

морфологические признаки, которые могли бы предсказать агрессивность течения этой группы опухолей.

2. В исследованных группах опухолей выявлен рост пролиферативной активности. Первая группа опухолей имеет ИПА 10-12%. Индекс пролиферативной активности во второй группе незначительно выше и составляет 14%. Опухоли с агрессивным течением имеют ИПА 20-30%, у первичнозлокачественных опухолей он увеличивается до 35-57%.

3. С ростом анаплазии опухолей меняется их сосудистое русло, уменьшается количество сосудов от 150 сосудов в гигантоклеточных опухолях, протекающих без особенностей, до 50 сосудов в первичнозлокачественных опухолях. Исключением стали опухоли с быстрым ростом, в которых было выявлено до 250 сосудов, что требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Воронович, И.Р. Диагностика и хирургическое лечение остеобластокластом позвоночника / И.Р. Воронович, Л.А. Пашкевич// Материалы итог. науч.- практ. конф. травм.-ортоп.- Минск.- 1996. – С. 95-96.
2. Schajowkz, F. Histological Typing of Bone Tumours. 2-nd ed. Springer-Verlag, 1993.
3. Соловьев, Ю.Н. // Арх. патол. 1998. № 6. С. 57-60.
4. Fechner R.E., Milk S.E. Tumor of the Bones and Joints: Atlas of Tumor Pathology. Third Series. F. 8. Washington: AFIP, 1993. P. 3-6.
5. Виноградова, Т.П. Опухоли костей. М.: Медицина, 1973.
6. Dorfman, H.D., Czerniak B. Bone Tumors. St. Louis; Baltimore; Boston, 1998.

ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ

**Полякова С.М., Меркулова Е.П., Брагина З.Н.,
Сержанина В.Н., Кадлубай М.Н.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Частота выявления различных форм отогенных внутричерепных осложнений, по данным литературы, у больных с воспалительными поражениями уха колеблется от 2 до 10 %. Отогенные внутричерепные процессы наиболее часто возникают при хроническом гнойном среднем отите, реже – при остром. Заболеваемость среди мужчин и женщин

значительно не различается [1].

Наиболее часто инфекция из среднего уха распространяется в полость черепа контактным путем через верхние стенки барабанной полости и пещеры сосцевидного отростка, которые являются стенками черепных ямок.

Проблема профилактики и ранней диагностики отогенных внутричерепных осложнений казалась близкой к разрешению в связи с внедрением в лечебную практику современных антибактериальных препаратов и современных средств диагностики. Однако она остается актуальной и в настоящее время [1].

Наружный (ограниченный) пахименингит и экстрадуральный абсцесс являются наиболее частыми из всех интракраниальных осложнений [2]. Надежных объективных симптомов экстрадурального абсцесса и наружного пахименингита нет. Что касается субъективных симптомов, то они могут совсем отсутствовать или маскироваться симптомами отита или мастоидита. Верный диагноз, как правило, может быть поставлен лишь на операционном столе [2].

Цель исследования: изучить клинико-морфологическую картину внутричерепных осложнений при заболеваниях ЛОР-органов.

Задачи исследования: определить структуру внутричерепных осложнений при патологии ЛОР-органов, выявить причины смерти при развитии внутричерепных осложнений, определить заболевания, наиболее часто протекающие с внутричерепными осложнениями.

Для решения поставленных задач были проанализированы протоколы вскрытия пациентов с внутричерепными осложнениями, проходивших лечение в ЛОР-отделении 9 ГКБ г. Минска в 2008-2009 годах (17 случаев). Женщины составляли 58,8%, мужчины – 41,2%. 47% пациентов были в возрасте 50-60 лет. В большинстве случаев отмечалось позднее поступление в стационар, основная часть больных провела в стационаре 2 койко-дня. 65% пациентов были прооперированы. Основным клиническим диагнозом (57%) был хронический средний отит, в 32% – флегмона. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов отмечались в 94% случаев.

В 44% случаев осложнением был менингоэнцефалит, в 33 % – гнойный менингит, среди других осложнений отмечались тромбоз кавернозного синуса, сепсис, медиастинит, периостит. Среди непосредственных причин смерти преобладали отек и дислокация мозга (58%).

Выводы. Внутричерепные осложнения развиваются в большинстве случаев в возрасте 50-60 лет, преимущественно у женского пола. Характерным является позднее поступление в стационар. Наиболее часто внутричерепные осложнения возникают при обострении хронического среднего отита в виде гнойного менингита и менингоэнцефалита.

Литература

1. Гапанович В. Гнойное воспаление среднего уха и развитие внутричерепных осложнений. Медицинский вестник, 9 ноября 2007г.
2. Дербенева М.Л. Клиника и лечение начальных проявлений отогенных внутричерепных осложнений. Вестник оториноларингологии, № 3-1999, с. 22-25.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА КАК ПРИЧИНЫ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ

Прокопчик Н.И., Бутевич Ю.В., Трубина Д.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Внезапная сердечная смерть (ВСС) представляет одну из актуальных проблем современной клинической медицины. Достаточно сказать, что только в США ВСС уносит в год 300-400 тыс. человеческих жизней. ВСС является гетерогенным феноменом, охватывающим широкий спектр сердечно-сосудистой патологии. Однако 80-90% всех наблюдений ВСС обусловлено ишемической болезнью сердца и это принято обозначать термином «внезапная коронарная смерть». Среди основных факторов риска внезапной коронарной смерти выделяют: мужской пол, возраст от 40 до 60 лет, гиперхолестеринемию, курение, ожирение, артериальную гипертензию, метеорологические и сезонные факторы, психологический стресс, дисбаланс макро- и микроэлементов (магния, селена) в организме человека, наследственную предрасположенность и др. [1]. Несомненно, что ишемия и инфаркт миокарда являются главной причиной наступления внезапной коронарной смерти.

В 2007 году объединенной рабочей группой Европейского Кардиологического общества, Американской Коллегии Кардиологов, Американской Ассоциации Сердца и Всемирной Федерации Сердца предложено новое определение инфаркта миокарда, новые критерии, базирующиеся на лабораторных критериях определения биомаркеров некроза миокарда, а также классификация клинических типов инфаркта миокарда [2, 3].

В связи с этим становится очевидным, что Республиканскому обществу кардиологов необходимо решить ряд практических вопросов, и в частности, целесообразность изменения стандартов и протоколов лечения больных, клинических рекомендаций, оснащения лабораторий лечебных учреждений [2].