

ЛИТЕРАТУРА

1. Перинатальные инфекции: вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений / под ред. В. А. Цинзерлинга, В. Ф. Мельниковой. — СПб.: Элби-СПб., 2002. — 351 с.
2. Глуховец, Н. Г. Патогенетические особенности поздних самопроизвольных выкидышей при восходящем инфицировании плодного пузыря: реакция последа. / Н. Г. Глуховец // Архив патологии. — 2000. — № 2. — С. 33–37.
3. Allgemeine und Spezielle Pathologie, Ursus-Nikolaus Riede, Martin Werner (Herausgeber), 900 Seiten 2017. — № 2. — völlig. neu bearb. Aufl. Springer (Verlag), 978-3-662-48724-2 (ISBN)

УДК 616-006.81-033.2: 616.33

МЕТАСТАЗ МЕЛАНОМЫ В ЖЕЛУДОК.

Трутко А. Д., Чебанова О. Н.

Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец, М. Ю. Жандаров

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Меланома (меланобластома, злокачественная меланома) — злокачественная опухоль меланинообразующей ткани, одна из самых злокачественных опухолей с выраженной склонностью к метастазированию. Она развивается в коже, пигментной оболочке глаза, мозговых оболочках, мозговом слое надпочечников, редко — в слизистых оболочках [1]. Возможно развитие меланомы из невуса. Меланома может иметь вид коричневого пятна с розовыми и черными вкраплениями, вид сине-черного мягкого узла или бляшки. Меланома рано дает гематогенные и лимфогенные метастазы.

Цель

Анализ клинического случая метастаза меланомы в желудок.

Материал и методы исследования

Пациентка 40 лет, гражданка России, обратилась в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», для прохождения обследования. При проведении фиброгастродуоденоскопии в слизистой оболочке желудка было выявлено пятно коричневого цвета. Из измененного участка взята биопсия и с предварительным диагнозом эндометриоз слизистой оболочки желудка, отправлена на гистологическое исследование. При микроскопическом исследовании в слизистой оболочке желудка выявлена опухоль с крупными атипичными клетками, с множеством митозов, с внутриклеточным образованием коричневого пигмента (рисунки 1, 2, 3).

Гистологическое заключение — метастаз меланомы в желудок. Из анамнеза известно, что женщина в прошлом, обращалась в косметологический кабинет для удаления образования кожи, которое локализовалось на спине, после чего гистологическое исследование не проводилось. Вероятно, удаленное новообразование явилось меланомой.

