

Материал и методы исследования

Проведено исследование 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении в РНПЦ г. Гомеля отделения эндокринологии, ГКБ № 3 отделения эндокринологии, терапии, кардиологии. В исследовании приняли участие 27 — мужчин и 13 — женщин, средний возраст — 59 лет. Пациенты были разделены на 2 контрольные группы: 1-я группа — пациенты с изменениями структуры щитовидной железы по данным УЗИ на фоне длительного приема амиодарона (более 1 года) — 18 человек, 2-я группа — пациенты без структурных изменений щитовидной железы по данным УЗИ — 22 человека.

20 пациентам был взят анализ крови на определение уровня ТТГ, Т₄_{св}, Т₃_{св}.

Результаты исследования и их обсуждение

Для анализа крови на определение уровня гормонов щитовидной железы было взято 11 пациентов из 1-й группы и 9 пациентов из 2-й группы. По результатам исследования были выделены основные формы тиреопатий:

- субклинический гипотиреоз (ТТГ повышен, Т₄_{св} норма, Т₃_{св} норма): 18,2 % — 2 человека (1-я группа), 22,2 % — 2 человека (2-я группа);
- манифестный тиреотоксикоз (ТТГ понижен, Т₄_{св} повышен, Т₃_{св} норма): 27,2 % — 3 человека (1-я группа), 11,1 % — 1 человек (2-я группа);
- явный гипотиреоз (ТТГ повышен, Т₄_{св} понижен, Т₃_{св} понижен): 27,3 % — 3 человека (1-я группа), 11,1 % — 1 человек (2-я группа);
- субклинический тиреотоксикоз (ТТГ понижен, Т₄_{св} норма, Т₃_{св} норма): 9,1 % — 1 человек (1-я группа), 22,3 % — 2 человека (2-я группа);
- норма (ТТГ норма, Т₄_{св} норма, Т₃_{св} норма): 18,2 % — 2 человека (1-я группа), 33,3 % — 3 человека (2-я группа).

Выводы

На фоне длительного применения амиодарона (более 1 года) у 18 (45 %) человек выявлены структурные изменения щитовидной железы по данным УЗИ; у 22 (55 %) человек структурных изменений ЩЖ по данным УЗИ не выявлено. Функциональные нарушения выявлены у 9 (82,2 %) пациентов со структурными изменениями ЩЖ по данным УЗИ, а также у 6 (66,7 %) пациентов без структурных изменений ЩЖ по данным УЗИ. Выявлены основные формы дисфункции щитовидной железы, подтвержденные результатами диагностических исследований. Для предупреждения и прогнозирования возможных осложнений со стороны щитовидной железы пациенты, которым планируется лечение амиодароном, должны быть направлены к эндокринологу с целью уточнения функционального состояния щитовидной железы и наличия сопутствующей тиреоидной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dysfunction of the thyroid gland during amiodarone therapy: a study of 297 cases / A. Czarnywojtek [et al.] // The Clin. Risk. Manag. — 2016. — Vol. 12. — P. 505–513.
2. Amiodarone and the thyroid function / T. Jukic [et al.] // Lijec Vjesn. — 2015. — Vol. 137, № 5–6. — P. 181–188.
3. Петунина, Н. А. Синдром тиреотоксикоза: подходы к диагностике и лечению / Н. А. Петунина // Трудный пациент. — 2012. — Т. 10, № 5. — С. 30–38.
4. Эндокринные аспекты применения амиодарона в клинической практике (алгоритм наблюдения и лечения функциональных расстройств щитовидной железы) / Н. Ю. Свириденко [и др.] // Рос. кард. жур. — 2012. — № 2. — С. 63–71.

УДК 618.19-006.6

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЗАБОЛЕВШИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014–2016 ГГ.

Криштанова В. А., Кирюсенко В. О., Марианцева Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В большинстве стран мира рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости женщин. Стандартизованный показатель

заболеваемости (СЗ) РМЖ (стандарт World) в Гомельской области составляет 50,4 за 2014 г., 48,1 за 2015 г., 50,8 за 2016 г. [1]. На протяжении последних 20 лет повсеместно отмечается рост заболеваемости РМЖ [1]. В частности, в Гомельской области СЗ составляет в 2014 г. — 52,4, а в 2016 г. — 52,6 [1]. Городские женщины болеют РМЖ чаще, чем сельские: соответствующий СЗ составляет в 2016 г. — 57,6 и 27,4 [1]. Отмечается стойкое снижение доли случаев РМЖ III–IV стадии: с 37,7 % в 1996 г. до 13,7 % в 2016 г. Об улучшении своевременной диагностики свидетельствует также показатель одногодичной летальности, который снизился с 10,8 % в 1996 г. до 6,6 % в 2016 г. Демографическая структура популяции в регионе отличается от общемировой. В связи с этим представляет актуальность анализ абсолютных чисел заболевших РМЖ, а не только стандартизованных показателей. Полученные данные могут быть использованы для планирования диагностических и лечебных мероприятий.

Цель

Проанализировать структуру коллектива заболевших РМЖ женщин Гомельской области в течение 2014–2016 гг. с учетом возраста, места жительства, стадии заболевания, локализации на основе статистических данных Белорусского канцер-регистра.

Материал и методы исследования

Источники информации: учетные данные пациенток с впервые выявленным РМЖ в Гомельской области в 2014–2016 гг. с разделением по месту жительства и возрасту на момент установления диагноза. Исследованы: АЧЗ, распределение по возрастным группам, по месту жительства, по стадиям, одногодичная летальность.

