

жемчужины). Среди пациентов, 48% имеют ороговевающую форму рака гортани (G1 – высокая дифференциация, G2 – средняя степень дифференцировки). Экзофитный рост рака наблюдается чаще на голосовых складках и в преддверии гортани, реже в подскладковом отделе. При эндофитном росте рак гортани чаще локализуется в подскладковой области, прорастает вглубь, инфильтрирует и разрушает подлежащие ткани. В начальном периоде роста опухоль не разрушает слизистую оболочку. В дальнейшем, с развитием глубокого инфильтрата, слизистая оболочка отекает, изъязвляется, принимает инфильтративно-язвенную форму [1]. Среди 79% пациентов встречается инвазивная форма плоскоклеточного рака.

Выводы

Количество выявленных патологий гортани при гистологическом исследовании постепенно увеличивается после 28 лет и достигает пика в возрасте от 43 до 84 лет. Преобладания больных по половому признаку не выявлено. Наиболее частая локализация плоскоклеточных раков гортани – голосовые связки, 13 (25%) пациентов. Также локализуются в гортаноглотке, собственно гортани, вестибулярных складках. Самые распространенные гистологические подтипы – высокодифференцированные опухоли и раки со средней степенью дифференцировки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Татчихин, В. В.* Рак гортани, гортаноглотки, корня языка : монография / В. В. Татчихин, И. Д. Шляга, Е. П. Медведева. – Гомель : ГомГМУ, 2008. – 224 с.
2. *Осинский, С. П.* Экспрессия гипоксия-индуцибельного фактора a-1 в опухолевой ткани и ее связь с некоторыми клиническими характеристиками заболевания / С. П. Осинский // Онкология. – 2006. – № 1. – С. 33–37.
3. *Шабад, Л. М.* Эволюция концепций blastomagenesis / Л. М. Шабад. – Гомель, 2007. – С. 6–7.
4. *Трапезников, Н. Н.* Методологические вопросы изучения онкогенеза / Н. Н. Трапезников, Ю. Н. Соловьев, Г. Х. Шингарова. – М. : Медицина, 1988. – 208 с.
5. Республиканский научно-практический центр онкологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://omr.by/news/stati/rak-gortani> – Дата доступа: 03.03.2024.

УДК 616.831-007.43-053.1

К. С. Бобровник, Е. А. Колонтай

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ В СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Введение

Черепно-мозговая грыжа (цефалоцеле) – это грыжевое выпячивание в области дефекта костей черепа, обычно локализующееся в местах соединения костей. Цефалоцеле возникает в результате нарушения закрытия дефекта нервной трубки и обычно формируется на 4й неделе внутриутробной жизни [1].

Черепно-мозговые грыжи разделяют в зависимости от содержимого грыжевого мешка на следующие виды: менингоцеле – содержимое грыжи составляют оболочки и цереброспинальная жидкость (ЦСЖ), менингоэнцефалоцеле – содержимое грыжи включает оболочки, мозговое вещество, менингоэнцефалоцистоцеле – содержимым грыжи выступают оболочки, вещество мозга и часть бокового желудочка [1].

Крайним вариантом такого уродства является экзэнцефалия – отсутствие кости и мягких покровов передних отделов головы и недоразвитие мозга с выбуханием в де-

фект его остатков. Эта патология несовместима с жизнью. В ряде случаев эти формы сочетаются с внутренней гидроцефалией [2].

Цель

Определить структуру и особенности черепно-мозговых грыж у абортированных плодов в общей структуре врождённых пороков развития (ВПР) и врожденных пороков развития центральной нервной системы (ВПР ЦНС), а также оценить популяционную частоту встречаемости.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 1150 протоколов вскрытия абортированных плодов в течение 7 лет – с 2015 по 2022 г., по материалам ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Срок прерывания беременности от 10 до 21 недели. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2020, Microsoft Word 2010.

Результаты исследования и их обсуждение

За период 2015–2022 гг. было выявлено 75 случаев черепно-мозговых грыж, 57 из которых входили в состав ВПР ЦНС. Подъем встречаемости, обусловленной ВПР и ВПР ЦНС, составил 12,3%, наблюдался в 2020 году. Сравнительно низкая частота встречаемости ВПР и ВПР ЦНС зафиксирована в 2016 году – 2,28% (таблица 1).

Таблица 1 – Частота встречаемости черепно-мозговых грыж среди абортированных плодов

Год	Количество вскрытий	В том числе с черепно-мозговыми грыжами		Количество вскрытий с ВПР ЦНС	В том числе в составе ВПР ЦНС	
		общее	%		общее	%
2015	140	6	4,29	16	5	31,25
2016	175	4	2,28	19	3	15,8
2017	155	11	7,09	29	9	31
2018	143	6	4,2	17	4	23,5
2019	155	10	6,45	34	8	23,5
2020	130	16	12,3	28	12	42,9
2021	127	12	9,44	31	8	25,8
2022	125	10	8	16	8	50

По локализации черепно-мозговые грыжи разделяют на:

- свода черепа;
- фронтоэптоидальные (рисунок 1а);
- затылочные (рисунок 1б);
- базилярные.

Были выявлены дефекты костей при черепно-мозговых грыжах от небольших, в виде отверстий, которые часто не изменяли нормальную конфигурации головы, до значительных, когда в отверстие проникала большая часть вещества головного мозга. Крупные мозговые грыжи сопровождаются тяжелыми мозговыми расстройствами и быстро приводят к смерти.

