Случай из практики. Пациентка Б, 54 лет, поступила в декабре 2012г. с жалобами на выраженную одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической активности, общую слабость, редкий сухой кашель, учащенное сердцебиение в течение последней недели, ухудшение состояния связывает с введением химиопрепарата. Из анамнеза жизни известно, что пациентка перенесла рак шейки матки T2a NxM0, состояние после экстирпации матки с придатками и химио-лучевой терапии в 2009 г.

При поступлении состояние оценено как тяжелое, выставлена пневмония без уточнения возбудителя, тромб в полости правого желудочка, тромбоэмболия легочной артерии, инфарктная пневмония нижней доли обоих легких. На R-графии органов грудной клетки выявлен хронический бронхит, периферическое новообразование верхней доли левого легкого, подозрение на кисту и туберкулому. На КТ – картина левосторонней полисегментарной плевропневмонии. Госпитализирована в ОРИТ. Проведено обследование: КТ ОГК – картина тромбоэмболии легочных артерий, больше справа. Образование в полости правого желудочка. Правосторонний экссудативный плеврит.

ЭХОЭГ – ФВ: 76 %. Делта S: 44 %. Аорта не расширена, уплотнена. Дилатация полости правого желудочка и правого предсердия. Левые отделы сердца не расширены. Эхоплотное образование в полости правого желудочка размерами 4,5 *4,0 см, спаянное с межжелудочковой перегородкой, подвижное, эмбологенное. Систолическая функция левого желудочка удовлетворительная. Небольшое количество жидкости в перикарде около 100 мл.

После консультации кардиохирурга рекомендовано оперативное вмешательство. Проведена резекция опухоли сердца, аннулопластика трискупидального клапана по Бойду, удаление тромбов из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения. В ходе операции отмечалось увеличение сердца за счет правых отделов, ствол легочной артерии напряжен около 3,5 см в диаметре, восходящая аорта не расширена. Вскрыто правое предсердие, ревизия правого желудочка через трикуспидальный клапан, в полости желудочка опухолевидное образование, 4,5х4,5 см мягкой консистенции, в стадии распада, с участками изьязвления, большое количество тромботических масс. С техническими трудностями, учитывая прорастание в трабекулы и в хордальный аппарат трикуспидального клапана, выполнена резекция опухоли, удалены тромботические массы. Участки опухоли отправлены на экспресс-биопсию.

При гистологическом исследовании кусочков ткани из образования обнаружены атипичные клетки. При микроскопическом исследовании операционного материала среди некротических масс выявлены группы опухолевых клеток, состоящие из солидных тяжей атипичного эпителия, также встречались веретенообразные клетки. Патоморфологическое заключение – метастазы плоскоклеточной карциномы. Летальный исход пациентки наступил через 4 года с момента верификации первичного рака шейки матки.

Список литературы

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2008 году // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2010.- Т.21. – №2 (прил.1). – С.55.

2. Важенин А.В., Жаров А.В., Шимоткина И.Г. Актуальные вопросы клинической онкогинекологии. М.: ООО Фирма «СТРОМ»., 2010. – С.6-33.

3. Воробьева Л.И., Гончарук И.В., Лукьянова Н.Ю. Прогностическое значение циклоокисгеназы-2 и фактора роста эндотелия сосудов у больных раком шейки матки // Материалы VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ.1. Душанбе, 2010. С.252.

4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Спб.: ООО Издательство Фолиант, 2002. – С. 195-229.

5. Мансурова Г.Б., Каххаров Ж.Н., Саидова К. А. К вопросу о метастазировании и рецидивировании при раке шейки матки. // Материалы VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ. Душанбе, 2010. – С.263.

6. Одинцова А.С. Новые режимы химиотерапии распространенного и рецидивирующего рака шейки матки: Автореф. дис. . канд. мед. наук. -Москва, 2010.-29 с.

7. Elliot P., Coppleson M., Russel P. et al. Early invasive (FIGO Stage IA) carcinoma of the cervix: a clinicopathologic study of 476 cases // Int J. Gynecol Cancer. – 2000. – Vol. 10. – P. 42–52.

8. Webb J.C., Key C.R., Qualls C.R., Smith H.O. Populationbased study of microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix //Obstet Gynecol. – 2001. – Vol. 97. – P. 701–706

ОЧЕРКИ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОРФОЛОГИИ ЛИМФОУЗЛА. СООБЩЕНИЕ VI. ЛИМФОУЗЕЛ КАК ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ЖЕЛЕЗА – КЛАССИФИКАЦИЯ ОРГАНА

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,
e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Когда-то лимфоузел (ЛУ) называли лимфатической железой (BNA, 1895), которая состоит главным образом из аденоидной ткани – фолликулов и сети отходящих от них фолликулярных перекладин, имеющей назначение воспроизводить форменные элементы лимфы (Иосифов Г.М., 1914). По современной терминологии получается, что паренхима ЛУ состоит из лимфоидных узелков и сети мозговых тяжей, где образуются одноклеточные железы (В-лимфоциты → иммунобласты → плазмоциты – В-зона ЛУ). Они продуцируют антитела, обезвреживающие антигены, в т.ч. поступающие в ЛУ с лимфой. И в этом смысле ЛУ представляет собой иммунопоэтическую железу. ЛУ сегодня относят и к лимфатической, и к лимфоидной системам. Первая из них является частью сердечно-сосудистой системы (дренаж органов, коллатеральный к венам), а вторая – кроветворного аппарата, находящегося в тесной связи с кровеносными

