

сто выявлялись ДМЖП — 16 случаев. ВПР костно-мышечной системы чаще были представлены флексорным положением кистей (11 случаев), короткими и широкими 1 пальцами стоп (8 случаев) и лучевой косорукоостью (3 случая) и клинодактилией мизинцев кистей.

Синдром Патау был выявлен в 15 случаях (таблица 2).

Таблица 3 — Частота ВПР внутренних органов при синдроме Патау

Локализация порока	Число случаев (n = 15)	
	абс.	%
Мозговой череп и лицо	10	66,6
Сердечно-сосудистая система	10	66,6
Костно-мышечная система	9	60
Мочевая система	8	53,3
Желудочно-кишечный тракт	3	20
Центральная нервная система	4	26,7
Половая система	3	20

Внешние изменения лица при синдроме Патау характеризовались низко расположенными и деформированными ушными раковинами (6 случаев) хейлогнатопадатосхизом (6 случаев), гипертелоризмом и микрогенией (по 3 случая). Из ВПР сердечно-сосудистой системы чаще были выявлены ДМЖП — 7 случаев. ВПР костно-мышечной системы были представлены различными вариантами постаксиальной полидактилии (8 случаев) и флексорным положением кистей (2 случая). Из ВПР центральной нервной системы были выявлены лобарная и алобарная голопрозэнцефалия – по 2 случая. Пороки мочевой системы наблюдались в виде многодольчатых почек (6 случаев) и наличием микрокист в корковом слое почек (2 случая).

#### **Выводы**

Для всех форм хромосомных болезней общим признаком является множественность ВПР. Патологоанатомическая верификация диагнозов у плодов, абортированных по генетическим показаниям, является неотъемлемой составляющей пренатальной диагностики ВПР. Диагностика хромосомных болезней, основанная на морфологических методах исследования, позволит более целенаправленно проводить анализ кариотипа при подозрении на хромосомную патологию плода.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Лазюк, Г. И. Тератология человека / Г. И. Лазюк. — М.: Медицина, 1991. — 480 с.
2. Козлова, С. И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование / Н. С. Демикова, Е. И. Семанова, О. Е. Бенникова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Практика, 1996. — 416 с.
3. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / под ред. акад. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна, чл.-корр. РАМН, проф. В. С. Баранова. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 416 с.
4. Prenatal Diagnosis of Congenital Anomalies / P. Gianluigi [et al.]. — N.Y.: McGraw-Hill Education, 1997. — P. 238.

УДК 616.5-006-07-091.5

### **АНАЛИЗ СОВПАДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ**

*Лобан Д. С., Волощик Е. С., Демченко А. В.*

**Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Опухоли кожи являются часто встречающиеся новообразованиями человека. На амбулаторном приеме у дерматолога они составляют 20–24,9 % в структуре первичной

обращаемости по поводу кожных заболеваний. Огромное число нозологических форм новообразований кожи затрудняет их систематизацию. В настоящее время причины и механизм развития большинства поражений кожи не известны. Для верификации диагноза часто используют гистологическое исследование [1, 2].

Меланоцитарные невусы (родинки) — это врожденные или приобретенные доброкачественные образования на коже, состоящие из скопления меланоцитов. Зачастую они появляются на теле человека в течение жизни. Количество и рост невусов могут увеличиваться до 25–30 лет. Некоторые виды невусов имеют высокую вероятность к перерождению в злокачественное заболевание [4]. По данным разных авторов трансформация в меланому может произойти в 50–80 % случаев сложного пигментного невуса, поэтому он классифицируется как меланомоопасный и требует онконастороженности.

Опухоли кожи встречаются с разной частотой: эпидермальные в 55,4–61,7 % случаев, меланоцитарные — в 12,6–13,2 %, опухоли придатков кожи — в 1–7,7 %, кожные лимфопролиферативные — в 2,8–3 %, опухоли мягких тканей — в 20,9–21,7 % [2]. В структуре онкологической заболеваемости мужского населения злокачественные болезни кожи занимают третье место — 14,3 % без меланомы, у женщин — первое — 21,8 % без меланомы [3].

#### **Цель**

Проанализировать частоту совпадения клинических диагнозов и патологоанатомических заключений при новообразованиях кожи, их локализацию, размер, частоту встречаемости у мужчин и женщин.

#### **Материал и методы исследования**

Изучено 84 медицинских карты пациентов, обратившихся по поводу новообразований кожи в У «ГОККВД». Проведен анализ литературных данных, медицинской документации, 160 патологоанатомических заключений, частота встречаемости в разных возрастных группах и зависимость от гендерной принадлежности. Данные обработаны статистически. Так как распределение данных большинства изученных параметров не соответствовало нормальному закону, данные представлены в виде среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ( $M \pm m$ ). Сравнение качественных признаков проводили с использованием критерия  $\chi^2$ . Результаты статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В группу I вошло 28 (33 %) мужчин, в группу II — 56 (67 %) пациенток с новообразованиями кожи. Возраст пациентов колебался от 14 до 76 лет, но большинство респондентов имели возраст 25–48 (54 %) лет. Средний возраст пациентов I группы составил  $40,2 \pm 3,1$  лет, II группы  $44,1 \pm 2,1$  года ( $p > 0,05$ ). На возрастную категорию 50–69 лет пришлось 29,7 % обратившихся. Значимых отличий между I и II группами по возрасту не установлено ( $p = 0,206$ ). Абсолютное большинство респондентов проживали в городе 73 (87 %), что можно объяснить доступностью данного вида медицинской помощи жителям города. В 160 (100 %) случаях проводилось иссечение новообразования кожи с последующим гистологическим исследованием.

