

Материалы и методы: были использованы биопсийные карты и материал нефробиопсий 20 пациентов, поступивший для диагностики в отделение детской патологии Городского клинического патологоанатомического бюро г. Минска с диагнозом «Болезнь Берже» в период с 2007 по 2010 год.

Результаты: проанализированы данные результатов окрашивания препаратов гематоксилином и эозином, по Масону, по MSB, реактивом Шиффа и данные иммуногистохимического исследования. В исследованной группе из 20 детей мальчиков было 14 (70%), девочек — 6 (30%). Средний возраст пациентов составил 13.95 года. По данным световой микроскопии базальная мембрана капилляров клубочков была утолщена у 5 пациентов (40%), умеренная диффузная сегментарная мезангиальная пролиферация — у 4 пациентов (20%), слабая — у 7 (35%). Фокальная сегментарная мезангиальная пролиферация присутствовала у 5 пациентов (40%) и была выражена слабо. Умеренная гиалиново-капельная дистрофия выявлена у 2 пациентов (10%), слабая — у 13 (65%). У 7 пациентов (35%) наблюдалась полиморфноклеточная инфильтрация стромы. При иммуногистохимическом исследовании у всех пациентов обнаружена доминантная или кодминантная экспрессия IgA в почечных клубочках. При этом у 2 пациентов (10%) также обнаружено наличие IgG, IgM и фракции C3 комплемента.

Выводы: при болезни Берже у пациентов преобладают изменения в виде сегментарной мезангиальной пролиферации (80%) диффузного или фокального характера различной степени выраженности, гиалиново-капельная дистрофия (75%) и инфильтрация стромы (35%). У всех пациентов наблюдается отложение иммуноглобулинов класса A (IgA) в почечных клубочках.

Литература

1. Распространенность и морфологические особенности IgA-нефропатии у детей и подростков в Республике Беларусь / А.В. Сукало, Е.Д. Черствый, Т.А. Летковская и др. // Педиатрия 2009 № 3. С. 28–32.
2. Robert B. Colvin Diagnostic Pathology: Kidney Diseases /Robert B. Colvin, Anthony Chang. Elsevier, 2015. 1144 с.
3. Пальцев М.А., Пауков В.С. Патология в 2 т. / Под ред. М.А. Пальцева, В.С. Паукова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 1024 с.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА P53 ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЯЗЫКА

Райкова А.П.

Научный руководитель: врач-патологоанатом Зибиров Р.Ф.
МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиал, НМИЦ радиологии
Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность исследования: ежегодно в мире диагностируется 529 451 новых случаев рака ротовой полости, при этом 292 289 больных умирают [1]. Ген p53 играет важную роль в апоптозе, стабильности генома, функционирует как онкосупрессор. Известно, что низкодифференцированные опухоли приводят к менее благоприятному прогнозу [2].

Цель исследования: характеристика экспрессии белка p53 при разных степенях дифференцировки плоскоклеточного рака языка.

Материалы и методы: 63 наблюдения разделены на высоко G1 (18), умеренно G2 (33) и низкодифференцированные G3 (11) раки. Подсчет количества опухолевых клеток с экспрессией p53 производился при увеличении микроскопа x400, далее вычислялась медиана и оценивалась сила экспрессии белка p53 в баллах от 0 до 3.

Результаты исследования: при плоскоклеточном раке, G1 медиана экспрессии опухолевыми клетками белка p53 составила 5.5, при этом отсутствие экспрессии наблюдалось в 5 случаях, слабая экспрессия — в 8, умеренная — в двух, сильная в 3 случаях. При раке, G2 медиана экспрессии p53 составила 45, при этом отсутствие экспрессии наблюдалось в 3 случаях,

слабая экспрессия — в 7, умеренная — в 14, сильная в 9 случаях. При раке, G3 медиана экспрессии p53 составила 38, при этом отсутствие экспрессии наблюдалось в 4 случаях, слабая экспрессия не определялась, умеренная — в 4, сильная — в 3 случаях.

Выводы: при переходе рака языка от G1 к G2 и G3 происходит как увеличение количества опухолевых клеток, экспрессирующих p53, так и увеличение количества клеток опухоли с умеренной и сильной экспрессией данного белка.

Литература

1. Torre L.A., Bray F., Siegel R.L., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2015; 65 (2): 87–108.
2. LoW-L, Kao S-Y, Chi L-Y, Wong Y-K, Chang RC-S. Outcomes of oral squamous cell carcinoma in Taiwan after surgical therapy: factors affecting survival. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61(7): 751–758.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ CD30+ Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ И ЛИМФОМАТОИДНОГО ПАПУЛЁЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сологуб Т.М.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Сыдилов А.А.

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: научный интерес к данной теме обусловлен сравнительно редкой частотой заболеваемости первичными CD30+ Т-клеточными лимфопролиферативными заболеваниями кожи, малой освещённостью данной темы в научной литературе, сложностью дифференциальной диагностики и отсутствием стандарта терапевтических подходов [1].

Цель исследования: анализ клинико-морфологических и диагностических критериев CD30+ Т-клеточных лимфопролиферативных заболеваний кожи и разработка алгоритма первичного обследования.

Материалы и методы: описание редкого клинического случая, обзор современной литературы.

Результаты: в ходе изучения клинических, морфологических, иммуногистохимических и молекулярно-биологических данных первичных CD30+ Т-клеточных лимфопролиферативных заболеваний кожи, было установлено, что это состояния со схожими гистологическими и молекулярно-биологическими особенностями, но различными клиническими проявлениями. Сформирован алгоритм первичного обследования пациента и дифференциальной диагностики [1, 3].

Выводы: данная группа заболеваний кожи является значимой междисциплинарной проблемой для врачей различных специальностей [1]. Сложность диагностики обусловлена полиморфизмом клинической картины, имитирующей различные хронические заболевания кожи и гистологической картиной злокачественных лимфом [2]. Необходима комплексная оценка данных анамнеза, клинической картины, результатов гистологического, иммуногистохимического и молекулярно-биологического исследований.

Литература

1. Олисова, О.Ю «Случай первичной CD30+-анapластической крупноклеточной лимфомы кожи: трудности диагностики». Олисова. О.Ю., Теплюк Н.П., Снарская Е.С и др. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015. № 18(4). С. 4–11.
2. Prieto-Torres L. CD30-Positive Primary Cutaneous Lymphoproliferative Disorders: Molecular Alterations And Targeted Therapies / L. Prieto-Torres, S.M. Rodriguez-Pinilla, A. Onaindia et al. // Haematologica 2019 Vol. 104(2). P. 226–235.
3. Sauder, M. B. CD30+ Lymphoproliferative Disorders of the Skin / M.B. Sauder, J. T. O'Malley, N.R. Le Boeuf // Hematol Oncol Clin North Am. 2017. Vol. 31 (2). P. 317–334.