

боли в слепом глазу. Офтальмоскопически глаз субатрофичен, подвижен, выражена микрокорнея, рубец роговицы, глубже лежащие среды не просматриваются. Клинический диагноз: «Субатрофия глазного яблока».

При патоморфологическом исследовании глаз уменьшен, деформирован, роговица значительно уменьшена, непрозрачная. На разрезе — передняя камера и хрусталик не определяются, в полости глазного яблока плотная белесоватая ткань в виде тяжа распространяется от роговицы до заднего полюса, стекловидное тело жидкое бурого цвета. При гистологическом исследовании наряду с атрофическими, рубцово-склеротическими изменениями и гемосидерозом в структурах глазного яблока, характерными для посттравматической субатрофии, в хориоиде, в заднее-боковом ее отделе определяется линзообразное утолщение, представляющее опухоль, построенную из пигментсодержащих, преимущественно, веретенновидных клеток, располагающихся пучками, идущими в различных направлениях. Среди пигментных клеток имеются группы светлых полигональных клеток, соответствующих невусным. В единичных пигментсодержащих клетках определяются митозы. Морфологическая структура опухоли позволяет ее рассматривать как инициальную плоскостную меланобластому хориоидеи в субатрофичном глазу.

Заключение

Таким образом, в двух приведенных наблюдениях меланобластомы хориоидеи опухоль была диагностирована только при гистологическом исследовании энуклеированных глаз, что подтверждает трудность клинической диагностики данных особых видов внутриглазных опухолей. При этом следует отметить, что некротическая меланобластома хориоидеи, диагностированная в первом наблюдении, имела характерные клинические проявления опухолевого роста — боль в глазу и соответствующей половине головы, слепоту, подвывих хрусталика и высокое внутриглазное давление. Дополнительным диагностическим признаком некротической меланобластомы может быть меланемия и меланурия, наблюдающиеся при обширных некрозах пигментной опухоли. Во втором наблюдении отмечался скрытый рост опухоли в атрофическом глазу и только возникшая болезненность в глазу спустя 11 лет после травмы послужила причиной энуклеации. Приведенные наблюдения свидетельствуют о необходимости в каждом случае детального, серийного исследования энуклеированных глаз, в том числе и атрофических после перенесенных травматических или воспалительных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левкоева, Э. Ф. Опухоли глаза. Клиника, патоморфология, гистогенез и классификация / Э. Ф. Левкоева. — М.: Медицина, 1973. — 216 с.
2. Сорокина, М. Н. Внутриглазные опухоли / М. Н. Сорокина // Патологоанатомическая диагностика опухолей человека; под ред. Н. А. Краевского, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова. — М.: Медицина, 1993. — Т. 2. — С. 650–664.
3. Шепкалова, В. М. Внутриглазные опухоли. Атлас. / В. М. Шепкалова, А. А. Харасанян-Таде, О. Н. Дислер. — М.: Медицина, 1965. — С. 70–86.

УДК 616.98.578.828 НIV(476.2) «2004–2010»

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, УМЕРШИХ В 2004–2010 ГОДАХ

Тищенко Г. В., Гришаков В. В.

Научные руководители: Красавцев Е. Л., Тищенко В. Н., Логинов Р. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

При ВИЧ-инфекции главной причиной прогрессивного ослабления иммунной системы, которая приводит, в конечном счете, к синдрому приобретенного иммунодефицита

является разрушение CD4+ лимфоцитов. СПИД — это стадия ВИЧ-инфекции, при которой развиваются бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные инфекции (оппортунистические инфекции) и неинфекционные заболевания, как проявление катастрофы иммунной системы в результате падения числа CD4+ лимфоцитов ниже определенного уровня [1].

По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, на 1 марта 2010 года в Республике Беларусь зарегистрировано 10870 ВИЧ-инфицированных (показатель распространенности составил 94,2 на 100 тыс. населения), из них в стадии СПИД — 1910 человек. По кумулятивным данным в Гомельской области — 5592 случая (303,1 на 100 тыс. населения), в г. Минске зарегистрировано 1510 случаев ВИЧ-инфекции (показатель 72,8 на 100 тыс. населения), Минской области — 1424 (87,9 на 100 тыс. населения), Брестской области — 789 (46,8 на 100 тыс. населения), Могилевской области — 589 (46,7 на 100 тыс. населения), Витебской области — 534 (38,1 на 100 тыс. населения), Гродненской области — 432 (33,3 на 100 тыс. населения). Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных составляют молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет, удельный вес в общей структуре ВИЧ-инфицированных — 66,4 % (7214 больных) [3].

