

Выводы

В основе развития дисплазий соединительной ткани лежат мутации генов, ответственных за синтез и катаболизм структурных белков соединительной ткани или ферментов, участвующих в этих процессах. Генетический дефект может проявляться в любом возрасте в соответствии с временными закономерностями генной экспрессии [2].

Клиническая картина при данном синдроме весьма разнообразна. Из-за того, что соединительная ткань присутствует во всех отделах организма, нарушения могут локализоваться повсеместно. Они затрагивают как наиболее зависящую от коллагеновых и эластических волокон систему – опорно-двигательную, так и органокомплексы [3]. Результаты нашего исследования подтверждают эти данные, тканевые дисплазии наиболее часто выявлялись со стороны сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата.

Так как дисплазия в большинстве случаев является результатом генетических изменений, то основной предпосылкой ее развития считают наследственность. Это обусловлено мутацией в хромосомах, которые на современном этапе развития медицина не способна полностью объяснить [1].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2021.
2. Трисветова Е.Л., Бова А.А., Феценко С.П. Врожденные дисплазии соединительной ткани: клиническая и молекулярная диагностика, 2020
3. Дисплазия соединительной ткани: материалы симп. / Под ред. ГИ. Нечаевой. – Омск, 1 ноября 2023 г. – Омск, 2023.

УДК 616.33/34-006.6-039.42-018.1-091

О. Ю. Круглик

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПО ДАННЫМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Введение

Карциноидная, или нейроэндокринная опухоль – это скопление измененных клеток, которые способны действовать и как нервные, и как эндокринные. Они умеют передавать сигналы от мозга в различные органы и вырабатывать гормоны – вещества, которые сообщают тканям, как им действовать – работать или отдыхать, выделять что-то или поглощать. Такие клетки есть в слизистой – внутренней оболочке пищевода, желудка, поджелудочной железы, аппендикса, легких и кишечника. Подобные новообразования могут прорасти в окружающие ткани, разрушать их и создавать метастазы – дополнительные очаги в различных областях организма [1].

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют менее 2% всех опухолей этой локализации. Встречаемость наибольшей группы – пациентов с карциноидами, составляет 2,4 на 100 000 населения. Реальные показатели заболеваемости – по всей видимости, далеки от действительности, так как при исследовании аутопсийного материала карциноиды брюшной полости встречаются с частотой 8,4 на 100 000 человек [2].

НЭО ЖКТ развиваются из клеток диффузной нейроэндокринной системы, обладающих способностью синтезировать и секретировать биологически активные вещества. В ЖКТ обнаружено более 15 различных типов нейроэндокринных клеток, каждый из них секреторирует специфический гормон.

Энтерохромоаффинные клетки (ЕС), которые являются наиболее распространенными нейроэндокринными клетками организма, находятся в слизистой на всем протяжении ЖКТ и выделяют большое количество гормонально активных продуктов, в том числе серотонин, мелатонин (синтезируется ЕС-клетками из серотонина), субстанцию Р (стимулирующий клетки гладкой мускулатуры кишечника), гуанилин (активирует бокаловидные клетки для выделения слизи).

Энтерохромоаффиноподобные клетки (ECL), продуцирующие гистамин, являются основным источником образования высокодифференцированных НЭО ЖКТ. При определенных условиях ECL-клетки могут последовательно трансформироваться в гиперплазию, дисплазию и опухоли. Нейроэндокринную дифференцировку имеют только высокодифференцированные НЭО ЖКТ, а большинство злокачественных опухолей – смешанный экзоэндокринный иммунофенотип опухолевых клеток. На основании наличия вторичных симптомов, обусловленных секрецией метаболически активных веществ, НЭО ЖКТ подразделяют – функционирующие (гормонально-активные) и нефункционирующие. Функционально неактивные опухоли также могут секретировать гормоны и биологически активные вещества, но без развития клинического синдрома вследствие их недостаточного количества или низкой активности. В ЖКТ функционирующие опухоли в основном представлены высокодифференцированными опухолями, на которые приходится 75,26% среди НЭО пищеварительной системы.

