

Выводы

Наличие MELF-паттерна является значимым прогностическим показателем для диагностики эндометриоидных аденокарцином. Определение количества сосудов и их площади может быть использовано как прогностический признак течения ЭА тела матки. Полученные данные позволяют разработать новые методы прогнозирования течения данного заболевания и определить вероятность неблагоприятного исхода после проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clinicopathologic Association and Prognostic Value of Microcystic, Elongated, and Fragmented (MELF) Pattern in Endometrial Endometrioid Carcinoma / A. Kihara [et al.] // *Am J Surg Pathol.* — 2017. — № 47 (7). — P. 1–10.
2. Tumor-Infiltrated Lymphocytes, Macrophages, and Dendritic Cells in Endometrioid Adenocarcinoma of Corpus Uteri as Potential Prognostic Factors / D. A. Zinovkin, Z. I. Pranjol // *International Journal of Gynecological Cancer.* — 2016. — № 7. — P. 1207–1212.

УДК 618.3-006.2:611.012.9

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАТОМ У ПЛОДОВ

Бубен А. Д., Фролова А. С.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тератома — опухоль, состоящая из тканей нескольких типов, производных одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль [1].

По современным представлениям, тератома относится к группе герминогенных опухолей [2].

Герминогенные опухоли развиваются из полипотентного (являющегося источником развития любых тканей организма), высокоспециализированного герминогенного эпителия гонад, способного подвергаться соматической и трофобластической дифференцировке и быть гистогенетическим источником разнообразных по строению опухолей [3]. Тератома является одним из наиболее часто встречаемых типов опухоли у плода или ребенка, достигая 40–50 % от всех выявленных новообразований перинатального периода. Распространенность этих опухолей, по некоторым оценкам, составляет от 1:30000 до 1:70000 новорожденных [4].

Цель

Изучить варианты локализации и морфологические особенностей строения тератом у плодов.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили результаты патологоанатомических вскрытий плодов, абортированных по медико-генетическим показаниям в сроке от 17 до 22 недель беременности, проведенных в 2006–2018 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

В работе использовались антропометрические, органометрические и гистологические методы. Антропометрические и органометрические методы исследования проводились с целью установления гестационного возраста плода. Патологоанатомические

вскрытия проводились по общепринятым методикам в соответствии с особенностями вскрытия плодов 1 и 2 триместров беременности, с последующим изготовлением гистологических препаратов. Гистологическое исследование внутренних органов и тканей плодов проводилось на парафиновых препаратах по общепринятой методике с окрашиванием гематоксилином и эозином.

Результаты исследования и их обсуждение

За период 2006–2018 гг. у абортированных плодов было выявлено 16 случаев тератом, из них 14 — с локализацией в крестцово-копчиковой области и 2 случая — с локализацией в области головы и шеи (экстракраниальные).

Крестцово-копчиковые тератомы в 13 случаях имели постсакральный тип локализации и в 1 случае — постсакральный и пресакральный тип с преобладанием постсакрального компонента. Тератомы головы и шеи были представлены одним случаем с локализацией в ротовой полости и одним — с локализацией в шейно-нижнечелюстной области с прорастанием в среднюю черепную ямку и корень языка.

Макроскопически тератомы были представлены образованиями плотной либо плотно-эластичной консистенции, покрытые гладкой или морщинистой кожей (при локализации в крестцово-копчиковой и шейно-нижнечелюстной области), размерами от 2 до 26 см. На разрезе тератомы солидного строения (6 случаев) имели неоднородный вид, и были представлена очагами тяжистой, белесовато-серой либо белесовато-красной ткани, содержащей очаги хрящевой и костной плотности. Тератомы солидно-кистозного типа строения (9 случаев), кроме того, имели кисты различных размеров, заполненные прозрачной или мутной серо-желтой жидкостью, слизью и кашицеобразным, сальным содержимым.

