



Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрастным группам

При анализе гистологического строения плеоморфных аденом слюнной железы следует выделить три основных морфологических компонента опухоли: клеточный, представленный преимущественно тубулярными и крибриформными структурами, и имеющий в своем составе как эпителиальный, так и миоэпителиальный компонент; гиалиновый, подразумевающий наличие стромально-сосудистой дистрофии как одного из диагностических критериев опухоли; и хондронидный, как итог метапластического процесса.

При анализе гистологических изменений исходя из преобладания тканевого компонента опухоли выявлено, что у 49 (76,6 %) пациентов преобладал клеточный компонент, у 13 (20,3 %) — гиалиновый, и всего в 2 (3,1 %) случаях существенную часть опухоли составлял хондронидный компонент.

Выводы

По данным гистологического исследования чаще плеоморфные аденомы возникают у женщин (76,6 %), чем мужчин (23,3 %), возможно это связано с частыми гормональными нарушениями у женщин, повышенным стрессовым влиянием на организм. Наибольшее количество пациентов с плеоморфной аденомой наблюдалось в возрастной группе от 41 до 50 лет.

При морфологическом исследовании плеоморфных аденом слюнных желез преобладает клеточный компонент опухоли (76,6 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев, М. В. Плеоморфная аденома околоушной слюнной железы / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова // Вестник Пензенского государственного университета. 2019. № 1 (25). С. 77–79.
2. Маланчук, В. А. Этиологические и диагностические иммуногистохимические показатели плеоморфных аденом слюнных желез / В. А. Маланчук, И. С. Бродецкий, М. С. Кротевич // Вестник КГМА имени И. К. Ахунбаева. 2020. Т. 2, № 2. С. 94–102.
3. Базык-Новикова, О. М. Лазерные технологии в хирургическом лечении доброкачественных образований околоушной слюнной железы / О. М. Базык-Новикова // Современная стоматология. 2016. № 4 (65). С. 18–26.

УДК 618.19-006.6-091.8-033.2

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Якубенко А. С.

Научные руководители: ассистент Д. А. Зиновкин

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической патологии, но существуют большие трудности в диагностике и лечении данного заболевания.

В Республике Беларусь наблюдается увеличение показателя заболеваемости РМЖ с 76,7 в 2011 г. до 87,2 на 100 тыс. населения. Абсолютное число вновь заболевших раком молочной железы в 2011 г. составляло 3889, в 2016 г. — 4428 [1].

Особенностью РМЖ является его биологическая гетерогенность, обусловленная поликлональностью клеточного состава первичной опухоли. Одновременное сосуществование в опухоли биологически различных субпопуляций клеток с неодинаковой скоростью роста (воспроизведения), разным кариотипом, иммуногенными характеристиками, гормональными рецепторами, чувствительностью к химиопрепаратам и многими другими параметрами определяют вариабельность клинического течения заболевания от агрессивного, стремительно протекающего до замедленного с поздно реализующимся процессом метастазирования.

Прогностические факторы для РМЖ (количество подмышечных лимфатических узлов с наличием метастазов, размер первичной опухоли, возраст больных и состояние менструальной функции, наличие опухолевых клеток в краях операционной раны) позволяют предположить клинический исход заболевания.

В настоящее время используются различные молекулярные маркеры, для прогноза исхода РМЖ и выбора тактики лечения.

Обязательным является определение в опухоли уровня экспрессии рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), предпочтительнее с помощью иммуногистохимического исследования (ИГХИ). Результат определения рецепторного статуса должен включать данные о процентном содержании клеток, положительных по РЭ и РП [2]. Одновременно иммуногистохимическим методом должен быть определен уровень экспрессии HER2 рецепторов, который также учитывается при планировании терапии. При спорном (+ +) результате ИГХИ следует определить амплификацию гена HER2 методом *in situ* гибридизации (FISH или CISH).

HER2-позитивный рак молочной железы чаще протекает с метастазами, но герцептин может замедлить или остановить рост опухоли.

Для того, чтобы выяснить, эффективен ли герцептин в отношении той или иной опухоли молочной железы, используются следующие тесты. ИГХИ заключается в вычислении количества HER2-рецепторов в опухоли (занимает доминирующее положение) [2].

Цель

Выявить некоторые клиничко-морфологические особенности рака молочной железы.

Материал и методы исследования

Объектом исследования является медицинская документация 60 первичных случаев РМЖ I–III стадии, находившиеся на лечении в У «ГОКОД» в 2010 г.

