

Изменения конечностей характеризовались выраженными контрактурами и деформациями суставов с развитием дегенеративно-деструктивных изменений и гипоплазии мышечной ткани (рисунок 1).



а
б
Рисунок 1 – Артрогрипоз. Фенотип плода: а – вид спереди; б – вид сбоку

Выводы

1. В результате проведенного анализа было установлено, что множественный артрогрипоз встречался в 0,96 % от общего количества вскрытий плодов с врожденными пороками развития.
2. Чаще данная патология обнаруживалась у плодов мужского пола.
3. Согласно полученным данным, наибольшая частота встречаемости наблюдалась в 2016 и 2020 годах – по 3 случая, а в 2021 и 2022 – не встречалась вовсе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бут-Гусаим, И. А. Диагностика и лечение контрактур и деформаций конечностей у детей с артрогрипозом [дис... канд. мед. наук]. – М.: ЦИТО им. Н. Н. Приорова; 2005. – С. 120.
2. Дистальный артрогрипоз 5-го типа – артрогрипоз с офтальмоплегией, полиневропатией. Клинический случай / О. П. Сидорова [и др.] //Consilium Medicum. – 2021. – № 23 (2). – С. 181–183.

УДК 616-006.326-018.1-036.22-039.4

Н. А. Дрекова

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОГНОЗА ЛИПОСАРКОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ

Введение

Липосаркомы (ЛС) являются распространенным подсемейством сарком мягких тканей со следующими подтипами, классифицированными ВОЗ: атипичная липоматозная опухоль/высокодифференцированная липосаркома (АЛО/ВДЛС), дедифференцированная липосаркома (ДДЛС), миксоидная ЛС, плеоморфная ЛС, и миксоидная плеоморфная ЛС. Несмотря на общий липоматозный гистогенез, клинический подход к каждому под-

типу различается в зависимости от гистологической картины, локализации, клинического течения и конкретных онкогенных факторов опухоли [1].

АЛО/ВДЛС и ДДЛС имеют сходные фоновые генетические aberrации; оба связаны с амплификациями высокого уровня в хромосомной области 12q13–15, которая включает онкогены клеточного цикла CDK4 и MDM2. Кроме того, АЛО/ВДЛС содержат дополнительные генетические изменения, особенно коампликации 6q23 и 1p32. В то время как хирургическое иссечение остается основным методом лечения с ограниченными медицинскими возможностями для пациентов с агрессивным рецидивирующим заболеванием или метастазами, оцениваются новые таргетные методы лечения генных продуктов хромосомы 12 [2].

ЛС является наиболее часто диагностируемой саркомой у взрослых, и ее встречаемость составляет до 12,8 % всех злокачественных новообразований мягких тканей. ЛС наиболее часто клинически проявляется в виде безболезненной опухоли, для визуализации характера роста и для дифференциации подтипов ЛС как правило используется магнитно-резонансная томография. В то время как ВОЗ классифицировала ЛС на пять подтипов на основе гистологического строения, а база данных SEER (программа наблюдения, эпидемиологии и конечных результатов Национального института онкологии США) – на семь подтипов, существуют три широко признанные групповые классификации липосаркомы, основанные на гистологическом родстве. В первую группу входят АЛО/ВДЛС и ДДЛС, во вторую – миксоидные и круглоклеточные ЛС и в третью – плеоморфные ЛС. Смешанный подтип ЛС представляет собой гистологическую комбинацию более чем одного из других подтипов и, как правило, не используется в клинических классификациях [3].

Ежегодно в России регистрируется около 3500 новых случаев сарком мягких тканей, что составляет менее 1 % от всех онкологических заболеваний. По данным ВОЗ заболеваемость ЛС не превышает 2,5 случая на 1 млн населения [4].

Цель

Оценить частоту встречаемости, наиболее типичные локализации, частоту рецидивов и летальных исходов липосарком в зависимости от их гистологических подтипов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт, гистологических заключений и микропрепаратов 144 пациентов, находящихся на учёте в Государственном учреждении Республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова за 2016–2021 года.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 144 пациентов было 72 (50 %) мужчин, женщин – 72 (50 %). Возраст пациентов варьирует от 26 до 93 лет, средний возраст аттестации пациентов составил 63 года при этом средний возраст появления первых симптомов составил 58 лет, а средний возраст постановки диагноза – 59 лет.

