

Выводы

Таким образом, проанализировав данные, мы видим, что доброкачественные неэпителиальные опухоли кожи чаще встречаются среди женщин, что составило 57,8%, среди мужчин данный показатель составил 42,2%.

По результатам ретроспективного изучения патологоанатомических заключений было выявлено, что самым часто встречающимся новообразованием является липома, которая встречалась у 98 (66,7%) человек, а это соответственно у 52 мужчин и 46 женщин, отсюда следует, что у мужчин данная патология встречается чаще, чем у женщин.

Второе место по частоте встречаемости занимает дерматофиброма, которая встречалась у 23 (15,6%) человек, однако у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Данная патология была выявлена у 20 женщин и у 3 мужчин соответственно.

Редкими по частоте встречаемости являются: хондрома и невринома которые встречаются только у женщин и были выявлены у 4 (4,7%) человек.

Наиболее редкими формами опухолевых образований является фиброма, которая встречается у 5 человек, у 4 мужчин и 1 женщины соответственно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горячкина, М. В. Доброкачественные эпителиальные опухоли кожи / М. В. Горячкина, Т. А. Белоусова // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2014. – №. 4. – С. 20–23.
2. Галил-Оглы, Г. Дерматоонкология / Г. Галил-Оглы, В. А. Молочков, Ю. В. Сергеев. – М. : Медицина для всех, 2005. – 872 с.
3. Carter, C. S. Cutaneous soft tissue tumors: diagnostically disorienting epithelioid tumors that are not epithelial, and other perplexing mesenchymal lesions. Mod Pathol. / C. S. Carter, R. M. Patel // Vancouver: The Official Journal of the American and Canadian Academies of Pathology, 2020. – P. 66–82.

УДК 616.33/.34-091:616.334-002-031.84

А. А. Бондарева, А. И. Мазур

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Введение

Болезнь Крона – это хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неуточненной этиологии, характеризующееся трансмуральным сегментарным распространением воспалительного процесса с развитием местных и системных осложнений. Проявляется чередованием периодов обострений и ремиссий [1].

У пациентов с клиническими проявлениями, предполагающими воспалительные заболевания кишечника, в том числе болезнь Крона, должна проводиться колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки. Этот метод позволяет визуализировать слизистую оболочку толстой и подвздошной кишки, а также произвести взятие необходимых биопсий.

При подозрении на воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) рекомендуется взять два образца биопсии из пяти участков, включая подвздошную и прямую кишку. Образцы биопсии следует брать как с пораженной, так и с нормальной слизистой оболочки. Сочетание эндоскопических и гистологических признаков помогает в диагностике ВЗК, дифференциации болезни Крона от язвенного колита, а также в исключении других

заболеваний со схожими проявлениями (например, лекарственный колит, инфекционный колит, ишемический колит и сегментарный колит, связанный с дивертикулёзом) [2].

Цель

По данным патогистологических заключений установить, какие морфологические проявления отмечались в желудочно-кишечном тракте при гистологическом исследовании материала, полученного после проведения фиброгастродуодено- и колоноскопии с клиническим диагнозом «Болезнь Крона».

Материал и методы исследования

В работе проведено изучение данных патогистологических заключений биопсийного материала, проведенных в патологоанатомическом отделении общей патологии № 5 ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за 2021–2024 год. В исследование было включено 52 пациента с клиническим диагнозом «Болезнь Крона». Из них 22 (42,3%) мужского пола, средний возраст которых составлял 39,4 года и 30 (57,7%) женского пола, средний возраст которых равнялся 40,6 лет. Возраст пациентов колебался от 19 до 84 лет. Наибольшее количество обследуемых относилось к возрастной группе 31–40 лет (28,8%).

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемый материал был взят из желудка, различных участков тонкой и толстой кишки. При морфологической оценке изменений слизистой данных локализаций были получены различные результаты. В одних случаях достоверных данных за болезнь Крона в материале не было выявлено, а в других морфологическая картина соответствовала болезни Крона. Данные представлены в таблице 1.

