Головин, непременным условием диагностики мезотелиомы является исключение рака внутренних органов.

Литература

1. Аничков Н. М. О патоморфологии мезотелиом //Актуальные проблемы пато- и морфогенеза. Сб.тр. научн. конф., посв. 100-летию гос. мед. унив. им. ак. И.П.Павлова. Санкт-Петербург, 1999. – С. 15-16.

2. Головин Д. И. Опухоли серозных оболочек // Атлас опухолей человека. Ленинград, «Медицина», 1975. – С. 306-309.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ КАВЕРНОЗНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

Силяева Н.Ф., Пигалкова Л.Г., Медведева А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь

Туберкулез в XXI веке остается ведущей и одной из нерешенных проблем инфекционной патологии. Одним из самых информативных показателей эпидемиологической ситуации является показатель смертности, анализ которой позволяет выделить основные факторы, определяющие летальный исход (1).

Цель исследования – провести анализ случаев смерти больных от кавернозных форм туберкулеза легких по данным патологоанатомических вскрытий с определением основных факторов, влияющих на летальность.

Материалом для исследования явились протоколы патологоанатомических вскрытий 167 случаев смерти больных от туберкулеза легких, подтвержденного при патоморфологическом исследовании в отделении общей патологии №1 Гродненского областного патологоанатомического бюро в 2006-2008 гг.

Результаты исследования. Среди анализированных 167 случаев смерти больных от туберкулеза легких в 69 случаях (41,32%) были диагностированы кавернозные формы туберкулеза легких, из которых в 2-х случаях был острый кавернозный и в 67 – фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Среди погибших было абсолютное преобладание мужчин – 58 (84,06%), женщин было 11 (15,94%). Возраст больных вариировал от 19 до 74 лет, но большинство умерших – 58 (84,06%) было в возрасте 30-50 лет, т.е. активного трудоспособного возраста. Обращает на себя внимание социальный статус больных, среди которых 54 (78,26%) было неработающих, 10 (14,49%) – инвалидов и только 5 (7,25%) – работающих. 29 (42,03%) больных, погибших от кавернозного туберкулеза легких, страдали алкогольной зависимостью. В отдельных случаях среди больных были бомжи, наркозависимые, ВИЧ-инфицированные и в одном случае – 34-летняя женщина с алкогольной зависимостью, болевшая сифилисом. Продолжительность заболевания с момента постановки на учет составляла в 36 (52,17%) случаях менее 10 лет, в 19 (27,54%) – более