сосудами, по которым происходит циркуляция лимфоцитов. ЛУ имеет 3 адекватные части: 1) лимфатическая / транспортная – нодальный лимфангион, который включает краевой и воротный синусы с капсулой, расположенные между входными и выходными клапанами ЛУ; 2) лимфоидная / очистная – фильтрующая насадка нодального межклапанного сегмента лимфатического русла в виде скоплений лимфоцитов вокруг разветвлений интрамуральных артерий в гипертрофированных разветвлениях интимы (периартериальная лимфоидная муфта); 3) переходная / интегрирующая – промежуточные синусы и трабекулы. Таким образом, в ЛУ интеграция лимфатического и кровеносного русел в генеральные сегменты сердечно-сосудистой системы достигает апогея: в лимфоидную ткань погружены кровеносные микрососуды и лимфатические синусы, по ним в вещество ЛУ между ними (в тканевые каналы) поступают лимфоциты и антигены – функциональный анастомоз как противоточная гемолимфомикроциркуляторная система. Такова структурная основа формирования и функционирования ЛУ как лимфатической (иммунопоэтической ~ эндокринной) железы – лимфангиона с лимфоидной тканью в его стенках или лимфоидного органа с собственным лимфатическим руслом (нодальный участок генерального сегмента лимфатической системы как ее высокоспециализированный межклапанный сегмент).

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ

Резник А.Г.

ГКУЗ «Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Волжский, e-mail alexsudmed@bk.ru

В Российской Федерации (РФ) за 2010 год умерло 2 028 516 человек. От внешних причин погибли 216 867 (10,7%) мужчин и женщин, в том числе – случайные отравления алкоголем зафиксированы в 19 132 случаях (8,8% или около 1% от общего числа умерших). В 2011 году в РФ умерло 1 925 700 мужчин и женщин. От внешних причин погибли 199 358 (10,4%) человек, из них от случайных отравлений алкоголем 16 288 (8,2% или 0,8% от общего числа скончавшихся) [2]. Таким образом, исследование сердца является одним из важнейших этапов судебно-медицинского исследования при остром отравлении этиловым спиртом. Цель исследования: изучить патоморфологические изменения в сердце при остром отравлении алкоголем.

Материалом настоящей работы послужил 31 случай смерти на догоспитальном этапе от острого отравления этанолом (ООЭ). Среди умерших было 26 (83,9%) мужчин и 5 (16,1%) женщин. В крови всех погибших обнаружен этиловый спирт в концентрации от 4,0 до 6,0‰ и более. Средний возраст составил 46,7±4,5 лет ($p>0,05$). При макроскопическом исследовании регистрировали основные параметры сердца: массу, размеры, толщину стенки левого и правого желудочка, оценивали степень поражения венечных артерий атеросклерозом. Для судебно-гистологического исследования вырезали восемь образцов левого и правого желудочка по унифицированной методике. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, хромотропом 2В водным голубым, приготавливали микропрепараты для поляризационной микроскопии. Для микроморфометрического исследования использовали компьютерную систему обработки изображений с программным обеспечением «ВидеоТестМорфо – 4» (Copyright «©» Санкт-Петербург, 2004). Определяли средние параметры площади ядер и толщины кардиомиоцитов, межмышечного расстояния [4]. Содержание воды в сердечной мышце рассчитывали в процентах по разнице масс между влажными и высушенными при 100°С кусочками сердца [5]. Биохимическое исследование перикардиальной жидкости проводили на содержание глюкозы, мочевины, натрия, калия, кальция и магния. Электролиты – калий, натрий, магний и кальций определяли с помощью атомно-абсорбционного спектрометра «Квант-2А» прямой абсорбции, а глюкозу, мочевину, – с помощью стандартных наборов реактивов. Определение этилового спирта в трупной крови осуществляли в судебно-химическом отделении методом газовой хроматографии. В качестве средних морфометрических показателей сердца и биохимических показателей перикардиальной жидкости использованы данные погибших от черепно-мозговой травмы с быстрым темпом наступления смерти [3]. Статистическую обработку материала проводили, используя t-критерий Стьюдента, угловое преобразование Фишера и аргумент нормального распределения [1].

Смерть от ООЭ сопровождалась сохранением массы (344,0±9,16 г) и размеров сердца в пределах нормы ($p>0,05$). Отмечалось небольшое утолщение стенок левого (1,43±0,02 см) и правого (0,44±0,01 см) желудочков ($p<0,001$) (табл. 1).

При макроскопическом исследовании доминировало расширение правых отделов сердца с переполнением их кровью (87,1%), неравномерное кровенаполнение миокарда (77,4%). У 15 (48,4%) человек на интиме коронарных артерий имелись немногочисленные липоидные пятна и фиброзные бляшки. При световой микроскопии в левом и правом желудочках сердца отмечали: дистонию (0,908 и 0,906, $p<0,001$) и плазматическое пропитывание (0,602 и 0,601,