

пическое описание: мозг 1450 г, борозды сглажены, извилины уплощены, с признаками отека. В полушариях головного мозга определяются множественные абсцессы от 1 до 3 см в диаметре, локализующиеся в лобных долях (до 1,5 см диаметром) субкортикально в белом веществе, в правой теменной доле (0,7 см диаметром), в затылочных долях. Абсцессы на разрезе пестрого вида, с мелкоточечными кровоизлияниями, некоторые из них желтоватого цвета с рыхлым содержимым. В правом и левом таламических ядрах определяются абсцессы от 0,5 до 2 см в диаметре, с мелкими очагами кровоизлияний. На разрезе в правом полушарии мозжечка определяются множественные участки размягчения от 1 до 2 см в диаметре, зубчатое ядро не дифференцируется. Микроскопическое описание: васкулит, абсцессы, кровоизлияния, определяется токсоплазменное поражение с формированием псевдоцист, определяются отдельно лежащие тахизоиты. Патологоанатомический диагноз: *Основное заболевание.* ВИЧ-инфекция стадия СПИД: токсоплазмоз головного мозга с формирование множественных абсцессов в обоих полушариях головного мозга с субкортикальной локализацией, с поражением ядерных структур, правого полушария мозжечка; цитомегаловирусное поражение обоих надпочечников; дефицит массы тела более 10 %; атрофия фолликулов белой пульпы селезенки. *Осложнения.* Отек головного мозга. *Сопутствующие заболевания.* Хронический эрозивный гастрит (рисунки 1, 2).

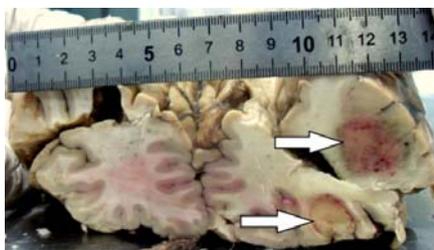


Рисунок 1 — Абсцессы головного мозга

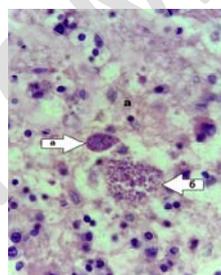


Рисунок 2: а) тканевая циста; б) тахизоиты

Выводы

Данный случай представляет собой интерес как иллюстрация клинических и морфологических проявлений токсоплазмоза головного мозга, а также способы прижизненной и посмертной диагностики представленной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов, И. А. Токсоплазмоз: учеб. метод. пособие / И. А. Карпов, Д. Е. Данилов, М. А. Иванова. — Минск: БГМУ, 2007. — 10 с.
2. Трякина, И. П. Современные аспекты токсоплазмоза / И. П. Трякина // Consilium medicum. — 2013. — Т. 15, № 12. — С. 42–46.
3. Токсоплазмоз головного мозга у больных ВИЧ-инфекцией / Н. Р. Михайлова [и др.] // Вестник Оренбургского государственного университета. — 2015. — № 1. — С. 138–143.
4. Фармакоэкономический анализ высокоактивной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции к резистентности / Н. А. Беляков [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2010. — Т. 2, № 4. — С. 17.

УДК 616.379-008.64-053.2(476.2) «2007-2016»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ В ПЕРИОД 2007–2016 гг.

Мажуга Е. В.

Научный руководитель: ассистент В. В. Концевая

Учреждение образования

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

Введение

Сахарный диабет — одна из ведущих проблем внутренней медицины. В настоящее время по медико-социальной значимости он занимает место непосредственно после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Проблема сахарного диабета затрагивает все страны мира, нанося ущерб не только здоровью самого человека, но и оказывает влияние на экономическое развитие стран.

Диабет ведет к повышению смертности в 2–3 раза из-за сопутствующих заболеваний (некоторые из них: ССЗ, гангрены, проблемы внутренних органов, хронические и патологические заболевания). С диабетом связаны прямые издержки медицинского обслуживания, включая время специалистов, стоимость лекарств и служб реабилитации, пенсии, пособия в связи с потерей работоспособности сокращения продолжительности жизни на 2–12 %. Первыми страдают дети, а дети — это будущее страны.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время в мире насчитывается более 37 млн человек больных сахарным диабетом и приблизительно такое же число с не диагностированным, но возможным заболеванием. Ежегодный рост диабета 1 типа (СД I) по ВОЗ составляет в среднем около 3 % и обусловлен нарушением иммунной реактивности у детей. Количество людей с диабетом увеличивается очень быстро, опережая все прогнозы. ВОЗ считает, что к 2025 г. количество людей с сахарным диабетом может достичь более 380 млн; 7,4 % взрослой популяции.

Цель

Провести анализ заболеваемости диабетом 1 типа у детей до 18 лет в городе Гомеле в период с 2007 по 2016 гг.

Материал и методы исследования

Для исследования использовались списки ООО «Детский диабет». Выборка детей от 0 до 18 лет заболевших СД I в период с 2007 по 2016 гг. Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 проведена сравнительная оценка данных детей с СД I до 18 лет в городе Гомеле в период с 2007 по 2016 гг.