Цель

Определить и проанализировать характер патологии, имевшейся у ВИЧ-инфицированных в Гомельской области за 2004–2010 гг.

Материал и методы

Использовались материалы патологоанатомических заключений и гистологические препараты умерших с диагнозом ВИЧ-инфекция в стадии СПИД с 2004 по 2010 гг. Были проанализированы 181 протокол вскрытия умерших от ВИЧ-инфекции с февраля 2004 по февраль 2010 гг. в Светлогорском и Речицком районах Гомельской области и 105 протоколов вскрытий за 2008 и 2009 гг. в отделении инфекционной патологии ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Гистологические препараты были окрашены гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, по Циллю-Нильсену, по ШИК.

Результаты и обсуждение

В период с февраля 2004 года по февраль 2010 произведены аутопсии 286 больных, умерших от ВИЧ-инфекции, из них 5 (1,7 %) — в 2004 г., 14 (4,9 %) — в 2005 г., 20 (7,0 %) — в 2006 г., 40 (14,0 %) — в 2007 г., 97 (33,9 %) — в 2008 г., 103 (36,0 %) — в 2009 г., 7 (2,4 %) — в 2010 г. Общие данные приведены на рисунке 1.

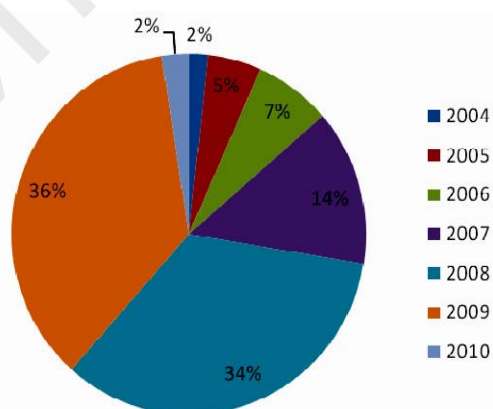


Рисунок 1 — Количество аутопсий ВИЧ-инфицированных по годам

Микобактериальная инфекция стала одной из основных в структуре оппортунистических инфекций, выявленных при анализе протоколов вскрытия и была обнаружена в 162 (56,6 %) случаях. Отмечается высокий процент генерализации микобактериоза — гематогенно-диссеминированные формы туберкулеза были обнаружены в 43,4 % (124 случая). Туберкулез лимфатических узлов был отмечен в 118 (41,3 %) случаях. Туберку-

лезный плеврит был найден на 26 (9,1 %) аутопсиях. Туберкулезный менингоэнцефалит обнаружен у 45 (15,7 %) больных. Туберкулез других локализаций (гортань, печень, среднее ухо, почки) был обнаружен у 50 (17,5 %) больных. Также следует отметить высокий процент туберкулезного перитонита — 4,5% (13 случаев), явившегося следствием туберкулеза кишечника и мезентериальных лимфоузлов.

При анализе спектра оппортунистических заболеваний выявляется огромный процент грибкового поражения у ВИЧ-инфицированных. Наиболее часто отмечено присутствие кандидозной инфекции — 213 (74,5 %) случаев, также выявлено 19 (6,6 %) случаев онихомикоза, 7 (2,4 %) случая криптококкоза, 3 (1,0 %) случая рубромикоза и 2 (0,7 %) случая кокцидиоидоза. Кандидозная инфекция характеризовалась большой площадью поражения тканей и во многих случаях имела тенденцию к генерализации процесса и развитию кандидозного менингита и сепсиса. На гистологических срезах при проведении ШИК-реакции хорошо выявлялся псевдомицелий грибов рода *Candida*.

Оппортунистические инфекции вирусной этиологии были выявлены у 255 (89,2 %) умерших. Наиболее часто, в 196 (68,5 %) случаях, вирусная инфекция была представлена вирусными гепатитами В и С, что связано с общими путями заражения ВИЧ и гепатитов, наиболее часто, с инъекционным употреблением наркотиков. В 7 (2,4%) случаях были обнаружены герпетическая инфекция, у 1 (0,3 %) больного выявлен вирус папилломы человека. В 51 (17,8 %) случае гистологически была обнаружена волосатая лейкоплакия языка, этиологически связанная с вирусом Эпштейна-Барр [2].