Проблема лечения больных с НЭО заключается не только в ликвидации опухолевого процесса, но и в избавлении от тягостного симптомокомплекса, обусловленного гиперпродукцией характерного активного гормона или пептида. Нередко причиной смерти больного является не прогрессия опухоли, а осложнения, развившиеся в результате гормональной гиперпродукции. Эффективность хирургического лечения можно продемонстрировать исследованием, проведенным в Национальном институте рака (США). В группе из 151 больного, радикально оперированного по поводу НЭО, 10-летняя выживаемость составила 94%, метастатическое поражение печени за 10 лет отмечалось лишь в 3% случаев. При этом в контрольной группе из 26 человек, получавших лишь лекарственное лечение, метастазы в печень за 5 лет отмечались в 26% случаев. В первой группе не было смертей от прогрессирования опухоли, во второй – от генерализации процесса умерли 3 пациента. Это исследование дало возможность авторам сделать достаточно смелый вывод о том, что хирургическое вмешательство прекращает естественную историю развития НЭО. Несмотря на столь обнадеживающие результаты, в 65–70% случаев больные со злокачественными формами НЭО на момент первичного обращения имеют метастазы в печень и другие органы, что требует комплексного подхода для получения максимального клинического результата [3].

Цель

Оценить частоту встречаемости нейроэндокринных опухолей и наиболее типичные их локализации по данным гистологических микропрепаратов в г. Гомеле за 2023 год.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ гистологических заключений и микропрепаратов 18 пациентов, находящихся на учете в Гомельской областной клинической больнице за 2023 год.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 18 пациентов было 11 (61%) мужчин и 7 (39%) женщин. Возраст варьируется от 38 до 83 лет, средний возраст пациента – 57 лет. Ниже приведена диаграмма с наиболее частыми местами их локализации. Как известно, в зависимости от локализации опухоли могут достигать гигантских размеров и при этом не вызывать каких-либо симптомов заболевания.

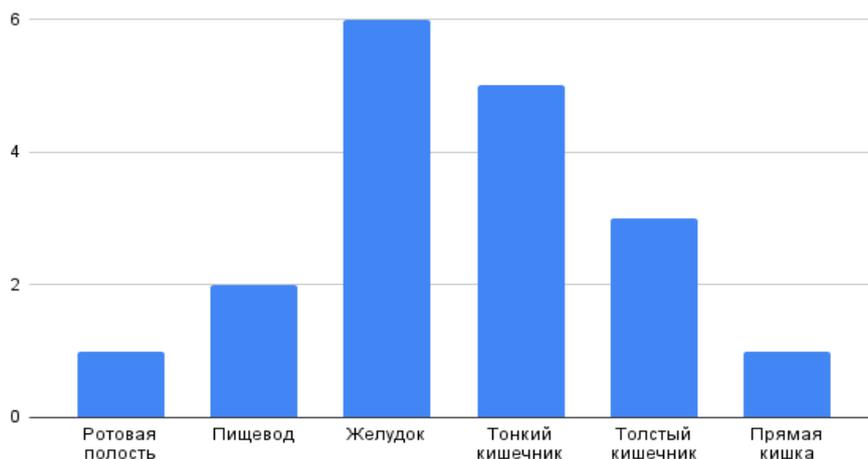


Рисунок 1 – Количество опухолей в различных отделах ЖКТ

Циторедуктивное удаление НЭО и ее депозитов является ведущим этапом лечения данной группы больных. Полное удаление опухоли и метастазов в печень дает возможность добиться 80% 5-летней выживаемости. L. Barclay и соавт. опубликовали работу, в которой проанализировали результаты циторедуктивных операций у 20 больных с распространенными формами НЭО: у 10 больных отмечались метастазы в печень, причем, у 6 в обе доли, в 14 случаях опухоль поражала забрюшинные лимфатические узлы. Полной циторедукции удалось добиться в 75% случаев. За период 19 мес. выживаемость составила 90%, у 60% не отмечалось рецидива заболевания. Иллюстрацией перспективности и необходимости циторедуктивных вмешательств является трансплантация печени, при ее изолированном метастатическом поражении. В публикациях Н. Lang и соавт., Y.P. Le Treut и соавт. представлены отдаленные результаты лечения 12 и 31 больного с ортотопической трансплантацией печени (ОТП) по поводу изолированного метастатического поражения нейроэндокринными опухолями. Послеоперационная летальность составила 14 и 19%; 5-летняя выживаемость – 50 и 36% соответственно [4, 5].

