

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-

формациями конечностей, различным соотношением размеров желудочков головного мозга (ГМ), многоводием в 3 триместре беременности, шанс формирования миелодисплазии приравнивается к 80%. Выявление неврологических аномалий развития плода, в том числе и spina bifida, является показанием к прерыванию беременности.

В настоящее время частота встречаемости миелодисплазий составляет один случай на 1000–3000 новорожденных. Исходя из данных, spina bifida является распространенным пороком развития, что указывает на актуальность проблемы своевременной диагностики и профилактики заболевания.

Цель

Провести статистический анализ морфологических особенностей плода с врожденной кистозной расщелиной позвоночника. Выявить частоту встречаемости spina bifida и ее сочетание с различными ВПР.

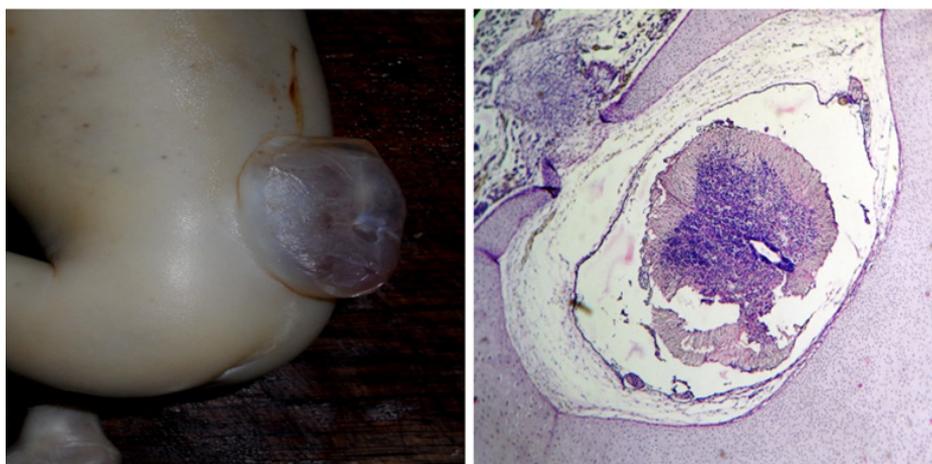
Материал и методы исследования

В исследовании были использованы данные 1349 протоколов вскрытий плодов патологоанатомического отделения общей патологии № 5 ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2015 по 2024 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным за период с 2015 по 2024 гг. в Гомельской области было установлено 72 случая миелодисплазий, из которых 62 приходилось на spina bifida типа менингоцеле (что составляет 86,1% из всех выявленных миелодисплазий), 1 случай на spina bifida типа менингомиелоцеле (1,4%) и 7 на скрытые расщелины позвоночника (9,7%).

Макроскопически менингоцеле характеризовалось наличием в различных отделах позвоночника кистозных образований, покрытых кожей и элементами мягкой мозговой оболочки (рисунок 1а). Размеры кистозных образований варьировали в широких пределах. Содержимым являлась спинномозговая жидкость. Микрокопически в зоне кисты имелся дефект твердой мозговой оболочки (рисунок 1б).



а

б

Рисунок 1 – Кистозная расщелина позвоночника типа менингоцеле: а – макроскопическая картина; б – микроскопическая картина. Окраска: гематоксилином и эозином. Увеличение: × 100

Из 62 эпизодов менингоцеле 18,7% составили случаи сочетания менингоцеле с внутренней гидроцефалией, 4,6% – сочетание с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и 10,9% – с двухсторонней внутренней косолапостью (рисунок 2).

СОЧЕТАНИЕ МЕНИНГОЦЕЛЕ С РАЗЛИЧНЫМИ ВПР

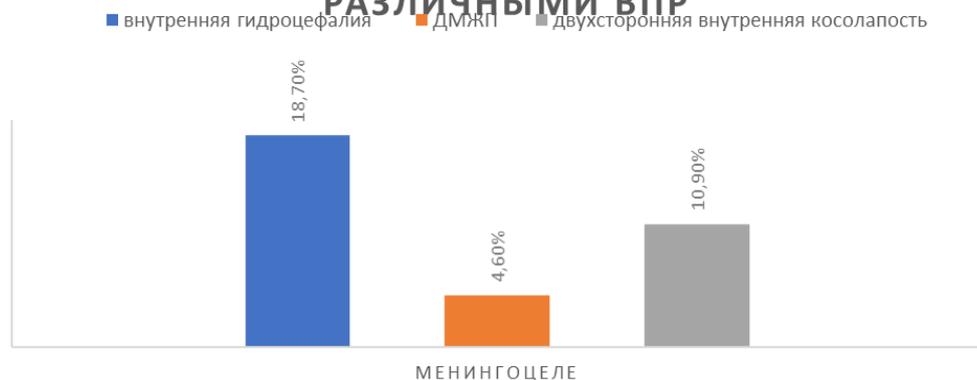


Рисунок 2 – Соотношение частоты встречаемости различных ВПР при *spina bifida* типа менингоцеле

На *spina bifida* типа менингомиелоцеле пришелся всего 1 случай, который включал в себя миелодисплазию, сочетающуюся с выявленной двусторонней внутренней косолапостью.

Внутренние расщелины позвоночника сопровождалась диастематомиелией в 6 эпизодах из всех 7 установленных, также отмечалось сочетание с внутренней врожденной косолапостью (2 из 7 случаев) и единичные комбинации внутренней расщелины позвоночника с аплазией артерии пуповины и сколиотической деформацией позвоночника.

Также была выявлена закономерность развития тех или иных ВПР в зависимости от локализации деформации нервной трубки. Патологическое несращение на уровне грудного отдела позвоночника чаще сочеталось с наличием добавочной селезенки у плода (2 случая из 2 выявленных), нежели иная локализация, а пояснично-крестцовая миелодисплазия чаще остальных сопровождалась наличием внутренней гидроцефалии и двухсторонней внутренней косолапостью (12 случаев из 39), что подтверждает патологическое, аномальное развитие органов и тканей дистальнее несращения нервной трубки у плода.

Выводы

По результатам нашего исследования было выявлено следующее:

1. Из всех случаев установленных миелодисплазий наиболее частой формой является менингоцеле (86,1%), чуть менее статистически значимыми являются скрытые расщелины позвоночника (9,7%) и всего 1,4% приходится на *spina bifida* типа менингомиелоцеле.

2. Наиболее частой комбинацией миелодисплазий с различными ВПР является менингоцеле в сочетании с внутренней гидроцефалией (18,7% из всех установленных случаев *spina bifida* типа менингоцеле).

3. Выявлена закономерность развития тех или иных ВПР в зависимости от локализации деформации нервной трубки: при *spina bifida* на уровне грудных позвонков чаще выявляется добавочная селезенка, а на уровне пояснично-крестцовых – внутренняя гидроцефалия с внутренней двухсторонней косолапостью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. / Р. Ромеро [и др.]. – М. : Медицина, 1994. – 448с.
2. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней ; под ред. Э. К. Айдамазяна, В. С. Баранова. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 416 с.
3. Pregnancy outcome and complications in women with spina bifida / M. Arata, S. Grover, K. Dunne [et al.]. // J Reprod Med. – 2000. – Vol. 45. – P. 743–748.
4. Johnston, L. B. Bladder dysfunction and neurological disability at presentation in closed spina bifida / L. B. Johnston, M. Borzyskowski // Arch. Dis. Child. – 1998. – Vol. 79. – P. 33–38.