Статистический, иммуногистохимический, клинический. Основой ИГХИ является иммунологическая реакция антигена и антитела. ИГХИ позволяет локализовать и идентифицировать клеточные и тканевые антигены, основываясь на их связывании с антителами. ИГХИ проводится на биопсийном и операционном материале, фиксированном в 10 % нейтральном формалине, забуференным фосфатным буфером, в течение 24 ч. Гистологическая проводка материала осуществляется в автоматическом режиме с использованием проводящих аппаратов. После гистологической проводки материал заливается в парафин и затем готовятся срезы толщиной 4 мкм. Срезы монтируются на специальные высокоадгезивные стекла и высушиваются в течение 18 ч при температуре 37 °С. Для ИГХИ гиперэкспрессии HER2/neu при использовании антител как в рабочем разведении, так и концентрированных антител, необходимым этапом является демаскировка антигена. Восстановление антигенной активности проводится в водяной бане, в растворе Epitope Retrieval Solution, pH 6,0 при температуре 95–99 °С. Депарафинированные и регидратированные срезы погружают в чашку Коплина с подогретым буфером, помещают в водяную баню при температуре 97–99 °С и инкубируют в течение 40 мин. Затем остужают стекла в буфере до комнатной температуры в течение 20 мин и промывают промывочным буфером 5 мин. Демаскировку антител можно также проводить в специализированном мини-автоклаве Retrieval 2000 или в специальной кастрюле под давлением в соответствии с инструкцией к этим приборам в течение 20 мин при температуре 121 °С или в микроволновой печи — 20 мин

при мощности 500–700 Вт. При оценке результатов реакции учитывается экспрессия только в инвазивном компоненте опухоли. Оценка результатов реакции проводится с помощью балльной шкалы оценки — 0, 1+, 2+, 3+.

Статистическая обработка данных производилась с использованием «Microsoft Office Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

Было выявлено 9 (15 %) случаев HER2-позитивного РМЖ, 7 (11,7 %) случаев тройного негативного РМЖ, 28 (46,7 %) случаев люминального А РМЖ, 16 (26,7 %) случаев люминального В РМЖ.

Люминальный тип получил название от люминальных клеток, формирующих внутренний слой протоков и долек молочной железы. Люминальный А тип наблюдался в 22 (78,5 %) случаях у пациенток старше 50 лет (85 %) и в 20 (71,4 %) случаях имел строение долькового рака.

Люминальный тип В наблюдался в 11 (68,8 %) случаях у пациенток старше 50 лет (87,6 %) и в 12 (72 %) случаях имел строение рака неспецифического типа.

HER2-позитивный РМЖ чаще наблюдался в возрастном диапазоне 40–60 лет: 7 (77,8 %) случаев. У большинства пациенток отмечалась низкая дифференцировка опухоли: 8 (88,9 %) случаев.

Тройной негативный РМЖ чаще наблюдался в возрастном диапазоне 40–60 лет: 7 (85,7 %) случаев.

В 5 (8,3 %) случаях из 60 в течение 10-летнего периода наблюдения у пациенток развился рецидив РМЖ: в 2 (22,2 %) случаях из 9 в группе HER2-позитивного РМЖ, в двух случаях из 7 (28,5 %) в группе тройного негативного РМЖ, в 1 (9,1 %) случае из 11 в группе люминальный типа В РМЖ.

Частота метастазирования в регионарные лимфоузлы у 51 женщины с отрицательной экспрессией HER2 составила 25 (49 %), в то время как у 9 женщин с позитивным HER2-пептидом частота метастазирования составила 7 (77,8 %) случаев.

Выводы

В группах пациенток с тройным негативным РМЖ и в группе с HER2-позитивным РМЖ чаще наблюдались метастазы в регионарные лимфоузлы и чаще наблюдались случаи рецидивов РМЖ.

В проблеме злокачественных опухолей, и, в частности, РМЖ, важны как изучение этиологии и патогенеза, так и разработка новых методов лечения и реабилитации больных.

Улучшению результатов лечения способствует и разработка новых методов лучевой и химио-, гормональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: клинический протокол / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Минск: Профессиональные издания, 2019. 616 с.
2. Франк, Г. А. Рак молочной железы. Практическое руководство для врачей / под ред. Г. А. Франка, Л. Э. Завалишиной, К. М. Пожарисского. М.: Практическая медицина, 2017. 176 с.

УДК 616.33-006-052

A CASE SERIES OF 27 PATIENTS WITH SIGNET RING CELL CARCINOMA OF THE STOMACH

Mohamed Mowith Fathima Sanjitha

Scientific adviser: Assistant Professor G. V. Tishchenko, MD, PhD

**Educational institution
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus**

Introduction

Our body is made up of billions of different cell types that can only be seen under a microscope. These cells are grouped according to their function or the type of body tissue they produce. Signet cells are a type of epithelial cell called glandular