

10. Obermayer-Pietsch B. M. Genetic predisposition for adult lactose intolerance and relation to diet, bone density, and bone fractures / B.M. Obermayer-Pietsch, C.M. Bonelli, D.E. Walter et al. // J. Bone Miner res., 2004, V. 19, P. 42.

11. Marini F., Modulatory effect of farnesyl pyrophosphate synthase (FDPS) rs 2297480 polymorphism on the response to long-term aminobisphosphonate treatment in postmenopausal osteoporosis / F. Marini, A. Falchetti, S. Silvestri et al. // Current Medical research and opinion, 2008, V.9, P. 2609-2615.

12. Гинзбург М.М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение / М.М.Гинзбург // Медпрактика-М, 2002, С. 182.

13. Skurk T. Relationship between adipocyte size and adipokine expression and secretion / T. Skurk, C. Alberti-Huber, C. Herder, H. Hauner // J. Clin. Endocrinol. Metab., 2007, V. 6(92), P. 1023-1033.

14. Katz J.D. Getting to the heart of the matter: osteoarthritis takes its place as a part of the metabolic syndrome / J.D. Katz, S. Agrawal, M. Velazquez // Curr. Opin. Rheumatol., 2010, V. 22(5), P. 512-519.

## **НЕЙРОРАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ВНУТРИМОЗГОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ**

*Тименова С.В., Шапоров И.Н., Кулеш С.Д.*

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Благодаря внедрению в клинику рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) значительно изменились представления о частоте, тяжести течения и прогнозе нетравматических внутримозговых кровоизлияний (ВМК) [1]. Большинство публикаций по радиологической характеристике ВМК основаны на исследовании пациентов, госпитализированных в одно из лечебных учреждений региона, т.е. с использованием госпитального регистра ВМК [2]. Между тем исследование всех случаев ВМК в популяции может представить более точный спектр проявлений заболевания, что необходимо как с клинической, так и организационной точки зрения.

**Цель.** Установить спектр нейровизуализационных характеристик ВМК в крупной городской популяции.

**Материалы и методы.** Все случаи нетравматического ВМК, развившегося среди 342 444 жителей г. Гродно в течение 12-ти месяцев 2011 года, были зарегистрированы и комплексно оценены. Данные исследований подвергнуты углубленному анализу по разработанному нами алгоритму, включающему оценку комплекса следующих ключевых параметров, ассоциированных в отдельности, по данным литературы, с исходом ВМК. 1) Объем кровоизлияния в мл ( $\text{см}^3$ ), который рассчитывался по методу R.U. Kothari и соавт. [3]. 2) Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния, оцениваемая в баллах по 12-балльной шкале J. Rusalleda, A. Peiro [4]. 3) Смещение срединных структур в мм. 4) Выраженность компрессии перимендцефалических (обводных) цистерн, оцениваемая по 4-балльной

шкале [5], что верифицирует транстенториальную дислокацию / смещение мозга. 5) Степень окклюзионной гидроцефалии, оцениваемую по 24-балльной шкале [5,6].

**Результаты и обсуждение.** За исследуемый период времени в г. Гродно зарегистрировано 107 случаев ВМК. Диагноз ВМК был верифицирован при РКТ/МРТ/аутопсии в 97 (90,7%) случаях. Нейрорадиологическое исследование проведено в 69 случаях (64,5%), в том числе 63 РКТ и 6 МРТ. Средний срок от момента возникновения ВМК до проведения нейровизуализации составил 1,8 суток. Преобладающей локализацией очагов кровоизлияния являлись глубокие отделы полушарий (базальные ганглии и таламус), что отмечалось у 39 из 89 пациентов (43,8%). Лобарные кровоизлияния составили 24,7%, кровоизлияние в ствол – 10,1%, в мозжечок – 4,5%, внутрижелудочковые геморрагии – 3,4%. У 12 пациентов (13,5%) наблюдались ВМК смешанной / множественной локализации. Объем кровоизлияния был рассчитан по данным РКТ/МРТ у 66 пациентов с кровоизлиянием в вещество головного мозга (без учета 3 пациентов с внутрижелудочковым кровоизлиянием). Расчет объема проведен также у 14 умерших пациентов, которым не проводилось нейрорадиологическое исследование, но в протоколе аутопсии имелось подробное описание размеров гематомы. Объем кровоизлияния варьировал от 1,8 до 210,0 мл и в среднем составил  $48,4 \pm 53,8$  мл; медиана данного показателя – 29,3 мл. Среди подгрупп по объему кровоизлияния наибольший удельный вес составили пациенты с объемом менее 21 мл (37,5%), а также с объемом более 50 мл (32,5%). Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния в среднем составила  $2,5 \pm 2,8$  баллов, медиана этого показателя – 2,0 балла. Наибольшее количество составили пациенты, у которых кровь в желудочковой системе отсутствовала (43,1%), а также с минимальным количеством баллов (от 1 до 4), т.е. внутрижелудочковым кровоизлиянием легкой степени тяжести (30,8%). Среднее значение показателя степени окклюзионной гидроцефалии составило  $10,6 \pm 6,2$  баллов, медиана – 9,0 балла. Почти половину (44,6%) от всех исследуемых составили пациенты, набравшие от 1 до 8 баллов, что соответствовало незначительной степени гидроцефалии. Среднее значение выраженности компрессии перимезенцефалических (обводных) цистерн составило  $1,4 \pm 1,5$  баллов, медиана данного показателя – 1,0 балл. Наибольший

Таблица 1 – Радиологические характеристики пациентов с ВМК в популяции г. Гродно в 2011 г.

