

ОЦЕНКА ЙОДНОГО И СЕЛЕНОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. МИНСКЕ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА

Е.Г. Мохорт

Научный руководитель – д.м.н., профессор *Е.А. Холодова*
Белорусский государственный медицинский университет

Цель исследования – определить содержание селена в сыворотке крови и тиреоидный статус детей, проживающих в г. Минске в условиях школы-интерната.

Материалы и методы: Обследовано 30 детей в возрасте 7-10 лет (средний возраст составил $8,2 \pm 1,04$), в том числе 13 девочек и 17 мальчиков. Все обследованные получали одинаковый рацион питания. Обследование включало определение содержания селена, тиротропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т₄св), свободного трийодтиронина (Т₃св), антител к тироглобулину и тиреоидной пероксидазе (АТ/ТГ, АТ/ТПО), тироглобулина в сыворотке крови, проведение сонографии щитовидной железы, определение экскреции йода с мочой. Концентрация йода в моче определялась церий-арсенитным методом. ТТГ, Т₄св, АТ/ТГ, АТ/ТПО определялись при помощи наборов фирмы “Brahms” (Германия) хемо-люминесцентным методом; Т₃св радио-иммунным методом при помощи наборов “Immunotech” (Чехия). Определение селена в сыворотке крови проводилось флуорометрическим методом.

Результаты: Содержание селена в сыворотке крови варьировало в пределах $42,7 - 72,1$ мкг/л ($M \pm SD$ $55,7 \pm 10,5$ мкг/л), что указывает на дефицит селена у обследованных детей. Ни у одного из обследованных содержание селена в сыворотке крови не достигало нормальных значений (нормальным считается содержание селена в сыворотке крови выше 115 мкг/л). Доля лиц с уровнем селена в сыворотке крови ниже 50 мкг/л, что соответствует выраженной недостаточности селена, составила 43,0%.

По результатам сонографии щитовидной железы у 16,7% детей было выявлено увеличение щитовидной железы. Изменения в виде неоднородности структуры выявлены у 13,3% детей, у 30,0% обнаружено снижение эхогенности щитовидной железы. Узловых образований выявлено не было.

При оценке функционального состояния щитовидной железы эутироз отмечался у 86,7% детей, у 13,3% выявлено состояние субклинического гипотироза ($ТТГ > 4,0$ мЕд/л). Позитивные титры антител к тиреоидной пероксидазе и тироглобулину в данной группе детей зарегистрированы не были.

Медиана йодурии составила 157,7 мкг/л, что указывает на отсутствие йодной недостаточности у обследуемой группы детей на момент обследования. При этом количество образцов с концентрацией йода менее 100 мкг/л составило 23,3%, менее 50 мкг/л составило 3,3%.

Т.о., проведенное исследование свидетельствует о наличии выраженного дефицита селена при адекватной йодной обеспеченности по данным йодурии в обследованной группе детей.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.В. Рубаник

Научный руководитель – к.м.н., доцент *С.А. Жидков*
Белорусский государственный медицинский университет

Трофические язвы нижних конечностей различной этиологии до сих пор являются актуальной проблемой хирургов, вызывая длительные сроки нетрудоспособности пациентов и требую значительных материальных затрат на лечение.

Цель работы: определение (выбор) наиболее оптимального подхода в лечении трофических язв нижних конечностей различной этиологии у различных групп населения.

Методика исследования: нами проведён ретроспективный анализ 293 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии 2 ГКБ г. Минска за последние 2 года с трофическими язвами нижних конечностей.

Мужчин было 131 пациент (44,7%), женщин 162 (55,3%). Возраст поступивших: от 20 до 40 лет - 20 человек (6,8%); от 40 до 60 - 84 (28,7%); 60-75 лет - 130 (44,4%) и старше 75 лет - 59 (20,1%).

Размеры трофических язв были следующие: до 5 см в диаметре - у 187 пациентов (63,8%); 5-10 см - у 86 (24,4%); больше 10 см - у 20.

В результате обработки данных было выявлено:

1. Трофические язвы нижних конечностей различной этиологии являются сложным хирургическим заболеванием, требующим раннего стационарного лечения.

2. Лечение должно быть комплексным, интенсивным, определяться хирургом совместно с врачами других специальностей.

3. Антибактериальная терапия должна проводиться современными антибиотиками с первых часов с момента поступления.

4. Наиболее эффективными для местного лечения язв являются применение лазера и куриозина, оптимальнее всего - их сочетание.

5. Венэктомия является радикальным способом лечения трофических язв при варикозной болезни и должна применяться независимо от возраста больного.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

В.А. Найденок

Научный руководитель – д.м.н., профессор *Ю.Е. Демидчик*

Белорусский государственный медицинский университет

Рак легкого лидирует среди других новообразований по заболеваемости мужского населения. Это обуславливает актуальность исследования этой патологии. В данной работе производился поиск факторов достоверно влияющих на длительность безрецидивного периода и выживаемость больных раком легкого. Материалом для исследования явилась группа из 198 больных с морфологически верифицированным раком легкого. Мужчин было 179 (90,4%), женщин 19 (9,6%). Возраст пациентов варьировал от 33,4 до 84,4 лет, составляя в среднем 61,4 года. Основной контингент составили больные III стадией заболевания, которая установлена в 75 (39%) случаях. Небольшие опухоли без метастазов в регионарных лимфатических узлах (стадия I) выявлены у 46 (23,7%) больных. Вторая и IV стадии рака легкого диагностированы в 41 (21%) и 32 (16,5%) случаях соответственно. Гистологически 125 (62%) случаев было представлено плоскоклеточной карциномой, 33 (17%) – аденокарциномой, недифференцированный и мелкоклеточный рак были определены у 27 (14%) и 13 (7%) пациентов соответственно. У 30 (15%) больных проведено комбинированное лечение, в т.ч. в 23 (12%) случае применялась операция и облучение, а в 7 (3%) наблюдениях использовалась послеоперационная химиолучевая терапия. Химиолучевую терапию получило 14 (7%) пациентов. Хирургическое вмешательство в самостоятельном варианте перенесло 50 (26%), лучевую терапию 54 (28%), химиотерапию 4 (2%) больных. Оценка выживаемости включала общепринятые расчёты интервальных показателей по таблицам дожития и моментному методу Kaplan-Meier. Сравнение данных в различных группах осуществлялось с использованием теста log-rank. Для изучения взаимосвязи признаков определялись коэффициент линейной корреляции Пирсона (r), ранговой корреляции Спирмена (R) и тау Кенделла, а для отбора значимых прогностических факторов применялась регрессионная модель Кокса.

Исследование состояло из трех этапов. На первом из более чем 100 признаков, полученных при описании изучаемой группы больных, были отобраны те, которые были связаны с длительностью жизни и безрецидивного периода. На втором этапе оценивалась достоверность и значимость влияния отобранных признаков. Были построены и проанализированы кривые выживаемости больных при разных значениях выделенных критериев. На заключительном этапе производился поиск наиболее прогностически значимых категорий. В результате, несмотря на все многообразие корреляционных взаимосвязей из первоначальной группы были оставлены только три признака: лимфогенное метастазирование (категория N), стадия заболевания и наличие хирургического лечения. Влияние этих признаков оказалось самым значимым при боль-