

### **Результаты исследования и их обсуждение**

1. Беларусь входит в группу стран с примерно средними по Европе уровнями заболеваемости, мало отличающимися от стран Балтии и России, но в 1,5 раза ниже, чем в соседней Польше.

2. В большинстве стран мира мужчины значительно (в 3 и более раза) чаще заболевают раком легкого, чем женщины, но данная закономерность наблюдается не во всех странах. Исключение составляет Дания, Швеция, Канада и США. В Беларуси и примыкающих к ней странах выявлены наибольшие (5–12 кратные) различия в заболеваемости мужчин и женщин. Наибольшее число случаев заболеваемости раком легкого в Беларуси за последние 10 лет регистрируется в возрасте 60–79 лет. Максимально высокий риск заболеваемости мужчин наблюдается в возрасте от 65 до 79 лет, женщин — от 75 до 84 лет. 4. Из особенностей международной статистики важно отметить, что во всех странах отношение смертности к заболеваемости высокое, что свидетельствует о серьезности проблемы радикального лечения опухолей данной локализации. Диапазон колебания этих показателей от 72,2 % в США до 102,3 % в Швеции, где показатель смертности превышает уровень заболеваемости. При этом Беларусь имеет лучшие результаты, чем многие Европейские страны (71,6 %).

5. В 2011 г. в структуре всех злокачественных новообразований Беларуси (включая гемобластозы) опухоли трахеи, бронхов и легкого составили 9,7 %. Среди вновь заболевших мужчин их доля составила 19,9 %, а среди женщин — 2,5 %.

6. За 10 лет (2002–2011 гг.) отмечено повышение первичной заболеваемости с 41,4 до 45,2 среди всего населения Республики Беларусь. Высокий уровень заболеваемости обусловлен в основном заболеваемостью мужчин, среди женщин данное заболевание регистрируется практически в 12 раз реже (5,3 и 61,1 на 100 тыс. населения соответственно). Злокачественных новообразований лёгкого имеет тенденцию к снижению. За 10 лет (2002–2011 гг.) уровни смертности сократились с 36,3 до 32,1 на 100 тыс. населения Республики Беларусь.

8. За последние 5 лет значительно увеличилось число наблюдаемых диспансерами пациентов со злокачественными новообразованиями легкого (9788 человек в 2011 г.). Из них 37,9 % состоят на учете 5 и более лет.

### **Выводы**

Таким образом, имеются определенные положительные сдвиги в диагностике и лечении пациентов со злокачественными новообразованиями легкого. Однако рак легкого по-прежнему занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости, что ставит его в разряд основных медицинских и социальных проблем. Данная проблема остается крайне актуальной и требует дальнейшего решения задач по улучшению диагностики, увеличению охвата лечением пациентов и повышению его результативности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Минск: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
2. Статистика онкологических заболеваний Республике Беларусь (2002–2011) / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2012. — 333 с.
3. Shields, M. Smoking – prevalence, bans and exposure to second-hand smoke // Health Reports. — 2007. — Vol. 18, № 3. — P. 67–85.
4. Update of evidence on health effects of second-hand smoke. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004.
5. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии «Создание среды, свободной от табачного дыма», 2009 г.

УДК 615.214.32.099-08:614.21(476.2)

## **ОПЫТ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЗАЛЕПТИНОМ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Понорад А. Ф.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение здравоохранения**

**«Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»**

### **Введение**

В последнее время особое внимание практикующих врачей привлекают острые лекарственные отравления, количество которых во всем мире из года в год неуклонно возрастает. Например, в Российской Федерации лекарственные отравления составляют более 60 % от всех острых химических болезней и дают около 10 % погибших при этой патологии [40]. Причины столь широкого распространения лекарственных отравлений связаны, в первую очередь, с постоянным накоплением различных лекарственных средств в домашних аптечках пациентов, их зачастую бесконтрольным употреблением при назначении самолечения, использованием лекарственных средств с суицидальной целью или их применением при различных токсикоманиях.

