

зывались возвышенные места (холмы) в XIII столетии, на которых возник Могилев. Название и означает поселение, возникшее среди могил (возвышенностей, насыпей).

У впадения реки Мухавец в Западный Буг находится город Брест, ранее Берестье. По преданию, город возник так. Вез купец свой товар в Литву да завяз в болотах. Не выбраться. Стал он драть бересту и настилать ею гать. А когда, выбравшись, съездил в Литву, поставил на этом месте капличку-часовенку. И начали к той капличке, как к святому месту «на бярэсце» ездить люди. Таким образом, урбаноним Брест раньше назывался Берестьем, как свидетельство того, что на этом месте много-много столетий назад велась заготовка бересты (березовой коры). Многие ученые выдвигают сейчас новую версию происхождения названия — от растения берест (вяз) является основной древесной породой, украшающей улицы сел и деревень.

### **Выводы**

Таким образом, названия областных центров белорусских городов, как правило, имеют несколько версий своего происхождения, каждая из которых обладает правом на свое существование.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. [Электронный ресурс] Зарождение городов на территории Беларуси. – Режим доступа : <http://www.library.by/portalus/modules/belarus/readme.php?subaction=showfull&id>.
2. [Электронный ресурс] Происхождение названия города Гомель. – Режим доступа : <http://www.bulba.by/ask/quest.php?id=812>
3. [Электронный ресурс] Минск: происхождение названия столицы – Режим доступа : <http://www.ctv.by>

**УДК 616.9:578.828НIV+616.36-002.2:616.83-091**

## **ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С**

***Тарадейко В. В.***

**Научные руководители: к.м.н., доцент *Л. А. Мартемьянова*, асс. *А. С. Терешковец***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Республика Беларусь, г. Гомель**

### ***Введение***

ВИЧ-инфекция — «чума XX века» — является в истории крупнейшим событием конца прошлого столетия, которое можно поставить в один ряд с двумя мировыми войнами как по числу жертв, так и по ущербу, который она наносит обществу. Появление в начале 80-х г. вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в полной мере продемонстрировало беспомощность человечества против вызываемого им заболевания. К сожалению, подавляющее число больных попадает в поле зрения врача-специалиста лишь на фоне болезни, которая может быть расценена как ВИЧ-ассоциированная, либо ВИЧ-инфекция выявляется при случайном исследовании пациента, что создает трудности не только в клиническом и лабораторном исследовании ВИЧ-инфекции, но и в морфологической диагностике указанного заболевания.

Сейчас многие медицинские и профилактические центры во всем мире рассматривают проблемы ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, а также туберкулеза как единое направление работы [1].

Единство механизмов заражения вирусными гепатитами и ВИЧ повышает риск сочетания этих инфекций. Наличие в организме двух или более инфекций называют ко-инфекцией. Так, несколько миллионов ВИЧ-инфицированных в мире заражены гепатитом В или гепатитом С. Высокая распространенность гепатитов В и С среди ВИЧ-инфицированных отмечается в Европе: для гепатита С она составляет 40 %, для гепати-

та В — 8 %. Гепатиты В и С у ВИЧ-инфицированных характеризуются ранним фиброзом печени, высоким риском печеночной недостаточности, цирроза печени, печеночно-клеточного рака и высокой летальностью [1].

Нервная система — один из органов-мишеней при ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах. На сегодняшний день доказана возможность репликации вируса гепатита С в ткани головного мозга и предложены возможные механизмы нейроинвазии: проникновение вируса со спинномозговой жидкостью в перивентрикулярной зоне вследствие особенностей гематоэнцефалического барьера этой области, а также проникновение по механизму «троянского коня». Гипотезы проникновения ВИЧ в центральную нервную систему схожи — это вариант «троянского коня», и проникновение в центральную нервную систему через щели между эндотелиальными клетками капилляров и инфицирование непосредственно клеток нейроглии [2, 3, 4].

### **Цель**

Определить морфологические изменения центральной нервной системы у больных имеющих сочетание ВИЧ-инфекции и хронического гепатита С.

### **Материалы и методы исследования**

В данном исследовании использовались материалы 32 протоколов патологоанатомических вскрытий ВИЧ-инфицированных, проведенных в патологоанатомическом отделении общей патологии № 4 ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро», за период с 2010 по 2014 гг.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Проанализировано 32 протокола патологоанатомического вскрытия в период с 2010 по 2014 гг. умерших, у которых в качестве основного заболевания выставлена ВИЧ-инфекция.

В процессе проведения микро- и макроскопических исследований патологоанатомами были описаны основные признаки заболевания центральной нервной системы и печени (таблица 1).