Показатель	Количество (%) / другая единица
Объем кровоизлияния, мл ( $M \pm \sigma$ , n=80)	48,4±53,8
Медиана (ИКР) объема кровоизлияния, мл	29,3 (9,4–60,0)
Объем кровоизлияния, n=80 менее 21 мл 21–30 мл 31–50 мл более 50 мл	30 (37,5%) 13 (16,3%) 11 (13,8%) 26 (32,5%)
Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния, баллы ( $M \pm \sigma$ , n=65)	2,5±2,8
Медиана (ИКР) обширности внутрижелудочкового кровоизлияния, баллы	2,0 (0–5,0)
Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния 0 баллов 1–4 баллов 5–8 баллов 9–12 баллов	28 (43,1%) 20 (30,8%) 15 (23,1%) 2 (3,0%)
Степень окклюзионной гидроцефалии, баллы ( $M \pm \sigma$ , n=65)	10,6±6,2
Медиана (ИКР) степени окклюзионной гидроцефалии, баллы 0 баллов 1–8 баллов 9–16 баллов 17-24 баллов	9,0 (5–15) 2 (3,1%) 29 (44,6%) 19 (29,2%) 15 (23,1%)
Выраженность компрессии обводных цистерн, баллы ( $M \pm \sigma$ , n=65)	1,4±1,5
Медиана (ИКР) выраженности компрессии обводных цистерн 0 баллов 1–2 баллов 3–4 баллов	1,0 (0–2) 25 (38,5%) 26 (40,0%) 14 (21,5%)
Смещение срединных структур, мм ( $M \pm \sigma$ , n=65)	4,7±5,5
Медиана (ИКР) смещения срединных структур 0 мм 1–5мм >5 мм	3,0 (0–6) 24 (36,9%) 20 (30,8%) 21 (32,3%)

Примечание: ИКР – интерквартильный размах

Удельный вес составили пациенты в подгруппах с 0 и 1–2 баллами 38,5% и 40,0% соответственно. Смещение срединных структур было измерено у 65 пациентов, среднее значение составило 4,7±5,5мм. Анализ данного показателя показал примерно одинаковое количество пациентов в каждой из подгрупп по степени смещения.

**Выводы.** Впервые установлен спектр нейровизуализационных характеристик ВМК в Восточно-Европейской популяционной группе. Преимущественной локализацией ВМК у пациентов г. Гродно были глубокие отделы полушария (43,8% всех случаев). Анализ количественных радиологических характеристик пациентов с ВМК в гродненской популяции свидетельствует о тяжелом течении ВМК у жителей нашего региона. Объем кровоизлияния, степень смещения срединных структур и распространенность транстенториальной дислокации / смещения мозга коррелирует с высоким уровнем 1-месячной летальности.

#### Литература

1. Primary Intracerebral Hemorrhages in the Besançon Stroke Registry / L. Tatu [et al.] // Eur. Neurology. – 2000. – Vol. 43. – P. 209–214.
2. Neuroimaging in intracerebral hemorrhage / F. Macellari [et al.] // Stroke. – 2014. – Vol. 45. – P. 903–908.
3. The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes / R.U. Kothari [et al.] // Stroke. – 1996. – Vol. 27. – P. 1304–1305.
4. Ruscalleda, J. Prognostic factors in intraparenchymatous hematoma with ventricular hemorrhage / J. Ruscalleda, A. Peiro // Neuroradiology. – 1968. – Vol. 28. – P. 34–37.
5. Diringier, M.N. Hydrocephalus: A previously unrecognized predictor of poor outcome from supratentorial intracerebral hemorrhage / M.N. Diringier, D.F. Edwards, A.R. Zazulia // Stroke. – 1998. – Vol. 29. – P. 1352–1357.
6. Hydrocephalus is a determinant of early mortality in putaminal hemorrhage / T.G. Phan [et al.] // Stroke. – 2000. – Vol. 31. – P. 2157–2162.

## СОВРЕМЕННЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

*Тихон Н.М., Василевская О.А., Казанович В.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Согласно данным эпидемиологических исследований от 10 до 30% населения различных стран страдают аллергией [3]. В структуре аллергических заболеваний (АЗ) преобладают бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит, крапивница и ангионевротический отек. Несмотря на достижение определенного прогресса в диагностике, лечении и профилактике аллергических заболеваний частота их не имеет тенденции к снижению. Наоборот, говорят об эпидемии аллергических заболеваний и изменении закономерностей их течения [1, 2]. Поэтому актуальность данного вопроса не вызывает сомнений.

**Цель** - проанализировать современные особенности течения аллергических заболеваний у детей.

**Материалы исследования.** Для обследования был отобран случайным образом 41 пациент, находившийся на лечении по поводу аллергического заболевания в 6-ом отделении ГОДКБ. С целью изучить анамнез заболевания и жизни разработана специальная анкета. В заполнении анкеты обязательно принимали участие родители обследуемых детей. Также изучению подлежала медицинская