

центр, части с односторонним, в пристройках – с двусторонним расположением помещений.

Первое паталого-анатомическое вскрытие. «Баториевка». Через дорогу от Фарного костела находится здание, известное нам под названием «баториевка» (сегодня – кафедра анатомии человека ГрГМУ). С ним связана легенда о том, что, якобы здесь проходило первое анатомическое вскрытие в Восточной Европе, однако существуют сведения о том, что вскрытие было проведено в подвалах старого замка. «Баториевка» построена по распоряжению С. Батория во 2-й пол. XVI в. в стиле итальянского ренессанса. Основной объём был 2-этажным, с большим вторым этажом-залом, который освещался рядом высоких окон. Крыло здания, ориентированное к костёлу иезуитов, было трехэтажным. Вход подчёркивался высоким парадным крыльцом.

Дома врачей. Дом по ул. Ленина, 22 (т. наз. «Дом Тальгейма»), построен в 1911 из кирпича. Г-образное в плане здание состоит из 3 объёмов. Средний - угловой, похож на башню, накрыт шатровой крышей. В оформлении использованы керамические вставки, цветное стекло, фактурная штукатурка. Два входа вели в жилую часть (со стороны ул. Карбышева) и в приёмные покои (со стороны ул. Ленина). **Дом по ул. Студенческой, 6** был построен в 1906 из кирпича. Строго симметричный 2-этажный прямоугольный в плане объём с парадным входом в центре. Выразительность оформления фасадов достигнута сочетанием неоштукатуренных плоскостей стен, выложенных из кирпича и окрашенных в белый цвет карнизных тяг, пилястр, оконных наличников, а также использованием кованых, решённых в виде перевитых змей, решёток парапета.

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

- 1 «Памяць Гродна» Мн. «Беларуская энцыклапедыя» 1999 г. Г.П. Пашкоў, Я.М. Жабрун, І.П. Крэнь і інш.
- 2 «Гродно, энциклопедический справочник» под редакцией И.П. Шамякина, Мн. «Белорусская советская энциклопедия» имени П. Бровки, 1989 г.
- 3 Интернет статьи А.П. Гостева и др. авторов.

О СИНДРОМЕ ШТУРГЕ-ВЕБЕРА

Горбунова Э.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н. Басинский В.А..

Синдром Штурге-Вебера (Стерджа-Вебера-Краббе) – это энцефалотригеминальный ангиоматоз, относящийся к факоматозам. Болезнь характеризуется капиллярными или кавернозными гемангиомами, появляющимися на одной стороне лица (но не всегда) в пределах зоны кожной иннервации тройничного нерва, а также преимущественно венозными гемангиомами на мягкой мозговой оболочке над затылочной, теменной и лобной долями с той же стороны. Самые частые расстройства — паралич, утрата чувствительности и стойкий дефект полей зрения. Часто встречается слепота глаза на стороне невуса, которая почти всегда обусловлена глаукомой. Большинство пациентов с этим заболеванием живут довольно долго (многие годы), но часто имеют резидуальный интеллектуальный дефект и гемипарез. В классическом варианте наблюдается триада симптомов: ангиоматоз кожных покровов, судорожные приступы и глаукома. Течение болезни медленно прогрессирующее; болезнь возникает, как правило, спорадически, семейные случаи являются исключительными. В связи с редкостью патологии каждое наблюдение имеет

несомненный теоретический и практический интерес. Целью исследования стал клинико-морфологический анализ летального наблюдения синдрома Штурге-Вебера.

Больной, 33 года, поступил в тяжелом состоянии в реанимационное отделение больницы. За неделю до поступления больной жаловался на головные боли, увеличившиеся судорожные приступы с утра и повышение температуры. В 7-летнем возрасте перенес ЗЧМТ. С детства был выставлен диагноз посттравматическая эпилепсия, некупирующийся эписитатус, а при обследовании в г.Минске- синдром Штурге-Вебера. Клинически в стационаре наблюдались повышенная температура, ангиоматоз обеих щек, одутловатое лицо, прикушенный язык, судороги. Аускультативно – учащенное дыхание с единичными сухими хрипами. Пульс ритмичный, 80 уд./мин.; АД 130/80. В крови- лейкоцитоз. В стационаре состояние без улучшения и в день госпитализации больной скончался. Клинический диагноз: отдаленные последствия ЗЧМТ (1981), состояние после трепанации черепа, посттравматическая эпилепсия, некупирующийся эписитатус. Болезнь Штурге-Вебера. Из протокола вскрытия: ангиоматоз щек, отсутствовало большое количество зубов. Слева в теменной области дефект кости, связанный с трепанацией черепа, в левом полушарии мягкая мозговая оболочка синюшная, мозговая ткань отечна. Со стороны легочной системы были выявлены уплотнение легочной ткани, наличие нескольких темно-красных выбуханий диаметром до 1 см. На коже лица, туловища, мошонки обнаруживались множественные эпидермальные кисты. При гистологическом исследовании в головном мозге наблюдался выраженный отек и ангиоматоз мозговой оболочки с множественными кальцификатами в коре полушария. Легкие с участками гнойной пневмонии, гнойный бронхит с перифокальными кровоизлияниями и отеком. Патологоанатомический диагноз: Болезнь Штурге-Вебера. Резко выраженный ангиоматоз мягкой мозговой оболочки и вещества левого полушария головного мозга с множественными кальцификатами в коре полушария. Ангиоматоз обеих щек. Эписитатус: отек и набухание вещества головного мозга с мелкими периваскулярными геморрагиями в вещество мозга и мягкую мозговую оболочку. Прикусы языка. Двусторонняя гнойная бронхопневмония. Отек легких. Множественные эпидермальные кисты кожи туловища, лица и мошонки. Дефект левой теменной кости после трепанации черепа.

Таким образом, следует считать, что имевшийся эписитатус обусловлен синдромом Штурге-Вебера, а не связан с последствиями ЗЧМТ. К особенностям случая следует отнести манифестацию клинических проявлений болезни после травмы черепа, отсутствие клинических проявлений патологии глаз, сочетание с кожными поражениями в виде множественных эпидермальных кист.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ КАК ПРИЧИНА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Гордюк И.В., Кухарчук Л.Я.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – к.м.н., Д.В. Шевчук

Проблема лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (ЛУ МБТ) остается одной из главных проблем фтизиатрии на современном этапе. Появление и нарастание резистентных форм МБТ значительно снижает эффективность лечения больных и повышает смертность.

Анализ чувствительности МБТ, проведенный нами в прошлом году по данным бактериологической лаборатории ГОПТД, показал рост числа лекарственно