

данный показатель составил 13,3 % (n = 4). Выявление новообразования молочной железы в изучаемой выборке в 73,3 % (n = 22) случаев происходило с помощью маммографии.

Из первой группы 80,1 % (n = 24) женщин проводилась пальпация молочной железы при осмотре у врача гинеколога по месту жительства, однако регулярно проверяли лишь 66,7 % (n = 20) опрошенных. Во второй же группе проводилась пальпация гинекологом по месту жительства у 76,7 % (n = 23), а регулярность обследования составила те же 66,7 % (n = 20).

Из обеих групп не более 73,4 % (n = 22) самостоятельно пальпировали молочные железы, при этом в первой группе 56,6 % (n = 17) выполняли самообследование раз в месяц или чаще, тогда как во второй группе лишь 33,3 % (n = 10) самообследовались в эти сроки.

В изучаемой выборке из первой группы 29,9 % (n = 9) пациенток никогда не делали маммографию, в то время как во второй группе этот показатель составил 50 % (n = 15). Также анализ ответов показал, что 66,7 % (n = 20) пациенток с новообразованиями в молочной железе выполняли маммографию намного реже предусмотренного 1 раза в 2 года и 63,4 % (n = 19) пациенток не знали, когда необходимо проводить обследование. Сопоставимые данные были получены и от второй группы пациенток.

Выводы

Данное исследование свидетельствует о необходимости повышения осведомленности и мотивации женщин, особенно без выявленных не онкологических заболеваний молочной железы, в проведении регулярных обследований на наличие рака молочной железы, включая самостоятельную пальпацию и маммографию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. – Дата доступа: 29.03.2023.
2. Аминодова, И. П. Возможности комплексного обследования в диагностике доброкачественных заболеваний и рака молочной железы / И. П. Аминодова, Е. В. Перминова // Гинекология. – 2021. – № 23, ч. 1. – С. 48–54.

УДК 616-006.441

А. А. Лешкевич, Т. А. Гарбаченя

*Научные руководители: д. м. н., профессор В. Н. Беляковский,
к. м. н., доцент Н. В. Николаева*

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

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ Т-КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА

Введение

Периферическая неспецифическая Т-клеточная лимфома (ПНТКЛ) представляет собой опухоль, состоящую из зрелых Т-лимфоцитов и НК-клеток [1]. Данный вид лимфом составляет около 15 % от всех неходжинских лимфом [1]. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего отмечается в возрасте старше 60 лет и мужчины болеют чаще женщин (соотношение 3:2) [1]. Клиническая картина ПНТКЛ включает в себя общие неспецифические (потливость, слабость, повышение температуры тела и увеличение лимфатических узлов) и специфические симптомы, характерные для определенной нозологической формы [2]. ПНТКЛ характеризуется тяжелым течением, множественным распространением в различные органы [2]. Прогноз в большинстве случаев неблагоприятный [1].

Цель

Описать особенности клинического течения и морфологической диагностики периферической неспецифической Т-клеточной лимфомы на основании случая из собственной клинической практики

Материал и методы исследования

Для анализа клинического случая использовался архивный материал учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер».

Результаты исследования и их обсуждение

Нами наблюдался пациент с необычным течением данного заболевания, клинический пример чего приведен ниже.

Пациент К. 1985 года рождения (35 лет) считает себя больным с конца февраля 2021 года после перенесенной острой респираторной инфекции, лечился амбулаторно, отмечал незначительное улучшение. В конце марта появились боли в мышцах, плечевом суставе, шее. 16.04.2021 пациент обратился в Речицкую центральную районную больницу (ЦРБ) с жалобами на общую слабость, боли в мышцах, дискомфорт в области сердца, учащенное сердцебиение, повышение температуры до 38 °С, незначительную одышку при физической нагрузке. На основании данных жалоб пациента госпитализировали в кардиологическое отделение Речицкой ЦРБ.

В отделении были проведены следующие исследования:

Общий анализ крови (ОАК) от 16.04.2021: Нв – 125 г/л; Le – $7,1 \times 10^9$; СОЭ – 45 мм/ч.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 16.04.2021: Заключение: Малый гидроперикард без угрозы тампонады. Малый левосторонний гидроторакс

Биохимический анализ крови (БАК) от 19.04.2021: АлАт – 73 Ед/л; С-реактивный белок (СРБ) – 27,3 мг/мл; общий белок – 71 г/л.

Электрокардиография (ЭКГ) от 19.04.2021: Ритм синусовый, ЭОС нормальная, ЧСС 110 уд/мин. Заключение: Субэндокардиальные диффузные изменения в миокарде.

УЗИ органов брюшной полости от 19.04.2021: умеренно выраженные диффузные изменения печени.

Рентгенография органов грудной клетки (ОГК) от 20.04.2021: в норме.

По результатам обследования был выставлен следующий диагноз: Подострый миокардит неуточненной этиологии, среднетяжелое течение. Синусовая тахикардия, суправентрикулярная экстрасистолия. Малый гидроперикард без угрозы тампонады. Н2А (ФВ 53 %). Малый левосторонний гидроторакс.

Пациенту К. было назначено необходимое соответствующее лечение, однако на основании полученных данных было принято решение о переводе пациента для дальнейшего лечения в кардиологическое отделение № 2 учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр (У «ГОККЦ»)), где он находился с 29.04.2021 по 03.05.2021.

При поступлении в У «ГОККЦ» пациент К. предъявлял жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, боли в мышцах, грудной клетке, слабость, повышенная утомляемость, кашель со светлой мокротой, сердцебиение, «синяки» на теле.

30.04.2021 в 20:00 состояние пациента начало ухудшаться, появилась слабость, температура повысилась до 38,6 °С. В 22:00 появились жалобы на выраженные боли в руках и ногах, головные боли, слабость, учащенное сердцебиение, предобморочное состояние. Учитывая нестабильное состояние пациента, выраженный болевой синдром, для динамического наблюдения и интенсивной терапии (ИТ) пациент был переведен в отделение реанимации и ИТ. В 23:30 у пациента появилась потливость, сильная слабость, выраженная бледность, акроцианоз, вынужденное положение (сидя), дыхание жесткое проводится во все отделы, хрипы сухие с двух сторон, ЧСС 134 в мин, SpO₂ 95 %, ЧД 34 в минуту.

В стационаре пациенту К. были проведены следующие исследования:

БАК от 30.04.2021: АлАТ – 44,5 Ед/л; СРБ – 94 мг/мл; КФК-МВ – 20,5.

ОАК от 30.04.2021: Hb – 123 г/л; Le– $10,1 \times 10^9$; СОЭ – 50 мм/ч.

ЭХО-КГ от 30.04.2021: Гидроперикард без угрозы тампонады, фиброзные наложения перикарда? Образование сердца?

РКТ грудной полости + MPR, MIP, MinIP, SSD, криволинейная реконструкция от 03.05.2021: Заключение: Полисегментарная пневмония (высокая вероятность COVID-19, средне/тяжелой степени). Образование средостения, нельзя исключить лимфому. Признаки медиастинита. Гидроторакс. Гепатомегалия. Кистозное образование правой доли печени.

Был проведен пересмотр CD-диска с мультиспиральной компьютерной томографии данными ОГК от 03.05.2021 в учреждении «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» (У «ГОКОД»): Заключение: Картина полисегментарной пневмонии, высокая вероятность COVID-19, средне/тяжелой степени. Признаки медиастинита, гемоперикард? Гидроторакс двусторонний. Образование средостения на фоне инфильтрации медиастинальной клетчатки исключить крайне затруднительно. Сепсис? Абсцесс печени? Контроль в процессе лечения.

На основании результатов обследования и клинической картины 03.05.2021 был проведен совместный осмотр заместителем главного врача по хирургии, заведующим торакального отделения. Учитывая данные КТ ОГК был выставлен диагноз: Передний медиастинит? Перикардит. Заболевание переднего средостения (лимфома?). Коронавирусная пневмония. В результате чего было принято решение провести на базе У «ГОК-КЦ» диагностическую торакотомию, стернотомию с биопсией опухоли, которую и выполнили 03.05.2021.

