

V — поперечный размер тел боковых желудочков;

B — максимальное расстояние между внутренними пластинками костей черепа.

В норме I = 18,4–22,1 до 50 лет; I = 22,6–26,0 после 50 лет [2].

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора «MSExcel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования установлено, что у 42 (47,9 %) людей индекс тел боковых желудочков соответствует норме; у 47 (52,1 %) людей индекс тел боковых желудочков не соответствует норме, следовательно, имеется патология в головном мозге.

Было определено, что средний индекс тел боковых желудочков в норме равен $21,58 \pm 2,27$; средний индекс тел боковых желудочков при патологии равен $22,07 \pm 5,63$.

Отклонение полученных данных в результате исследования, вероятно, возникли вследствие использования томограмм, а не биологического материала.

Выводы

1. Средний индекс тел боковых желудочков в норме и при патологии: $21,87 \pm 4,36$.

2. Средний индекс тел боковых желудочков в норме: $21,58 \pm 2,27$.

3. Средний индекс тел боковых желудочков при патологии: $22,07 \pm 5,63$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анатомия человека: в 2 т. / М. Р. Сапин [и др.]; под ред. М. Р. Сапина. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2001. — Т. 2. — 640 с.

2. Протоколы по расшифровке данных КТ и МРТ в нейрохирургии.

УДК 616.453-006.6

АДРЕНОКОРТИКАЛЬНЫЙ РАК

Виноградова Е. А.

Научный руководитель: ассистент Т. В. Козловская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Адренокортикальный рак (АКР) является одной из наиболее сложных в диагностическом, а также лечебно проблем эндокринной хирургии и онкологии. Первое описание клинического наблюдения АКР относится к 1898 г. и принадлежит Н. Rolleston и Н. Marks [1]. В дальнейшем значительный вклад в изучение вопросов клиники, диагностики и лечения АКР внесли иностранные (В. Меуо, А. Hartman) и отечественные (Н. И. Брюханов, В. Л. Боголюбов) ученые. АКР относится к числу сравнительно редких опухолей и среди взрослого населения встречается в 0,55–2,5 случаях на 1 млн. в год [2]. Частота АКР среди детей не превышает 0,3 случая на 1 млн в год [1], однако некоторые авторы указывают на более высокую заболеваемость — 3,444,2 случая на 1 млн [3]. Заболеваемость АКР в странах СНГ не определена. По данным ряда авторов «доля» АКР в структуре хирургической патологии надпочечников составляет 10,9 % [3]. Женщины заболевают чаще, но в некоторых работах среди больных отмечено преобладание мужчин [4].

Цель

Изучить новейшие литературные данные о частоте встречаемости, структурно-морфологические особенностях и распространенность адренокортикального рака.

Материал и методы исследования

Систематизация и обобщение новейшей информации научной литературы по данной теме.

Результаты исследования и их обсуждение

Этиология и патогенез АКР окончательно не ясны. Подавляющее большинство карцином коры надпочечника развиваются спорадически, редко опухоль ассоциируется с раз-

личными наследственными заболеваниями (синдромы Беквита-Вайдемманна, множественной эндокринной неоплазии I типа и другие). При спорадическом АКР установлена патогенетическая роль мутаций некоторых генов. Одной из них считается потеря гетерозиготности локуса 17p13. Этот локус включает опухолевый ген супрессор p53, мутации которого приводят к нарушению клеточного цикла и неконтролируемой пролиферации. Другим значимым генетическим дефектом считается потеря гетерозиготности локуса 11p15, который включает гены инсулиноподобного фактора роста 2 типа (ИФРР2), p57KIP2 и H19. Сверхэкспрессия гена ИФРР2, выявляемая по данным ряда авторов в 90 % аденокортикальных карцином, приводит к активации пролиферации опухолевых клеток [4]. Кроме того, ИФРР2 участвует в механизмах аутопаракринной регуляции роста клеток АКР. Роль H19 и p57KIP2 в патогенезе спорадического АКР остается неясной. Однако при синдроме Беквита-Вайдемманна инактивирующая мутация гена p57KIP2 обнаруживается значительно чаще, чем гиперэкспрессия ИФРР2. В «рамках» этого синдрома, который характеризуется аутосомно-доминантным типом наследования, наряду с АКР, возможно развитие опухоли Вильмса, гепатобластомы и рабдомиосаркомы.

