

Из изолированных ВПР ЦНС преобладали пороки развития конечного мозга: анэнцефалия (10 случаев), экзэнцефалия (13 случаев), черепно-мозговые грыжи (менингоцеле и менингоэнцефалоцеле — 12 случаев), агенезия мозолистого тела (4 случая), пороки развития спинного мозга и позвоночника, представленные полным рахисхизом, кистозной расщелиной позвоночника (spinabifidacystica) и скрытой расщелиной позвоночника (spinabifidaocculta) (42 случая) и пороки развития подпаутинного (субарахноидального) пространства и вентрикулярной системы в виде врожденной внутренней гидроцефалии — 6 случаев.

Среди комбинированных вариантов преобладали сочетания различных вариантов рахисхиза и кистозных расщелин позвоночника с врожденной внутренней гидроцефалией (14 случаев), анэнцефалией (11 случаев) и экзэнцефалией (5 случаев), диастематемиелии со скрытой расщелиной позвоночника (4 случая) и варианты синдрома Денди-Уолкера (3 случая).

ВПР ЦНС часто сочетались с пороками развития других органов и систем и входили как в комплекс множественных врожденных пороков развития, так и являлись компонентом органной патологии при различных хромосомных болезнях.

Выводы

1. По данным ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2017 по 2021 гг. в структуре всех ВПР пороки развития головного мозга, спинного мозга и позвоночника занимают одно из ведущих мест, составляя ежегодно от 19,6 до 32,3 % от всех случаев прерывания беременности по медико-генетическим показаниям.

2. В нозологической структуре преобладали пороки развития конечного мозга, представленные анэнцефалией и экзэнцефалией, и спинного мозга и позвоночника в виде рахисхиза и кистозной расщелины позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин, Н. Н. Национальное руководство по неонатологии / Н. Н. Володин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 749.
2. Бабенко, А. Формирование здорового образа жизни у подрастающего поколения / А. Бабенко, Е. Тауурова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 6. С. 6–8.
3. Мониторинг врожденных пороков развития у новорожденных в крупном промышленном городе / Я. А. Лещенко [и др.] // Педиатрия. 2001. № 3. С. 77–80.
4. Система мониторинга в Беларуси в оценке эффективности предупреждения рождения детей с небуральными пороками развития центральной нервной системы / К. У. Вильчук [и др.]. М., 2016.
5. Полин, Р. А. Секреты неонатологии и перинатологии / Р. А. Полин, Р. Алан. М-Бином, 2011. С. 624.

УДК 616.33/.342-002.44

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Невдах С. С., Тарелко К. В.

Научные руководители: к.м.н., доцент Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевание язвенная болезнь (ЯБ) впервые была описана Крювелье во Франции в 1835 г.

Характерными симптомами ЯБ является ранние, поздние, «голодные», ночные боли после приема пищи, изжога, отрыжка, рвота кислым желудочным содержимым. Боли могут быть тупые, ноющие, режущие, жгучие, схваткообразные. Интенсивность боли уменьшается при приеме препаратов, снижающих кислотность желудочного сока, тепловых процедур на подложечную область.

Часто язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сопровождается запорами. При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области [1].

Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин (соотношение 4:1 соответственно). В молодом возрасте чаще встречается язва 12-перстной кишки, а в старшем — язва желудка. Наиболее важным фактором является генетическая предрасположенность. Она выявляется у больных дуоденальной язвой в 30–40 % случаев и значительно реже при язве желудка [2].

Морфологический субстрат ЯБ — хроническая рецидивирующая язва, которая в процессе формирования проходит стадии эрозии и острой язвы. Процесс деструкции стенки желудка продолжается с образованием некроза, которому подвергается как слизистая оболочка, так и более глубокие слои стенки желудка с формированием острой язвы. Хроническая язва овальной или округлой формы с приподнятыми плотными краями, с размерами от нескольких миллиметров до 5–6 см в диаметре, может пронизывать стенку до серозной оболочки [3].

Развитие НР инфекции влияет на гиперпродукцию соляной кислоты и пепсина, что оказывает большое влияние на слизистую оболочку, а в дальнейшем приводит к ее атрофии за счет воспаления, метаплазии и в конечном результате — развитие язвенного дефекта. НР инфекция при щелочной pH паразитирует в любом отделе желудка, но при окислении паразитирует в антральном отделе желудка и измененных (метаплазированных) участках слизистой оболочки 12-перстной кишки. На данный момент НР признается ведущим этиологическим фактором ЯБЖ и ЯБДПК. Оказалось, что при ЯБДПК НР обнаруживаются в 100 % случаев, а при ЯБЖ — в 75–85 % [4].