03.05.2021 в 09:38 самочувствие пациента К. ухудшается. Состояние становится тяжёлым. Появляется слабость, чувство сердцебиения, тахикардия, незначительная одышка в покое, усиливающаяся при незначительной нагрузке. Положение вынужденное, кожные покровы бледные. В легких дыхание жесткое, сухие хрипы с двух сторон, больше над нижними отделами, одышка смешанного характера. Данное состояние у пациента наблюдается в течение дня, вечером в 20:40 была констатирована клиническая смерть, в связи с чем были проведены реанимационные мероприятия в ходе которых восстановились жизненные функции. В связи с тяжелым состоянием пациента в 20:45 было проведено экстренное оперативное вмешательство (для исключения острого абсцесса переднего средостения провели санацию и дренирование), в 21:30 у пациента наблюдалась асистолия, в связи с чем были начаты реанимационные мероприятия, которые закончились успешно. В 22:10 у пациента снова происходит асистолия и проводятся реанимационные мероприятия, которые проходят успешно. В 22:20 состояние пациента снова ухудшается, в связи с чем были начаты реанимационные мероприятия, которые не увенчались успехом и в 22:50 была констатирована смерть.

04.05.2021 пациент К. направлен на аутопсию. На основании вскрытия был выставлен следующий патологоанатомический диагноз:

Основное комбинированное заболевание:

Сочетанные заболевания:

1. С84.4 ПНТКЛ (иммуногистохимическое исследование) с поражением сердца, крупных сосудов переднего средостения, а также лимфатических узлов среднего средостения. Операция от 03.05.2021: Диагностическая торакотомия, стернотомия с биопсией опухоли. Вторичный перикардит, передний медиастинит.

2. В97.2 Коронавирусная инфекция: десквамативный трахеит, двухсторонняя полисегментарная интерстициальная вирусно-бактериальная пневмония (вирусологическое исследование).

Осложнение основного заболевания: 127.8 Легочно-сердечная недостаточность. Хроническое легочное сердце. Хроническое общее венозное полнокровие внутренних органов: бурая индурация легких, цианотическая индурация почек, селезенки, «мускатная» печень. Двусторонний гидроторакс (по 200 мл). Асцит (250 мл). Некротический нефроз. Центролобулярные некрозы гепатоцитов. Фибрилляция желудочков: фрагментация, контрактурная дегенерация кардиомиоцитов. Отек легких.

Сопутствующих заболеваний нет

При сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов отмечается их совпадение.

Выводы

При патологоанатомическом исследовании пациента выявлено основное комбинированное заболевание – периферическая лимфома с поражением сердца и двусторонняя вирусная пневмония. Заболевания расценены как сочетанные, с выносом на первое место лимфомы с формированием хронического легочного сердца и застойной сердечной недостаточности. Заболевание протекало с развитием легочно-сердечной и печеночно-почечной недостаточности, что в совокупности и послужило непосредственной причиной смерти.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Суэтнем, Дж. Лимфомы / Дж. Суэтнем. – М.: Гранат, 2015. – С. 529-564.
2. Образования средостения в клинической практике / Н. Г. Потешкина [и др.] // Медицинский совет. – 2018. – № 5. – С. 104-108.

УДК 618.146-006.6(476.2)»2013/2022»

Ю. С. Пашкевич

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2013 ПО 2022 ГГ.

Введение

Рак шейки матки (РШМ) остается одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей женских репродуктивных органов. По данным ВОЗ, ежегодно в мире впервые выявляется более 500 000 новых случаев инвазивного РШМ, при этом 75 % из них приходится на развивающиеся страны. Каждый год около 200 000 женщин умирает от РШМ [1].

В Беларуси РШМ ежегодно заболевают от 720 до 1 тыс. женщин (заболеваемость составляет 18,3 на 100 тыс. женщин). Ежегодно от рака шейки матки умирают 300–350 больных (смертность составляет 6,2 на 100 тыс. женщин).

Инфекционной причиной РШМ является вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска. Хроническая инфекция, обусловленная онкогенными типами вируса папилломы человека, является предпосылкой для развития рака шейки матки.

Благодаря в первую очередь популяционному скринингу в целом ряде экономически развитых стран, разработанному ВОЗ еще в 50-х гг. прошлого столетия, а также вакцинации девочек (начиная с 9 лет) и молодых женщин, существующей с 2006 г., снизилась заболеваемость РШМ на 78 % и смертности на 72 % от указанной патологии. Однако