

вень общего холестерина повышается через 6 мес. после завершения ПВТ у пациентов ХВГТ с устойчивым вирусологическим ответом [5].

Выводы

1. HCV-инфекция ассоциирована со снижением уровней холестерина сыворотки крови у пациентов с ХВГС, что свидетельствует о важности взаимодействия между вирусом гепатита С и липидами хозяина.

2. При проведении ПВТ уровень холестерина у пациентов с ХВГС повышается и остается таковым через 6 мес. после ее завершения, в том числе до уровней, ассоциированных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Viral hepatitis: new data on hepatitis C infection / E. Szabo [et al.] // *Pathol. Oncol. Res.* — 2003. — № 9. — P. 215–221.
2. Абдурахманов, Д. Т. Перспективы в лечении хронического гепатита С / Д. Т. Абдурахманов // *Клиническая гепатология.* — 2010. — № 3. — С. 3–9.
3. Changes in serum lipid concentrations in patients with chronic hepatitis C virus positive hepatitis responsive or non-responsive to interferon therapy / S. Hamamoto [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2005. — № 20. — P. 204–208.
4. Changes in serum lipoprotein profile during interferon therapy in chronic hepatitis C / M. Naeem [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2001. — № 96. — P. 2468–2472.
5. Lipid profile among chronic hepatitis C Egyptian patients and its levels pre and post treatment / H. Ehab [et al.] // *Nature and science.* — 2010. — Vol. 8(7). — P. 1545–1070.
6. Hepatitis C virus infection and its clearance alter circulating lipids: Implications for long-term follow-up / E. Kathleen [et al.] // *Hepatology.* — 2009. — Vol. 50 (4). — P. 1030–1037.
7. Serum lipid parameters in patients with chronic hepatitis C during IFN-free treatment: effect of HCV genotype and cirrhosis / C. Freissmuth [et al.] // *Z. Gastroenterol.* — 2015. — № 53. — P. 82.

УДК 616.831-073.756.8.004

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Савченко О. Г.

Научные руководители: Л. А. Лемешков; к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сосудистая патология занимает ведущее место среди заболеваний нервной системы, являясь частой причиной смерти и стойкой утраты трудоспособности. В развитых странах смертность от сосудистых заболеваний головного мозга занимает второе место после новообразований [1]. Хронические цереброваскулярные заболевания, к которым относится дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), являются фактором риска развития инсульта, а так же — причиной постепенного нарастания неврологических и психических расстройств [2].

В настоящее время отмечается тенденция к старению населения: примерно 12–15 % составляют люди старше 65 лет, причем к 2020 г. их численность возрастет, по меньшей мере, в 2 раза [2]. По данным различных авторов, исследовавших распространенность сосудистых когнитивных расстройств, когнитивные нарушения сосудистого генеза выявляются у 5–22 % лиц пожилого возраста. Так же согласно анализа профилактических осмотров населения сосудистые заболевания мозга выявляются даже у лиц трудоспособного возраста в 20–30 % случаев [3]. Все эти данные свидетельствуют о том, что актуальность проблемы сосудистой патологии головного мозга с течением времени только возрастает.

Цель

Анализ литературных данных по вопросу диагностики хронической ишемии головного мозга при помощи компьютерной томографии (КТ) головного мозга.

Материал и методы исследования

Обзор литературы по результатам нейровизуализации при хронической ишемии головного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение

Под ДЭ принято понимать хроническую прогрессирующую форму цереброваскулярной патологии, для которой характерно развитие многоочагового или диффузного ишемического поражения головного мозга, что проявляется комплексом неврологических и нейропсихологических нарушений [1].

Для постановки диагноза ДЭ, в отечественной литературе, выделяют следующие критерии [1, 4]:

— этиологический: наличие выраженного сосудистого заболевания, сопровождающегося грубым нарушением гемодинамики;

— клинический: сочетание психопатологических нарушений (вначале неврозоподобных и эмоциональноволевых, затем психоорганического синдрома, вплоть до деменции) с очаговыми неврологическими симптомами;

— нейровизуализационный (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография головного мозга): сочетание множественного мелкоочагового поражения перивентрикулярного белого вещества (лейкоареоз), лакунарных (от 5 до 15 мм) инфарктов, часто клинически латентных, и атрофической водянки головного мозга, превышающей возрастную.

По мнению ряда авторов имеются данные о наличии КТ-маркеров характерных для хронической ишемии мозга. В. В. Евстигнеев и соавторы [5] выделяют следующие специфические паттерны, характерные для КТ-картины дисциркуляторной энцефалопатии:

1. Наружная и внутренняя гидроцефалия.
2. Одиночные очаги ишемического генеза на разной стадии развития.
3. Атеросклероз магистральных сосудов мозга.
4. Феномен «leukoaraiosis».

Однако при оценке КТ-грамм следует учитывать аномалии закладки и развития мозга и резидуальную органическую недостаточность. При этом согласно анализу некоторых авторов [5], прогрессирование внутренней гидроцефалии является более надежным критерием наличия и динамики дисциркуляторной энцефалопатии, чем попытки визуализации ишемических очагов. Это может быть связано с тем, что нейровизуализацию ишемических очагов могут затруднять их малые размеры (менее 0,5 см в диаметре, объем ткани менее 20 см²) или возможна изоденсивная стадия процесса.

