

СЕКЦИЯ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»

УДК 618.14-006-091.8-076

В. Е. Баканович, И. П. Грузинов

Научный руководитель: к.б.н., доцент кафедры Д. А. Зиновкин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ САХАРАНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Введение

Рак тела матки (РТМ) относится к самой распространенной патологии среди онкогинекологических больных и занимает 3-е ранговое место в структуре онкологических заболеваний у женщин в Беларуси. Раннее проявление симптомов заболевания в виде различных кровотечений из половых путей, и хорошая визуализация опухоли с помощью методов ультразвуковой диагностики позволяют выявить рак тела матки на I–II стадиях почти у 80 % больных. При этом смертность от прогрессирования болезни остается стабильной в течение последнего 10-летия [1].

Сахарный диабет (СД) 2 типа и онкологические заболевания представляют собой медико-социальную проблему международного значения. Это является одной из причин того, что СД 2 типа все чаще привлекает к себе внимание как потенциальный фактор риска развития онкологических заболеваний. В то же время, в целом, сравнительно меньшее внимание уделяется анализу вопроса о том, способно ли наличие СД 2 типа оказывать влияние на особенности новообразования, присущие ему при выявлении, а также на клиническое течение опухолевого процесса и его исходы. В настоящей публикации именно этот аспект проблемы рассмотрен на примере РТМ [2].

Цель

Выявить корреляционные взаимосвязи между клинико-морфологическими параметрами случаев РТМ с и без СД 2 типа.

Материал и методы исследования

Материал для исследования был выбран из архивов отделения гинекологии УЗ «Брестский областной онкологический диспансер». Объектом исследования явились 68 женщин с инфильтрирующим РТМ I–III стадии. Были выделены 2 группы: пациентки с СД 2 типа и без. Первую группу составили 33 случая, вторую – 35. Всем пациентками был гистологически верифицирован диагноз РТМ.

Корреляционные взаимосвязи определялись с использованием теста Спирмена. Статистический анализ исследуемых данных проводился с использованием GraphPad Prism 8.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Была рассчитана корреляционная зависимость для пациенток с РТМ в сочетании с СД2 и без него.

В группе пациенток с РТМ и СД2 выявлена умеренно выраженная корреляционная зависимость между гистологическим типом опухоли и ростом опухоли (Т) ($r = 0,71$; $p < 0,0001$), и

между гистологическим типом опухоли и метастазами в регионарных узлах (N) ($r = 0,61$; $p < 0,0001$), и между ростом опухоли (T) и метастазами в регионарных узлах (N) ($r = 0,53$; $p = 0,003$) и отдаленными метастазами (M) ($r = 0,53$; $p = 0,002$).

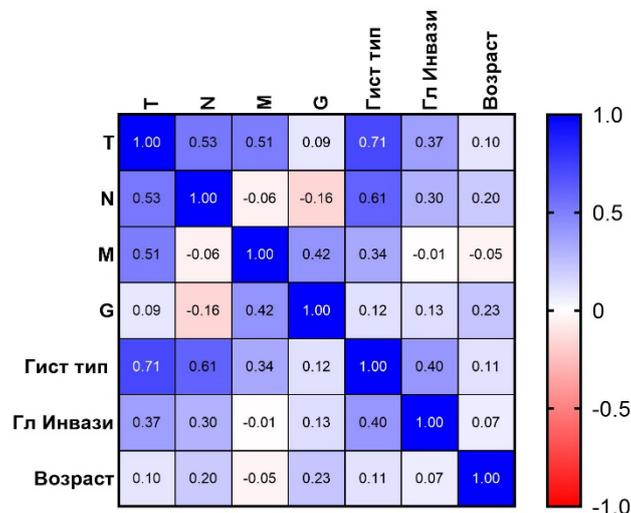


Рисунок 1 – График корреляционной зависимости для пациенток с РТМ и сахарным диабетом 2 типа

Также была выявлена слабая корреляционная зависимость между глубиной инвазии и размером опухоли T ($r = 0,37$; $p = 0,032$), и между гистологической инвазией и метастазами в регионарных узлах (N) ($r = 0,30$; $p = 0,008$), и между гистологической дифференцировкой (G) и отдаленными метастазами (M) ($r = 0,42$; $p = 0,016$) и между гистологическим типом опухоли и отдаленными метастазами (M) ($r = 0,34$; $p = 0,052$).

