

личение ядрышек, нередко множественных, имеет очаговый характер. В ряде случаев отмечается только выраженный клеточный и ядерный полиморфизм без наличия ядрышек, что предполагает наличие ПИН без ядрышек. Таким образом, основными критериями идентификации интраэпителиальной неоплазии высокой степени при низком увеличении могут служить следующие признаки: (1) слизистая оболочка протоковых структур темнее, (2) она толще, чем окружающие нормальные протоки, и (3) возможно наличие сложной внутрисветовой картины роста. При высоком увеличении возникает цитологическая диада, включающая различные степени увеличения ядра с ядерной стратификацией, а также их гиперхромазию.

В случаях ПИН тяжелой степени достаточно часто выявляются выраженные изменения в строении периацинарной зоны. Строма теряет свою упорядоченность, нарушается формирование строго параллельного направления соединительнотканых волокон. В ряде случаев выявляются оптически пустые пространства между базальной мембраной и гладкомышечными клетками, что не наблюдается в норме и при гиперплазии. ПИН высокой степени имеет характерные типичные и нетипичные структурные варианты строения. В литературе сообщается о нескольких гистологических вариантах ПИН. К типичным относят четыре основных варианта: плоский, пучковый, микропапиллярный, крибриформный, которые сосуществуют при ацинарных аденокарциномах разной степени градации. Нетипичные варианты ПИН представлены следующими типами: из пенистых клеток, перстневидный, мелконефроэндокринноклеточный, муцинозный, инвертированный. По данным литературы [3], выделение перечисленных морфологических вариантов ПИН, по-видимому, не имеет клинического и прогностического значения.

Выводы

Клиническое значение выявления ПИН заключается в том, что она четко ассоциируется с аденокарциномой. Обнаружение ПИН диктует необходимость дальнейшего обследования больного для выявления инвазивной карциномы ПЖ. Доказательствами связи ПИН и рака ПЖ являются следующие факты:

- возникновение ПИН, как и РПЖ, чаще в периферической зоне железы;
- мультифокальность распространения ПИН и РПЖ;
- появление в структурах ПИН анеуплоидной клеточной линии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лаптева, Т. О. Простатическая интраэпителиальная неоплазия: частота выявления, критерии морфологической оценки / Т. О. Лаптева, И. С. Дерижанова // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2016. № 16. С. 60–64.
2. Юрмазов, З. А. Место ПИН в опухолевой патологии предстательной железы / З. А. Юрмазов // Сибирский онкологический журнал. 2009. Прил. № 1. С. 224–225.
3. Eble, J. N. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs / J. N. Eble, J. I. Epstein // IARC Press: Lyon. 2014.
4. Netto, G. J. Widespread high-grade prostatic intraepithelial neoplasia on prostatic needle biopsy: a significant likelihood of subsequently diagnosed adenocarcinoma / G. J. Netto, J. I. Epstein // Am J Surg Pathol. 2006. № 30. P. 1184–1188.

УДК 616.72-008.1-009.7-001.6

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Бондарь В. Н., Моисеенко Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович

Учреждение образования

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

Введение

Гипермобильность суставов (ГМС) — один из вариантов наследственной дисплазии соединительной ткани — продолжает привлекать к себе пристальное

внимание ревматологов и терапевтов, поскольку нередко бывает ассоциирована с различными аномалиями и патологическими симптомами как со стороны опорно-двигательного аппарата, так и других систем и органов [1].

«Краеугольным камнем» проблемы ГС до последнего времени остается вопрос соответствия нормы и патологии. Гиперподвижность суставов имеет довольно высокую распространенность в популяции, часто не сопровождается какой-либо другой клинической симптоматикой и, до определенного возраста, может быть разновидностью нормы. Однако при некоторых условиях она становится главным патогенетическим фактором развития синдрома гипермобильности суставов (СГМС).

Предположение о наличии корреляции между ревматическими жалобами и гипермобильностью суставов (ГМ) впервые было высказано С. J. Sutro. Вследствие возникшего интереса к проблеме был разработан в 1964 г С. Carter и J. Wilkinson ряд критериев оценки и диагностики ГМ.

Таким образом, представляет практический интерес изучение распространенности гипермобильности суставов и связи различных клинических проявлений аномалии соединительной ткани с ГМ у лиц разного пола.

Цель

Изучить распространенность, гендерные особенности гипермобильности суставов среди молодого населения г. Гомеля, а также определить степень связи клинических признаков поражения опорно-двигательного аппарата и других соединительнотканых структур с ГМС.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 186 человек (101 девушка и 85 парней) в возрасте 18–30 лет. Для оценки уровня подвижности в суставах были использованы 9-балльные критерии С. Carter, J. Wilkinson / P. Beighton [3].

В соответствии с поправками, внесенными Р. Beighton эта система представляет собой сумму подсчета баллов согласно возможности выполнения 4-х парных и одного непарного движений:

- 1) возможность пассивного приведения I-го пальца кисти к предплечью;
- 2) пассивное переразгибание мизинца более 90°;
- 3) переразгибание в локтевом суставе более 10°;
- 4) переразгибание в коленном суставе более 10°;
- 5) возможность коснуться ладонями пола при наклоне вперед с выпрямленными в коленных суставах ногами.

Наиболее оптимальной и точной считается следующая трактовка шкалы: 0–3 балла — физиологическая норма, 4–5 — легкая, 6–7 — выраженная и 8–9 баллов — генерализованная гиперподвижность [3].

Дополнительно с обследуемыми проводился опрос на наличие в анамнезе всей предшествующей жизни или на момент осмотра следующих патологий: плоскостопие, сколиоз, грыжи, кардиалгии, вывихи/подвывихи, миопия.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием компьютерной программы «Microsoft Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе обработки результатов исследования было установлено, что из 186 обследуемых гипермобильность, согласно критериям Бэйтона, наблюдалась лишь у 60 (32,26 %) человек, из них 34 (56,67 %) составили девушки и 26 (43,33 %) — парни. Распределение степени подвижности суставов среди мужчин и женщин представлено в таблице 1.

Анализ собранного анамнеза выявил, что и у мужчин, и у женщин с ГМ заметно чаще встречались такие признаки как плоскостопие, сколиоз, миопия, вывихи/подвывихи и кардиалгии, сопровождающиеся признаками нарушенной вегетативной регуляции. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 1 — Уровень гипермобильности суставов (ГМС) среди молодого населения г. Гомеля в возрасте 18–30 лет

Результат по шкале Бэйтона	Мужчины, n = 85	Девушки, n = 101
Физиологическая норма (0–3 балла)	59 (69,41 %)	67 (66,34 %)
Легкая ст. (4–5 баллов)	17 (20 %)	26 (25,74 %)
Высокая ст. 6–7 баллов)	6 (7,06 %)	4 (3,96 %)
Генерализованная ГМ (8–9 баллов)	3 (3,53 %)	4 (3,96 %)

Таблица 2 — Распространенность соответствующих ГМ клинических проявлений

Признак	Мужчины, n = 85		Девушки, n = 101	
	группа нормы (59 чел.)	группа ГМС (26 чел.)	группа нормы (67 чел.)	группа ГМС (34 чел.)
Плоскостопие	20,34 % (12)	42,31 % (11)	16,42 % (11)	26,47 % (9)
Сколиоз	17 % (10)	46,15 % (12)	13,43 % (9)	29,41 % (10)
Грыжи	5,08 % (3)	7,69 % (2)	3 % (2)	5,88 % (2)
Кардиалгии	13,56 % (8)	34,61 % (9)	10,44 % (7)	32,35 % (11)
Вывихи/подвывихи	10,17 % (6)	26,92 % (7)	7,46 % (5)	11,76 % (4)
Миопия	15,25 % (9)	27 % (7)	20,89 % (14)	32,35 % (11)

Выводы

Исходя из результатов, полученных в ходе данного исследования, можно выдвинуть ряд следующих заключений:

1. Суставная подвижность до 4-х баллов (согласно шкале Бэйтона) является обычной для лиц в возрасте 18–30 лет и при отсутствии дополнительной клинической симптоматики не может рассматриваться как патология.

2. Частота встречаемости гиперподвижности суставов составила 32,26 %, при этом данный признак наблюдался чаще у лиц женского пола.

3. У людей с гипермобильностью суставов такие признаки как плоскостопие, сколиоз, грыжи, кардиалгии, вывихи/подвывихи, миопия наблюдались в среднем в 23 раза чаще, чем у людей с нормальной подвижностью суставов. Поэтому возможно судить о том, что наличие данных характеристик имеет достоверную связь со степенью подвижности суставов и в ряде случаев могут быть полезными в диагностике патологической формы гипермобильности суставов (ГМС) — синдрома гипермобильности суставов (СГМС).

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев, М. Р. Клинико-эпидемиологические особенности гипермобильного синдрома у лиц молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 11.03.2004 / М. Р. Исаев; ОрГМУ. Оренбург, 2004. 32 с.
2. Beighton, P. Articular mobility in an African population / P. Beighton, L. Solomon, C. L. Soskolne // Annals of the Rheumatic Diseases. 1973. Vol. 32(5). P. 413–418.
3. Carter, C. Persistent joint laxity and congenital dislocation of the hip / C. Carter, J. Wilkinson // The Journal of Bone and Joint Surgery. 1964. Vol. 46. B(1). P. 40–45.

УДК 611.728.2

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Герасименко А. М., Струневский В. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. В. Руденко

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Вопросы развития и строения тазобедренного сустава (ТБС) в раннем постнатальном онтогенезе человека не потеряли своей актуальности в исследовании