В ряде исследований выявлена связь между тяжестью и (или) локализацией нейровизуализационных изменений и выраженностью когнитивных и двигательных нарушений [4, 5]. Было показано, что умеренное когнитивное расстройство возникает, когда распространенность лейкоареоза превышает как минимум 10 % белого вещества полушарий, а при распространении более 1/4 объема белого вещества полушарий сопровождается деменцией. При наличии лакун выраженность когнитивных нарушений зависит не столько от числа лакунарных очагов, сколько от их локализации (глубинные отделы лобных долей, головка хвостатого ядра и переднее бедро внутренней капсулы, таламус). Выраженность когнитивных нарушений увеличивается при двустороннем поражении указанных структур и сочетании лакунарных очагов с лейкоареозом. Более того, должно быть соответствие между нейровизуализационными изменениями и профилем когнитивных нарушений. Отмечена также связь между распространенностью лейкоареоза, особенно в передних отделах мозга, локализацией лакунарных очагов в чечевицеобразном ядре и выраженностью нарушений ходьбы и равновесия. Выраженность когнитивных и двигательных нарушений при ДЭ коррелирует и со степенью расширения боковых желудочков и особенно их передних рогов. С другой стороны, отсутствие изменений на КТ при клинической картине 2–3 стадий ДЭ заставляет усомниться в диагнозе и проводить дифференциальную диагностику с нейродегенеративными заболеваниями.

Выводы

Таким образом, представленный краткий обзор литературных источников позволяет говорить о целесообразности направленного изучения методов нейровизуализации при диагностике хронической ишемической болезни мозга, а так же использовании КТ для опре-

деления стадии заболевания и его динамики. Уточнение и разработка КТ-маркеров хронической ишемии головного мозга, а также их связи с клиническими проявлениями позволит минимизировать большое количество субъективных и описательных характеристик дисциркуляторной энцефалопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно, Н. Н. Дисциркуляторная энцефалопатия / Н. Н. Яхно, И. В. Дамулин, В. В. Захаров. — М.: Медицина, 2000. — 324 с.
2. Гусев, Е. И. Ишемия головного мозга / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова. — М.: Медицина, 2001. — 248 с.
3. Дамулин, И. В. Нарушения ходьбы и равновесия при дисциркуляторной энцефалопатии. Клинико-нейропсихологическое и МРТ сопоставление / И. В. Дамулин, В. Г. Брызжахина, Н. Н. Яхно // Неврол. журн. — 2004. — № 4. — С. 8–13.
4. Яхно, Н. Н. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Когнитивные нарушения / Н. Н. Яхно, О. С. Левин, И. В. Дамулин // Неврол. журн. — 2001. — № 1. — С. 8–10.
5. Компьютерно-томографическая характеристика дисциркуляторной энцефалопатии / В. В. Евстигнеев [и др.] // Новости лучевой диагностики. — 2000. — № 2. — С. 25–26.

УДК 616.370-006-07

РАК ГУБЫ НА ФОНЕ ДИФFUЗНОГО ПРЕДРАКА: РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Салапонова Д. В., Купчина В. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *С. А. Иванов*

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

Введение

Рак губы (РГ) развивается на фоне предопухолевых заболеваний красной каймы (КК) в 80–90 % наблюдений [1–5]. К диффузному предраку (ДП) относятся: лейкоплакия с поражением всей КК, актинический кератоз, хронический хейлит. Факторы риска РГ и ДП не отличаются, причем обычно воздействуют на всю губу [2, 5]. Клинические проявления раннего РГ и ДП неспецифичны и скудны, решающую роль в диагностике играет гистологическое исследование [4, 5]. При обнаружении РГ на фоне ДП важно установить наличие или отсутствие малигнизации и выраженной дисплазии КК вне клинически определяемой карциномы.

Цель

Проанализировать данные гистологического исследования удаленной каймы губ у пациентов с РГ на фоне ДП.

Материал и методы исследования

В 2014–2015 гг. выполнено 16 операций по поводу РГ на фоне ДП. Мужчины — 14, женщины — 2. Средний возраст — $70,3 \pm 6,9$ года. Дооперационный диагноз: РГ T₁N₀M₀ — 13 пациентов, РГ T₂N₀M₀ — 3 пациента. Удаляли полнослойный фрагмент губы с опухолью и всю КК с предопухолевыми изменениями. Препараты губы с опухолью и КК с ДП разделяли и направляли на гистологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение

При гистологическом исследовании манифестной опухоли выявлен плоскоклеточный рак (ПКР), в том числе G₁ — 15 (93,8 %), G₂ — 1 (6,3 %). Анамнестические и клинические проявления ДП КК вне опухоли до операции соответствовали следующим нозологическим формам: актинический кератоз — 10 (62,5 %) пациентов, хронический хейлит — 3 (18,8 %), поверхностная лейкоплакия — 3 (18,8 %). В участках удаленной КК с ДП при гистологическом исследовании выявлены следующие изменения: дисплазия многослойного плоского эпителия 1–2 степени — 11 (68,8 %), дисплазия многослойного плоского эпителия 3 степени — 3 (18,8 %), неинвазивный ПКР — 1 (6,3 %), микроинвазивный ПКР — 1 (6,3 %). Таким образом, у 5 из 16 (31,3 %) пациентов в гистологическом материале обнаружен злокачественный рост или выраженная степень дисплазии. Клинические проявления изменений КК в этих наблюдениях трактовались как лейкоплакия в 3 случаях, как актинический кератоз —