Чаще всего в структуре врожденных пороков развития ЦНС встречалась кистозная расщелина (менингоцеле) – 52 случая, а по локализации – черепно-мозговая грыжа (энцефаломенингоцеле) затылочной области – 20 случаев, реже энцефалоцеле – 2 случая и менингоэнцефалоцистоцеле – 1 случай.



а

б

Рисунок 1 – Черепно-мозговые грыжи: а – фронтозтмоидальная; б – затылочной области

По данным диаграммы (рисунок 2) возникновение черепно-мозговых грыж встречалось преимущественно у абортirованных плодов мужского пола (55%), реже – у плодов женского пола (44%), в 1% случаев пол был не установлен из-за выраженной вторичной деформации плода.

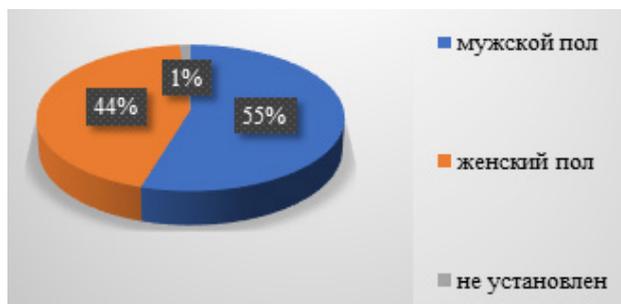


Рисунок 2 – Оценка половой принадлежности в возникновении черепно-мозговых грыж

Возраст матери при черепно-мозговых грыжах у абортirованного плода была представлена следующим образом (рисунок 3).

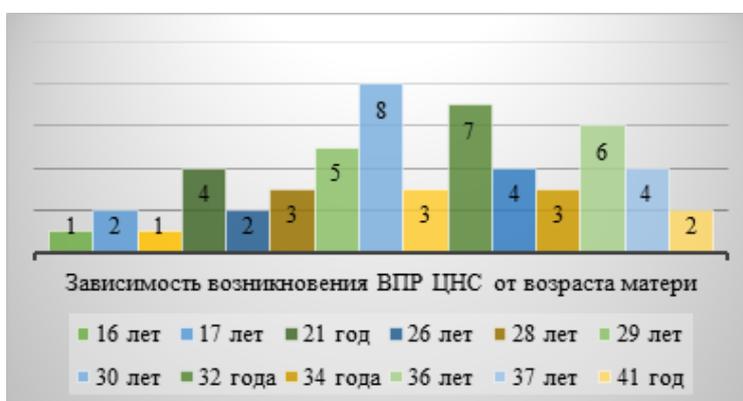


Рисунок 3 – Зависимость возникновения черепно-мозговых грыж от возраста матери

При данной патологии минимальный возраст матери составил 16 лет (1 случай), максимальный – 41 год (2 случая), в то время как медианный возраст матерей с ВПР ЦНС плодов составил 29 лет. Наиболее часто патологии ВПР ЦНС возникают в возрасте матерей 30 лет (8 случаев).

Выводы

1. По приведенным статистическим данным установлено, что частота черепно-мозговых грыж составляла от 2,28 до 12,3% среди всех аутопсий плодов.

2. Частота возникновения черепно-мозговых грыж у абортированных плодов мужского пола в 1,25 раз выше, чем у женского пола.

3. В исследуемом материале черепно-мозговые грыжи в 30% случаев были выявлены в структуре ВПР ЦНС.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cephalocele detection in utero: sonographic and clinical features / N. Budorick [et al.] // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 5. – P. 77–85

2. Гусев, Е. И., Коновалов, А.Н., Скворцова, В. И. Неврология и нейрохирургия / Под ред. акад. РАН А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 122.

УДК 616-007-053.1:576.316]-018.1

А. А. Бондарева, Д. В. Шаповалов

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТРИПЛОИДИИ В СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Введение

Хромосомные болезни – это группа врожденных наследственных болезней, проявляющихся множественными пороками развития, различающихся по клинической картине, часто сопровождающимися тяжелыми нарушениями психического и соматического развития [1]. Аномалии хромосом, связанные с нарушением числа целых хромосомных наборов, представлены у человека триплоидией и тетраплоидией [2].

Триплоидия – это геномная мутация, при которой в кариотипе имеется три гаплоидных набора хромосом. У человека возможно существование трех вариантов триплоидных кариотипов: 69, XXX, 69, XXУ, 69, ХУУ. Основным механизмом формирования триплоидии считается диспермное оплодотворение. В очень редких случаях триплоидный кариотип формируется в результате эндорепликации одного из родительских геномов в диплоидной зиготе [2]. Соотношение кариотипов 69, XXX и 69, XXУ составляет около 1:2. Кариотип 69, ХУУ обнаруживается очень редко в связи с его ранним летальным эффектом [2].

Частота встречаемости составляет 1% от зачатий и 0,1–1 случай на 10000 беременностей. Возникновение триплоидии не связано с возрастом родителей, средний возраст матерей и отцов таких детей не отличается от контрольных цифр [3].

При синдроме триплоидии в одних случаях могут обнаруживаться пустые плодные мешки, в других – плодные мешки с остатками резорбирующегося эмбриона, в третьих –