

2014 г. было зарегистрировано снижение уровня показателя данной патологии с 0,63 на 100 тыс. населения до 0,28. С 2015 по 2017 гг. наблюдалось резкое увеличение зарегистрированных случаев вирусного гепатита А с 0,49 до 1,12 на 100 тыс. населения.

Эпидемиологическую ситуацию заболеваемости острым вирусным гепатитом В, за анализируемый период, также можно характеризовать как умеренно стабильную. Не отмечалась тенденции к повышению уровня данной патологии, в связи с активно проводимой МЗ РБ компанией по вакцинации против ОВГВ, который относится к парентеральным вирусным гепатитам. Скачки заболеваемости в 2014 и 2016 гг. до 1,05 и 1,27 на 100 тыс. населения, предположительно, объясняются увеличением количества нелегально проводимых косметических процедур, не соблюдением санитарно-гигиенических требований в тату-студиях и салонах красоты.

Ситуация с количеством зарегистрированных случаев острого гепатита С, за исследуемый период, характеризуется единичными всплесками заболевания. Так, в 2014 г. показатель по данной патологии увеличился с 0,18 до 1,2 на 100 тыс. населения, а в 2018 г. с 0,56 до 1,06.

Выводы

В целом за период 2012–2018 гг. относительно стабильная ситуация по вирусным гепатитам обусловлена эффективно проводимыми противоэпидемическими мероприятиями, а также ужесточением лабораторных и клинических критериев для выставления диагноза.

Факт снижения уровня встречаемости острого вирусного гепатита В в 2017 г. также можно объяснить рекомендациями акушеров-гинекологов и педиатров по вакцинации новорожденных, детей в возрасте 13 лет, а также отдельных групп риска (медицинских работников, лиц, находящихся в контакте с реально и потенциально инфицированными).

Взаимосвязь динамики заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами В и С предположительно можно объяснить привозными случаями заражения, заражением уже на территории страны от носителей вируса из числа жителей неблагополучных стран ближнего и дальнего зарубежья (увеличение количества приезжих в связи с расширением промышленного сектора в Гомельской области), аналогичными путями заражения вирусами гепатит В и С (в результате контакта с кровью или выделениями инфицированного человека), тесным контактом среди потенциальных групп риска [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Шахгильдян, И. В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) / И. В. Шахгильдян, М. И. Михайло, Г. Г. Онищенко. — М., 2003. — С. 171–236.
2. День борьбы с гепатитом [Электронный ресурс]. — Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии. — 2013. [дата обращения: 2019 Фев 25]. Available from: <http://www.belriem.by/component/content/article/10-novosti-ru/388-ezhegodno-28-iyulya-otmechaetsya-vsemirnyj-den-borby-s-gepatitom>.
3. Михайлов, М. И. Вирусные гепатиты — проблемы изучения / М. И. Михайлов // Биомедицина. — 2004. — № 4. — С. 3–9.
4. Вирусный гепатит А [Электронный ресурс]. — Государственное учреждение Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья. 2017. [дата обращения: 2019 Фев 25]. Available from: <http://www.gmlodge.by/recommendations/virusnyy-gepatit>

УДК 611.135 - 053-055-073.756.8

ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛОВ ГРУДНОЙ АОРТЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Башлакова А. Ю., Насадович В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Особый интерес вызывает изучение грудной аорты в норме и при патологии, так как она является самой большой артерией в теле. Она несет кровь от сердца к другим органам

и располагается в грудной клетке. От правильной работы этого отдела аорты зависит состояние всего организма. Исследование морфометрических характеристик отделов грудной аорты у людей разного возраста необходимо для постановки правильного диагноза.

Цель

Выявить морфометрические половые и возрастные особенности грудной аорты человека.

Материал и методы исследования

Для получения данных по восходящей, нисходящей части аорты и ее дуге были проанализированы результаты компьютерной томографии грудной клетки у 25 пациентов, возраст которых не превышал 18 лет. Исследование грудной клетки данным пациентам проводилось в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница».

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с использованием возможностей программы обработки электронных таблиц «Microsoft Excel 2007».

