

Выводы

1. В результате анализа протоколов патологоанатомических вскрытий было установлено, что частота встречаемости омфалоцеле в различные годы составляла от 1,57 % до 8,8 % среди всех аутопсий.

2. Чаще наблюдались формы омфалоцеле, входящие в МВПР – 85 %, реже – изолированные формы (15 %).

3. Кроме петель тонкой кишки, в грыжевом мешке часто также встречался выход фрагментов печени и толстой кишки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Реальные возможности ранней пренатальной диагностики омфалоцеле / О. Л. Галкина [и др.] // Пренатальная диагностика. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 16–20.
2. Перинатальная патология. учеб. пособие / М. К. Недзьведь [и др.]. – Минск: Выш. школа, 2012. – 575 с.

УДК 616.717.11-006-08

А. Р. Немировская¹, С. А. Авраменко¹, М. Ю. Жандаров², А. К. Андриюшечкин²

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭЛАСТОФИБРОМЫ ДОРСИ

Введение

Elastofibroma dorsi – это необычная доброкачественная псевдоопухоль мягких тканей, которая обычно локализуется в области нижнего края лопатки, глубоко к передней зубчатой мышце и зачастую прикрепленная к надкостнице ребер. Впервые была описана О. Н. JarvA. E. Saxen в 1959 году. Составляет примерно 1–2 % от всех первичных опухолей грудной стенки. Данное новообразование обычно наблюдается у пациентов старше 50 лет и нередко ошибочно воспринимается как злокачественная опухоль из-за ее размера и глубокого расположения в перискапулярных мышцах [1, 2].

Elastofibroma dorsi состоит из волокнистой ткани с внутренними жировыми полосами, что объясняет ее внешний вид. Считается, что это происходит в результате рецидивирующего трения в области между нижней лопаткой и задней стенкой грудной клетки. Во многих случаях поражения бессимптомны, но до 50 % пациентов описывают локализованные симптомы, такие как боль, дискомфорт, особенно при движении, ощущение щелчка лопатки [3].

В данной статье будет рассмотрен клинический случай эластофибромы Дорси.

Цель

Описание клинического случая эластофибромы Дорси, изучение морфологических и клинических особенностей патологии.

Материал и методы исследования

Для исследования использовались клинические данные пациента, обратившегося с данной патологией и результаты гистологического исследования. Удаленное новообразование фиксировалось в 10 % растворе формалина с последующей заливкой в парафин. Серии срезов окрашивались гематоксилин и эозином.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка, среднего возраста, обратилась с жалобами на округлое образование в области нижнего края лопатки, двусторонней локализации. Данное образование сопровождалось дискомфортом, ощущением щелчка лопатки, особенно при движении конечности.

При общем осмотре состояние пациента отмечено как удовлетворительное, сознание ясное, телосложение правильное; кожные покровы, видимые слизистые без изменений; лимфоузлы не увеличены, костно-мышечная и суставная система без отклонений от нормы; пульс 69 уд./мин ритмичный, артериальное давление 115/75 мм рт. ст., температура тела 36,6, вес 67, рост 169; суставы в норме; дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет; язык чистый; живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка и почки не пальпируются, мочеиспускание нормальное; отеков нет.

При объективном осмотре спины в области нижних углов обеих лопаток пальпировалось мягкое образование с нечеткими границами.

На основании жалоб и объективного осмотра пациентке предложено оперативное лечение. Выполнена хирургическая операция:

– под местной анестезией произведен прямой разрез в области нижнего угла лопатки по всей поверхности образования с последующим полным иссечением видоизмененных тканей.

В ходе оперативного вмешательства выделено двустороннее мягкое образование, с локализацией под нижним углом обеих лопаток.

Операционный материал отправлен на патологоанатомическое исследование для постановки морфологического диагноза.

Макроскопическое описание: мягкое образование с нечетким контуром, размером 6×4 см. На разрезе светло-розового цвета, резиновой консистенции. Опухоль плохо очерченная, неинкапсулированная.

Микроскопическое описание: определяются увеличенные и нерегулярные эозинофильные коллагеновые и эластические волокна (рисунок 1), а также редко встречающиеся фибробласты (рисунок 2). Обнаруживаются также небольшие участки интерстициального мукоидного материала и различного размера скопления жировых клеток (рисунок 3).

