

щим гистологическим вариантом также явилась мелкоацинарная аденокарцинома, которая диагностировалась в 76% случаев. Частота выявления умеренно-, низкодифференцированной и недифференцированной аденокарциномы ПЖ в материале пункционных биопсий составила по 8% соответственно. В заключение следует отметить, что в гистологических диагнозах отсутствовала градация РПЖ в соответствии с классификацией TNM и шкалой Глиссона, что значительно затрудняет определение степени дифференцировки аденокарциномы ПЖ и ее прогноза.

#### **Литература**

1. Мерабишвили В.М. (ред.). Деятельность онкологической службы Санкт-Петербурга в 2000 г.- СПб, 2001. – 23 с.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.А. (ред.). Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения России в 1998 году. М., 1999; 25.
3. Abate-Shen C., Shen M.M. Molecular genetics of prostate cancer // *Genes Dev.* – 2000 – Vol. 14. – P. 2410-2434.
4. Boyle P., Maisonneuve P., Napalkov P. Incidence of prostate cancer will double by the year 2030:arguments// *Europ. J. Urol.* – 1996. – Vol.29 (suppl. 2). – P. 3-9.

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА ЙОДОМ**

*Н.М. Ключко*

Научный руководитель – к.м.н., доцент *С.А. Ляликов*  
*Гродненский государственный медицинский университет*

В связи с экологически обусловленным недостатком йода в почве на территории республики, а значит и повышенным риском развития йододефицитных заболеваний у населения, очень важно выявить факторы, которые влияют на йодную обеспеченность организма. Данная работа посвящена изучению влияния «семейного» фактора на обеспеченность йодом [1].

Исследования выполнялись в два этапа. На 1 этапе (апрель, 2001 г.) обследовали 722 ребенка из 17 населенных пунктов Гомельской области и Клинцовского района Брянской области. Среди них было 43 пары sibсов и еще 4 группы, состоящие из 3 sibсов каждая. На 2 этапе (сентябрь, 2001 г.) - 196 детей, и среди них 22 пары sibсов, были обследованы повторно. Кроме того, в 196 семьях из исследуемого региона было проведено анкетирование. Анкета включала вопросы, касающиеся рациона питания и употребления йодированной соли. Содержание йода в моче определяли церий-арсенитным методом [2]. Концентрация йода в моче ниже 100 мкг/л свидетельствовала о наличии йодной недостаточности.

В результате исследования была выявлена значительная географическая мозаичность показателей йодной обеспеченности. Даже в географически близких населенных пунктах процент детей с йодной недостаточностью колебался от 0 до 93,55%. С целью установить природу факторов, влияющих на стабильность концентрации йода в моче, мы провели дисперсионный анализ показателей йодной экскреции у sibсов. Оказалось, что достоверный вклад в общую дисперсию уровня йодурии вносит фактор проживания в одной семье ( $F=2,32$ ;  $P=0,04$ ). Вариабельность концентрации йода в моче у sibсов, в отличие от абсолютной величины этого показателя, практически не зависит от местности, где проживает семья ( $F=0,93$ ;  $P=0,51$ ). По результатам анкетирования, установлено, что на этот показатель оказывает существенное влияние качественный и количественный состав рациона питания семьи. У лиц с низкими показателями экскреции йода с мочой в рационе питания преобладали продукты регионального земледельца, а у обследованных с нормальной йодурией - приобретаемые в магазине. С высокой достоверностью на обеспеченность йодом влиял источник поступления мяса ( $\text{Chi-Square}=8,86$ ,  $p=0,03$ ), молока ( $\text{Chi-Square}=11,65$ ,  $p=0,009$ ), творога (Kruskal-Wallis test  $H=9,10$ ,  $p=0,03$ ), но не количество их в рационе питания. С другой стороны, выраженность йодного дефицита статистически достоверно прямо пропорционально связана с количеством потребляемых в пищу картофеля (Kruskal-Wallis test  $H=8,36$ ,  $p=0,04$ ) и яблок ( $\text{Chi-Square}=8,85$ ,  $p=0,03$ ). Следует отметить, что 100% этих продуктов, используемых в рационе обследованных, являются продуктами регионального земледельца. Результаты анкетирования указали на наличие достоверной связи между регулярностью использования обследованными йодированной соли при приготовлении пищи и

концентрацией йода у них в моче ( $r=-0,136$ ,  $p=0,05$ ). Тем не менее, даже среди лиц, постоянно потребляющих только йодированную соль, у каждого третьего определялся сниженный уровень йодной экскреции. По-видимому, просто замена обычной соли на йодированную не может решить проблему йододефицита в регионе.

