

Заключение

В структуре патологии умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИД ведущее место занимает туберкулезная инфекция, преимущественно ее гематогенно-диссеминированные формы, с высоким удельным весом специфических осложнений (туберкулезных менингитов и менингоэнцефалитов, туберкулезных плевритов). Отмечается высокий процент грибковых осложнений, наибольшую долю среди них занимает кандидозная инфекция, и инфицирования вирусным гепатитом С, что связано с общими путями заражения ВИЧ и гепатитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ-инфекция / А. Г. Рахманова [и др.]. — СПб, 2004. — С. 103–136.
2. Cohen, J. I. Epstein-Barr virus lymphoproliferative disease associated with acquired immunodeficiency / J. I. Cohen // Medicine. — 1991. — С. 70–137.
3. «Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 марта 2010 года» / http://www.aids.by/article.php?lib_id=103&show=10.

УДК 618.19-006-08

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (обзор литературы)

Турченко С. Ю.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди злокачественных новообразований у женщин рак молочной железы занимает особое место. За последнее десятилетие заболеваемость им среди женщин Беларуси увеличилась более чем на 30 %. На протяжении нескольких лет рак молочной железы занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин. В структуре общей заболеваемости рак молочной железы занимает пятое место. Число заболевших на 100 тыс. женщин составляет 57, 2. Удельный вес заболевания 17,5 % [1, 5].

На современном этапе клинической онкологии проблема стоит не столько в усовершенствовании методов лечения рака молочной железы, сколько в поисках путей его своевременной диагностики и профилактики. Чем раньше выявить рак молочной железы, тем успешнее пройдет лечение, так как выживаемость тесно связана со стадией заболевания.

Следовательно, этот раздел клинической онкологии чрезвычайно важен и требует особого внимания.

Цель работы

Дать оценку современным представлениям о патоморфологических особенностях, патогенезе, морфогенезе рака молочной железы

1. *Возраст.* Особенно внимательными к себе должны быть женщины старше 40 лет, так как рак молочной железы, чаще, выявляется в возрасте от 40 до 60 лет. Однако следить за своей грудью должны и девушки молодого возраста, так как рак молодеет.

2. *Наследственность.* При наличии рака молочной железы у близких родственников женщина должна следить за собой особо тщательно, так как выявление у нее опухоли в 2–2,5 раза выше, чем у женщин с неотягощенной наследственностью.

3. *Физические травмы молочной железы.* Процент посттравматического рака молочной железы колеблется от 4,2 до 44,6 %. Необходимо оберегать молочные железы от травм.

4. *Психические травмы.* Длительные раздражения нервной системы различными факторами приводят к ее функциональному истощению и, тем самым, нарушают нормальный обмен в организме, что предрасполагает к развитию злокачественных новообразований.

5. *Питание.* Избыточное потребление животных жиров, высококалорийной пищи, недостаток витаминов, ожирение также повышают риск возникновения онкологических заболеваний.

6. *Детородная функция женщины.* Сюда можно отнести раннее, до 12 лет, начало менструаций и поздний климакс (после 53–55 лет), поздние первые роды (26 лет и старше) и вообще роды после 40 лет, малое число родов, частые аборт, воспаление придатков матки, пониженная половая возбудимость, первичное бесплодие, нерегулярность и позднее начало половой жизни, перенесенные маститы и др.

7. *Повышенная ионизирующая радиация.* Изучали случаи рака молочной железы после атомной бомбардировки в Японии. Оказалось, что частота опухолей значительно выше у подвергшихся радиоактивному облучению. Наиболее сильное онкогенное действие радиации проявилось у тех, кто подвергся ей в возрасте 10–19 лет, более слабо — у женщин старше 35 лет.

8. *Яркий свет.* Доказано, что женщины, работающие с ярким светом, имеют повышенный риск появления рака молочной железы (увеличивается выработка мелатонина, затем эстрогенов и пролактина).

9. *Дефицит витамина Д.* При сравнительном исследовании женщин с севера и юга было обнаружено, что витамин Д и его метаболиты могут снижать риск рака молочной железы.

10. *Гиподинамия.* Было отмечено, что недостаток физической активности повышает риск рака молочной железы [4].

Клиническая и морфологическая классификация рака молочной железы

Клиническая классификация рака молочной железы возможна лишь после детального клинического обследования больной. Необходимо точное описание характера первичной опухоли, состояния регионарных лимфатических узлов и установление отсутствия или наличия отдаленных метастазов.

Классификация рака по распространенности необходима для составления рационального плана лечения, а также для проведения единообразного учета и оценки отдаленных результатов, обмена информацией с другими лечебными учреждениями.

Окончательно суждение о распространенности процесса возможно только после морфологического заключения (после операции).

В настоящее время практически все учреждения пользуются Международной классификацией опухолей по системе TNM (1997 г.). [5] Стадия рака устанавливается при первичном обследовании больной, а затем уточняется после операции (р TNM). Расшифровать TNM можно следующим образом:

T — первичная опухоль;

T0 — опухоль в молочной железе не определяется;

Tis — прединвазивная карцинома (carcinoma in situ), неинфильтрирующая внутрипротоковая или дольковая карцинома. Болезнь Педжета соска без определения опухоли.

Примечание: сочетание болезни Педжета с определяемой опухолью классифицируется по размерам последней.

T1 — опухоль не более 2 см в наибольшем измерении;

T2 — опухоль от 2 до 5 см в наибольшем измерении;

T3 — опухоль более 5 см в наибольшем измерении;

T4 — опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу.

Примечание: грудная клетка включает ребра, межреберные мышцы и переднюю зубчатую мышцу, но не грудную мышцу.

