

организма. При этом степень изменения морфологической структуры узлов позволяет определить пути и сроки того или иного вида стимуляционного воздействия на них с целью предотвращения развития хронической иммунной недостаточности.

Выводы

1. В лимфатических узлах крыс после спленэктомии наблюдаются значительно выраженные морфологические изменения соответствующие 2 баллам.

2. Через 3 месяца после спленэктомии происходит дилатация синусов лимфатического узла: подкапсульного — на 29 %, а воротного — на 6,5 %. Степень дилатации синусов соответствовала 3 баллам, что оценивается как значительно выраженные изменения.

3. Через 9 месяцев после удаления селезенки наблюдается изменение количества и размеров лимфоидных узелков: увеличение количества узелков в 2 раза с уменьшением их размеров на треть по сравнению с контролем. Степень изменения количества лимфоидных узелков соответствовала 2,5 баллам, что оценивается как значительно выраженные изменения.

4. После спленэктомии отмечается увеличение плотности лимфоидных клеток на 34 %, и уменьшение плотности ретикулярной ткани на 55 % в мозговом веществе лимфатического узла. Степень изменения паренхиматозных компонентов соответствовала 2,5 баллам, что оценивается как значительно выраженные изменения.

5. Иммунодефицитное состояние организма приводит к выраженному изменению структуры лимфатических узлов, при котором, по всей видимости, происходит снижение иммунной функции с одновременным возрастанием барьерной функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выренков, Ю. Е. Компаратмент — структурно-функциональная единица лимфатического узла / Ю. Е. Выренков, В. К. Шишло, Ю. Г. Антропова // Проблемы клинической и экспериментальной лимфологии: сб. трудов. — Новосибирск, 1992. — С. 45–46.
2. Органосохранная и мининвазивная хирургия селезенки / М. В. Тимербулатов [и др.] — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 218 с.
3. Шишло, В. К. Лимфо- и гемомикроциркуляторное русло лимфатического узла по данным сканирующей электронной микроскопии / В. К. Шишло, А. А. Миронов // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. — 1990. — № 11. — С. 74–77.
4. Sainte-Marie, G., Belisle, C., Peng, F.S. The deep cortex of the lymph node: morfological variations and functional aspects / G. Sainte-Marie, C. Belisle, F. S. Peng // Reaction pattern of the lymph node. — Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New-York, 1990. — P. 67–73.
5. T-lymphocytes in Non-neoplastic Lymph Nodes / J. J. Van den Oord [et al.] // Reaction pattern of the lymph node. Part 1. Cell Types and Functions. — Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New-York, 1990. — P. 87–90.

УДК 612.013–053.88:614.8(476.2)

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ОТ ТРАВМАТИЗМА В ЗОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ УЗ «КЛИМОВИЧСКАЯ ЦРБ»

Черненко И. И., Соболева Л. Г.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. Г. Соболева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы травматизма определяется как аспектами оказания экстренной и специализированной медицинской помощи, так и его последствиями (инвалидностью и смертностью), имеющими социальное и экономическое значение. Ежегодно в Республике Беларусь травмы получают более 750 тысяч человек [1].

В течение двух последних десятилетий динамика травматизма в Беларуси характеризовалась практически непрерывным ростом. Если в 1991 г. первичная заболеваемость по классу травм и отравлений составляла 6 659,0 на 100 тысяч населения, то в 2006 г. она достигла уровня 7 951,7 на 100 тысяч населения, а в 2011 г. составила 8 066,0 на 100 ты-

сяч (рост на 21 %). Удельный вес травм в структуре первичной заболеваемости колебался от 9,4 до 11,0 % (2012 г. — 9,6 %) [1].

В структуре травматизма 60–65 % приходится на травмы конечностей (из них 25–30 % — это переломы конечностей). На 2-м месте находятся травмы головы и шеи — 10–11 %, на травмы грудной клетки приходится около 8%, а на термические и химические ожоги — 3–5 %. Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза составляют 2 %; травмы, захватывающие несколько областей тела — 1 %; отравления и токсические действия веществ — 0,5–1 %, последствия травм и других несчастных случаев — 0,3–0,5 % и др [2].

В результате последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин инвалидами было признано: среди детей в возрасте до 18 лет — от 185 (2001 г.) до 87 (2011 г.); лиц старше 18 лет — от 3 360 (2003 г.) до 2 923 (2011 г.), из них 80–85 % приходится на трудоспособный возраст [2].

В 2011 г. уровень смертности от внешних причин снизился до 142,5 на 100 тысяч населения. В структуре смертности от внешних причин 17,9 % приходится на отравления алкоголем, 16,1 % — на самоубийства, 11,2 % — на дорожно-транспортные происшествия, 5,4 % — на утопления. Несмотря на снижение числа погибших по основным причинам, уровни смертности от травм и других несчастных случаев в Республике Беларусь пока еще остаются высокими и значительно превышают аналогичные в странах западной Европы [3].

