

Исходя из приведенных данных, используя корреляционный анализ установлено, что наиболее частым злокачественным новообразованием желудка, является аденокарцинома, с локализацией в его теле, при этом в 40 % случаев выявляются метастазы опухоли различной локализации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Руководство по онкологии: в 2 т. / под общ. ред. О. Г. Суконко ; РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыклап. Імя П. Броў, 2020. – Т. 1. – 679 с.
2. Руководство по онкологии: в 2 т. / под общ. ред. О. Г. Суконко ; РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова. Минск: Беларус. Энцыклап. Імя П. Броў, 2019. – Т. 2. – 632 с.
3. Давыдов, М. И. Энциклопедия хирургии рака желудка / М. И. Давыдов, И. Н. Туркин, М. М. Давыдов. – М.: Эксмо, 2021. – 536 с.

УДК 616-006.314.3-091

Ю. С. Пашкевич, А. Ш. Хапчакова

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИСТОЗНОЙ ЛИМФАНГИОМЫ ШЕИ

Введение

Лимфангиома – редкий врожденный порок развития, характеризующийся пролиферацией лимфатических сосудов с образованием множества тонкостенных кист различного диаметра, выстланных эндотелием и заполненных хилусом. Развитие данной патологии происходит в результате полной или частичной обструкции лимфатических сосудов и отсутствия их сообщения с венозной системой, в результате чего происходит формирование кистозных полостей.

Согласно литературным данным, лимфангиома встречается в 1 случае на 6000 новорожденных и составляет 10–12 % от числа всех доброкачественных новообразований у детей. Однако если учитывать случаи прерывания беременности, популяционная частота составляет 1:750–875 [1].

Лимфангиома может иметь различную локализацию. Однако наиболее часто, в 75–80 % случаев, она располагается в области шеи, в 20 % – в подмышечной области, в 2 % – в брюшной полости и ретроперитонеально, в 2 % – в конечностях и костях и только в 1 % – в средостении.

Лимфангиома, локализуемая в области шеи, известна также как шейная гигрома. Формирование лимфангиомы начинается в период внутриутробного развития, во 2 триместре беременности. Данное заболевание часто ассоциируется с хромосомными aberrациями и структурными аномалиями. Наиболее часто шейная гигрома встречается с синдромами Дауна, Шерешевского – Тернера, Эдвардса, Патау, триплоидией, синдром Нунана [3].

Неблагоприятный исход беременности при данной патологии отмечается в 77,8 % наблюдений. Лишь у 16,7–22,2 % пациентов происходит рассасывание образования и рождение ребенка без сопутствующих аномалий.

При эхографии кистозная гигрома чаще всего представлена как объемное жидкостное образование различных размеров с тонкими перегородками, локализующимся кзади и сбоку от шеи. При доплеровском картировании отмечается отсутствие кровотока. Размеры образования могут варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров [2].

Цель

Оценить морфологические особенности кистозной лимфангиомы, частоту ее встречаемости в изолированном виде, в составе синдромов и в сочетании с другими пороками развития.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили протоколы 1150 патологоанатомических вскрытий плодов со сроком гестации от 10 до 21 недель, проведенных в 2015–2022 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро», у которых были выявлены ВПР.

В работе использованы антропометрические, органометрические и гистологические методы. Антропометрические и органометрические методы исследования проводились с целью установления гестационного возраста плода и выявления врожденных пороков и аномалий развития. Патологоанатомические вскрытия проводились по общепринятым методикам в соответствии с особенностями вскрытия плодов 2 триместра беременности, с последующим изготовлением гистологических препаратов. Гистологическое исследование внутренних органов и тканей плодов проводилось на парафиновых препаратах по общепринятой методике с окрашиванием гематоксилином и эозином.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2015 по 2022 гг. был выявлен 50 случаев кистозной лимфангиомы шеи (таблица 1).

