

группы ($p=0,025$). В отличие от пациентов 1-й группы, в цитограмах пациентов 2-й группы происходило увеличение процентного содержания моноклеарных клеток: Л — до 15,5 (12,0; 20,0), М — до 14,5 (12,0; 17,5) при отсутствии динамики уровня Гц ($p=0,03$, $p=0,002$, $p=0,04$ относительно дооперационных показателей 1-й группы) (таблица 1). В то же время активность появления соединительнотканых клеточных элементов Фбл была выражена меньше, чем у пациентов 1-й группы ($p=0,02$), что указывает на недостаточную активность регенеративной фазы. Несмотря на снижение количества СЯН, сохранение высокого уровня ДН, дальнейшее увеличение содержания одноядерных клеток (М, Л) у пациентов 2-й группы указывает на пролонгированность воспалительных реакций в тканях раны на фоне проведения лечения. При этом к моменту проведения АДП раны пациентов 2-й группы демонстрировали полную клиническую готовность к операции. Однако в послеоперационном периоде наблюдались признаки нестабильности в приживлении лоскутов, что потребовало включение в лечение дополнительных средств. В результате полное приживление лоскутов констатировалось позднее, чем у пациентов 1-й группы — на 12 (10;15) сутки ($p=0,015$). Это указывает на то, что использование только клинической оценки состояния раны недостаточно информативно для контроля местного лечения ХР.

Характер динамики остальных показателей цитогаммы (ПН, СЯН, ФН, Мф, Фц) была аналогичной изменениям в 1-й группе (таблица 1).

Вывод

Анализ течения хронического раневого процесса на основе цитологической верификации является дополнительным методом исследования, который позволяет оценить полноценность предоперационной подготовки раны и объективно подтвердить готовность раны к пластическому закрытию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абаев, Ю. К.* Лечение хронических ран, язв и пролежней / Ю. К. Абаев // Медицинские новости. — 2006. — № 6. — С. 34–40.
2. *Фенчин, К. М.* Заживление ран / К.М. Фенчин. — Киев: «Здоров'я», 1979. — 168 с.
3. Современные методы морфологического и гемостазиологического анализа репаративного процесса в ране с использованием информативно-программного обеспечения / М.И. Титова [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. — 2000. — № 7. — С. 24–36.

УДК 616.831-005.1-071-091

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И РЕЗУЛЬТАТОВ АУТОПСИИ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

Степанец О. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Частота внутримозговых нетравматических кровоизлияний варьирует от 12 до 15 на 100 тыс. населения в год. Внутримозговые нетравматические кровоизлияния возникают обычно во время повседневной активности и редко во время сна, что связывают с повышением артериального давления или мозгового кровотока [1].

Среди внутричерепных нетравматических кровоизлияний различают внутримозговые нетравматические паренхиматозные кровоизлияния, внутримозговые гематомы, субарахноидальные кровоизлияния, оболочечные (суб- и эпидуральные) кровоизлияния [2].

Наиболее частыми причинами внутричерепных нетравматических кровоизлияний являются: артериальная гипертензия, мешотчатые аневризмы и артерио-венозные мальформации [3].

Цель и методы исследования

Целью настоящего исследования была оценка клинической картины у пациентов с внутречерепными нетравматическими кровоизлияниями в сравнении с результатами аутопсии.

Методикой исследования было сопоставление и анализ клинических данных больных, умерших от внутречерепных нетравматических кровоизлияний, с протоколами аутопсии.

Объектом исследования явились: случаи смерти пациентов от внутречерепных нетравматических кровоизлияний. Изучены протоколы вскрытий Гомельского областного клинического патологоанатомического бюро и истории болезни пациентов неврологического и реанимационного отделения Гомельской городской клинической больницы № 3 за 2011–2012 гг.

Результаты исследования

Половозрастной состав умерших изучен с использованием общепринятого деления по возрасту. Полученные данные по половозрастному составу представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение больных по возрасту и полу в основной группе

Возраст, лет	Количество больных, n = 40	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
40–49	6	15,0	4	10,0	2	5,0
50–59	16	40,0	5	12,5	11	27,5
Старше 60	18	45,0	10	25,0	8	20,0
Всего	40	100	19	47,5	21	52,5

Как следует из таблицы 1, среди умерших от нетравматических внутречерепных гематом, преобладали лица пожилого возраста (18 чел. — 45,0 %), мужчины составили 52,5 %.

