

Таблица 1 — Средний возраст пациентов

	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Ошибка среднего	ДИ 95 %
Возраст пациентов в исследовании	58,43	13,22	1,7	[55,01; 61,84]
Возраст пациентов с менингиомами	60,29	10,95	2,23	[55,66; 64,91]
Возраст пациентов с глиомами	60,22	11,86	2,8	[54,33; 66,12]

Нами было выявлено 11 случаев метастатического поражения головного мозга: 4 случая метастазов плоскоклеточного рака, 3 случая метастазов рака молочной железы, 3 случая других эпителиальных опухолей и 1 случай — метастаз пигментной меланомы.

Выводы

Таким образом, в Рязанской области за 2019 г. наиболее часто встречающимися гистологическими типами опухолей ЦНС являются менингиомы G1 (29 %) и глиобластомы G4 (22,58 %). Глиомами чаще болеют мужчины, а менингиомами — женщины. Средний возраст пациентов с глиомами — $60,22 \pm 11,86$ лет, с менингиомами — $60,29 \pm 10,95$ лет. Наиболее частой локализацией глиальных опухолей в нашем исследовании — лобная доля и теменная доля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дяченко, А. А. Эпидемиология и выживаемость больных первичными опухолями центральной нервной системы: популяционное исследование: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.12; 14.02.03 / А. А. Дяченко. — Архангельск, 2014. — 155 с.
2. Агзамов, И. М. Первичные опухоли головного мозга в самаркандском регионе. Клинико-эпидемиологические особенности, ближайшие и отдаленные результаты лечения больных: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.18 / И. М. Агзамов. — СПб., 2016. — 214 с.
3. Каприн, В. В. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. — 252 с.
4. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2012–2016 / Q. Ostrom [et al.] // Neuro-Oncology. — 2019. — Vol. 21, № S5. — P. 1–100.
5. Chertenko, T. N. Clinical and morphological features of diffuse gliomas in population of Kharkiv region from 2000 to 2014 / T. N. Chertenko, I. I. Yakovtsova // Morphologia. — 2016. — Т. 10, № 3. — С. 325–329.

УДК 616.831-005-036.11-091.5

АНАЛИЗ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Харитонович Е. А., Яковлева М. А.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой одну из основных причин заболеваемости, смертности, длительной утраты трудоспособности и инвалидности в обществе [1].

К основным немодифицируемым (некорректируемым) факторам риска относятся пол, возраст, наследственность, этническая принадлежность. Выделяют также модифицируемые (корректируемые) факторы риска: табакокурение, избыточная масса тела, низкий уровень физической активности, неправильное питание, длительное психоэмоциональное напряжение или острый стресс [3].

Нарушения сердечного ритма, как один из факторов развития исследуемой патологии, выявляются у пациентов с ОНМК в 41,9 % случаев. У этой же категории пациентов летальность в 1,3 раза выше, а тяжелое течение заболева-

ния отмечается в 1,5 раза чаще, чем в тех случаях, когда ОНМК было связано с другими заболеваниями.

По литературным данным, сахарный диабет (СД) в 2 раза повышает риск развития острых нарушений мозгового кровообращения [2]. Дополнительным фактором риска ОНМК у пациентов с СД является гипогликемия, которая приводит к спазмированию сосудов, повышению артериального давления, увеличению частоты сердечных сокращений, пульсового давления, а также увеличивает вязкость крови и снижает капиллярный кровоток.

Атеросклеротическое поражение артерий, кровоснабжающих мозг (прежде всего сонных и позвоночных), значительно повышает риск ишемического инсульта — до 13 % в год. Внутренняя сонная артерия при атеросклерозе поражается чаще остальных сосудов, кровоснабжающих головной мозг [4].

Выделяют три основные патогенетические формы инсультов: инфаркт мозга (острая фокальная ишемия, приводящая к инфаркту головного мозга), внутримозговое кровоизлияние (разрыв неизмененного внутримозгового сосуда или артериальной аневризмы) и субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние.

Цель

Провести анализ протоколов вскрытий, где ОНМК определяется в структуре патологоанатомического диагноза. Определить морфологические формы ОНМК, их локализацию.

Материал и методы исследования

В ходе анализа были изучены данные 256 патологоанатомических вскрытий за 2015–2017 гг. Конечная выборка, где ОНМК выставлено в патологоанатомическом диагнозе, составила 50 человек.

Результаты исследования и их обсуждения

Анализ данных выявил три ведущие основные причины смертности в выборке: инфаркт головного мозга (48 %), кровоизлияние (30 %), ИБС (22 %).