Таблица 1 – Частота встречаемости кистозной лимфангиомы шеи среди абортirованных плодов

Год	Количество вскрытий абортirованных плодов	Число случаев	
		абс.	%
2015	140	2	1,43
2016	175	7	4
2017	155	10	6,45
2018	143	6	4,2
2019	155	12	7,74
2020	130	5	3,85
2021	127	3	2,36
2022	125	5	4

Исходя из таблицы самый низкий показатель данной патологии наблюдался в 2015 году, самый высокий в 2019 году, что составляло 1,43 и 7,74 % соответственно.

Кистозные лимфангиомы были разделены на изолированные, входящие в состав синдромов и сочетанные (входящие в комплекс множественных врожденных пороков развития (МВПР), когда в патологический процесс были вовлечены две и более системы организма (таблица 2).

Таблица 2 – Типы кистозной лимфангиомы шеи

Год	Изолированные	Входящие в состав синдромов	Сочетанные
2015	1	–	1
2016	–	1	6
2017	3	6	1
2018	1	2	3
2019	2	3	7
2020	1	–	4
2021	–	–	3
2022	1	–	4

В соответствии с таблицей из проведенных вскрытий абортивных плодов было выявлено 29 случаев кистозной лимфангиомы шеи в сочетанном виде, что составило 58 % от всего количества случаев. Данная патология сочеталась с такими пороками развития как: неиммунная водянка плода, подковообразная почка, атриовентрикулярный канал (АВК), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), омфалоцеле, кистозная расщелина позвоночника (менингоцеле).

Шейная гигрома входила в состав синдромов Дауна, Шерешевского – Тернера, Патау, Эдвардса (рисунок 1).

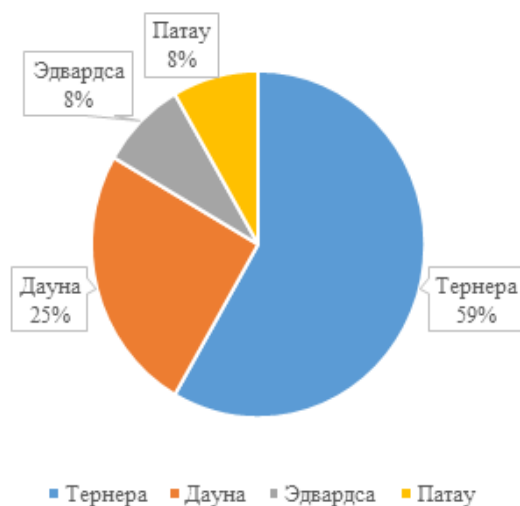


Рисунок 1 – Частота кистозных лимфангиом в составе синдромов

Всего за данный период времени шейная гигрома в составе синдромов была выявлена у 12 абортированных плодов. Из них 7 случаев (59 %) приходится на синдром Шерешевского – Тернера, 3 – синдром Дауна (25 %), 1 – синдром Эдвардса (8 %), 1 – Патау (8 %).

Выводы

1. Результаты анализа показали, что частота кистозной лимфангиомы шеи составляла от 1,43 до 7,74 % среди всех аутопсий плодов.

2. В исследуемом материале данная патология в 58% была выявлена в сочетании с другими пороками развития.

3. Шейная гигрома чаще всего встречалась в составе синдрома Шерешевского – Тернера (59 %).

4. Распространенность кистозных мальформаций вызывает необходимость разностороннего изучения данной патологии, в том числе и обязательного патоморфологического исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лечение детей с лимфатическими и лимфовенозными мальформациями в области головы, шеи, средостения / Д. Ю. Комелягин [и др.] // IV междисциплинарный конгресс по заболеваниям органов головы и шеи. – М., 2016. – С. 132–134.
2. Мазырко М. А. Пренатальная диагностика опухолей у плода / М. А. Мазырко // SonoAce Ultrasound. – 2015. – № 27. – С. 19–25.
3. Лимфангиома плода различной локализации / Н. В. Машинец [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 10. – С. 83–94.