

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ**



**СТУДЕНТСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
«Клініко-морфологічні особливості захворювань людини»
10 травня 2018 р.**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
«Інтерпретація казуїстичних випадків
з точки зору клініко-морфологічної діагностики»
15 травня 2018 р.**

Харків

ЗМІСТ

Абовян К., Гаргин В. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	3
Александрова К.В., Журавльова П.В. ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ РОЗПОДІЛОМ НАЙПОШИРЕНІШИХ ДІАГНОЗІВ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	7
Антипенко А.В., Ткаченко Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....	10
Басилайшвілі Ю.В., Штыкер С.Ю., Давиденко В.Б. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЛІМФОМИ БЕРКІТА, УСКЛАДНЕНОЇ ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ У ДИТИНИ	13
Береснева Е.В., Зароченцев Р.Н. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК ЛЕГКОГО	16
Горбунова І.В., Гаргин В.В. СКЛЕРОДЕРМІЯ - ТИХИЙ НЕВИЛКОВНИЙ ВБИВЦЯ.....	19
Ибрагимова С. IGG4-АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	23
Иванова А.А. ЛИМФОЦИТОМА КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ	28
Калганова М.О. ГІСТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ДІЇ ЕМВ	32
Гаргин В.В., Коптеева Т.М. СИНДРОМ АЙЕРСА.....	34
Кузнецова М.А. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА БЕРЕМЕННЫХ САМОК КРЫС НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ИХ ПОТОМСТВА	39
Левинский В.Л., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Мирошниченко Я.Н. ВТОРИЧНЫЙ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	42

Одинец Е.М, Пацкевич А.И. МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА	47
Потапов С.М., Горголь Н.І, Галата Д.І., Барабаш Д.Д. ДОБРОЯКІСНИЙ ЛІМФОРЕТИКУЛЬОЗ: МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ	50
Сухарева Л.П. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	53
Сакал А.А., Товажнянская В.Д., Титов Е.В.,Зверева И.С. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПАТОЛОГОАНАТОМА)	56
Труш О.М. РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ.....	60
Уржумов В.Д., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Григоренко В.Р. ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ВЗРОСЛОГО ТИПА КАК СЛУЧАЙНАЯ НАХОДКА НА АУТОПСИИ.....	65
Хорошко И.А., Пересада Г.А. Наумова О.В. МЕЗОТЕЛИОМА ПЕРИКАРДА С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА.....	69
Широков К.В. Трофименко М.О. К ВОПРОСУ О ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМОБОСНОВАНИИ ТАКТИКИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ	74

Хорошко И.А., Пересада Г.А. Наумова О.В.

МЕЗОТЕЛИОМА ПЕРИКАРДА С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
патологической анатомии
Харьков, Украина

Актуальность. Мезотелиома – редкая первичная опухоль (частота менее 0,002%), чаще злокачественного течения, имеющая своим источником клетки мезотелиального происхождения, входящие в состав серозных оболочек плевры, брюшины, перикарда. Наименее часто опухоль локализуется в перикарде, составляя менее 1-5% всех мезотелиом [1, 2].

Клиническая картина мезотелиомы перикарда может быть схожей по проявлениям с перикардитом, инфарктом миокарда, идиопатическим миокардитом, ревматизмом, бронхогенным раком. На ранних стадиях симптомы не специфичны, слабо выражены и начинают беспокоить больного при достижении опухолью больших размеров, проявляются тупой болью в груди, одышкой, отеками, нарушением проводимости и ритма сердца, тахикардией, артериальной гипотонией, на поздних стадиях - симптомами рецидивирующей тампонады сердца с быстрым накоплением серозно-геморрагического экссудата в перикардиальной полости после его аспирации – так называемый «неиссякаемый выпот». Неспецифичность симптоматики и редкость заболевания могут обуславливать трудность прижизненной диагностики заболевания, в 75-90% случаев первичную мезотелиому выявляют только при аутопсии [3].

В качестве примера приводим следующее клинико-патологоанатомическое наблюдение.

Клинический случай. Больной Г, 61 года, поступил в областную клиническую больницу г. Харькова с жалобами на общую слабость, кашель, сжимающую боль в груди, одышку, сердцебиение, которые отмечал в

течение 2-х дней. После выявления значительного перикардального выпота в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) проведена пункция перикарда, эвакуировано около 1000мл жидкости темно-красного цвета. Был переведен в кардиологическое отделение, через 3 недели – резкое ухудшение состояния, клинические признаки тампонады сердца, переведен в ОРИТ, где повторно проведена пункция перикарда, эвакуировано около 100мл жидкости темно-красного цвета. Из анамнеза жизни: курит 40 лет до 20 сигарет в день. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. АД 120/70мм рт. ст. ЧДД 17/мин. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритмичные. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2см. ЧСС 74/мин.

Результаты клинико-лабораторных исследований. Рентгенограмма органов грудной клетки: правосторонний минимальный гидроторакс, застой в малом круге кровообращения, аортокардиосклероз. Цитологическое исследование жидкости из плевральной полости справа: единичные группы атипичных клеток, вероятно исходящие из злокачественного новообразования. Цитологическое исследование микропрепарата из полости перикарда: подозрение на наличие злокачественной мезотелиомы перикарда; из плевральной полости: небольшие группы и пласты из слабо измененного и местами пролиферирующего атипического мезотелия, скорее всего метастазы мезотелиомы перикарда. Электрокардиограмма: пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, ЧСС 180 уд/мин. В клиническом анализе крови: снижение уровня гемоглобина - 104г/л, эритроцитов - $3,81 \times 10^{12}$ /л, увеличение СОЭ - 58мм/час, тромбоцитов - 385×10^9 /л, снижение содержания лимфоцитов - 6%.