Результаты исследования показали, что из всей выборки острые нарушения мозгового кровообращения являлись основной причиной в структуре диагноза в большей степени у мужчин — 52 % умерших, у женщин — 48 %; средний возраст умерших по всей выборке составил 77 лет, при минимальном возрасте 48 лет и максимальном — 99 лет.

По причинам смертности ведущим оказался инфаркт головного мозга (далее ИГМ) — 48 % исследуемых. Локализация данного поражения преобладала в левой гемисфере (18 человек). В несколько меньшем количестве (7 человек) ИГМ локализовался в правой гемисфере. Так же установлено, что наибольшее число инфарктов приходится на теменно-височную область (11 человек), теменную область (5 человек) и гораздо меньше в затылочной области и целой гемисфере, с локализацией в нескольких областях полушария (3 человека). Вторичное геморрагическое пропитывание на периферии очага инфаркта (обнаружено в 2 случаях) и перивентрикулярный инфаркт (1 случай).

Заклучения, где выставлено внутримозговое кровоизлияние по типу внутримозговой гематомы, составили — 30 %. По анатомическому расположению изученные случаи в равной степени приходятся на правую гемисферу, левую гемисферу и кровоизлияние в ствол (по 5 человек на каждую из описанных выше локализаций). Преобладающие варианты локализации — теменно-затылочная область (4 человека). Случаи с прорывом крови в желудочки мозга, выявлены у 3-х человек; в несколько меньшей степени встречаются поражения ствола головного мозга, базальных ганглиев, затылочной и височно-теменной области (по 2 человека на каждую из описанных локализаций).

Также в 22 % случаев течение кардиологической патологии в дальнейшем осложнилось ОНМК. Основными сопутствующими заболеваниями в выборке были установлены диффузный атеросклеротический кардиосклероз, эксцен-

тричная гипертрофия миокарда, хронической аневризмы, расширение полостей сердца или стенозирующий атеросклероз коронарных артерий.

Выводы

Из полученных данных видно, что наиболее частой локализацией является инфаркт мозга в области левой гемисферы с локализацией преимущественно в теменно-височной области. При этом возраст умерших от изучаемых патологий пациентов составляет от 48 до 99 лет. Инфаркт головного мозга выявлен в 48 % случаев, внутримозговое кровоизлияние в 30 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Johnston, S. C. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling / S. C. Johnston, S. Mendis, C. D. Mathers. // *Lancet Neurol.* — 2009. — № 9. — P. 56–59.
2. Гулевская, Г. С. Факторы риска сосудистых поражений мозга у больных сахарным диабетом / Г. С. Гулевская, Ю. К. Миловидов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2001. — № 8. — С. 25–27.
3. Hart, R. G. The end of the long-term decline in stroke mortality in the United States? / R. G. Hart. // *Lancet.* — 1992. — Vol. 339. — P. 589–594.
4. Догоспитальная помощь больным с мозговыми инсультами в Санкт-Петербурге / А. А. Скоромец [и др.] // *Сосудистые заболевания нервной системы: матер. Всерос. науч.-практ. конф.* — СПб., 2011. — С. 5–18.

УДК 616.611:616.61]-076

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ КЛУБОЧКОВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕРЖЕ ПО ДАННЫМ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Чумакова Е. В., Цумерова В. О.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Болезнь Берже является вариантом мезангиопролиферативного гломерулонефрита, характеризующегося пролиферацией мезангиальных клеток и наличием субэндотелиальных и мезангиальных отложений иммуноглобулина А [1].

Французский исследователь J. Berger был первым, кто указал на гистопатологические особенности мезангиопролиферативного гломерулонефрита, известного как IgA-нефропатия. критерий, который позволяет поставить диагноз, несмотря на разнообразие патологических изменений при световой микроскопии: «Нефробиопсия у этих пациентов позволяет выявить различные гистологические изменения, начиная от нормы и до хронического гломерулонефрита, который чаще носит фокальный характер без типичных признаков острого постинфекционного (постстрептококкового) гломерулонефрита [2].

При оценке гистологических изменений клубочков наиболее широко используется Оксфордская гистопатологическая классификация IgA-нефропатии, которая включает 5 характерных гистопатологических признаков, определяющих прогноз этой болезни: мезангиальную гиперклеточность (M), эндокапиллярную гиперклеточность (E), сегментарный склероз (S), тубулярную атрофию / интерстициальный склероз (T) и обнаруженные недавно клеточные полулуния (C) [2, 3].

Цель

Оценить патоморфологические особенности изменений в почечных клубочках при IgA-нефропатии (болезни Берже) согласно классификации MEST-C по данным биопсийного материала пациентов Гомельской области за 2018–2021 гг.

Материал и методы исследования

Для оценки патоморфологических особенностей изменений в клубочках архивный материал ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Материалом для исследования стали 31 патогистологи-