

Несмотря на различную этиологию возникновения поражения (врожденная или приобретенная патология), причина смерти – отек головного мозга в совокупности с полиорганной недостаточностью.

### **Выводы**

В результате исследования постаноксических поражений ЦНС у детей были выявлены следующие особенности:

1. Наиболее чувствительный пол к патологии ЦНС – мужской (12 пациентов – 63%).
2. Средняя продолжительность жизни пациентов с органическими поражениями ЦНС – меньше года с момента рождения (8 месяцев 22 дня).
3. Пациенты, страдающие постреанимационными осложнениями и органическими поражениями ЦНС умирают от отека и набухания головного мозга, полиорганной недостаточностью.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Горяинова, Г. Н. Патоморфологическая характеристика дисциркуляторных и сосудистых изменений в головном мозге детей, перенесших перинатальную гипоксию и страдающих тяжелым органическим поражением ЦНС / Г. Н. Горяинова, В. Т. Дудка // Университетская наука: взгляд в будущее: Курский государственный медицинский университет, 2016. – С. 318–320.
2. Свирская, О. Я. Особенности интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома у детей, родившихся в асфиксии / О. Я. Свирская // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2012. – № 4(22). – С. 51–59.
3. Особенности эпилепсии в раннем детском возрасте / Л. Б. Новикова [и др.] // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2019. – № S1. – С. 1548–1554.

**УДК 616-006.4-08-091**

**А. Н. Михуто, И. М. Михасёв**

*Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТАНАТОГЕНЕЗА ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ**

### **Введение**

Гемобластозы – новообразования, возникающие из гемопоэтических клеток. В последние десятилетия взгляды на природу и патогенез данной группы патологий существенно изменились: их классификация, диагностические и прогностические критерии постоянно совершенствуются, а стратегия и тактика лечения преследуют все более оптимистичные цели [1].

В структуре заболеваемости гемобластозами доминируют лимфопролиферативные заболевания, в частности, острый и хронический лимфолейкозы (ОЛЛ и ХЛЛ), и такие миелолиферативные новообразования, как острый миелоидный (нелимфобластный) лейкоз (ОНЛЛ/ОМЛ), хронический миелолейкоз (ХМЛ), а также множественная миелома (ММ) и миелодиспластический синдром (МДС) [2].

Миелолиферативные заболевания (МПЗ) – это клональные заболевания, возникающие в результате поломок стволовой клетки (СК) на генетическом уровне. В частности, миелодиспластические синдромы (МДС) – гетерогенная группа клональных заболеваний опухолевой природы, в основе развития которых лежит поражение гемопоэтической СК, сопровождающееся неэффективным гемопоэзом, диспластическими изменениями,

затрагивающими клетки одной или нескольких линий миелопоэза, и повышенным риском развития ОМЛ. На протяжении длительного времени МДС не рассматривали как злокачественные новообразования [3].

Учение о лимфопролиферативных заболеваниях (ЛПЗ) является, пожалуй, самой обширной областью гематологии. Обращение к этой теме традиционно сопряжено с трудностями, обусловленными отсутствием классификации, базирующейся на едином сквозном признаке [4].

За последние два десятилетия было достигнуто улучшение выживаемости людей с онкогематологическими заболеваниями за счет применения эффективных методов специфической и сопроводительной терапии в условиях специализированных центров. Вместе с тем, в структуре летальности, не связанной с прогрессированием основного заболевания, сопровождающие высокодозную полихимиотерапию инфекционные осложнения на фоне глубокой миело- и иммуносупрессии по-прежнему являются одной из ведущих причин смерти. Пациенты с гемобластомами чаще подвержены генерализованным инфекциям вследствие поражения костного мозга самим заболеванием, а также использования миелоаблативной терапии. Следует отметить, что доля гемобластозов среди других онкологических заболеваний в отделениях интенсивной терапии достигает 70%. По последним данным смертность этих больных сравнима со смертностью при других критических состояниях, таких как сердечная недостаточность, цирроз печени и др. [5].

### ***Цель***

1. Провести патоморфологический анализ данных исследования по вопросу поражения различных систем органов при гемобластозах.

2. Выявить наиболее тяжелые осложнения, установить частоту и определить их роль в танатогенезе при гемобластозах.

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

Исследования проводились на основе изучения протоколов патологоанатомических вскрытий, проведенных в патологоанатомическом отделении общей патологии № 5 ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Было изучено 956 протоколов вскрытий за 2021–2022 годы, из которых в 56 протоколах гемобластоzy выступали в качестве основного заболевания.