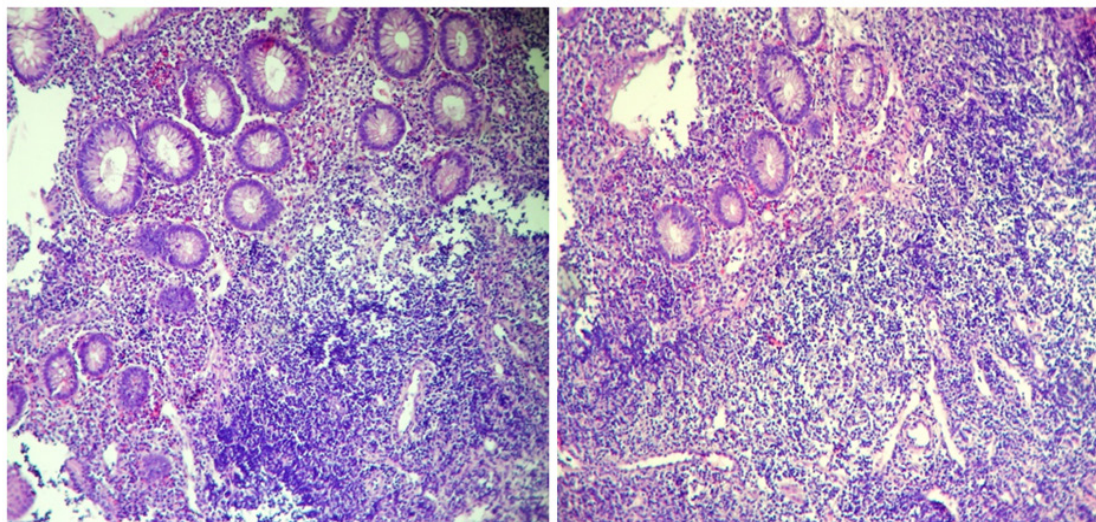
Таблица 1 – Морфологические изменения биопсийного материала

Локализация	Достоверные морфологические признаки		Отрицательные морфологические признаки	
	муж	жен	муж	жен
Желудок	1	1	1	2
12–перстная кишка	–	–	2	2
Подвздошная кишка	5	9	6	10
Слепая кишка	3	1	–	1
Сигмовидная кишка	5	–	3	5
Прямая кишка	1	2	1	–

В биоптатах желудка был выявлен хронический умеренно-выраженный слабоактивный антральный гастрит без атрофии и метаплазии с гиперплазией лимфоидных фолликулов, с наличием гранулемы с единичными гигантскими многоядерными клетками Нр⁺.

При исследовании фрагментов тонкой кишки определялась слизистая с гиперплазированными лимфоидными фолликулами, с сохранными ворсинами, с неравномерно (очагово) выраженной лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией (с примесью эозинофилов и единичных нейтрофилов) собственной пластинки слизистой оболочки, с регенераторной гиперплазией железистого эпителия.

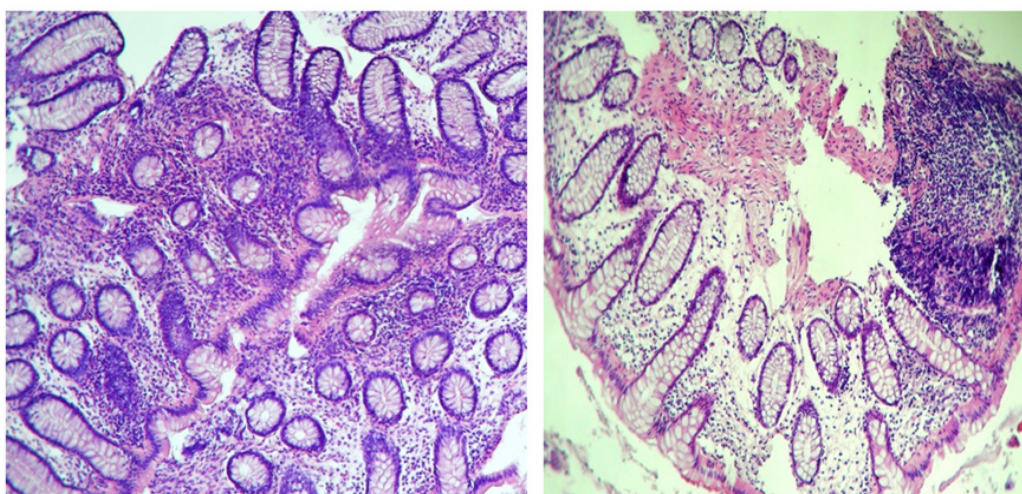
Изменения слизистой оболочки толстой кишки характеризовались умеренной прерывистой лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией, с большим количеством эозинофилов и нейтрофилов, с формированием микроабсцессов, с очаговым базальным плазмозитозом, с гиперплазией железистого эпителия (в том числе с признаками дисрегенерации), с панетоклеточной метаплазией базальных отделов желез, с очаговым субэпителиальным фиброзом, с гиперплазией лимфоидных фолликулов.



