

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

Среднее артериальное давление после введения гидрокортизона возрастало через 2 ч после введения гидрокортизона с  $29,5 \pm 5,1$  до  $34 \pm 3,5$ , в течение первых суток — до  $38 \pm 5,2$  мм рт. ст., оставаясь стабильным в дальнейшем. Данные индекса резистентности: менее 0,5 — нарушения систолического и диастолического кровотока; 0,6–0,75 (0,8) — нормальные показатели; более 0,9–1,0 — нарушения диастолического кровотока с ишемическими поражениями головного мозга.

### **Выводы**

Назначение гидрокортизона у недоношенных новорожденных с ОНМТ позволяет обеспечить стабилизацию гемодинамики с уменьшением дозировки необходимой инотропной поддержки, снизить частоту развития бронхолегочной дисплазии у недоношенных. Особая интерпретация индекса резистентности необходима при наличии открытого артериального протока и использовании высокочастотной осцилляторной вентиляции. Дальнейших исследований требует изучение влияния введения гидрокортизона на отдаленное неврологическое развитие ребенка.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Инструкция по ранней интенсивной терапии гемодинамических нарушений при гипоксических состояниях у новорожденных / Г. А. Шишко [и др.] // Доктор Дизайн. — 2005. — С. 3–7.
2. Рооз, Р. Неонатология. Практические рекомендации / Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте. — Медицинская литература. — 2011. — С. 123–125.
3. Neonatologie / G. Jorch [et al.] // Georg Thieme Verlag KG. — 2010. — P. 226–268.

**УДК 616.441-006.6:611.018**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Черныш Д. А., Борисенко М. С.*

**Научный руководитель: ассистент С. Ю. Турченко**

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

### **Введение**

Рак щитовидной железы (РЩЖ) — опухоль, развивающаяся из клеток эпителия щитовидной железы. Частота встречаемости РЩЖ растет с возрастом. На его долю приходится 0,4–2 % всех злокачественных новообразований. Рост заболеваемости проходит во всех возрастных группах как у мужчин, так и женщин. Если проследить изменения в заболеваемости у детей моложе 15 лет в зависимости от времени рождения, то можно отметить, что большая часть заболевших РЩЖ родилась в период с 1982 по 1986 гг., т. е. на момент аварии им было не более 5 лет. У взрослых заболеваемость РЩЖ линейно возрастала до 2003 г. С 2003 по 2007 гг. в республике отмечается тенденция к спаду заболеваемости РЩЖ. В 2010 г. стандартизованный показатель заболеваемости составил 12,3 на 100 тыс. населения. Прирост заболеваемости на 2012 г.: у женщин +5,7 %, у мужчин — +2,7.

### **Цель**

Сравнить гистологические варианты РЩЖ.

Факторы, способствующие развитию РЩЖ:

1. Гормональные воздействия.
2. Ионизирующее излучение.
3. Другие факторы, способствующие развитию заболеваний щитовидной железы.

Классификация: папиллярный рак, фолликулярный рак, С-клеточный (медулярный) рак, недифференцированный (анapластический) рак, другие формы.

*Папиллярный рак:* обильный клеточный состав; образование сосочков, фолликулов, солидных, крибозных структур; отсутствие выраженного клеточного полиморфизма с небольшим увеличением, а в некоторых случаях без изменения ядерно-цитоплазменного отношения; ядра округлые и овальные с характерной бороздкой по длиннику, выявляемой лишь при влажной фиксации препаратов; в 80 % случаев отмечаются внутриядерные включения цитоплазмы, напоминающие вакуоль при жировой дистрофии клеток с наличием резкого уплотнения хроматина вокруг нее в виде гиперхромного пояса; просветления хроматина ядер и ядрышек («глазки сиротки Анны»); образование многоядерных симпластов, характерный тягучий коллоид; плоскоклеточная метаплазия; псаммомные тела. Необходимо проводить дифференциальную морфологическую диагностику папиллярный рак щитовидной железы с аденомами и гиперпластическими процессами с образованием папиллярных структур, с метастазами светлоклеточного почечноклеточного рака, папиллярного рака молочной железы и серозного рака яичников.

*Фолликулярный рак:* опухоль растет в форме узелка. Характерны гематогенные метастазы в мозг, кости и легкие. Клинически протекает либо бессимптомно, либо с тиреотоксикозом. Опухоль склонна к быстрому росту и гематогенному метастазированию. Одним из вариантов этой опухоли является пролиферирующая струма Лангханса, в которой отсутствует клеточный атипизм, но появляется склонность к метастазированию и инфильтрирующему росту. Микроскопически представлен: обильный клеточный состав; преимущественное расположение клеток тиреоидного эпителия в виде фолликулярных структур, наложение клеток друг на друга и наличие синтициальных структур, при регрессивных изменениях возможно появление разрозненных клеток и «голых» ядер; небольшое количество или отсутствие коллоида; ядра увеличены в размерах, хроматин крупнозернистый, незначительный ядерный полиморфизм, наличие ядрышек, увеличение их числа и размеров; фон препарата чистый, кистозных и воспалительных изменений нет. Клеточный состав фолликулярного рака имеет сходные цитологические характеристики с фолликулярной аденомой. В настоящее время при выдаче цитологического заключения из-за трудностей дифференциальной диагностики между паренхиматозным зобом, фолликулярной аденомой и фолликулярным раком используется термин «фолликулярная опухоль». Основным критерий диагноза «фолликулярный рак» является инфильтрирующий рост опухоли.