Особое значение среди экзотоксикозов придается острым отравлениям нейролептиком азалептином (действующее вещество — клозапин). Этот факт обусловлен не только относительно широкой встречаемостью патологии, но и ее серьезным прогнозом. Например, в отделении острых отравлений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 1999 по 2001 гг. в общей структуре экзотоксикозов удельный вес отравлений азалептином увеличился с 6,3 до 12,6 %, а летальность составила 12–18 % [22]. По данным зарубежных авторов летальность при отравлении азалептином находится на уровне 10–15 %. Обращает на себя внимание тот факт, что в последнее время растет число случаев приема атипичных нейролептиков, в том числе и азалептина, с целью преднамеренного опьянения. Так, по данным Д. Г. Слюдина, А. С. Ливанова и соавт., за 2003 г. в структуре криминальных отравлений азалептин вышел на первое место, составив 99,7 % всех криминальных отравлений по г. Москве [31].

Первые симптомы интоксикации при острых отравлениях азалептином, по данным ряда авторов, появляются уже при приеме 4–6 таблеток [125], что, вероятно, связано с узким диапазоном между терапевтическими и токсическими дозами препарата. В то же время, сведения о количестве принятого вещества не всегда соответствуют клинической картине отравления. По этой причине истинное представление о тяжести химической травмы может дать только количественное определение содержания токсиканта в крови больных [11].

Лечение острых отравлений азалептином является одной из актуальных задач клинической токсикологии, которая требует определения объема неотложных мероприятий на всех этапах оказания квалифицированной медицинской помощи.

Так как отравление азалептином чаще представляет собой попытку суицида, количество принятого препарата порой во много раз превышает суточные терапевтические дозы лекарственного препарата. Данное обстоятельство значительно осложняет терапию острого отравления, приводит к длительным нарушениям двигательной активности пациентов и обуславливает развитие серьезных осложнений (пневмонии, трофические нарушения кожных покровов, присоединение вторичной инфекции). Следовательно, основной задачей в терапии острых отравлений азалептином является максимально раннее выведение пациента из состояния комы со скорейшим назначением двигательной активности пациента.

Изучить частоту встречаемости отравлений азалептином и влияние гемосорбции на результаты лечения пациентов с острым отравлением азалептином.

### **Материалы и методы исследования**

Ретроспективно изучены истории болезни пациентов, прошедших лечение по поводу острого отравления азалептином в отделении токсикологии ГГК БСМП в период с 2010 по 2012 гг. Диагноз отравления азалептином во всех случаях установлен на основе качественного определения содержания азалептина в моче методом тонкослойной хроматографии.

Профилактика острого отравления азалептином в отделении токсикологии Гомель-

ской городской клинической БСМП соблюдены все общие принципы лечения острых отравлений, включающие промывание желудка через зонд, пероральный прием активированного угля (0,5–1 г/ кг массы тела), внутривенное введение тиамина гидрохлорида (не менее 100 мг в сутки), форсированный диурез и профилактическое назначение антибактериальной терапии.

В контрольную группу вошли пациенты с отравлением азалептином, которые получали стандартную схему лечения. Исследуемую группу составили пациенты с отравлением азалептином, стандартная схема лечения у которых была дополнена проведением бионеспецифической гемосорбции.

Сравнение двух групп пациентов с отравлением азалептином проводилось по количеству койко-дней, проведенных в стационаре и числу случаев развития осложнений.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди пациентов, пролечившихся в отделении токсикологии Гомельской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, отравления азалептином в 2010 г. имели 9 человек (5 % от всех лекарственных отравлений и 0,7 % от всех экзотоксикозов), в 2011 г. — 5 человек (2 % от всех лекарственных отравлений и 0,27 % от всех экзотоксикозов) и в 2012 г. — 8 человек (3,5 % от всех лекарственных отравлений и 0,5 % от всех экзотоксикозов).

Таким образом, в период с 2010 по 2012 гг. в отделении токсикологии ГГК БСМП всего пролечено 22 пациента с отравлением азалептином. Стандартную схему лечения получили 10 пациентов (контрольная группа). У 12 пациентов (исследуемая группа) стандартная схема терапии была дополнена проведением бионеспецифической гемосорбции. Результаты сравнения исследуемой и контрольной групп пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Влияние гемосорбции на результаты лечения пациентов с отравлением азалептином

Критерий	Контрольная группа	Исследуемая группа
Среднее количество койко-дней	5	3
Наличие осложнений в виде пневмонии (количество случаев, удельный процент среди пациентов данной группы)	3 (30 %)	1 (8,3 %)
Наличие осложнений в виде трофических поражений кожи (количество случаев, удельный процент среди пациентов данной группы)	2 (20 %)	0 (0 %)

#### **Выводы**

Таким образом, пациенты с отравлением азалептином в отделении токсикологии ГГК БСМП встречаются несколько реже, чем пациенты с этой же патологией в отделении острых отравлений НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. Возможными причинами этого явления могут явиться меньшая приверженность жителей областного центра к токсиманиям, недостаток знаний по лекарственным препаратам, которые можно использовать для этих целей, и меньшая доступность данной категории лекарств широким слоям населения.

