

встречалось у лиц, страдающих сахарным диабетом. Установлено, что у всех пациентов происходит поражение задней межжелудочковой артерии, которая является ветвью правой коронарной артерии.

2. Наличие сахарного диабета может приводить к более тяжелым формам ишемической болезни сердца, так поражение сосудов при сахарном диабете может сопровождаться формированием атеросклеротических бляшек коронарных артерий. Возникновение таких изменений может приводить к поражению нескольких сосудов, например, атеросклеротическое поражение задней межжелудочковой и передней нисходящей артерии, которые являются ветвями правой и левой коронарной артерии. Закупорка этих сосудов приводит к возникновению инфаркта в задненижней стенке левого желудочка и верхушки сердца.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интерпретация лабораторных исследований при сахарном диабете / А. В. Селиванова, А. С. Аметов, А. Везалис [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 160 с.
2. Цветков, В. А. Субклиническая дисфункция левого желудочка у больных сахарным диабетом 2-го типа / В. А. Цветков, Е. С. Крутиков, С. И. Чистякова // Проблемы эндокринологии. – 2020. – Т. 66, № 1. – С. 56–63.
3. Каган, И. И. Клиническая анатомия сердца : иллюстрированный авторский цикл лекций / И. И. Каган. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с.

УДК 616.345-006-07-091.8-052(476.2)

А. Л. Федорович

Научный руководитель: ассистент кафедры И. П. Главацкая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

В настоящее время имеется общепринятая концепция двух путей канцерогенеза в слизистой оболочке толстой кишки: наиболее распространенная – последовательность «аденома-рак» и альтернативная – прямой путь формирования рака *de novo*, так называемые неполипозидные предшественники колоректального рака. Концепция развития «аденома – карцинома» хорошо известна и описывается в виде ступенчатых изменений нормального эпителия прямой и ободочной кишки в аденому, а затем в рак, которые связаны с накоплением множества генетических повреждений в эпителиальных клетках [1].

Аденома – доброкачественная, четко отграниченная эпителиальная опухоль из железистого эпителия. Выделяют 3 гистологических типа колоректальных аденом: тубулярный, тубулярноворсинчатый, ворсинчатый. Существует также особый гистологический тип колоректальной аденомы – зубчатая аденома, близкая по строению к гиперпластическому полипу, но обладающая возможностью малигнизации [2].

В классификации Всемирной организации здравоохранения зубчатые колоректальные поражения делятся на 3 подтипа:

1. Гиперпластический полип (НР):

– гиперпластический полип, микровезикулярный тип (MVHP);

– гиперпластический полип, богатый бокаловидными клетками (или клетками гоблета) (GCHP);

– гиперпластический полип, бедный муцином (MPHP).

2. Сидячая зубчатая аденома/полип (или зубчатая аденома/полип на широком основании) с или без цитологической атипии (SSA/P).

3. Традиционная зубчатая аденома (TSA) [3].

Полип – собирательное клиничко-морфологическое понятие, обозначающее небольшую доброкачественную опухоль, возвышающуюся над слизистой оболочкой.

По морфологической классификации выделяют несколько типов полипов кишечника: полипы одиночные и групповые, ворсинчатые опухоли, диффузный полип [4].

Цель

Изучение частоты встречаемости доброкачественных новообразований толстой кишки в разных возрастных группах и проведение сравнительного анализа клиничко-морфологических форм новообразований толстой кишки среди пациентов Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное изучение 120 заключений патологогистологических исследований пациентов Гомельской области в возрасте от 25 до 85 лет за 2024 год на базе патологоанатомического отделения общей патологии №5 ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Всех пациентов мы разделили на две группы: мужчины и женщины и среди этих групп выделили возрастные подгруппы. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводились в программе «Microsoft Office Excel» 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании было выявлено, что частота встречаемости новообразований толстого кишечника (аденомы и полипы) у женщин составила 56,66%, у мужчин – 43,34%. В исследуемую группу вошли 68 женщин в возрасте 25–85 лет и 52 мужчины с таким же возрастным диапазоном (таблица 1).