*Медуллярный рак:* злокачественная опухоль из С-клеток, что доказывает наличием в опухоли кальцитонина и сходством ультраструктуры клеток опухоли с С-клетками. Выделяют 14 его гистологических вариантов: солидный, фолликулярный, папиллярный, мелкоклеточный гигантоклеточный, светлоклеточный, онкоцитарный, плоскоклеточный, меланотический, амфикринный, инкапсулированный, параганглиомоподобный, медуллярно-фолликулярный, медуллярно-папиллярный. Микроскопически представлен: обильный клеточный состав; расположение клеток разрозненно, а также в виде солидных и трабекулярных структур; характерны три вида клеток: мелкие округлые, крупные полигональные, а также веретенообразные клетки; полиморфизм клеточных элементов может быть выражен в разной степени: от мономорфного варианта до полиморфноклеточных форм; ядра клеток округлой и овальной формы, чаще всего расположены эксцентрично, характерны двуядерные, иногда многоядерные клетки, встречаются внутриядерные включения, могут присутствовать ядрышки, хроматин многоглыбчатый «пятнистый»; цитоплазма клеток от скудной до обильной розовой, часто с азурофильными или эозинофильными гранулами, редко может содержать меланин; 80 % наблюдений отмечается образование амилоида, который при окраске по Паппенгейму, в отличие от коллоида, имеет розовый цвет, а при окраске по Конго-рот дает оранжевое окрашивание, наблюдается продукция клетками кальцитонина, а также хромогранина А, синаптофизина.

*Недифференцированный рак:* развивается чаще у пожилых людей, чаще у женщин. Очень редкая опухоль. Сопровождается выраженным инфильтрирующим ростом, ранними и распространенными метастазами. Прогноз не благоприятен. Дифференцируют от метастатических поражений и сарком. Микроскопически представлен: гигантоклеточный вари-

ант — характеризуется солидными скоплениями крупных полиморфных, многоядерных клеток. Саркомоподобный вариант — состоит из хаотично расположенных полиморфных и веретенновидных клеток.

### **Выводы**

Таким образом, диагностика рака щитовидной железы остается достаточно сложной и актуальной задачей, особенно в случаях высококодифференцированных и ранних форм злокачественной опухоли. Решение этой задачи должно осуществляться поэтапно, в рамках целевой программы скрининга и уточняющей диагностики, что является реальным с учетом технических возможностей современных инструментальных и лабораторных методов исследования, основными из которых остаются ультразвуковое исследование и прицельная пункционная биопсия с цитологической верификацией опухолевого процесса.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Петрова, А. С. Диагностика опухолей и опухолевых процессов / А. С. Петрова. — М.: Медицина, 1985. — 372 с.
2. Петрова, А. С. Классификация опухолей / А. С. Петрова. — М.: Секретариат СЭВ, 1983 г. Цитологическая диагностика опухолей и предопухолевых процессов. — М.: Медицина, 1985. — 186 с.
3. Полонская, Н. Ю. Основы гистологической и цитологической диагностики / Н. Ю. Полонская, О. В. Егорова. — М.: Академия, 2005. — 286 с.

**УДК 61:378-057.875:001**

## **ПРОБЛЕМА ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ К НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

*Чернышева А. Р.*

**Научный руководитель: к.п.н., доцент Ж. И. Трафимчик**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Целью современной высшей школы является не только подготовка высококвалифицированных специалистов в данной области, но и подготовка научно-педагогических кадров, способных к профессиональному саморазвитию, творческому и инновационному взгляду на существующие явления в профессиональной среде.

### **Цель**

Изучение готовности студентов первого, второго курсов медицинского вуза к осуществлению научно-исследовательской деятельности.

### **Материал и методы исследования**

Теоретический анализ и обобщение, анкетирование, количественный и качественный анализ и интерпретация полученных результатов.

### **Задачи исследования:**

- теоретический анализ проблемы готовности студентов к научно-исследовательской деятельности, уточнение содержания понятия;
- выявление наиболее значимых качеств личности студента-исследователя с позиции профессорско-преподавательского состава;
- исследование готовности студентов медицинского вуза к научно-исследовательской деятельности: анализ мотивационного, ориентационного, деятельностного, рефлексивного, когнитивного, информационного и социально-коммуникативного компонентов;
- сравнение степени выраженности готовности студентов первого и второго курсов медицинского вуза к научно-исследовательской деятельности.

### **Теоретическая часть**

На основании анализа научной литературы под готовностью студентов университета к научно-исследовательской деятельности мы понимаем целостное, интегративное, дина-