Несмотря на проводимую терапию на 22-й день пребывания в стационаре состояние больного резко ухудшилось, с признаками тампонады сердца переведен в ОРИТ, проведена кардиоверсия, пункция перикарда, переведен на аппарат искусственной вентиляции легких. После остановки

эффективного кровообращения реанимационные мероприятия без успеха, констатирована биологическая смерть. Тело умершего направлено на патологоанатомическое исследование с заключительным клиническим диагнозом: Центральный рак левого легкого с вторичным поражением медиастанальных лимфоузлов, надпочечников, тела L2 позвонка, перикарда. T2aN1M1b. Экссудативный перикардит, рецидивирующая тампонада сердца (двукратный перикардиоцентез). Гипертоническая болезнь II стадия, I степень, риск очень высокий. Гипертензивное сердце (гипертрофия левого желудочка). Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. Сердечная недостаточность IIА степени с сохраненной фракцией выброса. Негоспитальная правосторонняя пневмония 3 группы. Правосторонний экссудативный плеврит. Хроническое обструктивное заболевание легких II степени.

При аутопсии были обнаружены следующие изменения: на коже в 4 межреберье по правой передне-подмышечной линии линейный след от дренирования правой плевральной полости, ушитый одним швом. По передне-внутренней поверхности верхней трети правого плеча - подкожное инкапсулированное образование 9,0x6,0x4,0см из жировой ткани. В полости перикарда содержится около 30мл мелких свертков крови. Перикард на всем протяжении резко утолщен, белесоватый, рыхлого вида с распространением описанных изменений на медиастинальную клетчатку и очагово на висцеральную плевру обоих легких. Во II поясничном позвонке на распиле - белесовато-сероватый участок диаметром 1,5см. Стенка аорты режется с хрустом, интима с многочисленными частью сливающимися между собой бляшками каменистой плотности с участками изъязвления. Венечные артерии с утолщенными стенками, очагово с беловато-желтоватыми фиброзной и каменистой плотности бляшками, суживающих просвет до 50-80%. Сердце массой 480,0г. Толщина стенки правого желудочка - 0,4см, левого - 1,8см. Миокард дряблый, коричневатый с тонкими серовато-беловатыми волокнистыми тяжами. В верхней трети задней стенки левого

желудочка трансмурально серовато-белесоватый участок рубцовой плотности 6х2см. Печень увеличена, уплотнена, нижний край закруглен. На разрезе паренхима с «мускатным» рисунком. Почки уменьшены в размерах, плотные с намечающейся зернистостью. Парааортальные, паратрахеальные, перибронхиальные лимфатические узлы и лимфоузел поджелудочной железы увеличены, размерами от 1,0см в диаметре до 2х1х1см, на разрезе из белесовато-сероватой ткани в участками распада. Доли щитовидной железы увеличены, на разрезе ткань красноватая, мелкозернистая, полупрозрачная. Надпочечники размерами 4,0х2,5х2,5см каждый, на разрезе с белесовато-сероватыми очагами диаметром 0,4-0,5см.

Микроскопически: в опухоли перикарда строение злокачественной мезотелиомы; в легких, надпочечниках, лимфоузлах средостения – опухолевые эмболы в сосудах и метастазы злокачественной мезотелиомы; в сердце крупноочаговый трансмуральный и диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, неравномерная гипертрофия кардиомиоцитов; в почках - склероз и гиалиноз стенки артерий и капиллярных петель клубочков, очаговый интерстициальный и периваскулярный склероз с лимфогистиоцитарной инфильтрацией, белковая дистрофия эпителия извитых канальцев; в печени - центральные вены, межбалочные капилляры полнокровны, гепатоциты с признаками белковой дистрофии; в щитовидной железе строение макро-микрофолликулярного коллоидного зоба; новообразование правого плеча - строение подкожной липомы.

Выводы. В результате патоморфологического исследования основным заболеванием следует считать злокачественную мезотелиому перикарда, распространяющуюся на прилежащую плевру и клетчатку средостения, с множественными микрометастазами в легкие, метастазами в надпочечники и лимфоузлы средостения. У больного с постинфарктным кардиосклерозом локализация первичной опухоли на перикарде с развитием рецидивирующей тампонады сердца (по клиническим данным) в сочетании с наличием опухолевых эмболов в большинстве сосудов легких и формированием в

последних множественных микрометастазов обусловили развитие сердечно-легочной недостаточности, которая и послужила непосредственной причиной смерти. В рубрику сопутствующей патологии вынесена хроническая сердечно-сосудистая патология, макро-микрофолликулярный коллоидный зоб, подкожная липома правого плеча. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов – расхождение по основному заболеванию, категория P2, что обусловлено редкой встречаемостью обнаруженной патологии.

Список использованной литературы:

1. Santos C., Montesinosa J., Castañera E., Sole J.M., Baga R. Primary pericardial mesothelioma. Lung Cancer. 2008; 60: 291–293.
2. Russell Fernandes, Shravan Nosib, Dorothy Thomson, Nick Baniak A rare cause of heart failure with preserved ejection fraction: primary pericardial mesothelioma masquerading as pericardial constriction BMJ Case Rep. 2014; 2014: bcr2013203194.
3. Papi M., Genestreti G., Tassinari D. et al. Malignant pericardial mesothelioma. Report of two cases, review of the literature and differential diagnosis. Tumori. 2005 May-Jun; 91(3): 276-279.