

(всего 6 человек) количеством наблюдений с инвазией опухоли в пределах мышечной оболочки стенки кишки (T1-T2N0M0), пятилетняя выживаемость в этой подгруппе составила  $80,0 \pm 17,9$  %. При прорастании опухолью всей стенки кишки, кроме серозной оболочки (T3N0M0), данный показатель составил  $66,7 \pm 19,2$  %, при инвазии серозной оболочки (T4N0M0) —  $76,9 \pm 6,7$  %.

Пятилетняя выживаемость была значительно выше у пациентов с высокой и умеренной степенью дифференцировки опухоли (G1-G2), в сравнении с низкодифференцированными (G3-G4) —  $78,4 \pm 6,8$  % и  $43,8 \pm 12,4$ %, соответственно ( $\chi^2 = 2,39$ ,  $P = 0,02$ ).

Отдаленные результаты лечения не зависели от локализации первичной опухоли и вида выполненной радикальной операции. При локализации в правых отделах ободочной кишки пятилетняя выживаемость составила  $70,2 \pm 6,7$  %, в левых отделах —  $69,7 \pm 8,0$  %, в поперечной ободочной кишке —  $66,7 \pm 27,2$  % ( $\chi^2 = 0,35$ ,  $P = 0,84$ ). Наблюдалась тенденция к снижению пятилетней выживаемости среди пациентов, перенесших комбинированные операции, в сравнении со стандартными —  $55,0 \pm 11,1$  % и  $71,2 \pm 6,3$  %, соответственно ( $P = 0,17$ ). Наличие послеоперационных осложнений не влияло на отдаленные результаты лечения, пятилетняя выживаемость пациентов при неосложненном течении послеоперационного периода составила  $66,7 \pm 5,8$  %, при наличии осложнений —  $66,7 \pm 19,2$  % ( $P = 0,54$ ).

#### **Выводы**

1. Диагностика РОК в каждом третьем случае является несвоевременной — удельный вес пациентов с III и IV стадиями опухолевого процесса в исследуемой группе составил 33,8 %.

2. Отдаленные результаты лечения пациентов с РОК зависели от степени распространенности опухолевого процесса: пятилетняя выживаемость при I стадии составила  $80 \pm 17,9$  %, при II —  $75,0 \pm 6,8$  %, при III —  $66,7 \pm 12,2$  %, при IV — 0 % ( $\chi^2 = 16,9$ ,  $P = 0,0007$ ). Наиболее важным фактором прогноза для пациентов с РОК является наличие отдаленных метастазов, при которых трехлетняя выживаемость составила лишь  $14,3 \pm 3,2$  %, пятилетнего рубежа не пережил ни один пациент. При отсутствии отдаленных метастазов трехлетняя выживаемость составила  $78,3 \pm 5,3$  %, пятилетняя —  $73,3 \pm 5,7$  % ( $P = 0,0001$ ). Важным фактором неблагоприятного прогноза явилось массивное (N2) метастатическое поражение регионарных лимфоузлов, при этом пятилетняя выживаемость пациентов составила лишь  $25,0 \pm 21,7$  %, в сравнении с  $75,6 \pm 6,4$  % при N0 и  $81,8 \pm 11,6$  % при N1 ( $\chi^2 = 9,6$ ,  $P = 0,008$ ).

3. Результаты лечения пациентов зависели от степени дифференцировки опухоли: при G1-G2 — пятилетняя выживаемость составила  $78,4 \pm 6,8$  %, при G3-G4 —  $43,8 \pm 12,4$  % ( $\chi^2 = 2,39$ ,  $P = 0,02$ ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мартынюк, В. В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) / В. В. Мартынюк // Практическая онкология: избранные лекции. — СПб., 2004. — С. 151–161.

**УДК 616.5-006.81**

## **ПАРААНГЛИОМОПОДОБНАЯ КОЖНАЯ МЕЛАНОЦИТАРНАЯ ОПУХОЛЬ: УНИКАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, СХОЖЕЕ СО СВЕТЛОКЛЕТОЧНОЙ САРКОМОЙ И МЕЛАНОМОЙ КОЖИ**

**Бондаренко Ю. В.**

**Научный руководитель: ассистент Д. А. Зиновкин**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»**

### ***Введение***

Параганглиомоподобная кожная меланоцитарная опухоль (ПКМО) — уникальное дермальное образование, патоморфологически имеющее сходство со светлоклеточной саркомой и меланомой кожи. Термин «параганглиомоподобная кожная меланоцитарная опухоль» (paraganglioma-like dermal melanocytic tumor) был предложен Deugur и соавт. при первом описании этого образования в 2004 году. В настоящий момент в мировой литературе описано лишь 10 случаев данной опухоли, при этом, следует отметить, что в русскоязычной научной медицинской литературе ее описание отсутствует [1].

