

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-

шение массы тела, слабость, боль в эпигастрии, тошнота, дисфагия, рвота, быстрое насыщение при приеме пищи, вздутие живота, мелена [1].

Встречаются следующие виды опухолей желудка: аденокарцинома, на нее приходится 95 % выявленных случаев новообразований данной локализации; плоскоклеточный рак; лимфома; саркома (стромальная опухоль); нейроэндокринная опухоль [1].

К факторам риска относятся: курение, хронический атрофический гастрит, вызванный *H. Pylori*, операции на желудке, пернициозная анемия, злоупотребление алкоголем, аденоматозные полипы слизистой оболочки, наследственная предрасположенность [2].

По локализации злокачественные опухоли могут выявляться в кардиальном отделе желудка, в теле, а так же в области дна, антрума, привратника, малой и большой кривизны [3].

Морфологическая классификация включает:

Эпителиальные опухоли:

*Доброкачественные:*

– Аденома: папиллярная, тубулярная, папиллярно-тубулярная.

*Злокачественные:*

– Аденокарцинома: папиллярная, тубулярная, муцинозная, перстневидно-клеточная;

– Плоскоклеточный рак;

– Железисто-плоскоклеточный рак;

– Недифференцированный рак;

– Не классифицируемый рак [2].

Стадию рака желудка определяют согласно общепринятой системе TNM. Буква «Т» обозначает признаки первичной опухоли, «N» – распространение в лимфоузлы, «M» – отдаленные метастазы. В зависимости от степени распространения рака в организме каждой букве присваивается числовое обозначение [1].

Так же выделяют и гистологическую степень злокачественности (Grade, G), которую для новообразований большинства локализаций указывают следующим образом:

– GX – степень дифференцировки опухоли не может быть определена;

– G1 – высокодифференцированная опухоль;

– G2 – умеренно дифференцированная опухоль;

– G3 – низкодифференцированная опухоль;

– G4 – недифференцированная опухоль.

В зависимости от сочетания показателей T, N и M, выделяют четыре стадии рака желудка. В общих чертах их можно охарактеризовать следующим образом:

– Стадия I: опухоль, которая прорастает не глубже мышечного слоя и может распространяться в 1–2 ближайших лимфатических узла.

– Стадия II: опухоль, которая прорастает глубже, вплоть до висцеральной брюшины, или распространяется на большее количество ближайших лимфоузлов.

– Стадия III: опухоль, которая прорастает в висцеральную брюшину, соседние органы, или поражает больше лимфоузлов, чем в предыдущих стадиях.

– Стадия IV: обнаружены отдалённые метастазы [1].

Осложнениями рака желудка являются: прорастание опухолевой ткани в стенку сосуда и его повреждением с развитием кровотечения; распад опухоли, что приводит к ухудшению общего состояния организма, в связи с выделением в кровь продуктов некротического разрушения тканей; потеря аппетита и усиленное потребление опухолевой тканью питательных веществ, что способствует развитию общей дистрофии [2].

При раке желудка применяют три основных методики лечения злокачественных образований: хирургическое удаление, химиотерапию и лучевую терапию. В большинстве случаев используется сочетание методик. Тактика лечения определяется врачом онко-

логом, после комплексного обследования пациента, получения рекомендаций смежных специалистов [1].

### **Цель**

Провести анализ случаев рака желудка и выявить наиболее распространенную морфологическую форму, определить локализацию первичной опухоли и ее метастазов.

### **Материал и методы исследования**

В ходе исследования был проведен анализ медицинских заключений пациентов с раком желудка, которые проходили обследование и лечение в поликлиниках и больницах г. Минска в 2022 году.

В ходе проведенного анализа установлено, что наиболее частой локализацией рака желудка является его тело, при этом данная локализация опухоли встречалась в 38,8 % случаев. В преддверии привратника желудка рак встречался в 28,2 % случаев, тотальное поражение – выявлено в 21,17 %, кардиальный отдел поражен у 7,05 % пациентов. В меньшей степени опухоль встречалась в культе желудка (после перенесенной операции) – 2,4 %, пилорическом отделе – 1,2 %, в области угла желудка – 1,18 % (рисунок 1, таблица 1).

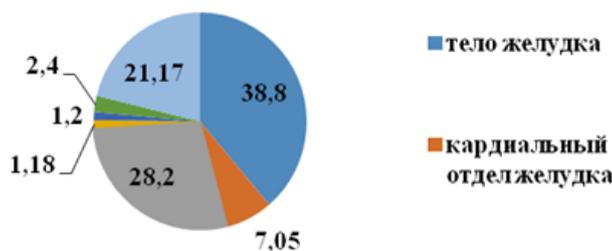


Рисунок 1 – Локализация рака желудка, %

Таблица 1 – Виды рака по частоте встречаемости

Морфологические виды рака желудка	Встречаемость, %
Аденокарцинома	84,6
Перстневидно-клеточная карцинома	3,5
Папиллярная карцинома	5,9
Трабекулярная аденокарцинома	1,2
Тубулярная аденокарцинома	1,2
Низкодифференцированная аденокарцинома	1,2
Недифференцированный рак	2,4

Злокачественное новообразование желудка, развивающееся из железистого эпителия, встречалось в 84,6 % случаев, данная форма рака является наиболее распространенной среди данной когорты пациентов. Частота встречаемости папиллярной аденокарциномы составляет 5,9 %, перстневидно-клеточный рак – 3,5 %. Недифференцированный простой рак выявлен у 2,4 % пациентов. К наименее встречающимся формам злокачественных новообразований, выявленных среди пациентов относятся: трабекулярная (1,2 %), тубулярная (1,2 %) и низкодифференцированная (1,2 %) аденокарциномы.

Метастазы рака обнаружены у 40 % пациентов. Наиболее частой их локализацией является: печень – 29 %, брюшина – 21 %, региональные лимфоузлы – 8,8 %, правый яичник – 2,9 %, антральный отдел желудка – 2,9 %, легкие – 2,9 %, поджелудочная железа – 21 %, надключичные лимфатические узлы – 11,5 %.

### **Выводы**

Статистика показывает, что проблема рака желудка в последнее время остается актуальной.

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].