Выводы

Количество выявленных нейроэндокринных опухолей при гистологическом исследовании постепенно увеличивается после 50 лет и достигает пика в возрасте от 57 до 70 лет. Преобладания больных по половому признаку не выявлено. Наиболее частая локализация НЭОЖКТ является желудок и тонкий кишечник (61%).

Самым распространенным гистологическим подтипом нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта являются опухоли из энтерохромаффиноподобных клеток (ECL), продуцирующих гистамин. При определенных условиях ECL-клетки могут последовательно трансформироваться в гиперплазию, дисплазию и опухоли.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Arnold, R.* Somatostatin analogue octreotide and inhibition of tumour growth in metastatic endocrine gastroenteropancreatic tumors / R. Arnold, M. E. Trautmann, W. Creutzfeldt // *Gut*. – 1996. – Vol. 38. – P. 430–438
2. *Modlin, I. M.* A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumours / I. M. Modlin, K. D. Lye, M. Kidd // *Cancer*. – 2003. – Vol. 97. – P. 934–959.
3. *Гилязутдинов, И. А.* Опухоли гормонально-зависимых и гормонопродуцирующих органов / И. А. Гилязутдинов, Р. Ш. Хасанов // МЕДпресс-информ. – 2004. – 464 с.
4. *Lang, H.* Liver transplantation for metastatic neuroendocrine tumors / H. Lang, K. J. Oldhafer, A. Weimann // *Ann. Surg.* – 1997. – Vol. 225. – P. 347–354.
5. *Le Treut, Y. P.* Results of liver transplantation in the treatment of metastatic neuroendocrine tumors. A 31-case French multicentric report / Y. P. Le Treut, J. R. Delpero, B. Dousset // *Ann. Surg.* – 1997. – Vol. 225. – P. 355–364.

УДК 616.711/.718-007-053.1

А. А. Курако, М. А. Дринеvская

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Введение

Врожденные пороки развития (ВПР), или аномалии развития – это структурные или функциональные изменения, включающие метаболические нарушения, присутствующие с момента рождения. В структуре ВПР наибольшее значение имеют пороки костно-мышечной системы (38,15%), 2-е место занимают множественные ВПР (14,46%), на 3-м месте находятся ВПР сердечно-сосудистой системы (12,87%). Деформации кисти составляют 65–95% от всех врожденных пороков развития верхних конечностей, в 30–67% случаев выявляется поражение двух верхних конечностей, в то время как у 24% больных – сочетание аномалий развития верхних и нижних конечностей [1].

Врожденные аномалии могут возникать под влиянием одного или более факторов, их комбинаций, средовых влияний, которые оказывают тератогенное действие и нарушают процесс нормального развития эмбриона или плода. К таким факторам относят: прием родителями алкоголя, лекарственных препаратов (ибупрофен, аспирин, напроксен, цитостатические препараты, высокие дозы гормонов, антикоагулянты), активное и пассивное курение, воздействие промышленных химикатов. В 50–70% случаев этиологические факторы возникновения аномалий установить не удается. Около 20% аномалий имеют мультифакторную природу, вклад наследственных факторов (генные и хромосомные нарушения) составляет около 6%. Врожденные пороки развития дистальных отделов конечностей могут быть как изолированным спонтанным заболеванием, так и проявлением какого-либо синдрома [2].

Цель

Определить частоту встречаемости и спектр наиболее часто встречающихся врожденных пороков развития дистальных отделов конечностей – пороков с недостаточным развитием составляющих элементов.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 1150 протоколов патологоанатомических вскрытий абортированных плодов, проведенных с 2015 по 2022 г. в патологоанатомическом отделении общей пато-