

При изучении половозрастных характеристик первых опухолей не было выявлено статистически значимых различий по полу и возрасту. Было выявлено преобладание использования в химиотерапии препаратов платины при солидных опухолях ($p=0,02$). При терапии гемобластозов чаще использовались алкилирующие химиопрепараты и ингибиторы топоизомеразы II ($p=0,09$). Была установлена статистически значимая неоднородность в получении лучевой терапии по зонам облучения. Так, все 5 (100%) пациентов с острыми лейкозами получали облучение центральной нервной системы, у 9 (75%) пациентов с лимфомами в зону облучения попала область шеи, в то время как в случаях с солидными опухолями область шеи облучалась у 2 пациентов (33,3%). Таким образом, облучение шеи при терапии лимфом проводилось чаще, чем при лейкозах и солидных опухолях ($p=0,001$). Кроме этого, дозы лучевой терапии при лимфомах и солидных опухолях превышали таковые при краниальном облучении у пациентов с острыми лейкозами ($p=0,009$).

Медиана латентного периода составила 9,1 года (минимум – 0,5 лет; максимум – 15,4 лет). Анализируя длительность латентного периода в зависимости от первых злокачественных новообразований, следует отметить, что после лечения солидных опухолей он был длиннее, чем после острых лейкозов и лимфом ($p=0,17$).

Анализируя характеристику папиллярной КЩЖ у 21 пациента без признаков генетически детерминированной КЩЖ в зависимости от возраста пациентов, выявлено статистически значимое преобладание распространения опухоли в периферические лимфоузлы и массивного фиброза у детей в возрасте до 15 лет ($p<0,05$). У подростков в возрасте старше 15 лет выявлено статистически значимое преобладание лимфоидной инфильтрации опухоли ($p=0,04$). Кроме этого наблюдалась статистически значимая неоднородность по признаку лимфоидной инфильтрации в возрастной группе 15-18 лет, для которой в 100% случаев был характерен рассеянный тип, в то время, как в возрасте до 15 лет у 2 пациентов (20%) лимфоидная инфильтрация отсутствовала, и у 2 (20%) встречался нодулярный тип опухоли ($p=0,04$).

В лечении КЩЖ как второй опухоли были достигнуты положительные результаты. На 01.01.2014 продолжительность наблюдения за детьми и подростками с КЩЖ как второй опухолью была от 48,2 до 217,3 месяца. Общая выживаемость составила $96\% \pm 4\%$. Умерла одна пациентка, причиной летального исхода у которой стал сепсис в период лечения третьего рецидива острого миелоидного лейкоза.

У детей и подростков КЩЖ как вторая злокачественная опухоль в 73,9% случаев развилась после терапии гемобластозов. В период с 1989 по 2007 гг. прирост заболеваемости КЩЖ у детей и подростков после перенесенного ЗН составил 13% в год ($p<0,05$). Распространение в периферические лимфоузлы и массивный фиброз явились морфологическими особенностями КЩЖ как второй опухоли у детей в возрасте до 15 лет ($p<0,05$). Показатели общей выживаемости составили 96%, что свидетельствует о благоприятном прогнозе и высокой эффективности проводимого лечения КЩЖ как второй злокачественной опухоли у детей и подростков.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

М.Г. Русаленко¹, М.П. Каплиева², Е.Н. Сницаренко¹, И.Г. Савастеева¹, А.Б. Малков¹,
Е.А. Филиппова¹, Е.С. Махлина¹, В.Д. Селькина¹, И.А. Васюхина¹

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Синдром диабетической стопы (СДС) является сложным комплексом анатомо-функциональных изменений, который встречается в различной форме у 30-80% больных сахарным диабетом (СД). По данным ряда авторов, от 50 до 70% от общего количества всех выполненных ампутации нижних конечностей приходится на долю пациентов с СД. Диабетическая стопа (ДС) остается наиболее тяжелым поздним осложнением СД в связи с высоким медицинским, социальным и экономическим ущербом. В Беларуси около 200 000 пациентов с СД, и почти у каждого может развиваться СДС. Для снижения ампутаций вследствие СДС необходима система мер государственного масштаба, включающая своевременную диагностику факторов риска; оказание квалифицированной мультидисциплинарной помощи, основанной на принципах преемственности, долгосрочности и многоуровневой организации.

Целью данного исследования являлась оценка лечебных методик, включенных в программу медицинской реабилитации пациентов с СДС.