а

б

*Рисунок 1 – Морфологические изменения тонкой кишки, микроскопическая картина:
а – гиперплазированный лимфоидный фолликул. Окраска: гематоксилином и эозином.
Увеличение: $\times 100$; б – выраженная лимфо-плазмоцитарная инфильтрация.
Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение: $\times 100$*



а

б

*Рисунок 2 – Морфологические изменения толстой кишки, микроскопическая картина:
а – лимфо-плазмоцитарная инфильтрация. Окраска: гематоксилином и эозином.
Увеличение: $\times 100$; б – очаговый субэпителиальный фиброз. Окраска: гематоксилином и эозином.
Увеличение: $\times 100$*

При исследовании биоптатов желудка достоверные морфологические признаки болезни Крона были выявлены в 50% случаев у лиц мужского пола и в 33,3% – у женского, при исследовании биоптатов подвздошной кишки – 45,5% и 47,3%, слепой кишки – 100% и 50%, сигмовидной кишки – 62,5% и 0% и прямой кишки – 50% и 100% соответственно.

Выводы

1. Болезнь Крона клинически чаще диагностировалась у лиц женского пола – 30 человек (57,7%), реже – у мужского, 22 человека (42,3%).
2. Средний возраст у женщин составлял 40,6 лет, у мужчин – 39,4 года.
3. Возрастной период пациентов колебался от 19 до 84 лет, наиболее часто в возрастной группе 31–40 лет.

4. Достоверные морфологические признаки болезни Крона были выявлены в пределах от 0% до 100% при взятии биопсийного материала из различных отделов желудочно-кишечного тракта, что требует более тщательной клинической диагностики данной патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ивашкин, В. Т.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. / В. Т. Ивашкин [и др.]. // Колопроктология. – 2017. – Т. 60, № 2. – С. 7–29.
2. *Spiceland, C. M.* Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment / C. M. Spiceland, N. Lodhia // World Journal of Gastroenterology. – 2018. – Vol. 24, № 35. – P. 4014–4020.
3. *Березняк, Н. В.* Клинические аспекты болезни Крона: автореф. дис. ... на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.17 – хирургия / Н. В. Березняк; Ярославский гос. мед. ун-т. – Ярославль, 2020. – 157 с.

УДК 616.12-007-053.31

Ю. Д. Брезина, Е. Н. Герасименко

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА

Введение

Врожденные пороки сердца (ВПС) относятся к числу распространенных заболеваний в детском возрасте. Общая рождаемость детей с указанными пороками, по данным мировой статистики, составляет 6–8 на 1000 родившихся. Существует более 40 нозологических форм ВПС, но наиболее распространенными являются 9 форм пороков, составляющих 85% от всех форм. Остальные 15% включают редкие и сложные формы [1].

В числе редких форм особое место занимает аномалия Эбштейна (АЭ). По данным различных авторов, суммарно АЭ является причиной около 1% всех случаев сердечной недостаточности (СН) во взрослом возрасте [2].

Актуальность темы аномалии Эбштейна обусловлена ее редкостью, сложностью диагностики, серьезными клиническими последствиями и необходимостью постоянного совершенствования подходов к лечению [5]. Изучение этого заболевания способствует развитию кардиологии, детской кардиологии и хирургии, а также улучшению качества жизни пациентов с врожденными пороками сердца [4].

Аномалия Эбштейна (АЭ) – врожденная патология трехстворчатого предсердно-желудочкового клапана, сопровождающаяся аномальным положением створок, приводящим к образованию над ними атриализованной части правого желудочка, составляющей одно целое с правым предсердием [3].

Аномалия Эбштейна может приводить к тяжелым осложнениям, таким как сердечная недостаточность, аритмии, цианоз и даже внезапная сердечная смерть [6].

Улучшение диагностики и лечения позволяет пациентам вести активный образ жизни, что имеет большое социальное значение [2].

Аномалия Эбштейна остается объектом активных исследований, направленных на улучшение диагностики, лечения и долгосрочного прогноза. Это включает изучение новых хирургических техник, разработку малоинвазивных методов и применение генетических исследований [1].