



Рисунок 2 – Стадии атеросклероза коронарных артерий у пациентов

Выводы

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы. Во-первых, наша работа подтвердила, что женщины представляют более высокий процент смертности от атеросклероза по сравнению с мужчинами. Это важное наблюдение может указывать на различия в патофизиологии и риске развития сердечно-сосудистых заболеваний между полами, требующие дальнейшего исследования. Во-вторых, возраст пациентов, умирающих от атеросклероза, обычно пожилой и не имеет значительных различий между мужчинами и женщинами, что может свидетельствовать о широком распространении этого заболевания среди пожилого населения. Наконец, наш анализ показал, что степень и стадия атеросклероза имеют прямую связь с процентом смертности пациентов: чем выше уровень поражения артерий, тем выше риск неблагоприятного исхода. Эти результаты подчеркивают важность раннего выявления и адекватного лечения атеросклероза для снижения его негативных последствий для здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Эргашов, Б. К.* Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия профилактика / Б. К. Эргашов // Образование наука и инновационные идеи в мире. – 2024. – Т. 38. – № 6. – С. 21–31.
2. *Шальнова, С. А.* Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований) / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Терапевтический архив. – 2011. – Т. 83. – № 1. – С. 7–12.
3. *Бойцов, С. А.* Статистическая, клиническая и морфологическая классификация ишемической болезни сердца-есть ли возможность объединения? / С. А. Бойцов // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 3(143). – С. 63–71.
4. *Шальнова, С. А.* Прогностическая оценка эпидемиологических характеристик ишемической болезни сердца / С. А. Шальнова // Кардиология. – 1997. – Т. 37. – № 9. – С. 49–54.

УДК 616.65-007.61-037-036.22

Э. А. Сотский

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОГНОЗА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение

Аденома предстательной железы, или простаты (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) – это увеличение размеров предстательной железы доброкачественного характера. Аденома возникает из-за разрастания желез простаты, расположенных около мочеиспускательного канала [1, 2, 3].

На развитие доброкачественной гиперплазии предстательной железы влияет сочетание множества факторов: гормональные; генетические, стромально-эпителиальные взаимодействия (взаимодействия клеточных элементов органа); факторы роста. ДГПЖ возникает в результате дисбаланса между клеточной пролиферацией (ростом) и апоптозом (запрограммированной гибелью клеток) в предстательной железе. Первоначально она проявляется в виде микроскопических скоплений, которые постепенно растут, увеличивая массу как железистой, так и стромальной (основной) ткани предстательной железы. Эта аномальная фаза роста простаты приводит к увеличению тонуса гладкой мускулатуры и размеров железы.

В развитии гиперплазии предстательной железы ведущая роль принадлежит половым гормонам. Изменяется гормональная регуляция, снижается уровень тестостерона в крови, повышается концентрация эстрадиола. В результате этих процессов повышается общий уровень эстрогенов, что ведет к активации фибробластов, выработке фибропластического фактора роста и разрастанию соединительной ткани в предстательной железе [4, 5].

Патогенез развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы зависит от множества факторов и состоит из следующих этапов:

Превращение тестостерона под действием фермента 5-альфа-редуктазы в дигидротестостерон приводит к разрастанию эпителия предстательной железы.

Повышение уровня эстрогенов способствует разрастанию стромы (соединительнотканной основы) предстательной железы [3, 4, 5].

Помимо всего перечисленного, при заболевании ухудшается кровообращение в предстательной железе, нарастает воспаление и отёк – дополнительный механический фактор, который ухудшает мочеиспускание.

Рост узлов в просвет мочевого пузыря приводит к мучительным симптомам, даже при небольших размерах узлов.

Нарушение мочеиспускания: наиболее характерный симптом аденомы простаты – это затруднение начала мочеиспускания, слабый поток мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Мочеиспускание может стать более частым, особенно ночью (никтурия).

Болезненные ощущения: у мужчин с аденомой простаты могут возникать болезненные ощущения в области мочевого пузыря, промежности и простаты. Интенсивность боли может варьировать, но чаще всего она незначительна.

Гематурия: у некоторых мужчин с аденомой простаты может обнаруживаться кровь в моче, что является тревожным симптомом и требует осмотра врача-уролога.

Эректильная дисфункция: у некоторых мужчин с аденомой простаты могут возникать проблемы с эрекцией, что связано с нарушением кровоснабжения полового члена [5].

Сопутствующие заболевания почек: при продолжительном нарушении мочеиспускания может возникнуть обратный отток мочи в почки, что может привести к развитию воспалительных заболеваний почек.

Динамическое наблюдение: если у пациента симптомы слабо выражены и не приносят ему дискомфорт, врач может рекомендовать просто наблюдать за состоянием и ожидать самостоятельного устранения симптомов или увеличения их активности.

Обязательный диагностический минимум включает: сбор анамнеза; заполнение дневника мочеиспускания и международного опросника IPSS и QOL; пальцевое ректальное исследование простаты; общий анализ мочи; бактериологический посев мочи; оценка функционального состояния почек; определение ПСА. Диффузная гиперплазия простаты – наиболее распространенный вид ДГПЖ, при котором происходят диффузные

изменения предстательной железы, отмечается равномерное увеличение размеров железы в объеме.

Фокальная гиперплазия простаты – в этом случае нарушение происходит только в некоторых участках простаты, что приводит к образованию ограниченных (фокальных) участков гиперплазии.

Лобулярная гиперплазия простаты – это изменение ткани простаты, при котором происходит формирование новых долек внутри железы.

Атрофическая гиперплазия простаты – это изменение ткани простаты, при котором происходит уменьшение размеров железы и ее замещение жировой тканью. Атрофическая гиперплазия простаты чаще всего развивается у пожилых мужчин.

Смешанная гиперплазия предстательной железы может включать в себя признаки разных форм изменения ткани железы [2, 4].

По статистике, практически у каждого третьего мужчины в возрасте старше 50 лет увеличен размер предстательной железы вследствие доброкачественной гиперплазии. К 40 года гистологические признаки гиперплазии простаты имеют 10 % мужчин, а к 80 годам – до 80 %. Известно, что доброкачественная простатическая гиперплазия возникает у трети мужчин старше 60 лет.

Цель

Оценить частоту встречаемости, наиболее типичные локализации, в зависимости от их гистологических подтипов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт, гистологических заключений и микропрепаратов 100 пациентов, находящихся на учете в Гомельской государственной областной больницы. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 100 пациентов было 100 (100%) мужчин. Возраст пациентов варьирует от 23 до 82 лет, средний возраст аттестации пациентов составил 68 лет при этом средний возраст появления первых симптомов составил 58 лет.



Рисунок 1 – Выявляемость аденомы в зависимости от возраста пациентов

Первые симптомы чаще всего выявляются в возрасте от 58 лет – 23 (1%) пациента, чаще от 58 до 70 – 64 (64%) пациента, от 70 до 82 – 35 (35%) пациентов.

Диагноз в среднем выставляется через 2 недели.

Согласно гистопатологической классификации доброкачественная эпителиальная гиперплазия обнаружена у 54 (54%) пациентов, узловая гиперплазия – у 7 (7%) пациентов, железистая гиперплазия – в 8 (8%) случаях, смешанная гиперплазия – 2 (2%) случаях. Около 28% (28 человек) имели ацинарную аденокарциному предстательной железы, кистозная атрофия предстательной железы у 1 (1%).

Выводы

Количество выявленного простатита при гистологическом исследовании постепенно увеличивается после 58 лет и достигает пика в возрасте от 59 до 70 лет. Преобладает наиболее часто эпителиальная гиперплазия предстательной железы. Так же довольно часто встречается ацинарная аденокарцинома предстательной железы. Реже всего встречается смешанная форма, узловая и кистозная атрофия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глыбочко, П. В. Интегративная урология. Руководство для врачей / П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. – М.: Медфорум, 2014. – С. 128–239, 314–326.
2. Касян, Г. Р. Комбинированное лечение симптомов нижних мочевых путей у мужчин / Г. Р. Касян, Л. А. Ходырева, А. А. Дударева и др. // Медицинский совет – 2016; 5:84–90.
3. Кривобородов, Г. Г. Симптомы нижних мочевыводящих путей у мужчин / Г. Г. Кривобородов. – М.: Урология. – 2014. – № 1. – С. 48–54.
4. Пушкарь, Д. Ю. Российские клинические рекомендации с современными данными ведущих российских специалистов / Д. Ю. Пушкарь, П. И. Раснер, Р. Р. Харчилава // Симптомы нижних мочевыводящих путей и доброкачественная гиперплазия предстательной железы. // Урология, 2016; (2, прилож.). – С. 4–19.
5. Раснер, П. И. Расстройства мочеиспускания у мужчин: методические рекомендации, № 6 / П. И. Раснер, М. А. Газимиев, З. К. Гаджиева. – М.: ООО «ИД «АБВ-пресс», 2017. – 35 с.

УДК 616.61-002-092:615.37

А. Ю. Шпаковский

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. А. Летковская

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ БЕРЖЕ

Введение

Болезнь Берже (IgA-нефропатия) – иммунокомплексное заболевание, характеризующееся наличием отложений IgA в клубочках почек. На сегодняшний день данное заболевание является наиболее частым морфологическим типом гломерулонефритов. По этиологическому принципу выделяют первичную форму (идиопатическую) и вторичную, возникающую на фоне целиакии, муковисцидоза, перенесенных острых респираторных инфекций, кожных и кишечных инфекций. Клинически данное заболевание чаще проявляется в макрогематурической форме, которая считается наиболее благоприятной и чаще встречается у детей. К менее благоприятным формам, чаще встречающимся у взрослых, относятся мочевои синдром, нефротический синдром, нефритический синдром, а также нефротический синдром с гематурией и гипертензией [1, 2].

На сегодняшний день не существует этиотропной терапии данного заболевания. Соблюдение гиполлергенной диеты, санация очагов первичной инфекции, прием инги-