T4a — с фиксацией к грудной стенке;

T4b — с отеком, инфильтрацией или изъязвлением кожи молочной железы или сателлитами на коже той же железы;

T4c — сочетание обоих выше указанных признаков;
T4d — воспалительная форма рака молочной железы;
Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
N — региональные лимфатические узлы:
N0 — подмышечные лимфоузлы на стороне поражения расцениваются как неметастатические;
N1 — метастазы в смещаемых подмышечных лимфоузлах на стороне поражения;
N2 — метастатические подмышечные лимфоузлы спаяны друг с другом или с другими структурами (на стороне поражения);
N3 — метастазы в парастеральных лимфоузлах (на стороне поражения);
Nx — данных для оценки состояния региональных лимфоузлов недостаточно.
M — отдаленные метастазы:
M0 — признаков отдаленных метастазов нет;
M1 — имеются отдаленные метастазы, в том числе поражение кожи за пределами железы;
Mx — данных для суждения о наличии отдаленных метастазов недостаточно.

Гистологическая классификация:

В настоящее время мы пользуемся гистологической классификацией ВОЗ (1984, 2-е издание) [1, 2].

- А. Неинвазивный рак (in situ):*
— внутрипротоковый (интраканаликулярный);
— дольковый (лобулярный).
В. Инвазивный рак (инфильтрирующая карцинома):
— протоковый;
— дольковый;
— слизистый (муцинозный);
— медулярный (мозговидный);
— тубулярный;
— апокриновый;
— другие формы (папиллярный, плоскоклеточный, ювенильный, веретенкоклеточный, псевдосаркоматозный и др.).
С. Особые (клинико-анатомические) формы:
— рак Педжета;
— воспалительный рак.
Д. Филлоидная опухоль:
— доброкачественная филлоидная опухоль;
— доброкачественная филлоидная опухоль с участком малигнизации;
— злокачественная филлоидная опухоль.

Чаще всего у больных встречается инвазивный протоковый рак (50–70 %), затем дольковый (20 %). Протоковый рак характеризуется более частым распространением по молочным ходам, а дольковый — первичной множественностью и двусторонностью [5].

Клинические формы рака молочной железы:

Различают узловые и диффузные формы рака [2, 3].

А. УЗЛОВОЙ РАК. Встречается, чаще, диффузного, локализуется, преимущественно, в верхнее-наружных квадрантах молочной железы. Характерно наличие опухолевого узла. Его характеристика и симптомы описаны выше.

Б. ДИФФУЗНЫЙ РАК. При этой форме рака опухолевый узел в молочной железе, как правило, не выявляется.

1. Отечно-инфильтративный рак. Молочная железа увеличена, уплотнена, кожа ее (часто и сосок с ареолой) пастозна и отечна, имеет вид «лимонной корки»; опухолевые узлы не определяются. Отек обусловлен блокадой лимфатических путей самой железы метастатическими эмболами, а, чаще, их сдавлением опухолевым инфильтратом.

2. *Панцирный рак*. Характеризуется опухолевой инфильтрацией как самой железы, так и кожи.

Из диффузных форм панцирная форма протекает наиболее торпидно.

3. *Воспалительный рожистоподобный рак*. Кожа молочной железы резко гиперемирована, наблюдаются пятна с неровными языкообразными краями, напоминающие очаги рожистого воспаления. Покраснение обусловлено распространением опухолевых клеток по капиллярам или лимфатическим сосудам и компенсаторным расширением последних. Чаще всего заболевание протекает остро, с повышением температуры, но боль слабее и температура ниже, чем при рожистом воспалении.

4. *Воспалительный маститоподобный рак*. Чаще, имеет более бурное течение. Молочная железа значительно увеличена, напряжена, плотна, гиперемирована, отмечается локальное повышение температуры.

Завершая раздел клинической диагностики рака молочной железы, необходимо подчеркнуть, что, несмотря на разнообразие форм заболевания, на основании клинической семиотики правильный диагноз может быть поставлен у 80–85 % больных (пальпируемые формы) [2, 4].

Заключение

Современные тенденции выдвигают рак молочной железы на первое место в структуре онкологической заболеваемости женщин. Социальное значение настолько велико, что научные исследования с целью решения данной проблемы занимают одно из ведущих мест в современной онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Высоцкая, И. Н.* Рак молочной железы: клиника, диагностика / И. Н. Высоцкая // *Врач*. — 1996. — № 8. — С. 14–17.
2. *Залуцкий, И. В.* Онкология / И. В. Залуцкий. — Мн., 2007. — С. 298–300.
3. *Исмаилов, А. Х.* Видеоторакоскопическая парастернальная лимфаденэктомия в диагностике и лечении рака молочной железы / А. Х. Исмаилов, Е. И. Сигал, Р. Г. Хамидулин // *Российский онкологический журнал*. — 2001. — № 3. — С. 28–32.
4. *Казанцева, И. А.* Болезни молочной железы. — В кн.: *Патология: рук-во* / И. А. Казанцева; под. ред. М. А. Пальцева. — М.: ГЭОТАР-Мед., 2002. — С. 520–528.
5. *Пустырский, Л. А.* Рак молочной железы / Л. А. Пустырский. — Мн., 1998. — С. 95.

УДК

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

¹Хайрулова М. А., ²Мишин А. В.

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития медицинской науки и практики, отмечаются высокие показатели рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР) центральной нервной системы (ЦНС). По данным ВОЗ, 20 % детской заболеваемости и инвалидности, а также 15–20 % детской смертности вызваны пороками развития, среди которых пороки ЦНС занимают одно из первых мест [1].

На долю нарушения развития ЦНС приходится более 30 % всех пороков, обнаруживаемых у детей. Очевидно, их частота значительно выше, поскольку пороки на уровне нарушения гистологических структур обычно не диагностируются. При среднем пока-