Цель

Изучить смертность населения трудоспособного возраста от травматизма в зоне обслуживания за 3 года.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить смертность населения трудоспособного возраста от травматизма в структуре общей смертности.
2. Изучить структуру смертности населения трудоспособного возраста от травматизма.
3. Установить смертность населения по половую составу.
4. Проанализировать летальность в зависимости от места жительства пациентов.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились пациенты трудоспособного возраста, умершие от травматизма в зоне обслуживания в период с 2009 по 2011 гг. Объем исследования составил 469 человек.

Материал был получен способом выкопировки данных из первичной медицинской документации (врачебное свидетельство о смерти, журнал учета приема больных и отказов в госпитализации, отчетная документация административных служб УЗ «Климовичская ЦРБ» за 2009–2011 гг).

Результаты исследования

Согласно полученным данным, смертность населения трудоспособного возраста от травматизма в структуре общей смертности за 2009–2011 гг в среднем составляла 40 %. Наибольший удельный вес лиц трудоспособного возраста, умерших от травматизма был установлен в 2009 году (43, 72 %). Наименьший процент, данный показатель составлял в 2011 году (37,1 %).

Однако следует отметить, что удельный вес среди лиц трудоспособного возраста, умерших от травматизма в 2011 году снизился на 15 %, по сравнению с 2009 годом.

В структуре смертности пациентов трудоспособного возраста в 2009–2011 гг. травмы, отравления, некоторые другие последствия воздействия внешних причин занимали 1 место (68,3 %; 75,5 %; 76,2 %; $P \leq 0,001$). Второе место в 2009, 2011 гг. принадлежало случайным отравлениям (воздействиям) алкоголем и преднамеренным самоповреждениям (самоубийствам) — 13,2 %, 9,9 %. Случайным утоплениям в 2009 году отводилось 3-е место, в 2010 году — самоубийствам, в 2011 году — случайным утоплениям и напа-

дениям (насилие, убийство). Подчеркнем, что мужчины имели наибольший удельный вес в структуре смертности от травматизма среди лиц трудоспособного возраста (75 %), женщины составляли 25 %.

В 2009 году в структуре смертности пациентов трудоспособного возраста городское население составляло наибольший процент (61,1 %, $P \leq 0,001$), по сравнению с 2010 годом (47,7 %). Сельское население в 2010 году составляло 52,3 % (наибольший удельный вес, по сравнению с 2009 годом, $P \leq 0,001$). В среднем городские жители составляли 55 %, сельские — 45 % (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение умерших от травматизма в период 2009–2011 гг. по месту жительства (в абс. числах и %).

Место жительства	2009	2010	2011
Город	102 61,1**	72 47,7	83 55,0
Село	65 38,9	79 52,3*	68 45,0
Итого	167 100	151 100	151 100

** уровень значимости $P \leq 0,001$, * уровень значимости $P \leq 0,05$

Выводы

1. Смертность населения трудоспособного возраста от травматизма в структуре общей смертности за 2009–2011 гг. в среднем составляла 40 %. Удельный вес среди лиц трудоспособного возраста, умерших от травматизма в 2011 году снизился на 15 %, по сравнению с 2009 годом.

2. В структуре смертности от травматизма у лиц трудоспособного возраста первое место принадлежало травмам, отравлениям, некоторым другим последствиям воздействия внешних причин (73 %), второе место занимали случайные отравления алкоголем (12 %), третье место — самоубийства (11 %), четвертое место принадлежало нападениям (насилие, убийство) и случайным утоплениям (2 %).

3. Мужчины имели наибольший удельный вес в структуре смертности от травматизма среди лиц трудоспособного возраста (75 %), женщины составляли 25 %.

4. Городские жители в среднем составляли 55 %, сельские — 45 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий, А. В. Профилактика травматизма и предупреждение его последствий (инвалидности и смертности) в Республике Беларусь / А. В. Белецкий // Сайт о медицине, здравоохранении Беларуси и здоровом образе жизни [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura_zdorovia/travmatizm/travma_2 – Дата доступа: 16.03.13.
2. Ломать, Л. Н. Анализ травматизма в Республике Беларусь, направления его профилактики и минимизации последствий травм / Л. Н. Ломать // Информационный ресурс 34 поликлиники г. Минска [Электронный ресурс]. — 2013. – Режим доступа: http://www.34poliklinika.by/ru/patient_school/travma/Analyze — Дата доступа: 16.03.13.
3. Ломать, Л. Н. Анализ травматизма в Республике Беларусь, направления его профилактики и минимизации последствий травм / Л. Н. Ломать // Информационный ресурс МЗРБ [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: http://region.mogilev.by/ru/page/analiz_travmatizma_v_respublike_bielarus_napraveniya_ego_profilaktiki_i_minimizatsii_posleds — Дата доступа: 16.03.13.

УДК [613.13-002+616.61]-007.17-091

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВИДЫ ФИБРОМУСКУЛЯРНЫХ ДИСПЛАЗИЙ АРТЕРИЙ СЕРДЦА И ПОЧЕК

Черняк А. Л., Юдин П. Ю.

Научный руководитель: к.м.н. О. А. Юдина

Учреждение образования

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

Введение

Среди причин смертности в Республике Беларусь сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место. Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия