

В ткани, полученной при ТУР-биопсии, с большей частотой наблюдали плоский вариант ПИН в виде немногочисленных фокусов.

Было замечено, что вариант ПИН зависел от степени градации опухоли. В биопсийном материале при выявлении фокусов ранней инвазивной карциномы с индексом Gleason 3–4 ПИН была представлена чаще плоским вариантом с разрывом слоя базальных клеток, а при аденокарциномах с индексом Gleason 6 и выше преобладали варианты ПИН пучковый, микропапиллярный и крибриформный.

По данным литературы [8], выделение перечисленных морфологических вариантов ПИН, по-видимому, не имеет клинического и прогностического значения. Наши наблюдения показывают, что варианты ПИН нуждаются в дополнительном изучении, особенно их сочетание с ранним инвазивным раком как дополнительным прогностическим фактором, актуальным при исследовании материала полифокальных биопсий.

Очевидно, что до сих пор нет единого подхода к оценке предраковых изменений в ПЖ. Проблема ПИН вызывает много противоречий в оценке значения этой формы поражения и нуждается в дальнейшем изучении.

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать следующие заключения:

1. При исследовании материала полифокальных биопсий, ТУР-биопсий и удаленных ПЖ ПИН выявлена, по данным патоморфологической лаборатории ОКДЦ, в 38,3 % наблюдений.

2. Наибольшая частота ПИН обнаружена в материале радикально удаленных простат по поводу РПЖ, минимальная – в ТУР-биопсиях.

3. Для более совершенной диагностики ПИН, отличия легких и тяжелых форм ПИН и начального рака рекомендуется сочетание гистологического и цитологического методов.

4. Мы считаем необходимым сохранение деления ПИН на две группы – низкой и высокой степени с обязательной регистрацией при этом фоновых (воспалительных, регенераторных, пролиферативных) процессов.

5. Структурные варианты ПИН нуждаются в дополнительном изучении, особенно их сочетание с ранним инвазивным раком, как дополнительный прогностический фактор.

Литература

1. Воробьев А.В. // Практическая онкоурология. 2001. № 2(6). С. 8–16.
2. Александров В.П., Карелин М.И. Рак предстательной железы. СПб., 2004. С. 5–13.
3. Мазо Е.Б., Мешков В.В. Простатическая интраэпителиальная неоплазия. М., 2001. С. 6–40.
4. Lopez-Beltran A. // Surgical pathology update 2001: 18th European Congress of Pathology. Sobrino – Simoes – Berlin; Zeiben. 2001. P. 156–157.
5. Bostwick D.G. // USA XXII International Congress in the IAP. Nice, 1998. P. 16, 330–350.
6. Montironi R. et al. // Virchows Archiv. 2006. Vol. 449. № 1. P. 1–13.
7. Bostwick D.G. // Surgical pathology update 2001: 18th European Congress of Pathology. Sobrino – Simoes – Berlin; Zeiben. 2001. P. 159–160.
8. Рак предстательной железы / Под ред. Н.Е. Кушлинского, Ю.Н. Соловьева, М.Ф. Трапезниковой. М., 2002. С. 11–20, 33–54, 289–300.
9. Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В. // Урология. 2002. № 6. С. 46–50.
10. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs / Eds by J.N. Eble, G. Sauter, J.I. Epstein, I.A. Sesterhen. Lion, 2004. P. 159–216.
11. Prange W. et al. // European Urology. 2001. Vol. 39. Suppl. 5. P. 182.
12. Аничков Н.М., Плотникова Н.А. // Архив патологии. 2001. № 5. С. 44–50.

УДК 616.441-006.5-091

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

© 2006 г. С.И. Лемешко, И.С. Дерижанова, Л.М. Семашкевич

In the article is given the analysis of morphological changes, revealed in operatively removed tissues of a thyroid gland at «recurrent» goiter. It is marked, that at relapses increase the proliferating activity that is shown by formation of the adenomatous structures, adenomas and cancers.

В первой половине XX в. при изучении отдаленных результатов хирургического лечения токсического и нетоксического зоба была выделена новая нозологическая единица – послеоперационный рецидивный зоб (ПРЗ). Актуальность проблемы ПРЗ не вызывает сомнений, поскольку число рецидивов растет параллельно увеличению числа операций на щитовидной железе (ЩЖ). Сегодня частота ПРЗ, по данным литературы, колеблется от 2 до 49 % [1].

ПРЗ – собирательное понятие, характеризующееся появлением патологических тиреоидных симптомов у пациентов, перенесших операцию на щитовидной железе, и применяется к различным по морфологической структуре заболеваниям органа.

Различают ложные («недооперированный» зоб, «забытые узлы»), возникшие в течение первого года после операции, и истинные рецидивы зоба, развившиеся позже этого срока под влиянием тех же причин, что и при первичном заболевании, а также новые заболевания тиреоидного остатка [2, 3].

Это разделение, на наш взгляд, довольно условно, поскольку один не исключает другого, а в симптомах заболевания обычно нет разницы.

До настоящего времени остается открытым и широко обсуждается вопрос об определении ПРЗ, его профилактике и тактике лечения.