Среднее количество элементов, подлежащих удалению, у пациентов I группы составило  $1,9 \pm 0,4$  штук, II группы —  $2,1 \pm 0,4$  ( $p = 0,772$ ). Наибольшее количество элементов отмечалось у женщин в возрасте 14–24 года —  $2,8 \pm 1,3$  штук и в возрасте 25–48 лет —  $2,6 \pm 0,7$  штук. Количество новообразований кожи от 4 до 19 штук встречалось у 9 (10,7 %) человек: у 6 женщин в возрасте 21–41 год и у 3 мужчин в возрасте 29–35 лет, что подтверждает литературные данные. Чаще всего элементы локализовались в

области туловища — 119 (74,4 %) случаев. Локализация на лице отмечалась в 31 (19,4 %) случае, на верхней конечности — 7 (4,4 %), на нижней конечности — 3 (1,8 %). Средний диаметр образований составил  $3,2 \pm 0,6$  мм, диапазон размеров от 1 до 8 мм. Невусы диаметром свыше 5 мм встречались в 29 (18,1 %) случаях, преимущественно коричневого цвета — 91 (57 %) элемент. Однако 68 (42,5 %) элементов имели цвет кожи.

Результаты патологоанатомических исследований: эпителиальные опухоли представлены себорейным кератозом — 6 (3,8 %) случаев; опухоли придатков кожи — по 1 (0,6 %) случаю эпидермис с роговой кистой, гиперплазия сальных желез; опухоли мягких тканей: гемангиома — 3 (1,9 %) случая, нейрофиброма — 1 (0,6 %) случай; папиллома — 21 (13,1 %) случай от всех удалений. Меланоцитарные невусы эпидермального происхождения составили 127 (79,4 %) случаев: меланома — 1 (0,6 %) случай; внутридермальный невус — 32 (20 %); внутридермальный пигментный невус — 1 (0,6 %); сложный (пигментный) невус — 93 (58,1 %). В 19 (11,9 %) случаях диагностирована меланоцитарная дисплазия 1–3 степени, трансформировавшаяся из сложного невуса.

Из 160 элементов новообразований кожи в 30 (18,75 %) случаях отмечалось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов: из них 20 (66,7 %) элементов были цвета кожи и располагались на туловище. В 22 (73,3 %) случаях не совпавших диагнозов отмечалось выставление клинического диагноза невус (внутридермальный, пограничный, папиллярный, сложный, пигментный). При этом гистологические заключения были следующими: 1 меланома, 2 сложных невуса, 2 гемангиомы, 1 гиперплазия сальных желез, 1 нейрофиброма, 11 папиллом, 4 себорейных кератоза. В 8 (26,7 %) случаях выставлялся клинически себорейный кератоз, папиллома. Гистологическое заключение констатировало: 2 сложных невуса, 3 папилломы, 2 себорейных кератоза, 1 внутридермальный невус. Гипердиагностика новообразований кожи отмечалась в 23 (14,4 %) элементах из 160, однако во всех случаях, вне зависимости от выставленного клинического диагноза данные элементы подлежали удалению.

### **Выводы**

Значимых гендерных отличий по возрасту ( $p = 0,206$ ) и количеству элементов ( $p = 0,772$ ) не выявлено. Наиболее часто по поводу новообразований кожи пациенты обращались в возрасте 25–48 (54 %) лет. Среднее количество элементов, подлежащих удалению, составило около 2 и значимо не отличалось по гендерному признаку. Чаще локализовались на туловище, преимущественно коричневого цвета (57 %) или цвета кожи (42,5 %).

Меланоцитарные невусы эпидермального происхождения составили 127 (79,4 %) случаев. В 19 (11,9 %) случаях диагностирована меланоцитарная дисплазия 1–3 степени, трансформировавшаяся из сложного невуса. Из 160 элементов новообразований кожи в 30 (18,75 %) случаях отмечалось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Гипердиагностика отмечалась в 23 (14,4 %) случаях, однако во всех случаях, вне зависимости от выставленного клинического диагноза данные элементы подлежали удалению.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гольцов, С. В. Дерматовенерология. Наблюдения в фотографиях / С. В. Гольцов. — Екатеринбург: Уральский рабочий, 2013. — 368 с.
2. Ламоткин, И. А. Клиническая дерматоонкология: атлас / И. А. Ламоткин. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. — 449 с.
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.] / под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — 286 с.
4. Трапезников, Н. Н. Пигментные невусы и новообразования кожи / Н. Н. Трапезников [и др.]. — М.: Медицина, 1976. — 177 с.