Таблица 1 – Количество женщин и мужчин разных возрастных групп, имеющих новообразование толстого кишечника

Возрастная группа	25–35	36–45	46–55	56–65	66–75	76–85
Количество женщин	5 (7,36%)	7 (10,29%)	9 (13,23%)	25 (36,76%)	17 (25%)	5 (7,36%)
Количество мужчин	1 (1,92%)	2 (3,85%)	13 (25%)	22 (42,3%)	11 (21,16%)	3 (5,77%)

Среди женщин получились следующие результаты: в возрастной группе 25–35 лет частота встречаемости новообразований толстого кишечника составила 7,36%, в возрастной группе 36–45 лет – 10,29%, 46–55 лет – 13,23%, 56–65 лет – 36,76%, 66–75 лет – 25%, 76–85 лет – 7,36% (рисунок 1).

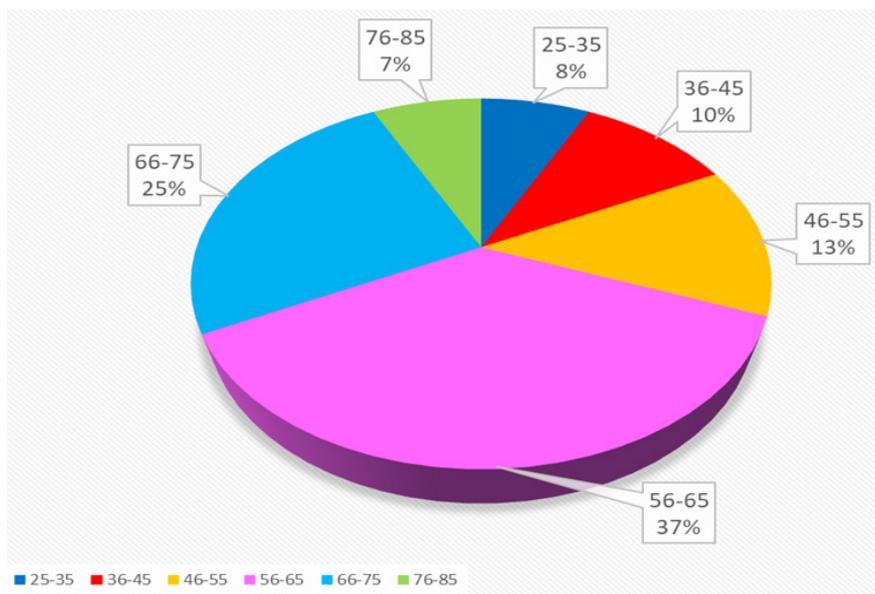


Рисунок 1 – Количество женщин, имеющих новообразования толстого кишечника

У мужчин в возрастной группе 25–35 лет частота встречаемости новообразований толстой кишки составила 1,92%, в возрастной группе 36–45 лет – 3,85%, 46–55 лет – 25%, 56–65 лет – 42,3%, 66–75 лет – 21,16%, 76–85 лет – 5,77% (рисунок 2).