Цель

Изучить актуальность проблемы, локализацию и процессы возникновения, развития и осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования

Для проведения патоморфологического исследования использовался архивный материал ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Материалом для исследования стали 17 протоколов патологоанатомических исследований пациентов г. Гомеля за 2021 г.

Для анализа использовались следующие данные: возраст пациентов, пол, количество дней в больнице, локализация язвы, диагноз и осложнения. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Microsoft Excel 2020».

Результаты исследования и их обсуждение

Процентное соотношение пациентов с различными вариациями язвенных болезней по полу за 2021 г. составило 58,8 % мужчин и 41,2 % женщин.

Возраст пациентов на момент смерти варьировался от 37 до 91 года (со средним значением 71).

Из всех исследуемых у 64,7 % выявили язвенную болезнь 12-перстной кишки, а у 35,3 % — желудка.

Анализ результатов показал, что наиболее частыми осложнениями у пациентов с язвенной болезнью были: перитонит (47,1 %), тяжелые кровотечения (29,4 %), отек головного мозга (23,5 %), перфорация (11,8 %) и абсцесс (5,9 %). У большинства погибших пациентов по данным исследования чаще всего язва встречается в хронической форме и является отягощающим фактором на фоне течения основного заболевания (рисунок 1).

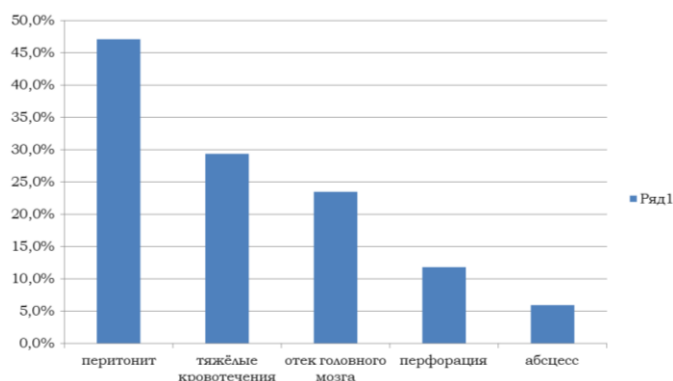


Рисунок 1 — Осложнения язвенной болезни

Выводы

Исследования подтвердили, что ЯБ чаще встречается у мужчин, а также проявляется чаще в хронической форме.

Факторами риска развития осложнений являются пожилой возраст, снижение физической активности, прием лекарственных средств.

Язвенные болезни наиболее часто осложняются перфорацией и желудочно-кишечными кровотечениями, абсцесс, перитонит, перфорации, кровотечения и отёк головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полунина, Т. Е. Новый взгляд на болезнь язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Т. Е. Полунина // Медицинский совет. 2008. № 10. С. 54–60.
2. Причины оказывающие влияние на состояние трофического статуса у пациентов с перфорационными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки / А. В. Пугаев [и др.] // «Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения» труды седьмой всероссийской научно-практической конференции. 2012. № 7. С. 578–579.
3. Силуянов, С. В. Кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в клинической практике / С. В. Силуянов, Г. О. Смирнова, И. Г. Лучинкин // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17, № 5. С. 347–354.
4. Сухих, Ж. А. Язва желудка и язва двенадцатиперстной кишки: вопросы терапии / Ж. А. Сухих, М. В. Штонда // Вестник фармации. 2009. № 3. С. 1–5.

УДК 616.133.33+616.145.11]:616.379-008.64

ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

Пинчук П. В., Шульга А. А.

Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец;

к.м.н., доцент А. А. Мартемьянова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Особое место по своей значимости среди заболеваний головного мозга занимает поражение сосудов при сахарном диабете, характеризующееся развитием «немых» инфарктов мозга, более тяжелым течением симптомного мозгового инсульта, энцефалопатией, развивающейся в результате прогрессирующей недостаточности кровоснабжения мозга. Показано, что развитие микроангиопатии напрямую зависит от длительности и выраженности гипергликемии. Интенсивная инсулинотерапия, удерживая концентрацию глюкозы крови в нормальных пределах, позволяет резко затормозить развитие или прогрессирова-