

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ**



**СТУДЕНТСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
«Клініко-морфологічні особливості захворювань людини»
10 травня 2018 р.**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
«Інтерпретація казуїстичних випадків
з точки зору клініко-морфологічної діагностики»
15 травня 2018 р.**

Харків

ЗМІСТ

Абовян К., Гаргин В. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	3
Александрова К.В., Журавльова П.В. ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ РОЗПОДІЛОМ НАЙПОШИРЕНІШИХ ДІАГНОЗІВ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	7
Антипенко А.В., Ткаченко Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....	10
Басилайшвілі Ю.В., Штыкер С.Ю., Давиденко В.Б. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЛІМФОМИ БЕРКІТА, УСКЛАДНЕНОЇ ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ У ДИТИНИ	13
Береснева Е.В., Зароченцев Р.Н. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК ЛЕГКОГО	16
Горбунова І.В., Гаргин В.В. СКЛЕРОДЕРМІЯ - ТИХИЙ НЕВИЛКОВНИЙ ВБИВЦЯ.....	19
Ибрагимова С. IGG4-АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	23
Иванова А.А. ЛИМФОЦИТОМА КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ	28
Калганова М.О. ГІСТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ДІЇ ЕМВ	32
Гаргин В.В., Коптеева Т.М. СИНДРОМ АЙЕРСА.....	34
Кузнецова М.А. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА БЕРЕМЕННЫХ САМОК КРЫС НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ИХ ПОТОМСТВА	39
Левинский В.Л., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Мирошниченко Я.Н. ВТОРИЧНЫЙ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	42

Одинец Е.М, Пацкевич А.И. МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА	47
Потапов С.М., Горголь Н.І, Галата Д.І., Барабаш Д.Д. ДОБРОЯКІСНИЙ ЛІМФОРЕТИКУЛЬОЗ: МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ	50
Сухарева Л.П. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	53
Сакал А.А., Товажнянская В.Д., Титов Е.В.,Зверева И.С. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПАТОЛОГОАНАТОМА)	56
Труш О.М. РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ.....	60
Уржумов В.Д., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Григоренко В.Р. ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ВЗРОСЛОГО ТИПА КАК СЛУЧАЙНАЯ НАХОДКА НА АУТОПСИИ.....	65
Хорошко И.А., Пересада Г.А. Наумова О.В. МЕЗОТЕЛИОМА ПЕРИКАРДА С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА.....	69
Широков К.В. Трофименко М.О. К ВОПРОСУ О ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМОБОСНОВАНИИ ТАКТИКИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ	74

Левинский В.Л., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Мирошниченко Я.Н.

ВТОРИЧНЫЙ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
патологической анатомии

КООЗ «Областная клиническая больница – ЦЭМП и МК»

Харьков, Украина

Актуальность. Дерматомиозит (ДМ)- системное прогрессирующее заболевание с преимущественным поражением поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, нарушением двигательной функции, а также поражением кожи в виде эритемы и отёка [1]. По частоте ДМ занимает третье место среди системных заболеваний соединительной ткани, чаще его регистрируют у женщин (по данным большинства авторов, в отношении 2:1). Приблизительно в 20% случаев дерматомиозит возникает в сочетании с другими аутоиммунными заболеваниями и злокачественными новообразованиями. Опухолевый (вторичный неопластический) дерматомиозит составляет 14–30% всех случаев болезни [2].

Приводим наблюдение вторичного неопластического дерматомиозита как осложнение рака шейки матки у женщины 53 лет.

Клинический случай. Больная находилась на лечении в пульмо-аллергологическом отделении Харьковской областной клинической больницы (ХОКБ) в течение 31 койко-дня. При поступлении жалобы на резкую слабость, выраженное ограничение движений в конечностях и затруднение в передвижении; слабость и боли в мышцах шеи, плечевого пояса, бедер, отечность кистей, предплечий, высыпания в области лица, зоны декольте, невозможность глотания пищи (жидкой в том числе), поперхивание слюной, осиплость голоса, кашель, усиленное выпадение волос, язвенные высыпания во рту, чувство нехватки воздуха в горизонтальном положении, снижение веса на 8кг за последние 4 месяца.

Анамнез болезни: считает себя больной в течение 4-х месяцев, когда после инсоляции появились вышеперечисленные жалобы. Находилась на обследовании и лечении в лечебных учреждениях г. Харькова, диагностирован дерматомиозит, начата терапия глюкокортикостероидами. Позже установлено заболевание шейки матки (T1bNxM0 (Ist.), II клиническая группа), специфическое лечение не проводилось в связи с тяжестью проявлений дерматомиозита, рекомендовано продолжение лечения в условиях ревматологического отделения. Доставлена в ХОКБ.

Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Положение вынужденное – горизонтальное, длительно находиться в нем не может в связи с чувством нехватки воздуха. Сознание ясное, речевой контакт затруднен, голос осипший, отвечает односложно, поперхивается слюной. Самостоятельно не передвигается из-за резкой мышечной слабости в конечностях, спине, шее. Кожа суховата, в области лба – лиловая эритема с элементами шелушения, в области декольте – гиперпигментация с наличием шелушения. В области коленных суставов – ограниченные участки эритемы с шелушением. Livedo reticularis в области бедер. Уплотнение в области мышц плечей, пальпация их, а также мышц бедер, шеи болезненна, положительный симптом «рубашки». Отечность суставов кистей, пальпация их болезненная, объем движений умеренно ограничен. В лёгких аускультативно – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. ЧДД – 18 в 1 мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 66 в 1 мин. АД 140/80 мм рт.ст. Печень пальпируется на 1см ниже края реберной дуги, край гладкий, безболезненный. В связи с отсутствием самостоятельного дыхания переведена в ОИТ, где функция дыхания обеспечивалась аппаратным методом, позже - через трахеостому. Развился геморрагический синдром на фоне тромбоцитопении (макрогематурия, метроррагия), васкулопатия. Проводилась гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, этамзилат, викасол, многократное переливание свежезамороженной плазмы, альбумина, эритроцитаной массы). Состояние прогрессивно ухудшалось, зафиксирована

остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована биологическая смерть.