Цель нашего исследования – анализ морфологических изменений, выявленных при рецидивных зобах.

Для этого нами был изучен операционный материал и истории болезни 28 больных с рецидивным зобом. Двадцать из них были прооперированы в клинике РостГМУ, восемь – в других учреждениях города. Результаты первого морфологического исследования имелись у 24 больных.

Для гистологического исследования кусочки оперативно удаленных щитовидных желез фиксировали в 10%-м формалине, проводили по обычной методике, заливали в парафин. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, проводилась PAS-реакция.

В ткани щитовидных желез с использованием морфометрии оценивались наружный диаметр фолликулов, средняя высота тиреоцитов, средний диаметр их ядра, ядерно-цитоплазматический индекс, относительный объем коллоида, относительный объем стромы, относительный объем сосудов, фолликулярно-коллоидный индекс, среднее количество очагов пролиферации А-клеток на 1 мкм^2 , соотношение внутри- и внефолликулярной пролиферации на единицу поверхности среза [4]. Количество и состояние В- и С-клеток оценивались отдельно.

Всего было изучено 28 наблюдений ПРЗ. Из них 27 (94,5 %) – женщины и одно (5,5 %) – мужчина. Возраст больных колебался от 31 до 75 лет, средний возраст составил 48,6 лет. Рецидив заболевания развился в сроки от полугода до тридцати лет с момента первой операции, чаще – от 3 до 6 лет. У 25 (89,3 %) пациентов рецидив заболевания был выявлен впервые, у двух (7,2 %) рецидив заболевания наблюдался во второй, а у одной пациентки (3,5 %) – в третий раз.

Объем первичного хирургического вмешательства был разным: резекция доли ЩЖ у 5 пациентов (17,8 %), гемитиреоидэктомия – у 11 (39,3 %), субтотальная тиреоидэктомия – у 4 (14,3 %). В 8 случаях (28,6 %) объем хирургического вмешательства был неизвестен. Рецидив в оперированной доле развился у 4 больных (25 %), в неоперированной – у 12 (75 %).

Таким образом, объем хирургического вмешательства не является определяющим в развитии ПРЗ.

Картина морфологических изменений в ЩЖ, выявленных при первой операции, полностью совпала с результатами гистологического исследования операционного материала при повторном оперативном вмешательстве только в 2 случаях (7,1 %) – хрониче-

ского лимфоматозного тиреоидита (1) и диффузного токсического зоба (1). В оставшихся 26 наблюдениях гистологические изменения отличались от первоначальных (таблица).

При морфологическом исследовании ПРЗ всех больных, первично прооперированных по поводу простого коллоидного зоба (10), были выявлены изменения, соответствующие аденоматозному зобу. Обращали на себя внимание многоузловая структура и полиморфное строение удаленных желез. В них очаги достаточно мономорфного средне- и крупнофолликулярного строения чередовались с участками с формированием аденоматозных структур, в которых отмечались уменьшение среднего диаметра фолликулов до 97,52 мкм, увеличение средней высоты тиреоцитов до 8,42 мкм, укрупнение их ядер (средний диаметр ядра 4,91 мкм), что свидетельствует о нарастании пролиферативных процессов. Следует отметить, что сегодня ВОЗ расценивает аденоматозный коллоидный зоб как предопухольный процесс и источник формирования аденом и раков.

Во всех железах отмечались вторичные изменения в виде кровоизлияний и кистозной дегенерации различной степени интенсивности, что зависело от размеров узлов. В двух наблюдениях выявлена лимфоцитарная инфильтрация стромы умеренно- и резко выраженной, без формирования лимфоидных фолликулов.

У больных, перенесших операции по поводу диффузного токсического зоба гистологически при рецидиве, по сравнению с «первичными» изменениями чаще всего отмечались нарастание среднего количества очагов пролиферации А-клеток на 1 мкм^2 , увеличение соотношения внутри- и внефолликулярной пролиферации на единицу поверхности среза на сторону последней. Отмечается уменьшение среднего диаметра фолликулов до 103,84 мкм, увеличение средней высоты тиреоцитов до 9,12 мкм, укрупнение их ядер (средний диаметр ядра – 5,61 мкм). Ядерно-цитоплазматический индекс 0,42. Относительный объем коллоида снижен до 23,51 %, относительный объем стромы повышается до 27,12 %, относительный объем сосудов – до 17,32 %. Таким образом, гистологическая картина рецидивного токсического зоба характеризуется увеличением преимущественно внефолликулярной пролиферации А-клеток параллельно с развитием склеротических процессов.

Морфологические изменения в ткани удаленных щитовидных желез при первой операции и при рецидиве

Морфологические изменения в ткани железы	Первая операция, число больных		Вторая операция, число больных	
	Абс.	%	Абс.	%
Простой коллоидный зоб	10	35,7	–	–
Аденоматозный коллоидный зоб	2	7,1	4	14,3
Аденоматозный коллоидный зоб в сочетании с хроническим лимфоматозным тиреоидитом	–	–	8	28,6
Диффузный токсический зоб	4	14,3	2	7,1
Зоб Хашимото	2	7,1	4	14,3
Фолликулярная(ные) аденома(ы)	–	–	5	17,8
Рак	2	7,1	5	17,8
Итого	20	100	28	100

У двух больных с первичным диагнозом аденоматозного зоба при повторной операции были выявлены фолликулярные аденомы, в одном случае – с очагами дисплазии 1–2-й степени.