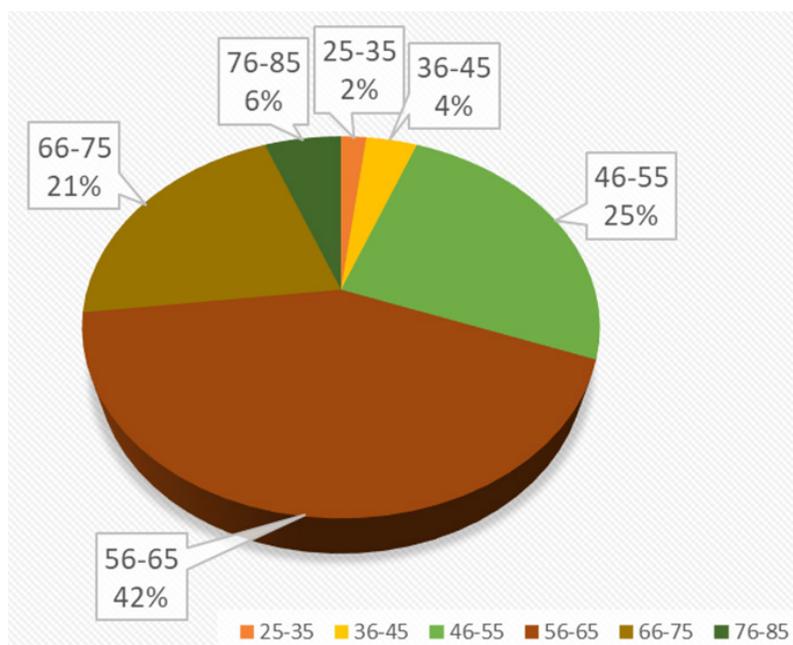


Рисунок 2 – Количество мужчин, имеющих новообразования толстого кишечника

Выводы

Таким образом, при анализе данных мы видим, что новообразования толстой кишки (полипы и аденома) чаще встречаются у женщин и у мужчин в возрасте 56–65 лет и 66–75 лет, 36,76 % и 25% и 42,3% и 21,16% соответственно.

Зубчатое образование с дисплазией низкой степени толстой кишки у женщин составляют 22,07%, гиперпластический полип – 19,1%, тубулярная аденома с дисплазией низкой степени – 45,6%, тубулярная аденома с дисплазией высокой степени – 1,47%,

тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией низкой степени – 5,9%, тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией высокой степени – 2,92%, ворсинчатая аденома – 1,47%, зубчатое образование с дисплазией высокой степени – 1,47%.

В группе мужчин были выявлены следующие данные: гиперпластический полип – 25%, зубчатое образование с дисплазией низкой степени толстой кишки – 23,07%, зубчатое образование с дисплазией высокой степени толстой кишки – 1,92%, тубулярная аденома с дисплазией низкой степени – 34,6%, тубулярная аденома с дисплазией высокой степени – 5,76, тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией низкой степени – 5,76%, тубулярно ворсинчатая аденома с дисплазией высокой степени – 1,92%, ворсинчатая аденома – 1,97%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности трансформации небольших эпителиальных новообразований толстой кишки. / А. А. Владимирова [и др.]. // Колопроктология. – 2019. – № 1 (27). – С. 4–9.
2. Колоректальные аденомы / А. Д. Борсук [и др.]. // Проблемы здоровья и экологии. – 2021. – № 3 (29). – С. 39–44.
3. Зубчатые аденомы толстой кишки: клинико-морфологическая и молекулярно-генетическая характеристика / Л. М. Михалёва, Р. А. Комлева, А. Е. Бирюков [и др.]. // Архив патологии. – 2017. – Т. 79, № 1. – С. 19–27.
4. Полипы толстой кишки: эпидемиология, факторы риска, критерии диагностики, тактики ведения / Е. А. Лаптева, И. В. Козлова, Ю. Н. Мялина [и др.]. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9, № 2. – С. 252–259.

УДК 616.711-007.254-091

Д. Д. Филиппова, А. Л. Кротова

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПАТОМОРФОЛОГИЯ КИСТОЗНЫХ РАСЩЕЛИН ПОЗВОНОЧНИКА (SPINA BIFIDA)

Введение

Spina bifida – это врожденный порок развития, при котором наблюдается нарушение формирования нервной трубки: неполное закрытие ее просвета, сопровождающееся характерными дефектами развития спинного мозга. В основе spina bifida лежит недоразвитие эктодермы и мезодермы, что приводит к аномальному формированию нервной трубки. Спинномозговая грыжа – это выпячивание оболочек, корешков, спинномозговых нервов и спинного мозга в области дефекта нервной трубки. По составляющим, входящим в грыжевой мешок, грыжи при spina bifida классифицируются на менингоцеле, менингорадикулоцеле, миеломенингоцеле, миелоцистоцеле. Также у плодов могут наблюдаться и скрытые расщелины позвоночника.

Этиология тканевых миелодисплазий (spina bifida) весьма разнообразна. Помимо наследственной предрасположенности, важную роль в возникновении врожденных пороков развития (ВПР) нервной системы играет получение травм, интоксикация, инфекции, гормональные нарушения в организме матери (дефицит фолиевой кислоты), возникающие на ранних сроках беременности.

Важным идентифицирующим показателем для установления spina bifida у плода ранее 24 недели беременности является повышение уровня альфа-фетопротеина, что указывает на вероятность формирования миелодисплазии и иных неврологических расстройств в 7–10%. В сочетании с видимыми на ультразвуковом исследовании маль-