

«BioGenex», США. Экспрессия коллагенов оценивалась визуально по бальной системе от 0 до 4. Производили подсчет клеток, экспрессирующих Ki-67 в области краев язв.

Результаты исследования и их обсуждение

Слизистая оболочка желудка на 1 сутки эксперимента во всех экспериментальных группах имела множественные зоны некроза, достигающие мышечной пластинки слизистой. На 5-е сутки у животных, получавших метаболиты бактерий *Bacillus subtilis*, штамм 804 зона бывших язв покрыта 1 слоем призматических клеток, по сравнению с контролем в эпителии желудка повышена в 3 раза экспрессия Ki-67, свидетельствующая о влиянии данных метаболитов бактерий на процессы пролиферации эпителия желудка и эпителизации язв. Под эпителием у животных первой группы на 5-е сутки выявлен активный ангиогенез, о чем свидетельствует увеличение относительной плотности сосудов в формирующейся грануляционной ткани. Исследование экспрессии коллагенов на 1 и 3 типов на 5-е сутки эксперимента у животных первой группы показало их повышение по сравнению с контрольной группой, при этом преобладал коллаген 3 типа. У первой группы животных в новообразующейся соединительной ткани увеличивается количество фибробластов на условной единице площади. У животных второй группы на 5 сутки обнаруживались глубокие дефекты слизистой, в третьей группе дефекты так же были обнаружены, но менее глубокие, в контрольной группе они не исчезли и на 10-е сутки эксперимента. При лечении метилурацилом и облепиховым маслом язвы не обнаруживались на 10-е сутки, зоны бывших дефектов были покрыты одним слоем призматических эпителиоцитов. При метилурациле в подлежащей соединительной ткани преобладает коллаген 1 типа, а при лечении облепиховым маслом преобладает коллаген 3 типа. На 10-е сутки у животных первой экспериментальной группы в подлежащей соединительной ткани идет новообразование желез, чего не наблюдается во второй и третьей экспериментальных группах.

Выводы

Таким образом, при использовании метаболитов бактерий *Bacillus subtilis*, штамм 804 в ходе лечения адреналиновых язв повышается индекс пролиферации эпителия покрова и желез слизистой оболочки желудка, ускоряются сроки их эпителизации, кроме того, оптимизируется процесс синтеза коллагенов 1–3 типов фибробластами в зоне язвенного дефекта и органотипическое восстановление слизистой оболочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничков, Н. Н. Морфология заживления ран / Н. Н. Аничков, К. Г. Волков. — М.: Медгиз, 1951. — 123 с.
2. Гончарова, В. П. Факторы роста фибробластов / В. П. Гончарова // Физиологический журнал им. Сеченова. — 1994. — Т. 80, Вып. 9. — С. 163.

УДК 618.11-006.314.04(476.2)

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Надточеева Е. П., Авраменко М. Е., Войтюк М. А.

Научный руководитель: Д. А. Зиновкин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак яичников (РЯ) является одним из наиболее распространенных и неблагоприятно протекающих опухолевых заболеваний у женщин, лидирующий по числу смертных

случаев среди новообразований женских половых органов. В мире ежегодно у 225 тыс. 500 женщин диагностируется РЯ и более 140 тыс. из них умирают [1, 2].

Среди злокачественных эпителиальных опухолей яичников главенствующая роль принадлежит серозному раку. Как известно, у большинства больных (около 80 %) гистологическая форма опухоли представлена серозной аденокарциномой. В новой классификации опухолей яичников (ВОЗ, 2013) злокачественные серозные карциномы подразделены на опухоли низкой степени злокачественности (lowgrade серозная карцинома) и карциномы высокой степени злокачественности (highgrade серозная карцинома). При описании опухолей наряду с эпидемиологической характеристикой, молекулярно-генетическими нарушениями, клинико-морфологическими данными и иммунопрофилем большое внимание уделяется прогнозу и прогнозирующим признакам [3]. Опухоли low- и highgrade серозных карцином развиваются по разным молекулярным путям, отличаются друг от друга по своей биологии, молекулярно-генетическим особенностям, клиническому течению, прогнозу и ответу на проводимое лечение [4, 5, 6].

Мы предположили, что степень дифференцировки опухоли G серозного рака яичников у пациенток Гомельской области влияет на степень развития опухоли, интенсивность метастазирования, частоту проводимого хирургического и химиотерапевтического лечения.

Цель

Выявление морфологических особенностей серозного рака яичников у пациенток Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследовании использовались данные медицинской документации пациенток У «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Stat Soft Statistica 10.0» (USA) и «Microsoft Excel 2013». Статистически значимым считался результат при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего для поиска зависимости степени дифференцировки опухоли G от процесса метастазирования было проанализировано 236 пациентов, из которых у 71,19 % ($n = 168$) не было метастазов и у 28,8 % ($n = 68$) были выявлены метастазы. Среди пациентов с высокой степенью дифференцировки G1 у самого большого количества пациенток 25,42 % ($n = 60$) не выявлено явлений метастазирования, а также у самого маленького количества человек 3,39 % ($n = 8$) обнаружены метастазы.