Наиболее часто (в 80 % случаев), данная опухоль встречается у женщин. Средний возраст составляет 35 лет (от 18 до 53 лет), однако, был описан случай этого образования у 60-летнего мужчины и у 10-летнего мальчика. ПКМО определяется в виде кожного узла диаметром до 1 см, располагающемся исключительно на конечностях. Прогноз благоприятный, рецидивов и метастазов не наблюдалось [2].

### ***Цель***

Описание случая ПКМО.

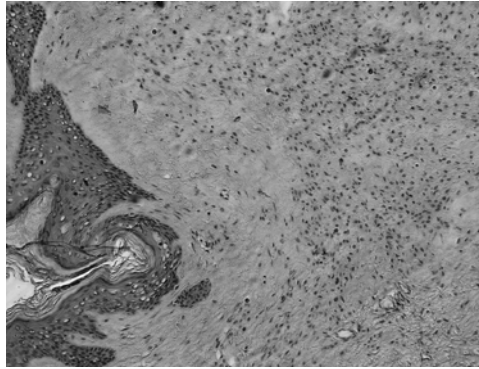
### ***Материалы и методы исследования***

В данной работе был исследован гистологический материал кожного лоскута с образованием. Срезы толщиной 3–5 мкм были получены с архивных гистологических блоков патогистологического отделения Учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Срезы были окрашены гематоксилином и эозином по стандартной методике. Для подтверждения патогистологического заключения ретроспективно было произведено иммуногистохимическое исследование с использованием моноклональных антител: HMB 45, Melan A, S100, CD 34, SMA (гладкомышечный актин), vimentin согласно протоколу EnVision. Контроль пригодности гистологического материала определялся экспрессией антител к десмину, для контроля демаскировки производилось окрашивание на Ki-67 гистологического среза лимфатического узла с явлениями реактивной гиперплазии согласно рекомендациям Д. Э. Коржевского [3].

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациентка 53 лет поступила в отделение медицинской реабилитации Учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» для планового удаления пигментированного образования диаметром 1,2 см левого бедра. Из анамнеза жизни было известно, что данная опухоль появилась еще в детстве. Образование не вызывало дискомфорта и болезненных ощущений. Кожный узел был хирургически иссечен в пределах здоровых тканей.

При патогистологической вырезке операционного материала определялся кожный лоскут с пигментированным образованием диаметром 1,2 см. При микроскопическом исследовании отмечался характер роста в виде гнезд, напоминающих параганглиому, состоящих из светлых овальных клеток, разделенных нежными фиброзными тяжами. Наблюдалась слабая ядерная атипия, отсутствие некрозов, при подсчете в 10 полях зрения на увеличении  $\times 400$  выявлялось не более 2 фигур митоза. Опухолевые клетки не содержали меланин, не проявляли эпидермотропизм и не были связаны с соединительной тканью фасций и сухожилий (рисуну 1). Был поставлен гистологический диагноз: «Параганглиомоподобная кожная меланоцитарная опухоль левого бедра».



**Рисунок 1 — В правой части определяются параганглиомоподобные клетки. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение ×100**

Опухоль была позитивна при окрашивании антителами НМВ 45, при этом отмечалось окрашивание мембраны клеток. Melan A не выявлялся на гистологическом срезе. S100 имел выраженное цитоплазматическое и местами ядерное окрашивание во всех опухолевых клетках. CD 34 экспрессировался исключительно эндотелиоцитами сосудов. Реакции на SMA и vimentin в строме ПКМО и ее клетках были отрицательными. Таким образом, иммуногистохимическое исследование полностью подтвердило данное патоморфологическое заключение. В связи с тем, что кожа содержит меланоциты и периферические волокна нервов, но в то же время лишена ганглиев, развитие параганглиомы кожи является маловероятным. К тому же клетки параганглиомы не экспрессирует такой меланоцитарный иммуногистохимический маркер, как НМВ-45.

#### **Заключение**

Диагностика ПКМО важна в практической деятельности врача-патологоанатома в связи с возможностью ошибочной постановки патогистологических диагнозов таких высокозлокачественных опухолей как светлоклеточная саркома и меланома кожи.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Paranglioma-like dermal melanocytic tumor: a unique entity distinct from cellular blue nevus, clear cell sarcoma, and cutaneous melanoma / A. T. Deyrup [et al.] // Am J Surg Pathol. — 2004. — Vol. 28(12). — P. 1579–1586.
2. *Sarma, D. P.* Paranglioma-like dermal melanocytic tumor: a case report / D. P. Sarma, B. Teruya, B. Wang // Cases Journal. — 2008. — Vol. 1. — P. 48–51.
3. *Коржевский, Д. Э.* Теоретические основы и практическое применение методов иммуногистохимии / Д. Э. Коржевский; под ред. Д. Э. Коржевский. — СПб.: СпецЛит, 2010. — 110 с.

**УДК 616.12-008.46-0022-08**

## **ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

**Борис М. А.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Д. Таганович**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является важнейшей для Республики Беларусь медико-социальной и экономической проблемой. Являясь осложнением большинства сердечно-сосудистых заболеваний, ХСН встречается у 4 % населения,