

чаев. Типы II и III наблюдались соответственно у 6 и 3 % исследуемых. Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было.

#### **Выводы**

Особенности топография правой печеночной артерии при ее отхождении от верхней брыжеечной артерии выражаются в изменении диаметра, угла отхождения правой печеночной артерии, места ее отхождения от верхней брыжеечной артерии и синтопии с поджелудочной железой.

Использование компьютерной томографии с контрастным усилением позволяет изучить топографию и оценить распространенность сосудистых аномалий общей и правой печеночной артерий.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Michels, N. A.* Newer anatomy of the liver and its variant blood supply and collateral circulation / N. A. Michels // *Am. J. Surg.* — 1966. — Vol. 112 (3). — P. 337–347.
2. *Braun, M. A.* An aberrant right hepatic artery from the right renal artery: anatomical vignette / M. A. Braun, M. B. Collins, P. Wright // *Cardiovasc Intervent Radiol.* — 1991. — Vol. 14. — P. 349–351.
3. *Hiatt, J. R.* Surgical anatomy of the hepatic arteries in 1000 cases / J. R. Hiatt, J. Gabbay, R. W. Busuttil // *Ann Surg.* — 1994. — Vol. 220. — P. 50–52.

**УДК 661.831-006.441**

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Медведев М. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Первичная лимфома центральной нервной системы — это группа неоплазматических опухолей, составляющая от 0,3 до 1,5 % от интракраниальных и 0,7 до 2 % от лимфом других локализаций [1]. Лимфопролиферативные заболевания центральной нервной системы (ЦНС) чаще встречаются у лиц с иммунодефицитами. Локализация опухоли может наблюдаться в разных отделах ЦНС в виде одиночного или множественного очагового поражения ткани мозга, лимфомы глаза, лептоменингеального поражения или поражения спинного мозга. Анатомически образование располагается в большинстве случаев супратенториально, в меньших — инфратенториально. В паравентрикулярной зоне (таламус, базальные ганглии, мозолистое тело) локализуются 60 % случаев поражений [2]. Лобные доли вовлечены в 20 %, височные — в 18 %, теменные — в 15 % и затылочные — в 4 % случаев. Первичное поражение твердой мозговой оболочки при неходжкинских лимфомах (НХЛ) встречается крайне редко [3]. Морфологически опухоль представлена крупными клетками с плеоморфными ядрами и множественными ядрышками. Большая часть этих лимфом имеет положительные Т-клеточные маркеры. Экспрессия CD45, CD30 и эпителиального мембранного антигена различна.

#### **Цель**

Провести анализ клинических неврологических проявлений у пациентов с первичными лимфомами головного мозга.

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

Для анализа использованы 192 медицинских карт стационарных пациентов Гомельского областного клинического диспансера за период 2012–2016 гг., из которых 5 с установленным диагнозом первичная неходжкинская лимфома головного мозга, из которых 3 — лиц мужского пола и 2 — женского пола. При исследовании учитывались пол, возраст па-

циентов, а также вариант неходжкинской лимфомы. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2010».

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

В ходе изучения медицинских карт выявлены следующие неврологические симптомы: клиническая картина первичной лимфомы ЦНС у двух мужчин характеризовалась эпилептическими приступами, менингеальными симптомами и когнитивными нарушениями. У остальных пациентов были поражены глубокие подкорковые структуры головного мозга, сопровождающиеся сонливостью, вплоть до летаргии и нарушением психики. У этих пациентов преобладали симптомы отека головного мозга: распирающая головная боль, тошнота и рвота, объективно выявлялись менингеальные знаки и отек дисков зрительных нервов.

При МР-томографии диагностировались одиночные или множественные образования, имеющие неправильные и непрерывные контуры, гомогенно накапливающие контрастное вещество. Очаги располагались в лобных, височных долях, также встречались и в проекции базальных ганглиев и таламусе. Типичным признаком данного вида внутричерепных опухолей являлись уменьшение и (или) исчезновение очагов поражения после курса кортикостероидов. МРТ-картина лимфомы может напоминать МРТ при рассеянном склерозе. Однако при лимфомах чаще встречалось вовлечение в патологический процесс серого вещества головного мозга.

#### **Выводы**

В-лимфопротлиферативные заболевания являются одной из причин поражения головного мозга с острым или подострым развитием очаговой и общемозговой симптоматики. Знание особенностей неврологических проявлений первичных и вторичных В-неходжкинских лимфом головного мозга способствует раннему проведению необходимых диагностических процедур и своевременному назначению адекватной терапии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Batchelor, T. Primary CNS Lymphoma / T. Batchelor, J. S. Loeffler // J. Clin. Oncol. — 2006. — Vol. 24, № 8. — P. 1281–1288.*
2. *Recommended diagnostic criteria for paraneoplastic neurological syndromes / F. Graus [et al.] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. — 2004. — Vol. 75, № 8. — P. 1135–1140.*
3. *Ophelia Syndrome: Hodgkin lymphoma with limbic encephalitis / M. Juneja [et al.] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. — 2015. — Vol. 52, № 4. — P. 335–336.*

**УДК 616-006.441-036.22(476.2) «2012-2016»**

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2012–2016 ГГ.**

*Медведев М. А.*

**Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец,  
к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В последние годы регистрируется устойчивая тенденция роста заболеваемости неходжкинскими лимфомами, частота встречаемости которыми варьирует в разных регионах мира [1]. Неходжкинские лимфомы представляют собой гетерогенную группу лимфопротлиферативных заболеваний, различающихся по морфологическому строению, клинической картине, характеру и результатам проводимой терапии. В большинстве случаев они дебютируют путем поражения периферических или висцеральных лимфатических узлов (нодальные лимфомы). Вместе с тем, в настоящее время отмечается увеличение количества пациентов экстранодальными локализациями неходжкинских лимфом, которые