

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО МОРФОЛОГОВ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ДОСТИЖЕНИЯ И ИННОВАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ МОРФОЛОГИИ

**Сборник трудов научно-практической конференции
с международным участием, посвященной 115-летию
со дня рождения академика Давида Моисеевича Голуба**

Минск, 30 сентября 2016 г.

В 2 томах

Том 1

Под редакцией профессора П. Г. Пивченко
и доктора медицинских наук Н. А. Трушель



Минск БГМУ 2016

ЛИТЕРАТУРА

1. *Читаем* тексты по гистологии : учеб.-метод. пособие по русскому языку для студентов-иностранцев / Н. Н. Людчик [и др.]. 4-е изд. Минск : БГМУ, 2015. 82 с.
2. *Студеникина, Т. М.* Основы гистологии, цитологии, эмбриологии : учеб.-метод. пособие / Т. М. Студеникина, Н. А. Жарикова, В. В. Китель. Минск : БГМУ, 2014. 152 с.
3. *Гистология* : практикум для студ. стом. ф-та и мед. ф-та иностр. уч-ся, обучающихся по спец. «Стоматология» / Е. И. Большова [и др.]. 3-е изд., перераб. Минск : БГМУ, 2015. 136 с.
4. *Тенденции* и задачи преподавания гистофизиологии органов зубочелюстной системы на стоматологическом факультете / А. А. Артишевский [и др.] // Инновационное образование и система управления качеством в вузе : материалы Респ. науч.-метод. конф., Гродно, 5 окт. 2011 г. Гродно, 2011. С. 17–21.

Kitel V. V., Artichevsky A. A.

Methodological approaches to the foreign students training

Belarusian State Medical University, Minsk

The methodological approaches to the teaching of discipline “Histology, cytology, embryology” for foreign students at the Department of Human Morphology of BSMU were given. The necessity of integrated cooperation of the teaching staff of departments of medical profile with the Department of the Belarusian and Russian languages, as well as adaptation of teaching aids for foreign students studying Russian as a foreign language, especially in the first year, was established.

Key words: integration, adaptation, foreign students.

Китель В. В., Ластовка А. С., Каханович Т. В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Срединные кисты шеи относятся к группе врожденных аномалий, которые являются результатом нарушения процессов эмбрионального развития плода. Наиболее часто источником формирования срединных кист шеи считают остатки передущего эпителия щитовидно-язычного протока (ductus thyroglossus) [5]. Возраст плода, когда можно определить патологию, составляет 6–7 недель. Киста может диагностироваться при рождении, может сохраняться в стадии ремиссии до определенного возраста и быть обнаруженной случайно с 4 до 14 лет, у взрослых выявляется в любом возрасте [1, 2, 4]. Стимулировать развитие кисты может острое воспалительное заболевание, гормональный всплеск в пубертатном периоде или сбой в период менопаузы. Образование может увеличиваться медленно или быстро. В процессе воспаления оно иногда самопроизвольно вскрывается на поверхности кожи, образуя при этом свищи [3]. Срединные кисты шеи необходимо дифференцировать с такими заболеваниями как дермоидные кисты, липомы, лимфангиомы, гемангиомы, лимфадениты, опухоли слюнных

желез, метастатические опухоли шеи, остеомиелит подъязычной кости. Патогномоничным признаком срединных кист (свищей) является их тесная взаимосвязь с подъязычной костью, установлению которой помогают клиническое обследование и проведение дополнительных специальных методов исследования: ультразвуковое исследование, контрастная цистография (фистулография), рентгенкомпьютерная томография, магнитно-резонансная, компьютерная томография.

Цель исследования: изучить морфологическое строение срединных кист и свищей шеи.

Материал и методы. Материалом для исследования послужил операционный материал от 15 пациентов, полученный в ходе оперативного вмешательства в отделении челюстно-лицевой хирургии на базе УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска. С диагнозом срединная киста прооперировано 13 пациентов (87 %) и 2 пациента (13 %) с диагнозом срединный свищ шеи. Из них 6 женщин (40 %) и 9 мужчин (60 %) в возрасте от 19 до 63 лет. Удаленная киста или свищ вместе с резецированным фрагментом тела подъязычной кости фиксировались в 10 % нейтральном формалине, декальцировались в 5 % азотной кислоте. Дальнейшая проводка, заливка в парафин проводилась по общепринятым методикам (Г. А. Меркулов, 1969). Препараты окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Массона.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях срединные кисты клинически проявлялись в виде округлых образований на шее в области подъязычной кости или несколько ниже ее, над верхним краем щитовидного хряща, смещаемых при глотании вверх за подъязычную кость. Пальпаторно определялась гладкая поверхность, упруго-эластическая консистенция кисты. Кожа над образованием была без признаков воспаления, подвижна. Размеры кист варьировали от 1,5 до 4 см в диаметре.

Интраоперационно срединные кисты и свищи шеи у пациентов были связаны с телом подъязычной кости соединительно-тканым тяжом. У 14 пациентов киста была связана с ниже-внутренним полюсом тела подъязычной кости, в одном случае — с левым краем тела. Протяженность соединения срединной кисты с телом подъязычной кости варьировала от 0,3 до 1,3 см (рис. 1). При исследовании удаленного макропрепарата образование представлено полостной структурой с четко выраженной оболочкой, с полупрозрачным содержимым бурого цвета.

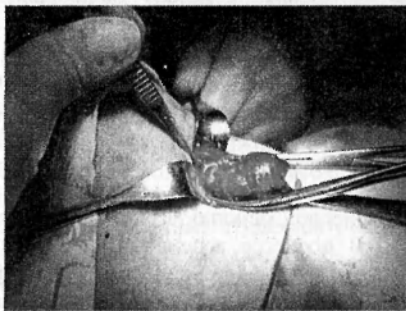


Рис. 1. Ход операции по удалению срединной кисты шеи у пациента К.