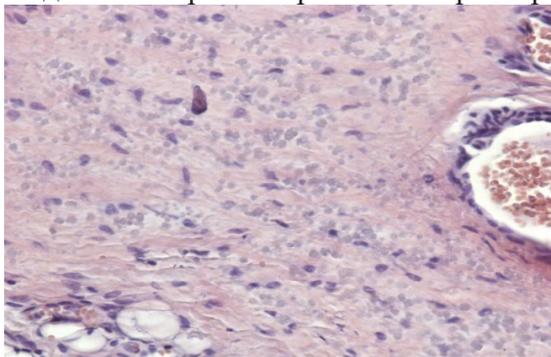


Рисунок 1 – Окраска гематоксилин и эозин, ×200

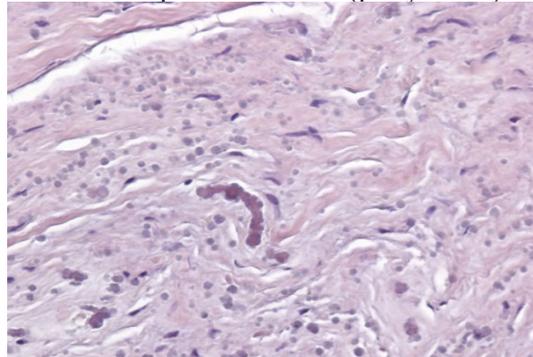


Рисунок 2 – Окраска гематоксилин и эозин, ×200

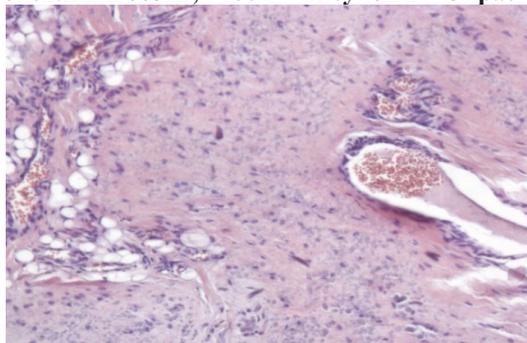


Рисунок 3 – Окраска гематоксилин и эозин, ×40

Эластофиброма Дорси – доброкачественная опухоль соединительной ткани, классически локализуемая в нижнем углу лопатки. Эластофибромы традиционно считаются редкими, но их точная распространенность неизвестна. Двусторонние поражения встречаются достаточно часто, примерно у 60 % пациентов. Эластофиброма обнаруживается преимущественно у женщин в возрастной группе 40–70 лет, почти в 4 раза чаще, чем у мужчин [2].

Наиболее вероятно, что эластофиброма является псевдоопухолью дегенеративного характера. Подтверждением концепции реактивного процесса являются медленная прогрессия образования, иногда возникающее двустороннее поражение, а также преобладание у лиц род деятельности которых связан с тяжелыми физическими нагрузками. Однако, поскольку подобное поражение возникает у небольшого числа таких людей, предполагается генетической предрасположенности или наследственного энзимного дефекта. Генетическая предрасположенность предложена, так как хромосомные области Xq12-q22 и 19 были идентифицированы как потенциально содержащие гены, участвующие в развитии некоторых опухолей.

Существует несколько предположений, объясняющих механизм ее образования. Согласно одному из них, эластофиброма возникает в связи с чрезмерным образованием коллагена с последующим формированием эластоподобного материала в результате травматизации коллагеновых волокон. Согласно другому это образование развивается вследствие гиперпродукции патологически измененных эластичных волокон, вторично подвергающихся повреждению при травматизации тканей, например между углом лопатки и грудной стенкой [3].

Выводы

Описанный в данной статье клинический случай представляет типичную клинико-морфологическую картину эластофибромы Дорси, успешность лечения которой напрямую зависит от своевременности диагностики данной патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Elastofibroma dorsi: an uncommon benign pseudotumour / C. R. Chandrasekar [et. al.] // Sarcoma. – 2008. – Vol. 69(B), № 3. – P. 209–213.
2. Elastofibroma dorsi: management, outcome and review of the literature / M. T. R. Parratt [et. al.] // The bone and joint journal. – 2010. – № 92-B(2). – P. 262–266.
3. Bilateral elastofibroma dorsi: a case report of an uncommon and under-diagnosed tumor / S. Braun [et al.] // Kardiochirurgiai Torakochirurgia Polska. – 2015. – № 12 (4). – P. 355–358.

УДК 616.33-006.6-07-091-031

А. Д. Парахневич, Е. О. Катарская

*Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец,
к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова*

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

РАК ЖЕЛУДКА: МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ЛОКАЛИЗАЦИЯ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

Введение

Из всех онкологических заболеваний опухоли желудочно-кишечного тракта занимают 4 место [3].

Рак желудка является злокачественной опухолью эпителиального происхождения. Клиническими проявлениями данной патологии могут быть снижение аппетита, умень-