

Выводы

РЧА менее травматична по сравнению с резекцией печени и может дополнить любую паллиативную и циторедуктивную операцию.

Наилучший локальный эффект достигается при деструкции небольших опухолей, диаметром до 30 мм. При проведении РЧА образований диаметром более 50 мм вероятность полной деструкции опухоли значительно снижается, при этом риск осложнений, связанных с процедурой, возрастает.

Близкое расположение опухоли по отношению к крупным внутripеченочным сосудам является относительным противопоказанием, т. к. за счет эффекта отведения тепла эффективность РЧА в этой зоне может быть снижена. РЧА — относительно безопасный метод лечения пациентов с первичными и метастатическими опухолями печени и не сопровождается большим количеством осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. McGahan J. P. et al., 1992; Rossi S. et al., 1995; Buscarini I. et al., 1995.
2. Радиочастотная абляция опухолей печени / Б. И. Долгушин [и др.] // Практическая медицина. — 2007.
3. Двойрин В. В. 1992; Paraskevopoulos J. A. 1994; Stuart K. E., Anand A. J., Jenkins R. L. 1996.

УДК 611.714.6-055.1/.2-073.756.8.,35-86”

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛАЗНИЦЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТНОМ ДИАПАЗОНЕ 35–86 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ)

Жданович В. Н., Мурашко А. Н., Ветрова А. В.

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

Введение

Компьютерная томография различных отделов черепа относится к методам рентгенологического обследования, обладающим крайне высокой чувствительностью. КТ — это наилучший способ визуализации, когда речь идет о диагностике травм головы или кровоизлияний в головной мозг [1].

Глазница — это парная полость лицевого отдела черепа, напоминающая по форме четырехгранную пирамиду. Основная ее функция — это опора и защита органа зрения. Многие годы изучение строения глазницы было затруднено из-за несовершенной медицинской визуализации. С появлением таких методов диагностики, как компьютерная и магнитно-резонансная томография появилась возможность послойного анализа строения черепа, что открыло новые возможности изучения глазницы. В современной литературе этот отдел описан мало, однако он, несомненно, требует подробного рассмотрения.

Цель

Выявление закономерностей изменения качественных и количественных показателей глазницы в возрастном диапазоне 36–85 лет у лиц мужского и женского пола.

Материал и методы исследования

Для исследования была использована 181 томограмма, из которых 90 — лиц мужского пола, 91 — лиц женского пола. Были измерены размеры боковых стенок глазницы, угол между ними и ширина входа в глазницу. Для данных измерений рассчитаны минимальные, максимальные и средние значения, стандартное отклонение и стандартная ошибка. Расчеты проводились с помощью программы Excel. Рассмотренные в исследовании пациенты не имели каких-либо травм и патологий в строении лицевого черепа.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенной работы сведены в таблицу 1.

Таблица 1 — Морфометрические показатели правой и левой глазниц мужчин и женщин в возрасте 35–85 лет

Показатель	Левая глазница				Правая глазница			
	Латер. ст.	Мед. ст.	Вх. в гл.	Уг. м.ст.	Латер. ст.	Мед. ст.	Вх. в гл.	Уг. м.ст.
Женщины								
$M \pm \delta$	$4,8 \pm 0,39$	$4,7 \pm 0,36$	$3,5 \pm 0,32$	$45 \pm 0,56$	$4,8 \pm 0,42$	$4,5 \pm 0,39$	$3,5 \pm 0,33$	$44 \pm 0,66$
Ст. ошибка	0,04	0,045	0,029	0,037	0,041	0,043	0,041	0,04
Мужчины								
$M \pm \delta$	$4,33 \pm 0,37$	$4,3 \pm 0,35$	$3,5 \pm 0,22$	$48 \pm 0,55$	$4,3 \pm 0,37$	$4,4 \pm 0,35$	$3,3 \pm 0,23$	$44 \pm 0,59$
Ст. ошибка	0,047	0,05	0,034	0,035	0,033	0,037	0,047	0,05

Примечания: Латер. ст. — латеральная стенка; Мед. ст. — медиальная стенка; Вх. в гл. — вход в глазницу; Уг. м. ст. — угол между стенками; Ст. ошибка — стандартная ошибка.

При анализе таблиц было выяснено:

1. Левая глазница у мужчин:

Происходит постепенное уменьшение размеров медиальной и латеральной стенок по 0,1 мм каждые 5 лет. Размеры входа в глазницу в течение всей жизни существенно не меняются, однако происходит их уменьшение на 0,1 см в возрасте старше 67 лет. Что касается угла между стенками глазницы, то в возрастном диапазоне 36–46 лет его величина составляет в среднем 47° , затем в возрасте от 47 до 66 лет ее размер составляет в 49° , а затем резко снижается и начиная от 67 лет равен 46° .

2. Правая глазница у мужчин:

Размер латеральной стенки правой глазницы у мужчин в возрасте от 36 до 46 лет равен 4,2 см, затем его величина увеличивается до 4,3 см и сохраняется на этом уровне до 66 лет, затем ее размер снова уменьшается до 4,2 см. Медиальная стенка имеет размер 4,25 см до 46 лет, но длина ее резко возрастает, составляя к 50 годам 4,44 см. После 70 этот параметр начинает постепенно снижаться по 0,1 см каждые 5 лет. Размер входа в глазницу до 53 лет равен в среднем 3,3 см, затем он несколько снижается до 3,2 см, оставаясь таковой до пожилого и старческого возраста. Угол между стенками глазницы до 45 лет равен 46° , затем он снижается по 1° каждые 5 лет, а в возрасте после 70 — теряет по 2° каждые 5 лет.

3. Левая глазница у женщин:

Длина латеральной стенки глазницы держится на уровне 4,7 см до 55 лет, затем ее размеры резко увеличиваются до 4,9 см и сохраняются таковыми до старческого возраста. Размер медиальной стенки изменяется скачкообразно: в возрасте до 45 лет он составляет 4,6 см, затем его размер уменьшается на 0,1 см. После 55 лет размер увеличивается на 0,3 см и практически не меняется до конца жизни. Размер входа в глазницу на протяжении всей жизни существенно не меняется и равен 3,4 см в среднем. Угол между стенками имеет величину 46° , но его величина снижается на 1° каждые 5 лет.

4. Правая глазница у женщин:

Размер латеральной стенки правой глазницы в среднем равен 4,7 см до возраста 76 лет, затем он резко возрастает до 4,9 см. Медиальная стенка меняет свои размеры неравномерно: в возрасте до 46 лет ее размер равен в среднем 4,6 см, затем он уменьшается до 4,4 см, в возрасте после 55 лет длина стенки составляет 4,6 см, а затем увеличивается и до конца жизни в среднем равна 4,7 см. Диаметр входа в глазницу составляет 3,6 см в возрасте 36 лет, затем после 45 он начинает терять по 0,1 см каждые 5 лет. Угол между стенками глазницы равен 48° в возрасте 36 лет, затем он уменьшается на 2° после 46 лет и до конца жизни теряет по 1° каждые 5 лет.

Выводы

Результаты исследования показали то, что с возрастом длина стенок правой и левой глазниц постепенно укорачивается, что возможно связано с развитием возрастной гиперметропии, при которой происходит уменьшение длины глазного яблока. Увеличивается угол между стенками глазницы и ширина входа в нее, что также является следствием происходящих в глазном яблоке дегенеративных процессов. Следует отметить, что у женщин размеры данной полости преобладают над таковыми у мужчин. Связано это с большими размерами

глазницы по отношению к лицевому черепу, а также с меньшей толщиной и массивностью костей черепа у лиц женского пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анатомия человека: в 2 т. / под ред. М. Р. Сапина. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: 2001. — С. 53, 154–156.
2. Шилкин, В. В. Компьютерная томография (СТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга и черепа в нормальной анатомии человека (материалы к дистанционному изучению анатомии человека в высших учебных заведениях) / В. В. Шилкин. — М., 2010. — С. 321–323.

УДК 616.379-008.64:616.89-008-076

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ ТРЕВОЖНЫХ РАСТРОЙСТВ

Навменова Я. Л.¹, Савастеева И. Г.¹, Махлина Е. С.²

¹Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,
²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что наличие тревожных расстройств у пациентов с сахарным диабетом (СД) оказывает неблагоприятное влияние на уровень глюкозы в крови. Это влияние осуществляется как через активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, так и через поведенческие нарушения, приводящие к несоблюдению образа жизни и снижению приверженности терапии, что повышает риск развития декомпенсации углеводного обмена и появления осложнений СД [1, 2]. В связи с этим некоторым пациентам не удается достичь оптимального контроля заболевания. При неблагоприятном исходе это приобретает форму неконтролируемых и, с точки зрения пациента, непредсказуемых колебаний уровня глюкозы в крови с частыми эпизодами тяжелой гипогликемии или гипергликемии, что еще больше усиливает тревожное расстройство [3]. Однако, патофизиологические механизмы взаимосвязи тревожных расстройств у пациентов с СД окончательно не изучены [4].

Цель

Оценить клинико-метаболические показатели у пациентов с СД 1 типа в зависимости от наличия тревожного расстройства.

Материал и методы исследования

Всем лицами, включенным в исследование, проводилась стандартная процедура самостоятельного заполнения HADS для оценки уровня тревоги и депрессии. Проводились лабораторные исследования: определение уровня глюкозы в крови натощак и через 2 ч после еды, среднесуточная глюкоза в крови за 3 суток при 4 кратном определении гликемии); уровень HbA_{1c}, липидограмма: ОХ, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, суточная протеинурия, креатинин в сыворотке крови, расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта — Голта, уровень ГЦ в сыворотке, уровень витамина В₁₂ в сыворотке. Статистическая обработка проводилась методами непараметрической статистики с использованием пакета SPSS 17.0. Данные представлены в формате Me (q¹; q³). Корреляционный анализ выполнен с использованием критерия Спирмена. Частота встречаемости признаков оценена с использованием критерия χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст мужчин составил 39,34 (31,18; 48,79) лет, женщин — 43,68 (30,12; 52,36) лет и не имел значимой разницы. Тревожные расстройства (ТР) были диагностированы у 50 пациентов из числа обследованных. Результаты обследования представлены в таблице 1.