
СЕКЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

НАБЛЮДЕНИЕ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ — МУКОЗАЛЬНОГО ПЛАЗМОЦИТОЗА У ДЕВОЧКИ 4 ЛЕТ

Алексеева К.В.

Научные руководители: к. м. н., доцент Федотова Е. П., ассистент Панеях М.Б.
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: мукозальный плазмцитоз (Mucous membrane plasmacytosis) — редкое идиопатическое заболевание, характеризующееся инфильтрацией слизистой оболочки верхних дыхательных путей неопухолевыми плазматическими клетками, на фоне длительной иммуносупрессивной и гормональной терапии [1].

Цель исследования: детальное морфологическое описание редкого наблюдения мукозального плазмцитоза на фоне длительной (более 3-х лет) терапии глюкокортикостероидами у ребенка 4х лет.

Материалы и методы: описание операционного материала гортани: новообразование гортани; стеноз гортани II–III стадии; дыхательная недостаточность II–III степени. Гистологические препараты окрашены гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван- Гизону.

Результаты: образование представлено тканью неправильной формы, серо-розового цвета, с синюшно-красным крапом. Поверхность образования неровная складчатого и дольчатого вида. При гистологическом исследовании узел выстлан многослойным плоским неороговевающим эпителием; отечная полнокровная строма содержала хаотично расположенные группки плазматических клеток с примесью лимфоцитов, нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов. В других участках узла скопления плазматических клеток разделены прослойками грубоволокнистой соединительной ткани.

Выводы: морфологическая картина соответствует редкому доброкачественному пролиферативному процессу неясной этиологии, описанному в литературе как мукозальный плазмцитоз, возникающий у детей и взрослых в носоглотке и гортани на фоне длительной (более 3х лет) иммуносупрессивной терапии с благоприятным прогнозом [2, 3].

Литература

1. Ferreieo J.A., Egorshin E.V., Olsen K.D., Banks P.M., Weiland L.H. Am J Surg Pathol; 18(10): 1048–53, 1994 Oct.
2. Khan N.A., McKerrow W.S., Palmer T.J. J Laryngol Otol; 111(3): 293–5, 1997 Mar.
3. Garzaro M. Pecorari G., Pezzoli M., Arrondini M., Novero D., Nadalin J., Giordano C. Eur Arch Otorhinolaryngol; 266(10): 1651–4, 2009. Oct.

ИММУНОГИСТОХИМИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Белякова Е.В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Крот М.А.
Кафедра патологической анатомии
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Актуальность исследования: миома матки —доброкачественное новообразование, которое все чаще диагностируется у женщин и нередко сопровождается выраженными клиническими симптомами и нарушением репродуктивной функции [1]. Поэтому важно вовремя диагностировать и дифференцировать миому матки и начать своевременное лечение.

Цель исследования: целью нашей работы явилось изучение механизмов роста миомы с иммуногистохимическим изучением уровня маркеров TGF β и PD-ECGF, CD117 Connexin 43, Nestin и Ki-67.

Материалы и методы: в данном исследовании было использовано две группы-группа контроля (5) и группа пациенток с диагнозом миома матки (15). В условиях лаборатории была проведена иммуногистохимия с изучением маркеров TGF β и PD-ECGF, CD117 Connexin 43, Nestin и Ki-67. Полученные результаты были статистически обработаны.

Результаты: в ходе статистической обработки была выявлена закономерная последовательность положительных результатов контроля только у группы «заболевание». Ни один из маркеров не был положительно выявлен у группы контроля. Что в свою очередь доказывает успешную диагностику миомы матки с помощью методов иммуногистохимии.

Выводы: механизмы роста миомы матки в отличие от злокачественных опухолей связаны с повышением пролиферативной активности клеток только в «зонах роста» в опухолевой ткани без утраты способности к созреванию опухолевых клеток, подверженности апоптозу [2]. Все события, связанные с пролиферацией клеток в миоме сосредоточены вокруг сосудов в «зонах роста», которые могут считаться «нишами стволовых клеток», что подтверждается данными об обнаружении в этих зонах клеток с признаками стволовости, экспрессирующих CD117, TGF b, PD-ECGF, Nestin, Conexin.

Литература

1. Сидорова И.С., Леваков С.А., Зайратьянц О.В., Коган Е.А., Унанян А.Л. Современный взгляд на патогенез миомы матки. Акушерство и гинекология. 2006.
2. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану/ Кумар В., Аббас А.К., Фаусто Н., Астер Дж. К.; перевод с англ.; под ред. Е.А. Коган, Р.А. Серова, Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. Логосфера, 2016.

АМЕЛОБЛАСТОМА: ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТРУДНОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Билял Н.М.

Научный руководитель: Реймназарова Г.Д.

Кафедра патологической анатомии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность исследования: амелобластома представляет собою наиболее распространённую опухоль из клинически значимых одонтогенных новообразований. Образование возникает из одонтогенного эпителия остатков эмалевого органа в результате нарушения закладки и развития зуба в эмбриогенезе [2].

Цель исследования: изучить гистологические данные, определить оптимальные методы диагностики амелобластомы, определить наиболее эффективные методы лечения.

Материалы и методы: по данным литературы, изучение гистологических препаратов, сбор анамнеза, наблюдения за ходом операций, изучение клинических картин, сопоставление результатов.

Результаты: в изученных случаях с распространением образования до базиса НЧ или сульфатного отростка проводилась резекция челюсти с нарушением ее непрерывности. При резекции челюсти возможно инфицирование раны микрофлорой полости рта, что является относительным противопоказанием к одномоментной костной пластике [2]. Один из важнейших отрицательных моментов при вторичной костной пластике — возможность повреждения околоушной слюнной железы и ветвей лицевого нерва при формировании ложа трансплантата. В связи с этим нами предложена при проведении вторичной костной пластики установка сетчатого проводника из сверхэластичного никелида титана по ходу НЧ для создания топографо-анатомических ориентиров. При отсутствии противопоказаний, а также при распространении образования лишь в толще кости проводилась одномоментная костная пластика с установкой индивидуальных имплантатов из никелида титана. Эндопротезы в разных плоскостях фиксировали с помощью винтов и скоб с памятью формы из никелида титана.