На гистологических препаратах эпителий, выстилающий полость кисты, вместе с подлежащей соединительной тканью образует многочисленные складки, в результате чего киста имеет просвет неправильной, щелевидной формы. В 40 % случаев эпителиальная выстилка была представлена однослойным многоядным мерцательным эпителием. В реснитчатых эпителиоцигах отмечалась выраженная вакуолизация цитоплазмы, у большинства клеток на апикальной поверхности четко визуализировались реснички (рис. 2, А, Б). Встречались участки многоядного эпителия с очаговой плоскоклеточной метаплазией. В 33 % случаев полость кисты была выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием (рис. 2, Г) с фрагментарными, различными по протяженности, участками атрофии. В трех случаях (20 %) наблюдался эпителий однослойный мерцательный с переходом в многослойный. Нередко отмечалась лейкоцитарная инфильтрация эпителия и соединительной ткани, с преобладанием лимфоцитов (рис. 2, А). Встречались единичные образования лимфоидной ткани с диффузным расположением лимфоцитов (рис. 2, В). В одном случае (7 %) киста была представлена фиброзной тканью без выстилки с макрофагальной воспалительной реакцией.

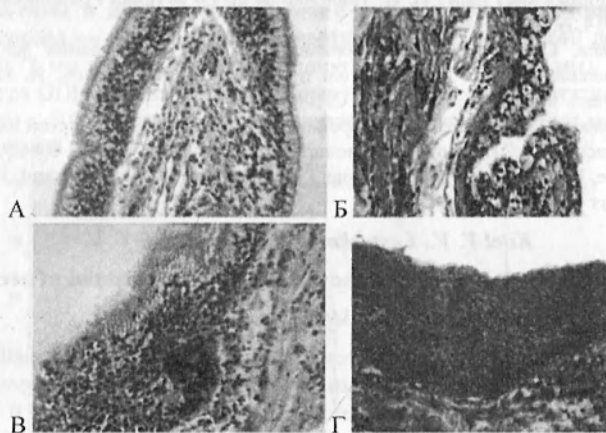


Рис. 2. Фрагменты стенки срединных кист шеи, выстланные:

А, В — многоядным мерцательным эпителием с признаками лимфоцитарной инфильтрации эпителия и подлежащей соединительной ткани; Б — многоядным мерцательным эпителием с признаками вакуолизации цитоплазмы; Г — многослойным плоским неороговевающим эпителием. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 400$

У пациентов с диагнозом срединный свищ на препаратах кожа со свищевым ходом, фрагментарно выстлана многоядным эпителием, с перифокальными полями грануляционной ткани, склерозом дермы и подкожной жировой клетчатки. Стенка кисты образована волокнистой соединительной тканью с большим или меньшим количеством упорядоченно ориентированных пучков коллагеновых волокон. Клеточные популяции в невоспаленных образованиях представлены преимущественно зрелыми клетками фибробластического ряда, встречаются лимфоциты, макрофаги, плазмодиты. Между кистой и резецированным фрагментом тела

подъязычной кости всегда находилась прослойка волокнистой соединительной ткани, пучки коллагеновых волокон, которой связывали между собой эти структуры.

Выводы. Полость кисты выстлана многорядным мерцательным или многослойным плоским неороговевающим эпителием, часто с признаками дистрофии. В не воспаленных образованиях в подлежащей соединительной ткани находятся клетки преимущественно фибробластического ряда с немногочисленными лимфоцитами, макрофагами, плазмочитами. Стенка кисты образована плотной волокнистой соединительной тканью. Между кистой и подъязычной костью, в местах их наиболее близкого расположения, находятся пучки коллагеновых волокон. При воспалении в стенке кисты преобладает грануляционная ткань, эпителиальная выстилка с признаками деструкции или полного ее отсутствия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Диагностика и лечение врожденных кист и свищей шеи* / Н. В. Пилипюк [и др.] // Вестник стоматологии. 2011. № 2. С. 44–48.
2. *Источники развития, клиничко-морфологическая характеристика и принципы лечения срединных кист шеи* / П. И. Ткаченко [и др.] // Журнал Гродненского государственного университета. 2014. № 2. С. 61–66.
3. *Чудаков, О. П. Доброкачественные кистозные образования мягких тканей челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие* / О. П. Чудаков, И. И. Ленькова, А. Б. Шабанович. Минск : БГМУ, 2006. С. 6–7.
4. *Яблонский, С. В. Врожденные срединные кисты и свищи у детей* / С. В. Яблонский, Н. И. Васильева // Вестник оториноларингологии. 1996. № 5. С. 27–29.
5. Moore, K. L. *The developing human* / K. L. Moore, T. V. N. Persaud. Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1998.

Kitel V. V., Lastovka A. S., Kahanovich T. V.

Morphological aspects of the median cysts and fistulas of neck

Belarusian State Medical University, Minsk

The data of clinicopathological researches of 13 patients with median cysts of the neck and 2 patients with median fistulas of the neck are studied. Operational material was exposed to macroscopic and histologic research.

Key words: median cyst of the neck, fistula, hyoid bone.

Клюй Е. А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДВЗДОШНЫХ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕН

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Три магистралы — наружная, внутренняя и общая подвздошная вены (ОПВ), являясь промежуточным звеном между венозной системой конечности и нижней полой веной (НПВ), играют важную роль в обеспечении оттока крови от нижней половины тела человека, что обуславливает необходимость детальной топографо-анатомической характеристики данных венозных структур.