Первые симптомы чаще всего выявляются в возрасте от 61 до 70 лет – 42 (29,6 %) пациента, чуть реже в возрастах от 51 до 60 – 33 (23,3 %) пациента, от 41 до 50 – 27 (19 %) пациентов, от 71 до 80 – 24 (16,9 %) пациента, редко липосаркомы болеют люди от 31 до 40, до 30 лет и старше 81 – 10 (7 %), 4 (2,8%), 2 (1,4 %) пациентов соответственно (рисунок 1).

Диагноз в среднем выставляется через 1 год и 11 месяцев.

Согласно гистопатологической классификации АЛО/ВДЛС обнаружена у 45 (31,3 %) пациентов, ДДЛС – у 4 (2,8 %) пациентов, миксоидная ЛС – в 47 (32,6 %) случаях, плеоморфная ЛС – в 30 (20,8 %) случаях. Около 12,5 % (18 человек) всех липосарком невозможно

отнести к упомянутым подтипам, иногда выявляются особенности из разных подтипов в одной опухоли, и в такой ситуации опухоль классифицируется как липосаркома БДУ (без дополнительных уточнений).

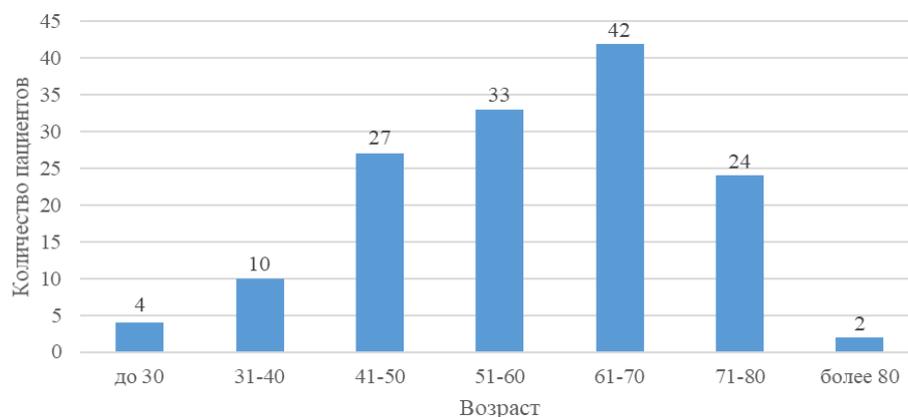


Рисунок 1 – Выявляемость липосарком в зависимости от возраста пациентов

Высокодифференцированный вариант опухоли имеет низкую степень злокачественности, не обладает метастатическим потенциалом, летальность не превышает 22,2 % (10 человек из 45), приводит к рецидивам в 15,6 % (7 человек) и чаще всего лечится хирургически (в 73 % – 33 человека из 45).

Дедифференцированная, миксоидная, плеоморфная, как правило, имеют высокую степень злокачественности, и смертность от заболевания составляет 25 %, 21,3 %, 26,7 % (1, 10, 8 из 4, 47, 30 человек) соответственно, к рецидивам приводит чаще чем высокодифференцированные липосаркомы, в 25 %, 19,1 %, 33,3 % (1, 9, 10 человек из 4, 47, 30).

Как известно, в зависимости от локализации опухоли липосаркомы могут достигать гигантских размеров и при этом не вызывать каких-либо симптомов заболевания [2, 4].

АЛО/ВДЛС чаще всего локализуются в соединительных и мягких тканях живота, что было обнаружено у 31 (68,9 %) пациента, также в соединительных и мягких тканях нижних конечностей, включая тазобедренную область у 13 (28,9 %) человек и в соединительных и мягких тканях головы, лица, шеи у 1 человека из 45 (2,2 %).