Клиническая симптоматика АКР определяется функциональной активностью, размером и степенью распространенности опухоли. По данным ряда авторов большинство карцином коры надпочечника являются гормональноактивными [1, 2]. По сводной статистике Французской ассоциации эндокринных хирургов среди 253 больных АКР у 167 (66 %) опухоль была гормональноактивной и у 86 (34 %) нефункционирующей [4]. А. А. Баронин и соавт. (2002), напротив, наблюдали отсутствие функциональной активности опухоли у большинства больных АКР. Для гормональноактивных карцином коры надпочечника характерна симптоматика адреногиперкортицизма, определяемая преимущественно секретирруемыми кортикостероидами. Наиболее часто АКР ассоциирован с синдромом Кушинга, развитие которого обусловлено избыточной секрецией глюкокортикоидов. Значительно реже наблюдается «изолированная» секреция андрогенов. У больных гормональнонеактивным АКР отсутствуют классические клинические проявления нарушения функции коры надпочечников. Чаще отмечаются неспецифические симптомы (слабость, утомляемость, недомогание, снижение аппетита, тошнота). По мере прогрессирования опухолевого процесса развивается болевой синдром в связи с компрессией окружающих органов и тканей, появляется пальпируемое новообразование в брюшной полости, наблюдаются снижение массы тела, лихорадка, изменения картины крови, у мужчин расширение вен семенного канатика. Гистологическая верификация АКР основывается на выявлении макро- и микроскопических критериев малигнизации. В настоящее время общепризнанной является система L.M. Weiss, включающая 9 диагностических признаков, манифестирующих риск развития рецидива или метастазов: высокий ядерный показатель, митотическая активность (более 5 митозов на 50 репрезентативных полей зрения), атипические фигуры митоза, эозинофилия цитоплазмы опухолевых клеток (75 % опухолевых клеток), диффузная архитектура опухоли (33 % ткани опухоли), некрозы, инвазия вен, инвазия синусоидов, инвазия капсулы. АКР имеет 4 и более из указанных критериев, при этом такие признаки, как высокая митотическая активность, атипичные фигуры митоза и инвазия вен отмечены только в карциномах коры надпочечника. Однако гистологическая дифференциальная диагностика опухолей коры надпочечника нередко вызывает значительные трудности, поэтому проводятся исследования, направленные на изучение факторов, достоверно характеризующих потенциал малигнизации. В частности, исследуются ploидность ДНК [3] и теломеразная активность [4]. Особую значимость представляют иммуногистохимические исследования, на основании которых возможна разработка новых патогенетически обоснованных методов лечения АКР [5]. Единственным методом потенциально радикального лечения АКР является хирургический. Операцией выбора считается адреналэктомия с опухолью единым блоком с окружающей жировой клетчаткой. Для обеспечения радикальности операции некоторые авторы рекомендуют удаление всей паранефральной клетчатки соответствующей половины забрюшинного пространства [4]. Регионарные лимфатические

узлы удаляются при наличии клинически явных метастазов. Вопрос о выполнении превентивных лимфодиссекций окончательно не решен, однако многие исследователи считают обязательным удаление лимфатических узлов паранефрального, парааортального (слева) и паракавального (справа) коллекторов [1, 5]. Предметом дискуссии до настоящего времени остается выбор хирургического доступа и, прежде всего, целесообразность выполнения видеоэндоскопической адреналэктомии при АКР.

Выводы

Следует отметить, что проблема диагностики и лечения АКР остается окончательно не решенной. Перспективы ее решения связаны с современными молекулярно-биологическими, иммуногистохимическими и иммуногенетическими исследованиями, а также с разработкой и внедрением в клиническую практику новых «таргетных» лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мишнев, О. Д. Патологическая анатомия опухолей надпочечников / О. Д. Мишнев, А. И. Щеголев. — М., 2005. — 87 с.
2. Хирургическая эндокринология / А. П. Калинин [и др.]; под ред. А. П. Калинина. — СПб.: Питер Медиа, 2004. — 960 с.
3. Хмельницкая, Н. М. Опухоли надпочечника (к стандарту патологоанатомического исследования) / Н. М. Хмельницкая, О. В. Филиппова // Библиотека патологоанатома. — Вып. 120. — СПб., 2011. — 35 с.
4. Preclinical Cushing's syndrome resulting from black adrenal adenoma / H. Tokunaga [et al.] // HormRes. — 2004. — Vol. 62. — P. 60–66.
5. The Molecular Pathogenesis of Hereditary and Sporadic Adrenocortical and Adrenomedullary Tumors / C. A. [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2002. — Vol. 87. — P. 5367–5384.

УДК 616.89-008.441.13-057.875

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ПЕРВОКУРСНИКАМИ И СТАРШЕКУРСНИКАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Винокурова М. П.

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

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

Введение

Исследователи здоровья студентов, в том числе и самого последнего времени, подтверждают, что алкоголь по-прежнему остается самым распространенным видом аддикций среди студентов, в том числе и медицинских вузов, постсоветского пространства [1]. Погруженность части студентов в алкогольную традицию ведет к искаженному восприятию ими общественного мнения по проблемам алкоголя [2].

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что поведение родителей среди множества других признаков, на фоне наследственной отягощенности, являются основной причиной, определяющей отношение потомства мужского пола к алкоголю [3].

Согласно «Плану по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» [5].

Цель

Сравнительное изучение уровня проблем, связанных с употреблением алкоголя (ПСУА), у студентов первого и четвертого курсов медицинского вуза.

Материал и методы исследования

Было проведено скрининговое анонимное тестирование по 50 студентов первого (средний возраст $17,76 \pm 0,80$ лет) и четвертого (средний возраст $21,12 \pm 1,02$ года) курсов УО «Гомельский государственный медицинский университет». Для сканирования уровня ПСУА использовался тест-опросник AUDIT [3]. За одну стандартную порцию, в пересчете на чистый алкоголь, принято считать 10,0 алкоголя. Статистическая обработка производилась с помощью компьютерной программы «Microsoft Office Excel 2007».