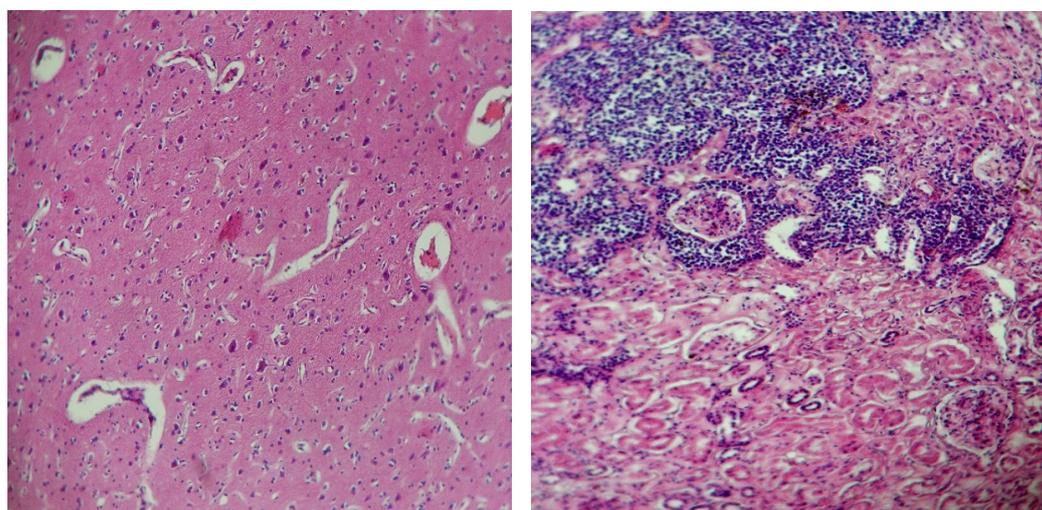
### ***Результаты исследования и их обсуждение***

За 2021–22 годы на базе патологоанатомического отделения общей патологии № 5 было проведено 956 патологоанатомических вскрытий, из которых в 56, что составляет 5,86%, гемобластоzy были основной нозологической формой. Осложнения носили разноплановый характер и были представлены следующим образом (таблица 1).

Согласно таблице 1, было установлено, что при гемобластозах такие осложнения, как отёк легких и отёк головного мозга (рисунок 1а), были выявлены в 70% и 57% клинических случаев соответственно, чаще всего являясь непосредственной причиной смерти. На ряду с ними, касаясь системы крови, наиболее часто встречались анемический (75%) и тромбоцитопенический (66%) синдромы в комбинации с геморрагическим (36%), по отношению к другим системам органов – их острое повреждение (ОППН в 21,5%, некротический нефроз в 46,5% (рисунок 1б)), а также коморбидные состояния, характеризующиеся присоединением бактериальной или грибковой инфекции (44,6%) с возможной последующей генерализацией (сепсис в 14,3 %). Отдельно можно выделить остеодеструктивный синдром, который в 71% случаев был характерным осложнением такого заболевания, как множественная миелома.

Таблица 1 – Частота встречаемости осложнений при различных формах гемобластозов, %