На нижележащих фотографиях мы показали, как измерялся с помощью программы Radiant DICOM Viewer диаметр нисходящего отдела аорты (X), дуги аорты (Y) и восходящего отдела аорты (Z) соответственно:

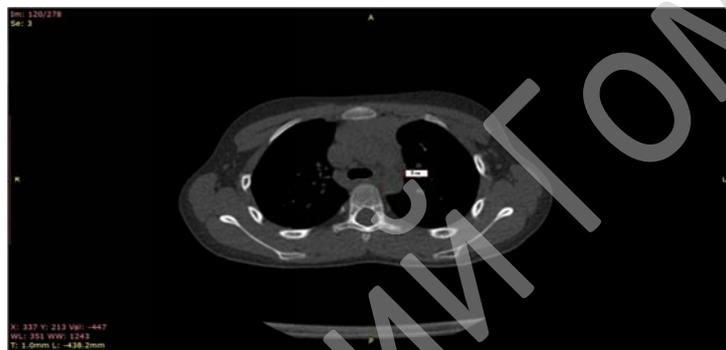


Рисунок 1 — Диаметр нисходящего отдела аорты

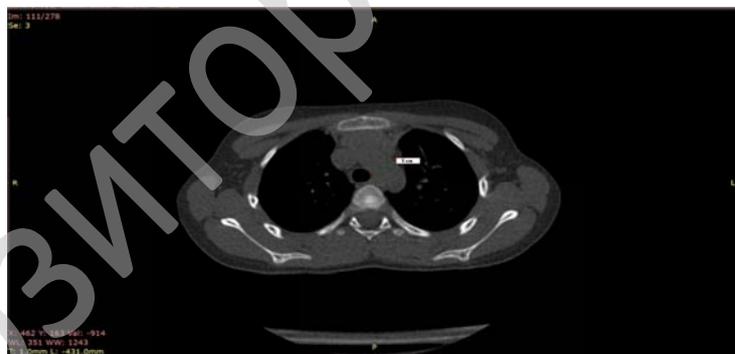


Рисунок 2 — Диаметр дуги аорты



Рисунок 3 — Диаметр восходящего отдела аорты

Результаты исследования и их обсуждение

Восходящая аорта начинается от артериального конуса левого желудочка сердца и продолжается до места отхождения плечеголового ствола (*truncus brachiocephalicus*), где она без видимой границы переходит в дугу аорты. Этот отдел аорты называют кардиортой. В начальной части восходящей аорты находится расширение — луковица аорты (*bulbus aortae*), в которой имеются три выпячивания — аортальные синусы (*sinus aortae*) — синусы Вальсальвы. К краям синусов фиксированы полулунные заслонки (*valvulae semilunares*), формирующие клапан аорты (*valva aortae*).

Длина восходящей аорты у взрослых колеблется в пределах 4–8 см (чаще 5–5,5 см), диаметр на уровне середины ее длины достигает 1,5–3 см (чаще 2–2,5 см). У детей 7–12 лет длина восходящей аорты 2,5–4,6 см, а диаметр 1–1,5 см. У мужчин восходящая аорта длиннее и шире, чем у женщин. Дуга аорты простирается выпуклостью кверху от места начала плечеголового ствола до уровня IV грудного позвонка, где она переходит в нисходящую аорту, образуя незначительное сужение — перешеек (*isthmus aortae*). Вогнутую поверхность дуги и легочный ствол соединяет артериальная связка (*lig. arteriosum*), которая представляет собой облитерированный артериальный проток.

Длина дуги у взрослых колеблется в пределах 4,5–7,5 см (чаще 5–6 см); диаметр ее в начальном отрезке 2–3,5 см и в конечном — 2–2,5 см. У мужчин длина дуги и ее диаметр больше, чем у женщин. А у детей до 12 лет дуга аорты имеет больший радиус кривизны и лежит выше, чем у взрослых [1]. Нисходящая часть аорты, (*pars descendens aortae*) является продолжением дуги аорты и залегает на протяжении от тела III–IV грудного позвонка до уровня IV поясничного позвонка, где отдает правую и левую общие подвздошные артерии, (*aa. iliacae communes dextra et sinistra*), а сама продолжается в полость таза в виде тонкого стволика — срединной крестцовой артерии, (*a. sacralis mediana*), которая проходит по передней поверхности крестца.

