

Таблица 1 — Морфометрическая характеристика чревного ствола и его ветвей у мужчин в зависимости от типа телосложения по индексу Пинье

Морфометрический параметр	Тип телосложения		
	астенический (n = 16)	нормостенический (n = 30)	гиперстенический (n = 47)
Длина ЧС, мм	22,3 ± 1,2#	26,8 ± 1	27 ± 0,8*
Наибольший диаметр ЧС, мм	7,5 ± 0,1#	8,1 ± 0,2	8,2 ± 0,2*
Угол отхождения ЧС, °	29,1 ± 2#	40,3 ± 2,5	41,7 ± 2,2*
Расстояние между центрами устьев ЧС и ВБА, мм	18,2 ± 0,5	19 ± 0,5	19,3 ± 0,4
Диаметр селезеночной артерии, мм	5,7 ± 0,2#	6,3 ± 0,2	6,6 ± 0,1*
Диаметр общей печеночной артерии, мм	5,6 ± 0,3	5,5 ± 0,2	6,1 ± 0,2
Диаметр левой желудочной артерии, мм	3,2 ± 0,1#	3,8 ± 0,1	3,9 ± 0,1*

Примечание. * — различия с группой астенического типа; # — различия с группой нормостенического типа; × — различия с группой гиперстенического типа (p < 0,05). ЧС — чревный ствол.

Длина чревного ствола также имеет выраженные типовые особенности. При этом значение данного параметра достоверно больше у лиц гиперстенического типа.

Угол отхождения чревного ствола в группе нормостеников в среднем на 11,2° больше, чем у астеников (в процентном отношении — на 38,5 %), а у гиперстеников — на 12,6°, чем у астеников (на 43,3 % больше).

Выводы

Таким образом, согласно типам телосложения по Пинье, статистически значимые (p < 0,05) различия у мужчин различных типов телосложения имеются по 5 из изученных параметров. Полагаем, что данное обстоятельство связано с тем, что индекс Пинье отражает не только линейные параметры тела, а также еще и объемные (обхват груди, масса тела).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что знание различных вариантов строения чревного ствола, его ветвей и их морфометрических характеристик имеют не только анатомический интерес, но и клиническое значение при проведении различных инвазивных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Properties of the Celiac Trunk — Anatomical study / D. Malnar [et al.] // Collegium antropo-logicum. — 2010. — Vol. 34(3). — P. 917–921.
2. *Великорецкий, А. Н.* Оперативное лечение рака поджелудочной железы / А. Н. Великорецкий. — М.: Издание 1-го Московского мед. ин-та им. И. М. Сеченова, 1959. — 176 с.
3. *Семюшко, Н. В.* Вариантная анатомия ветвления чревного ствола и прилежащих к нему лимфатических узлов / Н. В. Семюшко // Педиатрический вестник Южного Урала. — 2015. — № 1. — С. 37–42.

УДК 616.24-091-002.5

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Жоголь П. Л., Шпаленкова Ю. П.

Научный руководитель: ассистент *О. Н. Купченко*

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

Введение

Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое бактерией (*Mycobacterium tuberculosis*), которая чаще всего поражает легкие. Туберкулез легких является одной из 10 главных причин смертей в мире по данным Всемирной организации здравоохране-

ния. Данное заболевание излечимо и предотвратимо. Латентный туберкулез имеют около четверти населения мира, они инфицированы бактериями туберкулеза, однако еще не заражены этой болезнью и не могут ее передавать. Туберкулез передается воздушно-капельным путем людям с ослабленным иммунитетом [1, с. 27–28]. Особенно высока смертность у людей с ВИЧ. В докладе о глобальной борьбе с туберкулезом 2018 г. были поставлены следующие задачи: снижение к 2030 г. смертности от туберкулеза на 90 % и снижение заболеваемости на 80 % по сравнению с 2015 г. Для достижения этих целевых показателей требуются меры по лечению и профилактике данного заболевания.

Цель

Изучение морфометрических изменений в легких при инфекционном туберкулезе и частоту их встречаемости.

Материал и методы исследования

Для исследования были использованы данные 32 рентгеновских снимков грудной клетки пациентов в возрасте от 30 до 79 лет (средний возраст 58 лет), полученных в учреждении «Мозырский межрайонный противотуберкулезный диспансер» с установленным диагнозом инфекционный туберкулез легких, а также изучена современная отечественная литература по данной теме. Результаты исследования были статистически обработаны с использованием программы «MS Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

С 2005 по 2010 гг. в учреждении «Мозырский межрайонный противотуберкулезный диспансер» туберкулез был выявлен у 32 человек.

Половой состав: женщин — 6 (18,75 %) человек, мужчин — 26 (81,25 %) человек.

Результаты представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 — Возраст обследуемых

Возраст, лет	Количество человек
70–79	9 (28,13 %)
60–69	6 (18,73 %)
50–59	5 (15,64 %)
40–49	10 (31,25 %)
30–39	2 (6,25 %)

Таблица 2 — Данные о степени и месте повреждения

Левое легкое			Правое легкое					Оба легких			
Верхняя доля		Нижняя доля	Верхняя доля				Средняя доля	Нижняя доля	Полностью	Верхняя доля	S1,2
S1,2	Полностью		S1	S2	S1,2	Полностью					
4	3	0	1	3	1	2	1	0	6	10	1

Непосредственно после получения данных рентгеновских снимков был поставлен диагноз «Инфекционный туберкулез», при этом в активной форме — 13 (40,6 %) случаев, а в фазе распада — 19 (59,4 %).

Далее анализ проводился по поврежденному легкому и степени их повреждения. В 17 (53 %) случаях были повреждены оба легких. Причем верхняя доля была повреждена в 10 (58,8 %) случаях, полностью оба легких в 6 (35,4 %) случаях, S (сегмент) 1,2 в 1 (5,8 %) случае.

Отдельно левое легкое повреждено у 7 (21,8 %) пациентов. При этом отмечалось поражение только верхней доли. Полностью верхняя доля была повреждена у 3 (42,9 %) пациентов, а отдельно S 1, 2 в 4 (57,1 %) случаях.

Повреждение правого легкого было выявлено на 8 снимках. Поражение S1 отмечалось в 1 (12,5 %) случае, S2 — в 3 (37,5 %), S1, 2 также в 1 (12,5 %) случае. Полностью

верхняя доля была поражена в 2 (25 %) случаях. Также патологические изменения наблюдались в средней доле в 1 (12,5 %) случае.

Выводы

По данным нашего исследования было выявлено, что чаще поражаются оба легких, в частности верхняя доля. Это связано с тем, что в верхушке легкого выше концентрация кислорода, а бактерия *Mycobacterium tuberculosis* наиболее активна в областях его повышенной концентрации [2, с. 234–236]. Также при поражении обоих легких наблюдались патологические изменения как в верхней, так и в нижней долях одновременно. При одностороннем повреждении не наблюдалось повреждения нижней доли. А изменения, носящие деструктивный характер, наблюдались на снимках преимущественно в S 1,2.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошечкин, В. А. Туберкулез: учеб. пособие / В. А. Кошечкин, З. А. Иванова. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 303 с.
2. Перельман, М. И. Фтизиатрия / М. И. Перельман, А. В. Корякин, И. В. Богдельникова. — М.: Медицина, 2004. — 438 с.

УДК 616.13-004.6-055.1/.3-053.9-036.8(476.2)

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Карбовский П. Е., Жоголь П. Л.

Научный руководитель: старший преподаватель И. В. Орлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время смертность от болезней системы кровообращения по данным ВОЗ на 2016 г. составляет 31 % всех случаев смертности в мире. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является самой распространенной и составляет 86,9 % от всех болезней системы кровообращения. Причиной возникновения ИБС может служить атеросклероз, который прогрессирует с возрастом [1].

Атеросклероз является наиболее распространенным хроническим заболеванием артерий эластического и мышечно-эластического типа. Во внутренней оболочке (интима) стенок артерий формируются очаги липидных отложений — атероматозных бляшек, к ним подрастает и разрастается соединительная ткань и возникает кальциноз стенки сосуда. Данные изменения приводят к сужению просвета сосуда вплоть до полной облитерации, что ведет к невозможности полноценного кровоснабжения органа из данной артерии. Также возможны такие последствия, как окклюзия просвета артерии тромбом, либо распавшимся содержимым атероматозной бляшки, что несет в себе такие последствия, как возникновение очагов инфаркта или развитие гангрены в органе, который получает питание из пораженной артерии.

Основную роль в развитии атеросклероза занимают нарушения липидного обмена. В крови липиды связаны с белками, образуя комплексы — липопротеиды (ЛП), некоторые из которых обладают способностью проникать в стенку сосудов, вызывая в ней атерогенные изменения. В развитии атеросклероза главную роль играют липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), которые благодаря своим размерам легко проникают в суб-эндотелиальное пространство, где они поглощаются макрофагами, активируя развитие атеросклероза [2, с. 84–85].

Липиды транспортируются в артериальную стенку преимущественно вместе с липопротеидами плазмы. Циркулирующие липопротеиды (в том числе и ЛПНП) прони-