

ляется анатомическое строение предстательной железы. Данных о развитии и строении предстательной железы в период внутриутробного развития, в современной литературе недостаточно. С целью изучения строения простаты в пренатальном периоде на кафедре анатомии УГМА совместно с отделением урологии ГКБ № 14 выполнена данная работа.

Исследование проведено на аутопсийном материале, полученном от 15 плодов мужского пола в сроке гестации 20-21 недели внутриутробного развития полученные при самопроизвольном прерывании беременности. Беременность осложнилась плацентарной недостаточностью, которая при гистологическом исследовании плаценты проявлялась в виде сосудисто-стромального фуникулита, гнойного мембранита, амниохорионита, субхорионита. В анамнезе женщин имело место наличие острых и хронических инфекций.

Препараты предстательной железы фиксировались в 10% растворе формалина.

Для измерений использовали штангенциркуль ШЦ- II-150-0,05 (ГОСТ 166-89), МБС-9. Все полученные количественные параметры подвергнуты вариационно-статистической обработке с вычислением их средней величины (M), ее ошибки (m), среднего квадратического отклонения, коэффициентов вариации (G v).

Длина простаты в среднем составляет  $5,63 \pm 0,26$  мм ширина простаты в среднем  $4,93 \pm 0,25$  мм, а переднезадний размер простаты находится в пределах min –max  $-5,40-7,00$  мм среднее значение составляет  $6,30 \pm 0,25$  мм. Среднее значение переднезаднего размера основания простаты  $4,12 \pm 0,32$  мм и близок по своему значению к ширине основания простаты  $3,91 \pm 0,20$  мм, аналогичная ситуация в отношении ширины в области верхушки простаты  $3,28 \pm 0,09$  мм и переднезадним размером в области верхушки простаты  $2,98 \pm 0,10$  мм. Диаметр уретры на уровне основания простаты  $1,00 \pm 0,08$  мм незначительно превышает диаметр уретры на уровне верхушки простаты  $0,78 \pm 0,06$  мм. Расстояние от передней поверхности основания простаты до уретры  $1,25 \pm 0,11$  мм  $1,35 \pm 0,08$  мм и расстояние от передней поверхности верхушки простаты до уретры  $1,35 \pm 0,08$  мм практически равны. Расстояние от задней поверхности основания простаты до уретры  $1,86 \pm 0,10$  мм имеет большие средние значение, чем расстояние от задней поверхности верхушки простаты до уретры  $1,07 \pm 0,06$  мм. Средние значения длины проксимального уретрального сегмента простаты  $2,45 \pm 0,43$  мм и среднее значение длины дистального уретрального сегмента простаты  $2,53 \pm 0,19$  практически равны, но

коэффициент вариабельности длины проксимального уретрального сегмента 49% в 2 раза превышает коэффициент вариабельности длины дистального уретрального сегмента 21%. Среднее значение расстояния от левой боковой и от правой поверхности верхушки простаты до уретры равны  $1,11 \pm 0,02$  мм.

Выводы: В данной возрастной группе стабильными являются: Ширина верхушки простаты, расстояние от левой боковой поверхности верхушки органа до уретры и расстояние от правой боковой поверхности верхушки простаты до уретры (коэффициент вариации менее 10%). Высокий коэффициент вариации (более 20%) у следующих параметров простаты: переднезадний размер основания простаты, диаметр уретры на уровне основания простаты, расстояние от передней поверхности основания простаты до уретры, расстояние от левой боковой поверхности основания простаты до уретры, диаметр уретры на уровне верхушки простаты, длина проксимального и дистального уретрального сегмента.

Впервые дана полная морфометрическая характеристика предстательной железы в возрастной группе 20-21 неделя внутриутробного развития.

## ГЕРПЕСВИРУСЫ И ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДКА

**Матвеева Л.В., Мосина Л.М.,  
Новикова Л.В.**

*Мордовский госуниверситет  
им. Н.П. Огарева, медицинский институт,  
Саранск, Россия*

Заболевания, вызванные герпесвирусами, широко распространены и занимают второе место (15,8%) после гриппа (35,8%) по развитию тяжелых осложнений. На территории России и в странах СНГ от хронической герпетической инфекции страдает более 25 миллионов человек, у которых значительно чаще развиваются иммунодефицитные состояния, аутоиммунные и онкологические заболевания, атеросклеротические и нервно-психические изменения. Наибольшее распространение и значение в патологии человека имеют вирусы простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ). Установлено, что более 90% городских жителей всех стран мира инфицировано одним или несколькими серовариантами герпесвирусов, антитела к ВПГ-1 выявляются у 99%, а к ВПГ-2 — у 73% населения.

Герпесвирусы оказывают разрушительные воздействия на многие клетки организ-

ма. Так, ВЭБ может поражать эпителий ротоглотки, протоков слюнных желез, желудочно-кишечного тракта, эндотелий сосудов, CD3<sup>+</sup>-, CD16<sup>+</sup>-лимфоциты, нейтрофилы, макрофаги, хотя основными клетками-мишенями являются В-лимфоциты.

Желудок здорового человека колонизирован относительно небольшим количеством микроорганизмов. Но при определенных условиях состав нормальной микрофлоры изменяется, что создает условия для развития гастродуоденальной патологии.

Ученые неоднократно описывали случаи острого гастрита, ассоциированного с Эпштейна-Барр вирусной инфекцией с диффузной атипичной лимфоидной гиперплазией слизистой желудка, лихорадкой, диареей, спленомегалией, лимфаденопатией. У больных иммуногистохимически выявлялись CD20<sup>+</sup>-лимфоциты, ВЭБ-положительные при гибридизации *in situ*.

По данным Г.В. Волынец, у детей, имеющих ДНК ВЭБ в слизистой оболочке желудка, в 85% случаев диагностируется аутоиммунный гастрит, при этом часто наблюдается синдром хронической неспецифической интоксикации.

Имеются данные о выявлении антител к антигенам ВПГ-1, ВЭБ в сыворотке больных язвенной болезнью и раком желудка, но достоверно не установлены их диагностические титры. Поэтому изучение онкогенного потенциала герпесвирусов, выявление клинико-морфологических особенностей и поиск маркеров, имеющих диагностическую и прогностическую значимость при патологии желудочно-кишечного тракта, представляет огромный интерес и является важной медико-биологической и социальной проблемой.

### **КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Махнев В.В., Берзин С.А.,  
Демидов С.М.**

*Уральская государственная медицинская  
академия,  
Екатеринбург, Россия*

До настоящего времени вопросы лечения опухолей головного мозга остаются актуальной проблемой современной онкологии, поскольку выживаемость пациентов с опухолями головно-

го мозга несмотря на значительные успехи и достижения отечественной и мировой науки остается достаточно низкой, а само заболевание приводит к ранней инвалидизации и снижению качества жизни [Preston-Martin S., Mack W., 2008].

**Цель исследования:** Провести анализ клинической картины заболевания и эпидемиологических данных пациентов с первичными опухолями головного мозга. Определить принципы лечения и отдаленные результаты лечения.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 600 пациентов с первичными опухолями головного мозга, у которых диагноз опухоль головного мозга был морфологически подтвержден. Среди пациентов было 303 (50,5%) мужчины и 297 (49,5%) женщин в возрасте от 1 года до 80 лет, медиана составляет 43 года.

Для оценки результатов лечения пациенты, проходившие стационарное лечение в Свердловском областном онкологическом диспансере (СООД) г. Екатеринбурга, включались в исследование с 2002 г. по 2006 г. и наблюдались по настоящее время.

Проводился анализ историй болезни пациентов, данных единой онкосистемы СООД. Катамнестическое обследование пациентов осуществлялось на базе 1-ого, 2-ого нейрохирургических отделений, 1-ого радиологического отделения. В работе использованы данные карт статистического учета пациентов СООД. Хирургическое лечение проводилось в межрегиональном нейрохирургическом центре на базе СООД, либо в ГКБ №40.

Топометрическая подготовка осуществлялась на КТ Simens, либо на рентген-симуляторе. Физикодозиметрические расчеты на планирующих системах ХЮ или HELAX, позволяющих запланировать конформное облучение. Лучевая терапия — на линейных ускорителях SL75-5, SLI PLUS, SLI PRECISE DIGITAL.

Полученные результаты исследования подвергались статистической обработке с помощью программы SPSS 13,0 for Windows. Для анализа данных применялись методы суммарных статистик, сравнительного анализа, дескриптивного и корреляционного анализа, анализа выживаемости Каплана-Мейера. Сравнение выживаемости осуществлялось с помощью логрангового критерия. Для оценки факторов, определяющих прогноз развития и исход заболевания использовалась модель пропорционального риска Кокса.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В СООД диспансере в период 2002 по 2007 год было 600 случаев госпитализации па-