

ских и генетических механизмов в развитии этих заболеваний, что требует дальнейших исследований.

Выводы. Цистаденомы поджелудочной железы могут сочетаться с аденокарциномой толстой кишки что представляют клинический интерес и это необходимо учитывать при диагностике абдоминальной патологии.

Литература:

1. Chandwani R., Allen PJ. Cystic Neoplasms of the Pancreas. // Annual review of medicine. 2016 Jan.
2. D'Ambrosio G, Quaresima S. Spleen preserving laparoscopic distal pancreatectomy for treatment of pancreatic lesions. // La Revue du praticien. 2015 Mar.
3. Pravisani R, Intini SG. Macrocystic serous cystadenoma of the pancreas: Report of 4 cases. // International Journal of Surgery. 2015 Sep.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Павлова Д.В., Тарасенко О.А., Алексинский В.С.
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель – ассист. Алексинский В.С.

Актуальность исследования. Системные поражения соединительной ткани, и, в особенности болезнь Вегенера и синдром Гудпасчера, встречаются в клинической практике относительно редко, в связи с чем могут иметь место сложности в их дифференциальной диагностике.

Цель, задачи и методы исследования. Клинико-морфологический анализ секционного случая с установленным диагнозом «синдром Гудпасчера». Изучена медицинская документация умершего, проведена аутопсия с гистологическим исследованием.

Результаты. Пациент К. 26 лет за последние 2 года был трижды госпитализирован. Во всех случаях в качестве клинического диагноза фигурировал гранулематоз Вегенера (ГВ), генерализованная форма. Считал себя больным с момента обращения к врачу по поводу гнойного отита. При первичном обращении предъявлял жалобы на гемоптоз, субфебрильную температуру, общую слабость и летучие боли в суставах. При клиническом обследовании выявлены правосторонняя пиелэктазия, гематурия и хронический тонзиллит. В дальнейшем у пациента развилось легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс, двусторонняя полисегментарная пневмония и тяжёлый сепсис. Особо следует отметить, что у пациента не был выявлен IgG к гломерулярной базальной мембране.

При аутопсии основные изменения выявлены со стороны легких: легкие были увеличены в размерах и в массе, на разрезе определялись множественные сливные узлы темно-красного цвета до 5 см. в диаметре. Также следует отметить некоторое уплотнение почечной паренхимы с полнокровием мозгового слоя. При гистологическом исследовании лёгочной ткани обнаружено, что на фоне тотальных интраальвеолярных геморрагий и утолщения межальвеолярных перегородок с пролиферацией интерстициальных клеточных элементов наблюдается большое количество альвеолярных макрофагов, гемосидерофагов, внеклеточный гемосидерин, белковые депозиты с карнификацией; местами в просвете альвеол содержатся нейтрофильные лейкоциты, а в просвете бронхов – слизь, гной и эритроциты. Таким образом, основными патологическими процессами в легких явились геморрагический интерстициальный альвеолит, гнойная пневмония и карнификация, а участки, имевшие вид улов при аутопсии, были очагами геморрагического инфарктирования.

В почках имел место диффузный экстра- и интракапиллярный гломерулит с исходом в сегментарный и глобальный гломерулосклероз, утолщение рукоятки клубочков, зачастую с формированием узелковоподобных структур.

По данным патологоанатомического исследования был диагностирован синдром Гудпасчера.

Выводы. Для правильной диагностики системного поражения соединительной ткани следовало учесть молодой возраст пациента, отсутствие быстро прогрессирующих поражений глаз и верхних дыхательных путей, ротовой полости, а острый гнойный отит в данном случае наиболее вероятно явился «пусковым механизмом» болезни, а не ее проявлением. Также следует помнить, что при синдроме Гудпасчера антитела к гломерулярной базальной мембране могут не обнаруживаться.

Литература:

1. nasr s. h, collins a.b. the clinicopathologic characteristics and outcome of atypical anti-glomerular basement membrane nephritis. // kidney int. 2015 apr; 89(4). the u.s. national library of medicine / internet-recourse: [https://www.ncbi.NLM.NIH.GOV/PUBMED/26994577].

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Погудо А.С. Глебик О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – профессор, д-р мед. наук Басинский В.А.

Актуальность. Онкологические заболевания представляют собой одну из ведущих причин смертности населения во всех странах. Новообразования поджелудочной железы встречаются относительно редко, однако высокая смертность и инвалидизация населения обуславливает медицинскую и социальную значимость проблемы. По распространенности они занимают шестое место среди заболеваний взрослого населения.

Цель исследования: дать характеристику злокачественным новообразованиям поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы данные протоколов аутопсий умерших в г. Гродно и Гродненской области за период 2012 – 2015 годов.

Результаты. По данным аутопсий, за период 2012-2015 гг. количество умерших от злокачественных новообразований поджелудочной железы составило 74 случая. Из них в 2012 году – 24 (32,43%) , 2013г. – 23 (31,08%) , 2014г. – 19 (25,68%) и в 2015 году – 8 (10,81%). При этом по г. Гродно зарегистрировано 39 (52,7%) случая, по Гродненской области – 35 (47,3%). Чаще больные умирали в стационаре – 69 (93,24%) наблюдений, реже на дому – 5

(6,73%). Соотношение лиц мужского и женского пола за анализируемый период составило 2,5 : 1 (мужчин 52 , женщин 22). Средний возраст умерших – 67 лет. Люди в возрасте от 71 - 90 лет составили преимущественное большинство – 35 (47,3%) случаев, от 61 - 70 лет – 17 (22,97%), от 51 - 60 лет – 13 (17,57), от 41 - 50 лет – 7 (9,46%), а также 2 (2,7%) в возрасте 30 лет. Количество умерших в трудоспособном возрасте составило 18 (24,32%) человек. С учетом анатомического строения поджелудочной железы, опухоль чаще всего локализовалась в головке поджелудочной железы – 40 (54,05%) наблюдений, в теле – 2 (2,70%), в хвосте – 4 (5,41%), тотальное поражение поджелудочной железы – 17 (22,97%), сочетание головки и тела поджелудочной железы – 7 (9,46%), а также сочетание тела и хвоста поджелудочной железы – 4 (5,41%). Среди разнообразия гистологических вариантов злокачественных новообразований поджелудочной железы, наиболее часто встречалась аденокарцинома - 65 (87,85%) случаев, разной степени дифференцировки (G): G1 – в 11 (16,92%) случаях, G2 – 15 (23,08%), G3 – 15 (23,08%), G4 – 24 (36,92%), также встречались недифференцированный рак – 3 (4,05%) наблюдения, злокачественная инсулома – 1 (1,35%), злокачественный карциноид – 2 (2,7%), скirr – 3 (4,05%). В 46 (62,16%) случаях опухоли метастазировали лимфогенным путем – в лимфоузлы ворот печени, селезенки и забрюшинные лимфоузлы. В 23 (31,08%) наблюдениях – гематогенные метастазы в печень, легкие, селезенку, левый надпочечник и почки. Также встречались единичные случаи имплантационного метастазирования