Таким образом, в изученных регионах на стабильность йодной обеспеченности в большей степени влияют «внутрисемейные» факторы, в первую очередь, связанные с питанием: традициями и финансовыми возможностями при выборе рациона и источника продуктов, сезонными особенностями диеты, регулярностью использования йодированной соли.

#### **Литература**

1. НИКИ радиационной медицины и эндокринологии Минздрава РБ.// Йодный дефицит в Беларуси и методы его коррекции и профилактики: Метод. рекомендации Минск, 2000.

2. Methods for measuring iodine in urine / J.T. Dunn, H.E. Crutchfield, R. Gutekunst, A.N. Dunn // International Council for control of Iodine deficiency Disorders. Netherlands. – 1993. – P. 18-29.

## **ПОЛОВЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРОЕНИИ ЭЛАСТИЧЕСКОГО КАРКАСА ДЕРМЫ**

*И.С. Львова*

Научный руководитель – д.м.н., профессор *О.Д. Мяделец*  
*Витебский государственный медицинский университет*

О строении кожи человека на сегодняшний день известно многое [2,3]. Однако не всегда удается найти ответ на тот или иной вопрос, опираясь на эти данные. В связи с этим представляется интересным и небесполезным изучение строения кожи различных областей тела человека, соотношения ее различных структурных компонентов, их количественное выражение и создание базы данных. Как известно, на структуру кожи влияют очень многие, как эндогенные [3] так и экзогенные факторы [1,2]. В настоящей работе предпринята попытка изучить влияние пола и возраста на относительную плотность эластического компонента дермы кожи, взятой из различных областей тела человека.

Материалом исследования служили полнослойные кусочки кожи (размером 1 кв.см.), взятые из пяти областей тела: внутренняя поверхность предплечья, боковые поверхности живота, межлопаточная область, поясничная область, задняя поверхность бедра. Материал взят у 19 трупов мужчин в возрасте от 21 до 78 лет и 7 трупов женщин в возрасте от 21 до 85 лет при вскрытии в первые сутки после смерти. Препараты фиксировали в 10%-ом нейтральном формалине, готовили парафиновые срезы и окрашивали по Харту. Измерения проводили методом просчитывания точек контрольной системы окуляра, приходящихся на соответствующие гистологические структуры.

При светомикроскопическом исследовании препаратов мужчин и женщин установлено, что эластические волокна в различных слоях дермы неоднородны. Так, в сосочковом слое дермы они более тонкие, длинные, располагаются плотнее. В глубоких слоях сосочкового слоя волокна расположены преимущественно параллельно эпидермису, а в верхних слоях - перпендикулярно. В отдельных участках видно субэпидермальное эластическое сплетение, которое образовано очень тонкими эластическими волокнами, вплотную прилежащими друг к другу.

В сетчатом слое дермы эластические волокна окрашены интенсивнее, имеют больший диаметр, но меньшую длину. Расположены они более рыхло и идут в разных направлениях, формируя сеть с крупными ячейками. Относительная плотность эластических волокон (ОПЭВ) в разных областях тела разная у мужчин и женщин. Количественные данные о распределении относительной плотности эластических волокон приведены в таблице. У мужчин наибольшая ОПЭВ выявлена на внутренней поверхности предплечья, а наименьшая - в межлопаточной области. Такое соотношение ОПЭВ характерно для всех возрастных категорий. В то же время, соотношения в других областях имеют возрастные различия. В возрасте до 40 лет на втором месте стоит поясничная область, в возрасте от 40 до 60 лет – живот, а у мужчин старше 60 лет – задняя поверхность бедра. У женщин наибольшая ОПЭВ выявлена в области живота, а наи-