Пневмоцистная пневмония была обнаружена у 29 (10,1 %) умершего. Микроскопически пневмоцистная пневмония характеризовалась пенным эозинофильным экссудатом в альвеолах, на гистологических срезах обнаруживались овальные, круглые и спавшиеся пневмоцисты. В 14 (4,9 %) случаях был выявлен токсоплазмоз головного мозга. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, как проявление непосредственного поражения головного мозга вирусом иммунодефицита человека, была выявлена у 22 (7,7 %) больных. Данные по годам приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Общая структура патологии среди оппортунистических инфекций по годам

	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.		
Туберкулез	2	3	8	14	67	65	3	162	56,6%
Кандидоз	5	7	10	22	79	84	6	213	74,5%
Рубромикоз						3		3	1,0%
Онихомикоз				2	4	12	1	19	6,6%
Криптококкоз		1		2	3	1		7	2,4%
Кокцидиоидоз		1		1				2	0,7%
Пневмоцистоз		1	1	5	10	10	2	29	10,1%
ВГВ и ВГС	3	12	9	25	63	78	6	196	68,5%
Герпес		3	1	1	1	1		7	2,4%
Папилломовирус			1					1	0,3%
ПМФЛ			1	7	6	8		22	7,7%
Вирус Эпштейн-Барр			1	14	26	8	2	51	17,8%
Токсоплазмоз		1	2	3	3	4	1	14	4,9%
Всего	5	14	20	40	97	103	7	286	
	1,7%	4,9%	7,0%	14,0%	33,9%	36,0%	2,4%		

ВИЧ-ассоциированная онкологическая патология была обнаружена у 14 (4,9 %) больных, наиболее часто встречалась злокачественная В-клеточная лимфома — 7 (2,4 %) случая, у 2 (0,7 %) больных обнаружена саркома Капоши, у 2 (0,7 %) — первичная лимфома головного мозга. Также в 2005 году был 1 (0,3 %) случай острого лимфолейкоза, в 2007 г. — 1 (0,3 %) случай недифференцированного рака носоглотки, в 2009 г. — 1 (0,3 %) случай гистиоцитоза лимфоузлов.

Заключение

В структуре патологии умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИД ведущее место занимает туберкулезная инфекция, преимущественно ее гематогенно-диссеминированные формы, с высоким удельным весом специфических осложнений (туберкулезных менингитов и менингоэнцефалитов, туберкулезных плевритов). Отмечается высокий процент грибковых осложнений, наибольшую долю среди них занимает кандидозная инфекция, и инфицирования вирусным гепатитом С, что связано с общими путями заражения ВИЧ и гепатитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ-инфекция / А. Г. Рахманова [и др.]. — СПб, 2004. — С. 103–136.
2. Cohen, J. I. Epstein-Barr virus lymphoproliferative disease associated with acquired immunodeficiency / J. I. Cohen // Medicine. — 1991. — С. 70–137.
3. «Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 марта 2010 года» / http://www.aids.by/article.php?lib_id=103&show=10.

УДК 618.19-006-08

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (обзор литературы)

Турченко С. Ю.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди злокачественных новообразований у женщин рак молочной железы занимает особое место. За последнее десятилетие заболеваемость им среди женщин Беларуси увеличилась более чем на 30 %. На протяжении нескольких лет рак молочной железы занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин. В структуре общей заболеваемости рак молочной железы занимает пятое место. Число заболевших на 100 тыс. женщин составляет 57, 2. Удельный вес заболевания 17,5 % [1, 5].

На современном этапе клинической онкологии проблема стоит не столько в усовершенствовании методов лечения рака молочной железы, сколько в поисках путей его своевременной диагностики и профилактики. Чем раньше выявить рак молочной железы, тем успешнее пройдет лечение, так как выживаемость тесно связана со стадией заболевания.

Следовательно, этот раздел клинической онкологии чрезвычайно важен и требует особого внимания.

Цель работы

Дать оценку современным представлениям о патоморфологических особенностях, патогенезе, морфогенезе рака молочной железы

1. *Возраст.* Особенно внимательными к себе должны быть женщины старше 40 лет, так как рак молочной железы, чаще, выявляется в возрасте от 40 до 60 лет. Однако следить за своей грудью должны и девушки молодого возраста, так как рак молодеет.

2. *Наследственность.* При наличии рака молочной железы у близких родственников женщина должна следить за собой особо тщательно, так как выявление у нее опухоли в 2–2,5 раза выше, чем у женщин с неотягощенной наследственностью.

3. *Физические травмы молочной железы.* Процент посттравматического рака молочной железы колеблется от 4,2 до 44,6 %. Необходимо оберегать молочные железы от травм.

4. *Психические травмы.* Длительные раздражения нервной системы различными факторами приводят к ее функциональному истощению и, тем самым, нарушают нормальный обмен в организме, что предрасполагает к развитию злокачественных новообразований.