На уровне XII грудного позвонка нисходящая часть аорты проходит через аортальное отверстие диафрагмы и спускается в брюшную полость. До диафрагмы нисходящая часть аорты называется грудной частью аорты, (*pars thoracica aortae*), а ниже диафрагмы — брюшной частью аорты, (*pars abdominalis aortae*). При этом диаметр нисходящей аорты колеблется от 2 до 3 см [2].

Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты исследования

Возраст	Пол	Общее количество, человек	Общее количество, %	Среднее значение диаметра восходящего отдела аорты, см	Среднее значение диаметра нисходящего отдела аорты, см	Среднее значение диаметра дуги аорты, см
7–12 лет	М	6	24	1,3	2	2,9
13–18 лет	М	6	24	3	2,8	2,5
7–12 лет	Ж	6	24	1,2	2	2,7
13–18 лет	Ж	7	28	2,5	2,5	2,2

Следующим шагом было сравнение наших показателей со значениями нормы. Это показало, что исследуемые пациенты в возрастных категориях (7–12 и 13–18 лет) не имеют патологий. У детей до 12 лет дуга аорты имеет больший радиус кривизны по сравнению с возрастной категорией от 13 до 18 лет. Как правило, диаметр восходящей, нисходящей части аорты и её дуги практически у всех лиц мужского пола больше, чем у женского. Восходящая дуга мальчиков длиннее восходящей дуги девочек. Также прослеживается возрастное увеличение диаметра отделов аорты и её дуги как у мужского пола, так и у женского.

Выводы

В результате исследования морфометрических показателей грудной аорты детей в возрасте до 18 лет были выявлены не только возрастные особенности, но и половые. Также был сделан вывод об отсутствии патологии у данных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Электронный ресурс: <http://sohmet.ru/medicina/item/f00/s00/e0000676/index.shtml>. — Дата доступа: 11.11.2018.
2. Электронный ресурс: <http://spina.pro/anatomy/sosudy/arterii-bolshogokrugakrovo-obrasheniya/aorta.php>. — Дата доступа: 11.11.2018.

УДК 618.19-006.6-033.2:612-086

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ОПУХОЛИ И РЕГИОНАРНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

Беланова Ю. В.

Научные руководители: к.м.н., доцент Э. А. Надыров¹, к.б.н. И. В. Веялкин²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре заболеваемости женщин, и частота его неуклонно возрастает, особенно в пожилом возрасте [1]. По данным Белорусского канцер-регистра заболеваемость РМЖ в целом по Беларуси за последнее десятилетие возросла. Стандартизованный показатель заболеваемости в 2008 г. составил 43,56 на 100 тыс. женского населения, в 2017 г. — 52,57 на 100 тыс. женского населения [2].

Цитоморфологическое исследование на сегодняшний день является одним из ведущих методов диагностики РМЖ [3]. В цитологической характеристике злокачественной опухоли большую роль играют исследования митотического режима опухолевых клеток. В этом случае определяются не только количество клеток, характеризующих нормальное течение митотического цикла, но и различные виды патологических митозов и их исходов [4].

Цель

Изучить цитогенетические показатели, характеризующие митотический режим опухолевых клеток рака молочной железы в зависимости от особенностей метастазирования в регионарные лимфатические узлы.

Материал и методы исследования

Объектом исследований послужили мазки-отпечатки из опухолей 89 женщин, страдающих инвазивным РМЖ, которым не проводилась предоперационная лучевая терапия. Препараты готовили методом мазков-отпечатков, окрашивали красителем Романовского — Гимзы.

Степень регионарного метастазирования определяли с использованием патогистологической классификации pTNM: N0 — нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, N1 — метастазы в 1–3 лимфатических узлах, N2 — метастазы в 4–9 лимфатических узлах, критерий N3 — метастазы в 10 и более лимфатических узлах в исследовании не использовался ввиду малочисленности этой категории пациентов. Препараты