Вариант осложнения		Вариант диагноза										
		Анемия	Тромбоцитопения	Миелотоксический агранулоцитоз	Геморрагический синдром	ОППН	Некротический нефроз	Отек легких	Отек головного мозга	Нарушение мозгового кровообращения	Поражения органов дыхательной системы	Сепсис
1. ОЛЛ												
1.1	В-2 вариант	100	75	–	25	–	–	25	–	–	75	75
1.2	В-4 вариант	–	100	–	–	100	–	–	–	–	–	–
1.3	Т-2 вариант	–	100	–	100	100	100	100	100	–	100	100
2. ОНЛЛ (ОМЛ)												
2.1	Острый миелобластный (М1)	100	60	60	60	20	40	80	60	–	60	20
2.2	Острый миелобластный (М1-2)	100	100	–	–	–	50	100	50	–	–	–
2.3	Острый миелобластный (М2)	100	75	75	25	13	87	75	63	13	25	–
2.4	Острый промиелоцитарный (М3)	100	100	50	50	–	50	75	75	–	25	–
2.5	Острый миеломонобластный (М4)	75	75	–	75	25	75	100	50	–	–	–
3. ОЛ (бифенотипический вариант)		–	–	–	–	–	–	100	100	–	–	–
4. МДС												
4.1	С трансформацией в ОЛ	67	33	–	–	33	67	67	33	–	67	33
4.2	С избытком бластов	100	100	–	–	–	100	100	–	–	100	–
4.3	С мультилинейной дисплазией	–	100	–	–	–	–	–	100	100	100	100
5. Эритремия с трансформацией в ОЛ		–	–	–	100	100	–	100	100	–	–	–
6. Хронический сублейкемический миелоз												
6.1	С трансформацией в ОЛ	100	100	–	–	100	–	100	100	–	–	–
6.2	Хронический миелофиброз (ХСМ без трансформации в ОЛ)	100	–	50	–	–	–	–	100	–	50	–
7. Аутоиммунная гемолитическая анемия		100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
8. Гемофилия А		–	–	–	–	–	–	100	100	–	–	–
9. Идиопатическая апластическая анемия		–	33	–	67	67	33	67	100	33	–	–
10. ММ		57	57	14	29	–	43	100	43	–	43	14
11. ХЛЛ		100	100	50	50	–	50	50	100	–	–	–
12. ХМЛ		100	100	–	50	50	–	50	100	–	50	–
13. Хроническое миелопролиферативное заболевание (неклассифицированное)		100	100	–	–	100	100	–	–	–	100	–



а

б

Рисунок 1 – Осложнения гемобластозов: а – отёк головного мозга; б – некротический нефроз

## **Выводы**

1. Частота встречаемости гемобластозов за 2021–2022 годы по отношению к общему количеству вскрытий составила 5,86%.

2. Превалирующими осложнениями являлись поражения внутренних органов (отёк головного мозга, отёк легких, некротический нефроз) и системы крови (анемический, тромбоцитопенический и геморрагический синдромы).

3. Также наблюдалось присоединение бактериальной и грибковой инфекции с возможной последующей генерализацией.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Литвицкий, П. Ф. Гемобластозы. Лейкозы лимфоидного происхождения / П. Ф. Литвицкий, Т. Н. Жевак // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – № 15 (5). – С. 457–470. doi: 10.15690/vsp.v15i5.1620
2. Долгих, Т. Ю. Клинико-морфологический анализ костномозгового микроокружения при хронических лимфо- и миелопролиферативных заболеваниях : автореф. дис. канд. мед. наук: 2212.6. – Новосибирск, 2020. – С. 55–56.
3. Современная классификация и диагностика миелодиспластических синдромов / Д. Ф. Глузман [и др.] // Онкология. – 2017. – № 19. – С. 218–222.
4. Угляница, К. Н. Злокачественные лимфомы / К. Н. Угляница // ГГМУ. – 2003. – № 2. – С. 3–10.
5. Анализ причин летальности детей с острыми лейкозами и лимфомами / К. А. Василенко [и др.] // Журнал фундаментальной медицины и биологии. – 2012. – № 4. – С. 49–52.

**УДК 618.14-006-036.2-053.7**

**М. Г. Нестерович**

*Научный руководитель: ассистент кафедры И. П. Главацкая,  
к.б.н., доцент Д. А. Зиновкин, ассистент кафедры Р. В. Зятиков*

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

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВИДОВ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТЕЛА МАТКИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ**

### **Введение**

Лейомиома матки (миома, ЛММ) – доброкачественная моноклональная опухоль узлового строения, окруженная капсулой и развивающаяся из гладкомышечных клеток миометрия матки. В соответствии с гистогенетическим принципом, положенным в основу классификации ВОЗ, опухоль из гладкомышечных клеток имеет название «лейомиома» [1].

В настоящее время лейомиома матки является наиболее частой доброкачественной опухолью у женского населения, и занимает лидирующее место среди всех заболеваний женской половой системы: на нее приходится 25–30% в структуре гинекологической заболеваемости [2].

Наиболее высокая заболеваемость миомой матки приходится на поздний репродуктивный период и предклимактерический [3]. Женщины в возрасте 30–45 лет и старше имеют повышенный риск развития миомы матки, о чем свидетельствует более высокий уровень заболеваемости среди этих возрастных групп [4].

Отмечено присутствие в анамнезе таких факторов риска, как: позднее начало месячных, обильные менструации, воспалительные заболевания женских половых органов, поздние роды или их отсутствие, дисбаланс гормонального фона в различных фазах цикла [5].