Таблица 1 — Сравнительная оценка данных детей с СД I до 18 лет в городе Гомеле в период с 2007 по 2016 гг.

Год	0–5 лет ♂	0–5 лет ♀	6–10 лет ♂	6–10 лет ♀	11–15 лет ♂	11–15 лет ♀	16–18 лет ♂	16–18 лет ♀	Количество заболевших по годам
2007			1	1	2	3			7
2008	1		4	1	2	1			9
2009	2	2	3	3	4		1		15
2010	1	3	3	4	3				14
2011	2	2		3		1		2	10
2012	1	3	1	1	1	2			11
2013	5	3	3	6	7	2	2	1	29
2014	2	3	2	1	3	2	1		14
2015	4	3	3	8	3	3	1	2	27
2016	3	4	4	7	3	4	4	3	32
Количество по возрастам	21	23	24	35	28	18	9	10	Итого: 168

По результатам исследования было обнаружено, за 10 лет в Гомеле СД I заболело 168 детей. Наименьшее количество заболевших детей СД I составило 7 (4,2 %) человек в 2007г.

В период 2008 по 2012 гг. средний уровень заболевших составил 11,8 (7 %) человек. Средний показатель за 2013–2016 гг. — 25,5 (15,2 %) человек. Прирост заболевших от 16 до 63 %, что не соответствует прогнозируемым цифрам ВОЗ.

Пики числа вновь выявляемых больных СД I в основном приходится на возрастные группы у девочек 6-10 лет и у мальчиков 11-15 лет, что соответствует данным ВОЗ.

Среди 168 детей, заболевших с 2007 по 2016 гг. в Гомеле, в четырех семьях больны по два ребенка. Двое из них разнояйцевые близнецы, заболевшие с промежутком 4 года.

Выявлено 4 случая заболевших детей в семьях, где оба или один из родителей болеют СД I.

Выводы

1. В результате проведенного исследования установлено, что растет число детей заболевших СД I.
2. Максимум заболеваемости приходится на возрастную группу с 6 до 15 (62,5 %) лет.
3. Заболеваемость СД I не имеет ярко выраженной половой зависимости.
4. Пик заболеваемости приходится на 2013 и 2016 гг.
5. Имеет место наследственная предрасположенность, т. е. больные родители имеют больных детей, небольшой процент 2,4 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Рагнар Ханас*. Диабет 1 типа у детей, подростков и молодых взрослых. Как стать экспертом в своем диабете / Рагнар Ханас. — М., 2005. — 240 с.
2. Сахарный диабет типа 1: науч. ст. / Кафедра детских болезней лечебного факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Морозовская детская городская больница г. Москвы; науч. ред. Е. А. Вавилова. — М., 2009. — 67 с.
3. Генетические аспекты сахарного диабета / М. И. Балаболкин [и др.] // Сахарный диабет. — 2001. — № 12. — С. 9–12.
4. *Балаболкин, М. И.* Возможно ли поддержание строгого контроля углеводного обмена у больных сахарным диабетом на протяжении длительного времени? / М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанов, А. В. Ильин // Лечащий врач. — 2008. — № 3. — С. 6–10.
5. International Diabetes Federation. Global IDF/ISPAD guideline for diabetes in childhood and adolescence. — Brussels: IDF, 2011. — 130 p.

УДК 57.044:616-006.6

ОЦЕНКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДОЛИ АССОЦИИРОВАННЫХ С АЛКОГОЛЕМ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Макаревич Д. В.

Научный руководитель: к.х.н. А. Г. Сыса

**Учреждение образования
«Белорусский государственный университет»
г. Минск, Республика Беларусь,**

Введение

Рак гортани (РГ) занимает лидирующие позиции среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей, составляя от 2 до 5 % всех злокачественных заболеваний, ежегодно диагностируемых во всем мире. Заболеваемость в большинстве стран мира находится на относительно невысоком уровне, хотя и широко варьируется, и сопоставима с таковой рака ротовой полости или щитовидной железы. В большинстве стран мира мужчины болеют злокачественными новообразованиями гортани значительно чаще, чем женщины [1]. В 2011 г. в структуре всех злокачественных новообразований в Республике Беларусь рак гортани составил 1,4 %; среди вновь выявленных случаев доля мужчин составила 2,7 %, а среди женщин — 0,1 % [2]. Низкие показатели ранней активной диагностики рака (55,9 % в 2011 г.), высокие показатели одногодичной летальности (25,3 % в 2011 г.) и запущенности злокачественных опухолей гортани [2] свидетельствуют о необходимости проведения системного изучения вклада основных факторов риска РГ на территории Республики Беларусь.

Цель

Оценка этиологической доли ассоциированных с алкоголем опухолей гортани в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования

Количественная оценка риска алкоголя

Для определения относительного риска (ОР) алкоголя для рака гортани были использованы данные мета-анализа Коррао (Corrao) и др. [3]. Они представляют оценку ОР, связанного со средним потреблением 0, 25, 50 и 100 г алкоголя в день. Авторы мета-анализа оценивали ОР на грамм потребляемого алкоголя исходя из логлинейной модели взаимосвязи уровня потребления и риска: