

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования материалов обнаружены следующие топографические варианты формирования медиального кожного нерва плеча.

В 43 % случаев медиальный кожный нерв плеча формируется из медиального пучка плечевого сплетения.

В 10 % случаев нерв формируется из медиального пучка плечевого сплетения и 1-го межреберного нерва.

В 2 % случаев нерв формируется из 1-го и 2-го межреберного нерва.

В 10 % случаев медиальный кожный нерв плеча отсутствует.

В 29 % случаев нерв формируется из медиального пучка плечевого сплетения и 2-го межреберного нерва.

В 2 % случаев нерв формируется только из 1-го межреберного нерва.

В 4 % случаев нерв формируется только из 2-го межреберного нерва.

В ходе анализа полученных данных были определены границы вариантных значений:

Длина нерва:

— минимальная = 13,5 см;

— максимальная = 30 см.

Расстояние от нижнего края середины ключицы до отхождения нерва:

— минимальное = 1 см;

— максимальное = 6 см.

Выводы

Медиальный кожный нерв плеча встречается в 90 % случаев, а в 10 % — отсутствует.

Иннервация кожи медиальной поверхности плеча в последнем случае осуществляется веточками, отходящими от лучевого, локтевого, медиального кожного нерва предплечья и межреберных нервов.

Выявлено 7 вариантов формирования медиального кожного нерва плеча.

Измерение длины медиального кожного нерва плеча позволяет подтвердить логичность его применения для пластики сосково-ареолярного комплекса.

Необходим поиск внешних признаков наличия медиального кожного нерва плеча и вариантного формирования для предоперационного выбора методики формирования чувствительности реконструируемой молочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапова, В. М. Нервная система человека. Строение и нарушения: атлас / В. М. Астапово, Ю. В. Микадзе. М.: ПЕР СЭ, 2001.
2. Кагана, И. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. 2012. 512 с.
3. Островерхов, Г. Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учеб. для мед. вузов / Г. Е. Островерхов, Ю. М. Бомаш, Д. Н. Лубоцкий. 5-е изд., испр. М.: МИА, 2013. 736 с.
4. Привес, М. Г. Анатомия человека: учебник. 11-е изд., испр. и доп. / Н. К. Лысенков, В. И. Бушкович. СПб.: Гиппократ, 2001.
5. Сергиенко, В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 648 с. ЭБС «Консультант студента».

УДК 616.65-006-018.1-08

ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Бондарь В. Н., Моисеенко Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Л. Кравцова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Важной проблемой современной урологии является широкая распространенность различных опухолевых заболеваний предстательной железы (ПЖ), к

которым относятся рак предстательной железы (РПЖ), доброкачественная гиперплазия ПЖ (ДГПЖ). Особое место среди них занимает простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН). По данным разных авторов, ПИН выявляется в 18–48 % пункционных биопсий, выполненных больным с подозрением на рак. Американская ассоциация клинических патологов разделяет ПИН на ПИН легкой (низкой) степени и ПИН тяжелой (высокой) степени, однако клиническое значение имеет только последнее.

В настоящее время все большее количество специалистов считают ПИН высокой степени факультативным предраком, но на сегодняшний момент нет четких рекомендаций по тактике наблюдения, срокам ребиопсии и возможной лекарственной коррекции данного неопластического процесса [1].

Цель

Изучить современные диагностические критерии ПИН, ее клиническое значение для развития различных опухолевых заболеваний предстательной железы.

Материал и методы исследования

Для морфологического анализа данных использовали компьютерные программы анализа изображений Image Scope Color и CellSense Standart (Россия). Производили микрорентгенографию гистологических препаратов цифровой камерой при увеличении окуляра $\times 10$ и объективов на $\times 10$.

Результаты исследования и их обсуждение

Простатическая интраэпителиальная неоплазия тяжелой (высокой) степени определяется как клеточное усиление нормальной железистой архитектуры цитологически атипичными отдельными клетками (рисунок 1).

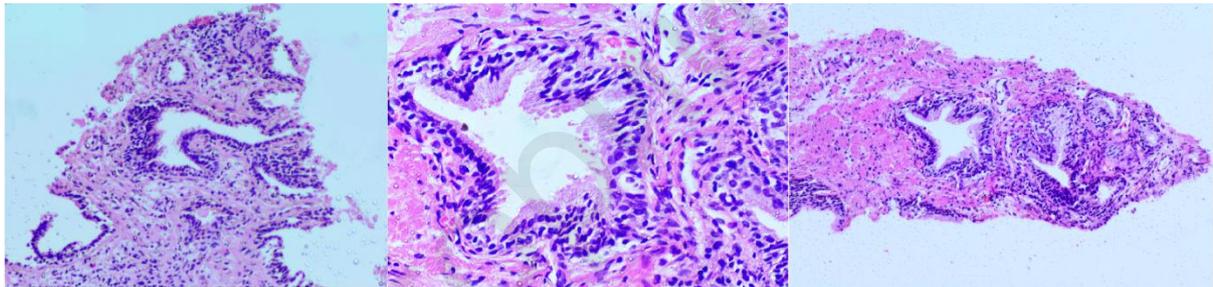


Рисунок 1 — Простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) высокой степени. Окраска гематоксилином и эозином

При высокой степени ПИН происходит изменение формы и размеров ацинусов и протоков желез за счет массивных пролифератов, в которых появляются просветы с эпителиальными мостиками, что приводит к образованию криброзных и альвеолярных структур. В просвете ацинусов встречается оксифильный белковый материал, игловидные или угловатые кристаллоиды, амилоидные тельца, реже слизь. В случаях резко выраженной дисплазии можно выявить нерегулярность базальноклеточного ряда. Ранняя инвазивная карцинома развивалась в местах отпочковывания желез или разрыва базальных клеток. При раке слой базальных клеток отсутствовал [2].

Цитологические изменения характеризуются появлением клеток различных размеров, увеличением размеров ядер и ядерным полиморфизмом, возрастанием ядерно-цитоплазматического соотношения. С нарастанием атипичности отмечается повышение плотности хроматина, его неравномерное распределение, извитой характер ядерной мембраны. Для ПИН высокой степени характерно увеличение размеров и числа ядрышек, которые располагаются преимущественно эксцентрично, причем их размеры имеют тенденцию к увеличению с ростом выраженности дисплазии. При цитологическом исследовании происходит изменение цвета ядрышка в зависимости от нарастания клеточной дисплазии — от ярко-голубого с четкими границами до бледно-голубого полупрозрачного без четких границ. Уве-

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