Таблица 1 — Основные диагностические признаки (в %) поражения центральной нервной системы и печени, встречающиеся в патологоанатомических диагнозах

Пораженная система	ЦНС	%	Гепатобилиарная система	%,*
Признаки заболевания	Отек головного мозга	48	Гепаторенальный синдром	36
	Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия	30	Гепатит С	23
	Криптококковый менингоэнцефалит	11	Цирроз печени	20
	Церебральный токсоплазмоз	7	Портальная гипертензия	15
	СПИД-деменция	4	Жировой гепатоз	6

*Результаты микроскопического исследования головного мозга.* В 50 % случаев наблюдается выраженный перичеллюлярный и периваскулярный отек головного мозга; 22 % составляет спонгиоз глии; 13 % — диффузный глиоз по типу сателлитоза с образованием глиальных узлов; в 9 % случаев встречается крупноклеточная периваскулярная инфильтрация; 6 % представляют очаги мультифокальной лейкоэнцефалопатии, диапедезные кровоизлияния, наблюдается васкулит, а также очаговая лимфоцитарная инфильтрация ткани мозга.

*Результаты микроскопического исследования печени.* В 39 % случаев наблюдается лимфоцитарная инфильтрация портальных трактов с очаговой пролиферацией; 24 % — умеренное полнокровие сосудов; 17 % — белковая и жировая дистрофия гепатоцитов, отек пространств Диссе; в 11 % случаев нарушается гистоархитектоника, сближение портальных трактов и формирование полных и неполных анастомозов, наблюдается фиброз в области портальных трактов, а также межпортальный склероз; 9 % — встречается формирование ложных долек.

Из 32 протоколов патологоанатомического вскрытия было установлено, что у 17 больных (что составляет 53 %) было установлено вирусное поражение печени. Среди них в 100 % случаев наблюдался выраженный перипеллюлярный и периваскулярный отек головного мозга, а также: 47 % — спонгиоз глии; 29 % — диффузный глиоз по типу сателлитоза с образованием глиальных узелков; 18 % — очаги гранулематозного воспаления оболочек с переходом на ткань мозга; 6 % — очаги мультифокальной лейкоцефалопатии, васкулит, очаги некроза с наличием грибкового поражения.

### **Выводы**

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у ВИЧ-инфицированных, страдающих гепатитом С, происходит агрессивное поражение центральной нервной системы с большой вероятностью развития оппортунистических инфекций, таких как криптококковый менингоэнцефалит, церебральный токсоплазмоз.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Резолюция Первой Европейской согласительной конференции по лечению хронических гепатитов В и С у ВИЧ инфицированных // СММ.: Гепатология. — 2006. — С. 39–48.
2. Майбогин, А. М. Морфологические изменения гиппокампа при циррозе печени в исходе хронического вирусного гепатита С / А. М. Майбогин, М. К. Недзведь // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 2(36). — С. 66–70.
3. Яковлев, Н. А. Нейроспид. Неврологические расстройства при ВИЧ-инфекции/СПИДе / Н. А. Яковлев, Н. М. Жулев, Т. А. Слосарь. — М.: МИА, 2005. — 278 с.
4. ВИЧ-инфекция / А. Г. Рахманова [и др.]. — СПб., 2004. — 696 с.

**УДК 796.015:612.766.1-057.875**

## **КОРРЕКЦИЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ С УЧЕТОМ ОБЩЕГО УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТА**

*Тарадейко В. В., Лимаренко А. И.*

**Научный руководитель: преподаватель З. Г. Минковская**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Результаты исследования ученых доказывают, что современная система школьного образования существенно нарушает здоровье детей, понижает порог жизнеустойчивости, выносливости, истощает резервные и защитные возможности организма. Для вузовского обучения эта проблема приобретает еще более выраженный характер. Обучение в вузе приходится на период повышенной социально-психологической перестройки молодых людей, становления их как самостоятельных личностей и сопровождается, особенно у студентов-медиков, высокими нагрузками. Перестройка к новым социальным условиям у студентов вызывает сначала активную мобилизацию, а затем истощение физических резервов организма, особенно в первые годы обучения [1].

Сочетание сниженной мышечной нагрузки с нарастанием интенсивности нервно-психической деятельности способствует ухудшению работоспособности, снижению устойчивости к простудным заболеваниям, преждевременному функциональному старению и увеличению заболеваемости. Исходя из вышесказанного, проблема ухудшения здоровья в период обучения в общеобразовательной школе, а затем в высшем учебном заведении остается одной из острых и нерешенных в настоящее время [1].

### **Цель**