Злокачественные опухоли были выявлены в пяти (17,8 %) наблюдениях ПРЗ. У одной больной папиллярный рак был выявлен как при первой, так и при повторной операции. В остальных случаях результаты морфологического исследования после первой операции не известны.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Объем хирургического вмешательства не является определяющим в развитии ПРЗ. По-видимому, определенное значение имеет продолженное воздействие первичных патогенетических факторов и/или неадекватная, часто неконтролируемая, заместительная терапия.

2. Морфологическая картина ПРЗ по сравнению с первоначальными изменениями часто характеризуется нарастанием активности пролиферативных процессов, что проявляется формированием аденоматозных структур, аденом и раков. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования с целью выработки морфологических критериев возможного прогнозирования развития послеоперационного рецидивного зоба.

Литература

1. Бондаренко В.О. и др. // Материалы 11(13) Рос. симп. по хирургической эндокринологии. СПб., 2003. С. 37–41.
2. Малиновский Н.Н., Решетников Е.А., Кононенко С.Н. // Клинический вестн. 2000. № 2. С. 15–19.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. СПб., 2006.
4. Хмельницкий О.К., Авдеенко Ю.Л. Щитовидная железа жителей Санкт-Петербурга в норме и при патологии. СПб., 2003.

Ростовский государственный медицинский университет

2 ноября 2006 г.

УДК 616-079.5:616-089.168.8

ВИДЫ ТРАВМ И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г. МОСКВЫ

© 2006 г. Л.М. Михалева, И.А. Редько

We were investigate kinds of traumatic patients at city clinical hospital № 31, Moscow from 2004 to 2005 and their death causes.

Вопросы качества клинической диагностики, правильности формулировки клинических и патологоанатомических диагнозов, а также анализ причин смерти больных являются главными вопросами при оценке качества работы стационара [1–3]. Прогресс медицины как науки и повышение качества оказания медицинской помощи зависят от эффективной организации аутопсийных исследований с последующим анализом результатов вскрытий. В настоящее время значение аутопсий складывается из трех составляющих: клинко-анатомическая экспертиза, научное исследование и медицинское образование [4]. Несмотря на наличие глубокого анализа смертности больных в ЛПУ г. Москвы, на наш взгляд, недостаточно оценены причины летальных исходов больных травматологического профиля, чему и посвящена данная работа.

Городская клиническая больница № 31 г. Москвы является многопрофильной клинической больницей, имеющей 620 коек и 15 отделений, среди которых терапевтические, хирургические, гинекологические, реанимационные, травматологическое, ортопедическое, урологическое, неврологическое и приемное. С 2004 по 2005 г. в больнице пролечено 40 562 больных: в 2004 – 21 588, в 2005 – 18 974 больных. Пациентов травматологического профиля за этот период было пролечено 3 285 (в 2004 г. – 1 749, и 2005 г. – 1 536). Травматические повреждения данной группы больных имеют различный характер: уличные, бытовые, транспортные, падения с высоты, производственные и прочие травмы.

В больнице за два анализируемых года всего умерло 1 048 больных, из них больных травматологическо-

го профиля – 83 пациента. Процент летальных исходов пациентов травматологического профиля за данный период составил 1 % (по всей больнице 2,8 %). Так, в 2004 г. умерло 50, а в 2005 г. – 33 пациента травматологического профиля. Из них 64 умершим больным была произведена судебно-медицинская экспертиза, 17 – патологоанатомическое вскрытие, а двое оформлены по просьбе родственников без проведения аутопсии. Последние двое больных старше 80 лет поступили в больницу по поводу закрытого перелома шейки бедренной кости. У одного из них, кроме того, развился острый инфаркт миокарда.

Из 17 умерших больных патологоанатомического профиля у 11 единственным основным или одним из основных заболеваний (первоначальная причина смерти) явился перелом шейки бедренной кости. У двоих из них перелом шейки бедренной кости является вторым основным заболеванием (первым – острый инфаркт миокарда). Возраст этих больных составил в среднем 84,9 года. Непосредственная причина смерти у 7 больных – тромбоэмболия легочной артерии (63,6 %), у троих – острая левожелудочковая недостаточность (27,2 %), одного – двусторонняя пневмония (9 %). Данные пациенты провели в стационаре от 4 до 59 койко-дней (в среднем 19,5 койко-дней). У еще троих умерших больных, которым проводили патологоанатомическое вскрытие, перелом шейки бедренной кости в стадии консолидации и явился сопутствующим заболеванием, не играющим роли в танатогенезе (в среднем больные провели в больнице 48 койко-дней). Возраст этих пациентов от 78 до 91 года. Первоначальной причиной смерти у двоих явился острый