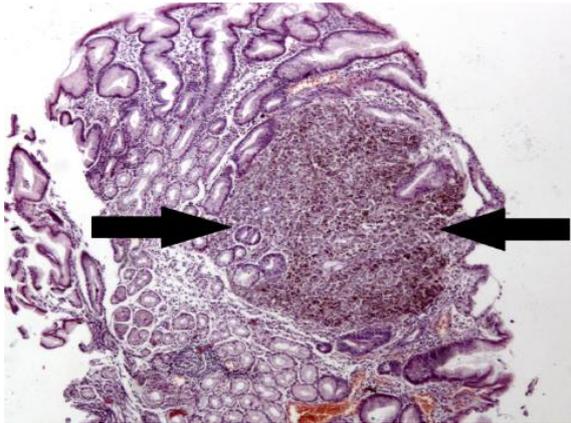


Рисунок 1 — Стрелкой указаны границы опухоли 40х

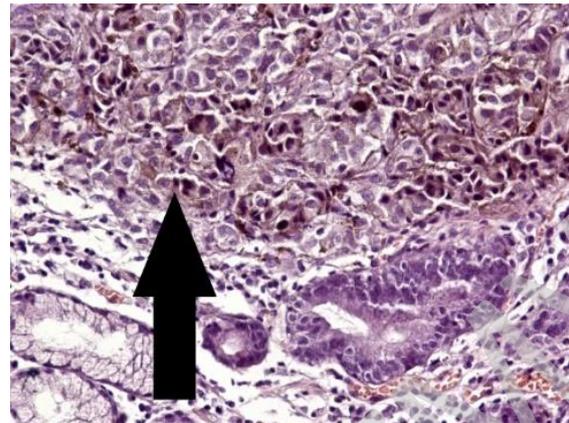


Рисунок 2 — Опухоль 200х

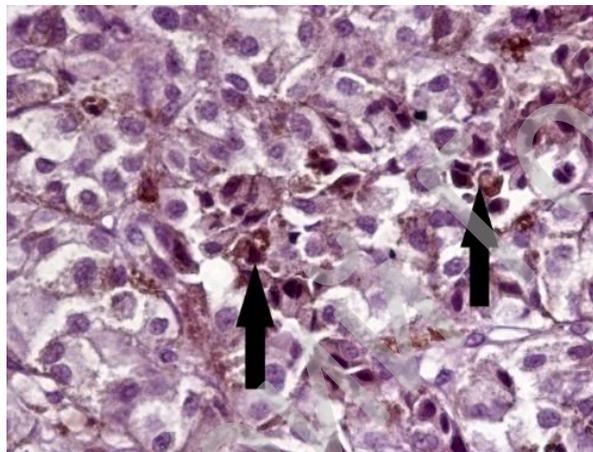


Рисунок 3 — Стрелкой указан внутриклеточный пигмент 400х

Результаты исследования и их обсуждение

Злокачественная меланома — широко распространенная высоко злокачественная опухоль, образованная атипичными меланоцитами.

Своевременная диагностика меланом приобретает особо важное социальное значение, так как эта опухоль чаще возникает у относительно молодых пациентов. Повышен Рисунокк развития меланомы у людей с множественными (более 50) обычными меланоцитарными невусами, особенно гигантскими, с множественными диспластическими невусами.

Отмечается генетическая предрасположенность к развитию меланомы: не менее 10 % всех случаев заболевания являются семейными. В семьях с большим количеством диспластических невусов и меланомой кожи обнаружены мутации в генах-супрессорах опухолевого роста p16 (9p21) и CDK (12q13). Наследование аутосомно-доминантное с вариабельной экспрессивностью и неполной пенетрантностью.

Меланома может возникать на месте меланоцитарных невусов или de novo на неизменной коже, может поражать любой участок тела, включая ногтевое ложе. Опухоль несимметричная, вначале плоская, слегка приподнятая, реже куполообразная, сильно и неравномерно пигментированная, за исключением амеланотических форм.

На этих проявлениях опухоли основано ABCD-правило диагностики, распространенное в клинической практике. Оно включает в себя А — асимметрия опухоли, В — неправильные границы, С — неравномерное окрашивание, D — диаметр более 6 мм. Однако это правило наиболее применимо для поверхностно распространяющейся и лентиго меланомы, мелкие меланомы менее 6 мм в диаметре, амеланотические формы,

узловая меланомы по нему не выявляются или выявляются на позднем этапе развития опухоли, что делает это правило в значительной мере условным.

Желудочно-кишечный тракт — один из наиболее частых объектов метастазирования злокачественной меланомы. Метастазы в пищеводе обнаруживаются в 4 % случаев, в желудке — в 26 %, в двенадцатиперстной кишке — в 12 %, в тонком кишечнике — в 58 %, в толстой и слепой кишке — в 22 %, в прямой — в 5 % и в области ануса — в 1 %. Метастазы в желудке и двенадцатиперстной кишке варьируют от небольших, дискретных эрозий до громадных язв и множественных узлов.

Выводы

Исходя из общего положения и опираясь на совокупность всех ранее вышеперечисленных и упомянутых фактов, в результате проведения данной научно-описательной работы установлено, что данный вид меланомы может представлять собой метастазы из первичного кожного участка или являться истинной первичной опухолью, возникающей из слизистой оболочки ЖКТ. В ряде случаев выявлять опухолевый рост на начальных этапах помогают скрининговые эндоскопические исследования желудка и толстого кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патологическая анатомия: учебник: в 2 т. / под ред. В. С. Паукова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — Т. 2. Частная патология. — 528 с.
2. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 880 с.
3. Accomplishments in Cancer Research 1986; J. V. Lippincott Company. — М., 2016. — 320 с.
4. Елькин, В. Д. Практическая дерматоонкология. Иллюстрированное справочное руководство по опухолям кожи, опухолеподобным заболеваниям и связанным с ними синдромам: монография / В. Д. Елькин, Л. С. Митрюковский, А. Ю. Лысов // Практическая медицина. — М., 2014. — 480 с.
5. Мельников, А. В. Клиника рака желудка / А. В. Мельников. — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2012. — 368 с.

УДК 616-002.5

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОВРЕМЕННОЕ ВРЕМЯ

Харитон В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент З. Н. Брагина

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез имеет ряд особенностей: убиквитарность инфекции в эпидемиологическом, клиническом и морфологическом отношении; двуликость туберкулеза; полиморфизм клинико-морфологических проявлений; хроническое волнообразное течение — чередование вспышек и ремиссий заболевания [1]. Одной из задач государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. (подпрограмма 4 «Туберкулез») является: предотвращение смертности от туберкулеза; обеспечение качественным лечением пациентов с множественными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза; уменьшение смертности населения от туберкулеза до 4,41 случая на 100 тыс. человек [2]. Это достижимо только при точной диагностике, особенно большой вклад в которую вносит морфологическая верификация диагноза.

Цель

Изучить клинико-анатомические формы туберкулеза на операционном материале.