В случае развития отравления азалептином дополнение стандартной схемы лечения бионеспецифической гемосорбцией способствует сокращению пребывания пациента на стационарной койке и уменьшению удельного веса случаев развития таких осложнений отравления азалептином, как пневмонии и трофические нарушения кожи.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Некоторые аспекты использования сыворотки молочной ферментизированной СГОЛ-1-40 при действии ионизирующей ра-

- диагностики / А. Г. Соколова [и др.] // 5-й Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». — М., 1998. — С. 408.
2. Клозапин: нейролептический злокачественный синдром // Безопасность лекарств. Экспресс-информация. — 2000. — № 1. — С. 78.
3. Active monitoring of 12760 clozapine recipients in the UK and Ireland. Beyond pharmacovigilance / J. Munro [et al.] // Br. J. Psychiatry. — 1999. — № 175. — P. 576–580.
4. Лужников, Е. А. Физиотерапия острых отравлений / Е. А. Лужников, Ю. С. Гольдфарб. — М.: Медпрактика, 2002. — 200 с.
5. Good, M. I. Lethal interaction of clozapine and buspirone? / M. I. Good // Am. J. Psychiatry. — 1994. — № 151(12). — P. 1840–1841.
6. Зими́на, Л. Н. Морфологическая диагностика гепатопатий лекарственной этиологии / Л. Н. Зими́на // Тез. Докл. 2-го съезда токсикологов России, 10–13 нояб., 2003 г. — М.: МЗ РФ, РАМН, Всеросс. обществ. орг-ция токсикологов, 2003. — С. 344–345.

**УДК 616.441-055.1-06:613.84**

## **ИЗМЕНЕНИЕ ЭХОСТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН С ДЛИТЕЛЬНЫМ СТАЖЕМ КУРЕНИЯ**

**Попов А. С., Метельский А. А.**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. И. Шишко**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь**

### ***Введение***

В последнее 50 лет ученые предостерегают нас о вредности курения для здоровья. Курение табака оказывает множество влияний на состояние щитовидной железы (ЩЖ). Это выражается не только в изменении деятельности ЩЖ, но и в развитии заболеваний. Исследованиями показано, что гипертиреоз (болезнь Грейвса), офтальмопатия и прочие заболевания провоцируются курением сигарет. Интересно, что у здоровых взрослых людей курение оказывает или слабую стимуляцию, или вовсе не оказывает влияние на функцию и объем ЩЖ. Вместе с тем, установлено, что распространенность неаутоиммунного зоба выше у курящих. Причем, эта различие наиболее выражено у женщин, чем у мужчин. Предполагают, что именно тиоцианат, содержащийся в продуктах горения табака, является зобогенным фактором.

Авторы исследования из Базеля, Швейцария утверждают, что курение пагубно влияет не только на функцию ЩЖ (т. е. на секрецию тиреоидного гормона), но и на действие самого гормона. Авторы доказали, что курение может существенно влиять на общий популяционный уровень заболеваемости ЩЖ (10 %). Курение может также усиливать периферический биохимический эффект гипотиреоза, хотя это может абсолютно не влиять на клинические проявления. Однако, большинство исследований европейских стран не обнаружило зависимости изменения структуры ЩЖ у курящих.

Однако, до настоящего времени противоречивыми являются результаты исследований относительно влияния курения на структуру ЩЖ у лиц молодого возраста.

### ***Цель***

Изучение влияния курения табака на размеры и эхоструктуру ЩЖ у молодых мужчин, проживающих в Республике Беларусь.

### ***Материалы и методы исследования***

На базе Республиканского госпиталя МВД нами обследовано 65 мужчин в возрасте от 18 до 35 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую исследуемую группу были включены курящие пациенты (n = 40), в контрольную — некурящие (n = 25). Исследуемая группа состояла из 18 пациентов, которые выкуривали менее 10 сигарет (1-я подгруппа) и вторая подгруппа включала 22 человека, выкуривающие более 10 сигарет в день. Достоверного различия по возрасту между группами не выявлено (p < 0,05).

Пациентам проводили следующие обследования:

1. Собирали анамнез относительно наличия заболеваний ЩЖ у обследуемых и их