

МОРФОЛОГИЯ И МОРФОМЕТРИЯ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Грачёва Д.Р.

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: ретинобластома — эмбриональная злокачественная опухоль, происходящая из ядерных слоёв сетчатки [3]. В 80% случаев эти опухоли выявляются в возрасте 3–5 лет. На любой стадии ретинобластома приводит к тяжёлой психофизической травме пациента вплоть до потери зрения [1].

Цель исследования: морфометрическая оценка глубины прорастания опухоли в оболочки глаза и зрительный нерв [2].

Материалы и методы: проведён анализ операционного материала при энуклеации, от 2 мальчиков (пациент А и Б), возраста 2 г. 5 мес. и 1 г. 8 мес. с выявленной ретинобластомой. Гистологические препараты окрашены гематоксилином эозином, морфометрические измерения проведены в программе Rannoramic Viewer 1.15.2.

Результаты: при световой микроскопии обе опухоли характеризовались сходным строением и содержали солидные узлы, псевдопапиллярные структуры очаги некроза и кальциноза. При морфометрическом исследовании материала пациента А среднее значение прорастания хориоидеи опухолевыми клетками составило от 13,7 мкм до 326,4 мкм, глубина инвазии в зрительный нерв составило от 218,8 мкм до 1630,6 мкм без прорастания решетчатой пластинки. У пациента Б среднее значение инвазии в зрительный нерв составило от 168 мкм до 582,7 мкм, не достигая решетчатой пластинки, прорастание в хориоидею отсутствовало.

Выводы: морфометрия позволяет уточнить глубину прорастания опухолевыми клетками сосудистую оболочку и степень инвазии в зрительный нерв для определения тактики лечения пациента и прогноза заболевания.

Литература

1. «Опухоли и опухолеподобные процессы у детей», авт.: Е.Д. Черствой, Г.И. Кравцова, А.В. Фурманчук и др., 2002.
2. Medscape «Retinoblastoma», авт.: Manolette R Roque, MD, MBA, FPAO., 2016.
3. «MDM as a Modifier Gene in Retinoblastoma», Laurent Castera, Audrey Sabbagh, Catherine Dehainault., 2010.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ

Еремина А.В.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Козлов Д.В.
Кафедра патологической анатомии
Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: несмотря на развитие медицины, острая мезентериальная ишемия остается одной из самых тяжелых патологий в экстренной хирургии [2]. Поскольку острая ишемия кишки, не устраненная в течение ближайших 6–8 часов, неизбежно ведет к ее гангрене, то уровень смертности достигает 85–100% [1].

Цель исследования: изучить этиопатогенетические факторы и механизм развития мезентериальных тромбозов.

Материалы и методы: просмотрено 102 протокола умерших пациентов от мезентериального тромбоза в Клинической больнице скорой медицинской помощи города Смоленска, из

2000 протоколов аутопсий, выполненных за 6 лет в отделении клинической патологии № 2 Смоленского областного института патологии, обслуживающего КБСМП.

Результаты: по нашим данным, численное соотношение женщин — 73,5%, мужчин — 26,4%, средний возраст составил 79 лет. Число обратившихся после 24 часов с начала первых симптомов — 82%. В основе развития этого заболевания лежит механизм нарушения мезентериального кровообращения. Неокклюзионные нарушения кровообращения составляют 1,9%, причиной которых является ангиоспазм. Большую часть составляют окклюзионные 98,1%. Наши исследования показали, что эмболия составляет 1,9%, тромбоз артерий — 75,5%, тромбоз вен — 9,8%. Обтурирование артерий происходит чаще, чем вен, и составляет 93,5%. Таким образом, разную локализацию тромбов в процентном соотношении можно выразить так: закупорка 1 сегмента верхней брыжеечной артерии составила 78%, 2 сегмента верхней брыжеечной артерии 11,7%, 3 сегмента верхней брыжеечной артерии 1,9%, нижней брыжеечной артерии 1,9%. По нашим данным, в 49% случаях возникает тотальное поражение тонкого кишечника. У 90% на вскрытии были явления перитонита.

Выводы: 1. К факторам риска развития мезентериального тромбоза следует отнести: возраст старше 60 лет, наличие аритмий, артериальной гипертензии, сахарного диабета, хронического панкреатита и холецистита, ишемий других органов. 2. Быстрое начало лечения в значительной степени повышает выживаемость при этом заболевании, поэтому основные усилия следует направлять на раннюю диагностику и начало лечения мезентериальных тромбозов. 3. Главной причиной мезентериальных тромбозов являются окклюзионные нарушения в артериях, в частности верхней брыжеечной артерии 1 сегмента. 4. До 90% летальных исходов у пациентов с мезентериальными тромбозами связано с развитием перитонита.

Литература

1. Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье [и др.]. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 448 с.
2. Завада Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н.В. Завада. Минск: БелМАПО, 2006. 117 с.

ОПИСАНИЕ РЕДКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ОПУХОЛИ АБРИКОСОВА

Зайцева Р.С.

Научные руководители: к. м. н., доцент Федотова Е.П., ассистент Панях М.Б.

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: зернистоклеточная опухоль Абрикосова — это редко встречающаяся, зрелая, доброкачественная опухоль, неутонченного гистогенеза. Данное новообразование немного чаще выявляется у женщин, средний возраст составляет 32 года, но наблюдается в любом возрасте и у людей обоего пола [1].

Цель исследования: детальное морфологическое описание редкого наблюдения врожденной опухоли Абрикосова у девочки, прооперированной на 13 сутки постнатальной жизни.

Материалы и методы: на базе патологоанатомического отделения СПбГПМУ проведен пересмотр операционного материала новорожденной девочки 13 дней жизни. Гистологические препараты окрашивались гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван Гизону и реактивом Шиффа.

Результаты: при пренатальном УЗИ на 36 неделе у плода выявилось образование на альвеолярном отростке верхней челюсти, имеющее вид узла, четко отграниченного от окружающих тканей. Макроскопически опухоль представлена новообразованием неправильной формы плотновато-эластичной консистенции, размерами 2,3х2,1х1,4 см. На разрезе ткань неоднородного вида с беловатыми и серовато-желтыми участками. Гистологически опухоль состоит из скоплений крупных клеток полигональной формы с эозинофильной, мелкозернистой цито-