Среди людей с низкой степенью дифференцировки G3 у самого большого количества человек 13,56 % ($n = 32$) обнаружены явления метастазирования. Также данную гипотезу мы подтвердили с помощью критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 24,04$; $p < 0,05$).

Также мы сравнили частоту проведения хирургического лечения и химиотерапии в зависимости от степени дифференцировки опухоли. Всего подверглись хирургическому лечению 97 % ($n = 229$) пациенток, причем на долю каждой степени пришлось примерно одинаковое количество человек 27 % ($n = 66$), кроме 2 степени 13 % ($n = 33$). Значение критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 10,37$; $p < 0,015$). Химиотерапии подверглись 76,27 % ($n = 180$) пациенток, из которых самое большое число пришлось на G3 26,27 % ($n = 64$). Разбежка в процентах между остальными степенями не превышает 11 %. Значение критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 36,24$; $p < 0,00001$).

Также был проведен сравнительный анализ степени дифференцировки опухоли и стадии ее развития. Стадия 1 чаще встречается у пациенток с G0 и G1 — 17 % ($n = 40$), стадия 2 с G1 и G3 — 5 % ($n = 13$), стадии 3 и 4 с G3 — 2,5 % ($n = 6$) и 15,7 % ($n = 37$) соответственно. Значение критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 42,34$; $p < 0,00001$).

Выводы

В ходе статистической обработки мы подтвердили наше предположение о наличии влияния степени дифференцировки опухолей G на интенсивность метастазирования и

степень развития серозного рака яичников. Чем ниже степень дифференцировки, тем интенсивнее развивается опухоль и активнее идет процесс метастазирования. Но предполагаемое наличие влияния степени дифференцировки на хирургическое лечение и химиотерапию не подтвердилось, т. к. химиотерапия была проведена 76 % пациенткам, а оперативное лечение 97 %, причем вне зависимости от степени дифференцировки опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель, Е. М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы / Е. М. Аксель // Онкогинекология. — 2012. — № 1. — С. 18–23.
2. Cancer statistics / A. Jemal [et al.] // CA Cancer J Clin. — 2010. — Vol. 60. — P. 277–300.
3. Ожиганова, И. Н. Морфология рака яичников в классификации ВОЗ 2013 г. / И. Н. Ожиганова // Практическая онкология. — 2014. — Т. 15, № 4. — С. 143–152.
4. Rubin, S. C. Clinical and pathological features of ovarian cancer in women with germ-line mutations of BRCA1 / S. C. Rubin, I. Benjamin, K. Behbakht // N. Eng. J. Med. — 1996. — Vol. 335. — P. 1413–1416.
5. Демидова, И. А. Наследственно обусловленный рак яичников / И. А. Демидова // Современная онкология. — 2015. — Т. 17, № 3. — С. 70–75.
6. Yang, B. Association of BRCA1 and BRCA2 mutations with survival, chemotherapy sensitivity, and gene mutator phenotype in patients with ovarian cancer / B. Yang, S. Khan, Y. Sun // JAMA. — 2011. — Vol. 306, № 14. — P. 1557–1565.

УДК 616.441-006.6(476.2) «2018»

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018 Г.

Неброва А. С., Макаричкова Ю. Ю.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

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

Введение

В настоящее время проблема злокачественных новообразований щитовидной железы остается в числе приоритетных в связи с высоким уровнем заболеваемости в трудоспособном возрасте. Меры по раннему выявлению новообразований щитовидной железы достаточно эффективны, хотя остается некоторое число случаев, регистрируемых на поздних стадиях заболевания [1].

На начальных этапах заболевание протекает бессимптомно, развитие дифференцированных опухолей может продолжаться длительное время. В зависимости от формы злокачественного образования первым симптомом может оказаться небольшое уплотнение в области шеи. Но довольно часто в этот период также обнаруживаются увеличенные шейные лимфоузлы. Фактически, этот признак присутствует у 30 % пациентов. У дифференцированных опухолей между размером метастазов и самой опухоль нет соответствия: не пальпируемые образования зачастую сопровождаются увеличенными лимфоузлами больших размеров. Регионарные метастазы при раке щитовидной железы обладают малой тенденцией к прорастанию в близлежащие ткани, такое существование может длиться годами [1, 2].

Чаще всего при раке щитовидной железы поражаются находящиеся рядом лимфатические узлы. Отдаленные метастазы встречаются достаточно редко. В основном поражению метастазами подвергается костная ткань, печень, надпочечники, головной мозг. Распространение опухоли происходит лимфогенным и гематогенным способом.