Миксоидная ЛС наиболее часто возникают в глубоких мягких тканях конечностей, преимущественно располагаясь на бедре, что обнаружено у 25 пациентов (53,2%). В соединительных и мягких тканях живота она наблюдалась реже – у 8 (17%) пациентов, миксоидные ЛС с локализацией в соединительных и мягких тканях верхних конечностей, включая плечевой пояс, соединительных и мягких тканях туловища неуточненной локализации, в соединительных и мягких тканях головы, лица и шеи, соединительных и мягких тканях грудной клетки и в соединительных и мягких тканях, выходящих за пределы одной локализации найдены у 5, 4, 2, 2, 1 (10,6 %, 8,5 %, 4,3 %, 4,3 %, 2,1 %) пациентов.

Плеоморфные ЛС относятся к ЛС высокой степени злокачественности с наиболее частой локализацией в соединительных и мягких тканях нижних конечностей, включая тазобедренную область у 12 человек (40 %) и в соединительных и мягких тканях верхних конечностей, включая плечевой пояс у 9 человек (30 %), реже встречается в соединительных и мягких тканях живота, соединительных и мягких тканях грудной клетки, соединительных и мягких тканях туловища неуточненной локализации – у 6, 2, 1 (20 %, 6,7 %, 3,3 %) соответственно. По сравнению с другими подтипами плеоморфная ЛС имеют наиболее агрессивное течение с высоким темпом роста, рецидивировали в 36,7 % (11 человек), часто метастазировали, смертность – 23,3 % (7 человек).

Выводы

Количество выявленных липосарком при гистологическом исследовании постепенно увеличивается после 41 года и достигает пика в возрасте от 61 до 70 лет. Преобладания больных по половому признаку не выявлено. Наиболее частая локализация липосарком – мягкие ткани нижних конечностей и тазобедренной области – 66 (45,8 %) пациентов. Самым распространенным гистологическим подтипом липосарком являются высокодифференцированные липосаркомы – атипичные липоматозные опухоли, которые выставлялись в чуть менее трети (31,3 %) всех случаях. Наиболее агрессивное клиническое течение, с рецидивами в 33,3 % случаях наблюдается у плеоморфных липосарком.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Haddox, C. L. Recent advances in the understanding and management of liposarcoma / C. L. Haddox, R. F. Riedel // Faculty Reviews. – 2021. – Vol. 10. – P. 1–1.
2. Thway, K. Well-differentiated liposarcoma and dedifferentiated liposarcoma: an updated review / K. Thway // Seminars in diagnostic pathology. – 2019. – Vol. 36, № 2. – P. 112–121.
3. Epidemiology and survival of liposarcoma and its subtypes: A dual database analysis / K. M. Amer [et al.] // Journal of clinical orthopaedics and trauma. – 2020. – Vol. 11. – P. 479–484.
4. Феденко, А. А. Липосаркомы: морфологические подтипы, факторы прогноза и терапевтические опции / А. А. Феденко // Современная онкология. – 2016. – Vol. 18, № 3. – P. 52–58.

УДК 616.151:616-002.5

К. А. Дурова, Е. В. Антонченко

Научный руководитель: к. м. н., доцент Л. А. Мартемьянова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Введение

Туберкулез на современном этапе остается социально значимым и одним из частых оппортунистических инфекционных заболеваний. Согласно данным современных исследований в области инфекционных болезней, в списке причин смертности от инфекционных болезней на планете, туберкулез занимает первое место.

Туберкулез во всем мире сегодня представляет серьезную медико-социальную проблему. По данным экспертов ВОЗ подавляющее большинство бремени туберкулеза в Европейском регионе приходится на 18 высокоприоритетных стран (84 % заболеваемости, 85 % распространенности, 91 % смертности от туберкулеза, 90 % сочетанных инфекций туберкулез и ВИЧ, 99 % мультирезистентного туберкулеза) [1].

Проблема туберкулеза актуальна для Республики Беларусь и всего мира в целом. По уровню заболеваемости с учетом рецидивов Республика Беларусь в 2013 г. была на 6-м месте в этом списке. О распространенности туберкулеза принято судить на основании анализа ряда показателей: заболеваемости, болезненности, смертности [2, 3].

Цель

Проанализировать уровень ряда показателей периферической крови пациентов, больных туберкулезом.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 45 медицинских посмертных эпикризов пациентов, находящихся в стационаре на базе УЗ «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница», у которых туберкулез был основным диагнозом.