Уровень сознания при поступлении в случае нетравматического внутречерепного кровоизлияния является важным фактором, определяющим прогноз у пациента. Частота встречаемости различных уровней нарушения сознания, в группе исследованных составила: оглушение — 5 (12,5 %) чел., сопор — 9 (22,5 %) и кома — 26 (65,0 %) пациентов.

Очаговые неврологические симптомы характеризуют локализацию кровоизлияния в головном мозге. Их частота представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Очаговые неврологические расстройства

Тип нарушения	Количество случаев, n	%
Гемипарез, гемиплегия	16	40
Судорожные припадки	1	2,5
Тотальная афазия	5	12,5
Нарушение функции глазодвигательных нервов	3	7,5
Тетрапарез	1	2,5

Как следует из таблицы 2, наиболее частым проявлением нетравматического внутречерепного кровоизлияния были гемипарез или гемиплегия (16 чел. — 40 %) и тотальная афазия (5 чел. — 12,5 %).

Патоморфология нетравматических внутримозговых кровоизлияний разнообразна и представлена в таблице 3.

Как следует из таблицы 3, наиболее характерными находками на вскрытии были: диффузный отек головного мозга (40 случ. — 100 %) и внутримозговая гематома с прорывом в желудочки — у 19 (47,5 %) чел.

Таблица 3 — Патология головного мозга, выявленная при аутопсии

Патологические изменения	Число исследований, n	%
Диффузный отек головного мозга	40	100
Внутримозговая гематома	19	47,5
Кровоизлияние в мозжечок	3	7,5
Кровоизлияние субарахноидальное	4	10,0
Кровоизлияние желудочковое	3	7,5
Гематома внутримозговая	8	20,0
Вклинение ствола головного мозга	4	10,0
Аневризма сосудов головного мозга	3	7,5
Артерио-венозная мальформация	3	7,5

Выводы

1. Среди умерших от нетравматических внутричерепных гематом преобладали лица пожилого возраста (45,0 %) без существенного гендерного превалирования.
2. Наиболее частым проявлением нетравматического внутричерепного кровоизлияния были гемипарез или гемиплегия и тотальная афазия.
3. Характерными находками на вскрытии были диффузный отек головного мозга и внутримозговая гематома с прорывом в желудочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, В. И. Внутричерепные нетравматические кровоизлияния: уч. пособие. Казанский государственный медицинский университет / В. И. Данилов, С. Н. Мартыненко, М. Ф. Исмагилов. — Казань, 2008. — 156 с.
2. Латышева, В. Я. Сосудистые заболевания головного мозга и их хирургическое лечение: уч. пособие / В. Я. Латышева, М. В. Олизарович, Е. А. Гуцева. — Гомель, 2004. — 146 с.
3. Скоромец, А. А. Нервные болезни: уч. пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 544 с.

УДК 617.735-021.3-001.48-089.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДЕОПАТИЧЕСКИХ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ

Степанова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Макулярные разрывы (МР) — относительно редко встречающаяся патология, приблизительно 3,3 на 10 тыс. населения. Но у людей старше 60 лет этот показатель увеличивается в 10 раз [3]. Идиопатический макулярный разрыв (ИМР) является одной из причин снижения центрального зрения у лиц пожилого возраста [2]. Впервые макулярный разрыв описан Кнарр в 1869 г. В 1907 г. Coats выделил группу макулярных разрывов, развивающихся без видимых предрасполагающих условий, а только лишь вследствие «старческих ангиоспастических изменений кровообращения» и назвал их «сенильными» или «идиопатическими макулярными разрывами» (ИМР). Объединяет больных ИМР возраст более 60 лет и преобладание среди них женщин. Анатомическое строение сетчатки макулярной области предрасполагает к развитию разрыва. Фовеола — центральная и наиболее тонкая часть макулы. Толщина сетчатки в фовеоле минимальна, равна 150 мкм, а связь сетчатки и кортикального стекловидного тела, напротив, очень прочная. Такое строение может предрасполагать к образованию кист, интратетинальному расслоению и в конечном итоге к разрыву сетчатки [3]. На анатомо-функциональные результаты хирургического лечения ИМР существенное влияние оказывает исходный размер макулярного разрыва. Эффективность эндовитреальной хирургии ИМР составляет 55–90 % [1].

Цель

Анализ эффективности хирургического лечения идеопатических макулярных разрывов сетчатки.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 15 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в 2012 году с диагнозом ИМР. Возраст пациентов от 32 до 75 лет, средний возраст составил $61,6 \pm 13,5$ лет. Распределение по полу — 3 мужчин (25 %), 12 женщин (75 %). Длительность заболева-