Тератома кистозного строения (1 случай) на разрезе была представлена несколькими кистами, заполненными мутной белесовато-серой жидкостью и слизистыми полупрозрачными массами.

Микроскопически как при солидных, так и при солидно-кистозных тератомах определялись фрагменты фиброзной соединительной ткани, в которой беспорядочно чередовались участки тканей, являющихся производными всех трех первичных зародышевых листков: эктодермы, мезодермы и энтодермы (таблица 1).

Таблица 1 — Гистологические структуры в тератомах

Вид ткани	Число случаев	%
Производные мезодермы		
Микроглия	16	100
Гладкие мышцы	12	75
Соединительная ткань	16	100
Хрящевая ткань	11	69
Костная ткань	9	56
Поперечно-полосатые мышцы	9	56
Производные энтодермы		
Желудочный эпителий	14	87
Кишечный эпителий	14	87
Ткань печени	13	81
Ткань поджелудочной железы	13	81
Производные эктодермы		
Эпидермис и его производные	16	100
Нейроциты и нейроглия головного мозга	16	100
Эпителий трахеи, бронхов и легких	16	100

Тератомы крестцово-копчиковой области во всех случаях сочетались с пороками развития и вторичными деформациями костей таза, и нарушениями строения органов мочеполовой системы и аноректальной зоны.

Выводы

1. По данным ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2006 по 2018 гг. в структуре тератом у плодов преобладают тератомы крестцово-копчиковой локализации.

2. Крестцово-копчиковые тератомы чаще имели постсакральную локализацию и солидно-кистозный тип строения.

3. При гистологическом исследовании тератом в 100 % случаев были обнаружены элементы эктодермального происхождения, в 56–100 % — мезодермального и в 81–87 % — энтодермального.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей / под ред. Е. Д. Черствого, Г. И. Кравцовой, А. В. Фурманчука. — Минск: ООО «Асар», 2002. — 400 с.

2. Случай рецидива врожденной тератомы крестцово-копчиковой области в виде опухоли желточного мешка / М. В. Мушинская [и др.] // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. — 2012. — № 4. — С. 34–40.

3. Горелова, Е. М. Крестцово-копчиковая тератома (ККТ) / Е. М. Горелова // Детская хирургия. — 2016. — № 20 (4). — С. 194–199.

4. *Friedman, N. B., Moore R. A.* // *Milit. Surgeon.* — 1946. — Vol. 99. — P. 573.

УДК 616.832+616.711

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗРАФИЧЕСКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СПИННОГО МОЗГА И ПОЗВОНОЧНИКА

Бычик М. А., Ясинская А. С.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время, по данным ВОЗ, 20 % детской заболеваемости и инвалидности, а также 15–20 % детской смертности вызваны врожденными пороками развития (ВПР), среди которых пороки центральной нервной системы (ЦНС) занимают одно из первых мест [1].

Среди ВПР ЦНС ведущую роль занимают дизрафические состояния, связанные с незакрытием медуллярной трубки. Частота встречаемости этой группы пороков развития зависит от географического региона. В некоторых районах Великобритании и Ирландии частота этого порока составляет 9 случаев на 1000 новорожденных, в Финляндии — 0,7 случая на 1000 рождений, в Республике Беларусь — 0,8 случая на 1000.

Большинство ВПР ЦНС обусловлены мультифакториальной этиологией, то есть взаимодействием генетических и средовых факторов. Отсюда непосредственно возникает необходимость разностороннего изучения ВПР ЦНС у детей. До сих пор еще не существует надежных критериев диагностики отдельных видов ВПР ЦНС. Эти и другие постулаты делают изучаемую проблему теоретически и практически актуальной [1].

Цель

Изучение морфологических особенностей дизрафических пороков развития спинного мозга и позвоночника по данным патологоанатомических вскрытий.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили протоколы 799 патологоанатомических вскрытий плодов со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. в ГУЗ