На протяжении 2 лет разрабатывалась программа медицинской реабилитации для пациентов с СДС. Эффективность реабилитации оценивалась на основании бальной оценки клинико-инструментальных показате-

лей (неврологический осмотр с оценкой рефлексов с конечностей, данные нейромиографии) и лабораторных показателей (гликированный гемоглобин, уровни триглицеридов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности). Курсы лазеротерапии проводились 2 раза в год по 8-12 процедур с интервалом 6 месяцев. После изучения комплекса лечебной гимнастики с инструктором пациент самостоятельно продолжал занятия на протяжении 2 лет. Препараты, содержащие липоевую кислоту назначалась в течение 2-х месяцев курсами 2 раза в год.

Наблюдалось 450 пациентов с длительностью СД $12,4 \pm 3,6$ лет. Реабилитационные мероприятия проводились в 2 этапа в течение 2 лет и включали коррекцию сахароснижающей терапии, обучение навыкам самоконтроля, оценку метаболических показателей, коррекцию питания, медикаментозное лечение, физиотерапевтическое лечение и комплекс лечебной гимнастики для ног. Эффективность реабилитации оценивался через 1 год после включения пациента в исследование (1 этап реабилитации) и через 2 года после включения в исследование (2 этап). Реабилитационные мероприятия признавались эффективными, если сумма балльной оценки снижалась более чем на 1 балл.

После первого этапа медицинской реабилитации программа признана эффективной у 55,2%; после второго этапа – у 66,4% пациентов ($p < 0,05$).

Для анализа факторов, повлиявших на эффективность реабилитационных мероприятий пациентов выполнена логистическая регрессия.

С увеличением длительности заболевания снижалась эффективность реабилитационных мероприятий ($\text{Exp}(B) = 0,9 (0,82 \div 0,99)$; $p = 0,03$).

Длительное применение аторвастатина (более 1 года) увеличивало эффект реабилитации в 1,9 ($1,6 \div 5,5$), $p = 0,04$. Длительное применение ; липоевой кислоты (курсами в течение 2 месяцев 2 раза в год) увеличивало эффект реабилитации в 5,4 ($1,7 \div 16,8$), $p = 0,03$.

Проведение курсов лазеротерапии ног увеличило эффективность реабилитации в 1,7 ($1,5 \div 5,3$); $p = 0,04$, а курсов лечебной гимнастики в – 4,4 ($1,2 \div 16,5$); $p = 0,03$. Наиболее эффективным сочетанием статистически признана комбинация курсов лечебной гимнастики совместно с курсами лазеротерапии и курсами приема липоевой кислоты.

Эффективность реабилитационных мероприятий достигнута за счет оказания квалифицированной мультидисциплинарной помощи, основанной на принципах обученности пациента, преэмптвенности, долгосрочности и мотивации пациента для выполнения реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА У ВЗРОСЛЫХ

И.Г. Савастеева, В.Н. Лесюкова, Т.И. Евдочкова, О.В. Пархоменко,
Я.В. Кирьянова, Н.Г. Смолякова, М.В. Жмайлик, В.В. Евсеенко

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Около 40% пациентов, обращающихся в специализированные эндокринологические учреждения, имеют различную тироидную патологию, ведущее место среди которой занимают узловые и многоузловые формы зоба. Узловой зоб (УЗ) – собирательное понятие для всех очаговых образований щитовидной железы (ЩЖ). Алгоритм дифференциальной диагностики включает: пальпаторный осмотр ЩЖ, определение уровней свободного тироксина (FT_4), тиротропина (TSH), аутоантител к тиропироксидазе (АТ/ТРО), проведение ультрасонографии (УЗИ) с определением размеров, описанием характеристик структуры узла и капсулы, тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ), что позволяет проводить раннюю дифференциальную диагностику узловых образований в щитовидной железе. По данным различных авторов УЗ коллоидный пролиферирующий зоб составляет 60-90%, аденомы – 5-25%, злокачественные опухоли – 1-39%.

Пальпация ЩЖ проводилась по стандартным методикам. Уровни тироидных гормонов определялись методом радиоиммунного анализа. Диапазон референсных значений составил: FT_4 11,5-23,0 Пмоль/л, TSH 0,17-4,05 МмеЕ/л, АТ/ТРО менее 50,0 МЕ/л. УЗИ ЩЖ и контроль при проведении ТАБ проводилось на ультразвуковом аппарате с линейным мультимодальным датчиком 6-12 МГц без биопсийного адаптера методом «свободной руки». Для проведения ТАБ использовался одноразовый шприц объемом 10 мл с иглой 22G. Содержимое кист аспирировалось максимально полно. Аспирированная жидкость направлялась на цитологическое исследование. Затем осуществлялась повторная аспирационная биопсия солидного компонента узла. Аспирационный материал наносили на предметное стекло. Препараты фиксировали по Май-Грюнвальду и окрашивали по Романовскому-Гимзе.