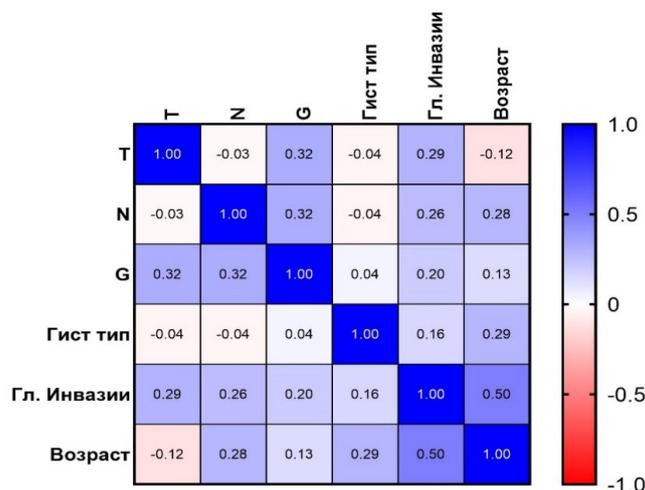


Рисунок 2 – График корреляционной зависимости для пациенток с РТМ без сахарного диабета

В группе пациенток без СД2 было выявлена умеренно выраженная корреляционная зависимость между возрастом и глубиной инвазии ($r = 0,50$; $p = 0,02$). Также была выявлена слабая корреляционная зависимость гистологическая дифференцировка (G) и ростом опухоли (T) ($r = 0,32$; $p = 0,049$), и между гистологической дифференцировкой (G) и метастазам в регионарных узлах (N) ($r = 0,32$; $p = 0,049$).

Заключение

Полученные данные указывают на изменения корреляционных взаимосвязей между клиничко-морфологическими параметрами при РТМ в сочетании с сахарным диабетом.

Таким образом, можно предположить, что СД2 типа как коморбидная патология может оказывать влияние на течение РТМ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Злокачественные новообразования в России в 2018 г. (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. – 250 с.
2. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. – М.: Медицина, 1989. – 325 с.

УДК 617.51-007.2-053.1

Н. П. Бичан, К. А. Казначеева

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИНДРОМ АГНАТИИ-ОТОЦЕФАЛИИ

Введение

Отоцефалия или синдром агнатии-микростомии-синотии характеризуется отсутствием или гипоплазией нижней челюсти, сближением височных костей и патологическим горизонтальным расположением ушных раковин. Если это состояние сочетается с голопрозэнцефалией, то оно называется синдром агнатии-голопрозэнцефалии. Это крайне редкая летальная аномалия, истинная частота которой до сих пор остается неизвестной. По мнению А. Stevenson и соавт., отоцефалия встречается не чаще 1 случая на 70 000 новорожденных [1]. Развитие лицевых структур у эмбриона человека происходит в основном между 5-й и 8-й неделями беременности (по зачатию). Первичную ротовую ямку окружают с верхней стороны фронтоназальный выступ, латерально – верхнечелюстные выступы, которые являются производными первой жаберной дуги, и снизу – нижнечелюстной выступ (также производное первой жаберной дуги).

Пренатальные эхографические признаки включают в себя выраженную микрогнатию, наличие ушей на передней или латеральной поверхности шеи, невозможность получить изображение в плоскости сканирования, которая используется для диагностики расщелины губы, а также дополнительные признаки, такие как многоводие (из-за отсутствия глотания) и голопрозэнцефалия. Верхняя расщелина объясняется отсутствием процессов миграции клеток мезенхимы верхнечелюстных выступов, что привело к возникновению двухсторонних расщелин. Расщелина нижней губы является следствием полного отсутствия развития нижнечелюстного выступа, что обусловило полное отсутствие нижней челюсти. При отоцефалии помимо голопрозэнцефалии могут также иметь место цефалоцеле, прободный свищ языка, трахеопищеводный свищ, пороки сердца и гипоплазия надпочечников.

Дифференциальную диагностику синдрома агнатии-голопрозэнцефалии следует проводить с отоцефалией (без голопрозэнцефалии) и аномалией Робена. Это еще один вид нарушения формирования нижней челюсти, который характеризуется гипоплазией нижней челюсти, расщелиной задней части твердого неба и глоссоптозом. Признаком, дифференцирующим отоцефалию от аномалии Робена при ультразвуковом исследовании, является характер локализации ушных раковин [2].

Цель

Изучить частоту встречаемости и морфологические особенности синдрома агнатии-отоцефалии в общей структуре ВПР.