Тело умершей направлено на патологоанатомическое исследование с заключительным клиническим диагнозом: Са шейки матки, T1bNxMx (Iст), II клиническая группа. Интоксикационный синдром. Вторичный (паранеопластический) дерматомиозит, острое течение, активная фаза, активность 3ст., с поражением: кожи (эритема в области лба, гиперпигментация зоны декольте, Livedo reticularis в области бедер, мышц верхних и нижних конечностей), мышц системы пищеварения (дисфагия, нарушение акта глотания), дыхательных мышц. Двусторонняя гипостатическая пневмония, легочная недостаточность III ст. Трахеостома. Вторичный бульбарный синдром, тетрапарез, дисметаболическая энцефалопатия. Гематологический синдром: анемия, тромбоцитопения, лейкопения. Геморрагический синдром: васкулопатия, макрогематурия, метроррагия. Стероидиндуцированный сахарный диабет, впервые выявленный. Пресбиопия, ангиопатия сетчатки обоих глаз. Желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, ремиссия.

На секции при наружном осмотре кожные покровы бледные с легким желтушным оттенком, в области лба, грудной клетки, конечностей - мелкоточечная, мелко- и крупнопятнистая геморрагическая сыпь, в наиболее крупных высыпаниях с изъязвлением. Нижние конечности отечны. При исследовании внутренних органов мягкие мозговые оболочки отечны с полнокровными сосудами. Полушария головного мозга с умеренно сглаженными бороздами и уплощенными извилинами. Вещество головного мозга на разрезе с синюшным оттенком, липнет к ножу. Ткань легких с множественными четко очерченными буровато-красноватыми участками уплотнения в нижних долях. В сегментарных разветвлениях легочной артерии – обтурирующие тромбы. Желчный пузырь с конкрементом 3,5x2,0x1,5см. В клетчатке таза множественные лимфоузлы формирующие конгломераты размерами до 3,0x1,5x1,5см из плотной белесой ткани со

сдавлением нижней полой вены. Влагилищная часть шейки матки диаметром 2,7см, внутренний зев щелевидный, задняя губа шейки с мелкобугристой поверхностью с изъязвлениями. На разрезе ткань опухолево изменена на всю толщу задней стенки шейки матки на протяжении 5,0 см. Костная система без видимых изменений. Скелетные мышцы розоватые, участок мышцы предплечья и межреберные мышцы взяты на исследования.

Гистологически: в веществе головного мозга – периваскулярный, перицеллюлярный отек; в легких – участки геморрагического инфарктирования, местами с нагноением, в просвете разветвлений легочной артерии – смешанные тромбы; в печени - полнокровие центральных отделов долек с их некрозом и начальными клеточными реакциями; поджелудочная железа - гиперплазия островкового аппарата, слабовыраженный склероз, липоматоз; шейка матки - в части препаратов полное замещение эпителиального покрова опухолью из мелких гиперхромных недифференцированных клеток, растущих: пластами, тяжами, цугами на всю толщу стенки шейки матки; лимфоузел таза – строение нарушено, ткань замещена опухолью шейки матки; мышцы предплечья и межреберные мышцы - мышечные волокна частью замещены молодой фиброзной тканью, часть волокон с сохраненной поперечной исчерченностью, большая часть в состоянии восковидного некроза; кожа верхней конечности – очаги изъязвления эпидермиса, в дерме склероз, очаги некроза, воспалительной инфильтрации, участки кровоизлияния.

Таким образом, на основании клинических данных и проведенного патоморфологического исследования основным заболеванием следует считать недифференцированный рак, преимущественно, задней губы шейки матки (C53.8) прорастающий всю толщу стенки на протяжении 5,0см, с очаговыми изъязвлениями влагилищной части шейки и по ходу цервикального канала; с множественными метастазами в лимфоузлы малого таза, сдавливающими нижнюю полую вену с застойным полнокровием печени и селезенки с формированием некрозов печеночных долек и отеков

нижних конечностей. Основное заболевание сопровождалось хроническим калькулезным холециститом. Важное значение имели осложнения: вторичный неопластический дерматомиозит, инфаркт-пневмония, стероидиндуцированный сахарный диабет, паренхиматозная дистрофия внутренних органов, отек вещества головного мозга. Непосредственная причина смерти - интоксикация.

Клинический случай демонстрирует очевидную связь дерматомиозита с раком шейки матки. Несмотря на своевременную диагностику и проведенную терапию, данное осложнение усугубило течение основного заболевания, что повлекло за собой неблагоприятный исход заболевания.

Литература:

1. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. Практическое руководство. М.: Медицина. 2004; 386 с.
2. Соловьёва А.П. Дерматомиозит. М.: АМН СССР, Медицина. 1980; 184 с.