Результаты исследования и их обсуждение

В Гомельской области отмечено увеличение АЧЗ РМЖ в течение периода наблюдения: 658 случаев в 2014 г., 666 случаев — в 2015 г., 694 случая — в 2016 г. Прирост составил 1,05 раза. АЧЗ заболевших жительниц города составило: 542 случая в 2014 г., 554 случая — в 2015 г., 568 случаев — в 2016 г. Соответствующие показатели для жительниц села: в 2014 г. — 116, 2015 г. — 112, 2016 г. — 116. Это свидетельствует о преобладании АЧЗ жительниц города над жительницами села: в 5,7 раз в 2014 г., в 5,9 раз — в 2015 г., в 5,5 раз — в 2016 г. Число заболевших РМЖ в городе возросло в 1,05 раза, в селе осталось без изменений.

Динамика АЧЗ РМЖ в разных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Число случаев заболевания РМЖ в возрастных группах

Показатели	Возрастные группы, лет											Более 79
	до 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	
АЧЗ в 2014 г.	0	10	23	39	52	81	103	106	71	53	69	44
АЧЗ в 2016 г.	2	6	19	38	58	67	113	94	109	55	71	62
Рост	2	-0,6	-0,83	-0,97	1,12	-0,83	1,1	-0,87	1,54	1,03	1,03	1,41

Наибольшее увеличение АЧЗ зарегистрировано среди пациенток в возрасте 65–69 лет, а также в возрастной группе старше 79 лет. Доля АЧЗ в 2014 г. в возрастных группах составила: до 40 лет — 6,14 %, до 45 лет (репродуктивного возраста) — 12,75 %, до 60 лет (трудоспособные) — 51,6 %; в 2016 г.: до 40 лет — 3,89 %, до 45 лет — 10,7 %, до 60 лет — 47,4 %. Во всех выбранных возрастных группах доля АЧЗ снизилась. Динамика АЧЗ 2014–2016 гг. в возрастных группах уменьшилась: до 40 лет — в 0,68 раза, до 45 лет — в 0,89 раза, до 60 лет — в 0,98 раза.

Результат и стоимость лечения любого злокачественного новообразования в значительной степени зависит от стадии заболевания. Поэтому особое значение имеют данные, отражающие качество диагностики, то есть распределение РМЖ по стадиям у впервые выявленных больных [2]. Соответствующие показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение заболевших РМЖ по стадиям

Годы	I–II стадия (%)	III Стадия (%)	IV Стадия (%)	Стадия не установлена (%)
2014	77,5	17,6	4,9	0,0
2015	73,3	20,9	5,8	0,0
2016	77,6	16,4	5,7	0,3

Большинство случаев РМЖ выявлены в I–II стадии заболевания. С учетом доступности РМЖ для визуальной и пальпаторной диагностики, проводимых скрининговых исследований следует считать достижимым дальнейшее снижение случаев выявления РМЖ в распространенных стадиях. Представляет интерес динамика изменения частоты локализации опухоли в различных анатомических зонах. Наиболее часто опухоль располагалась в верхне-наружном квадранте железы — 48 % всех случаев. Второе и третье место по частоте поражения занимают верхне-внутренний квадрант и нижне-наружный квадрант — 19 и 12 %. В центральной части и нижне-внутреннем квадранте очаг локализовался в 7 и 6 %. У 7 % пациентов опухоль выходила за пределы одной локализации и занимала более одного квадранта либо определялась на их границе. В 1 % случаев опухоль располагалась в области соска. Отношение показателя смертности к показателю заболеваемости позволяет оценить своевременность диагностики и качество лечения РМЖ. За период с 2014 по 2016 гг. этот показатель в Гомельской области остался неизменным и составил 0,24. Показатель одногодичной летальности наиболее отчетливо характеризует уровень своевременной диагностики, качество и результативность лечения. В Гомельской области в течение периода исследования одногодичная летальность при РМЖ находилась в пределах от 5,6 до 6,6 %. Это в целом соответствует распределению заболевания по стадиям.

Вывод

АЧЗ РМЖ в ГО в 2014–2016 гг. увеличилось в 1,05 раза. Наибольший прирост отмечен в возрастных группах 65–69 лет, а также в возрастной группе старше 79 лет (в 1,54 и 1,41 раз соответственно). Прирост АЧЗ за период 2014–2016 гг. для жительниц города Гомеля составил 1,05, для жительниц села — не изменился. Большинство пациенток выявлены в I–II ст. РМЖ. Это распределение подтверждается отношением смертность/заболеваемость который за период исследования в Гомельской области остался неизменным и составил 0,24 (2014–2016 гг.), а также одногодичной летальностью, которая за 2014–2016 гг. находилась в пределах от 5,6 до 6,6 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — С. 45–70.
2. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Минск: Зорны верасень, 2006. — 207 с.

УДК 616.322-002.828

РАЗВИТИЕ ОРОФАРИНГОМИКОЗА НА ФОНЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Криштанова В. А., Межейникова М. О.

**Научные руководители: к.м.н., доцент И. Д. Шляга,
к.м.н., ассистент Е. С. Ядченко**

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Гомельская область является территорией с легкой и средней степенью йодного дефицита, в результате чего увеличивается число пациентов с диффузным токсическим зобом, большинство из которых лечатся хирургическим методом — тиреоидэктомией. Серьезным осложнением проведенного оперативного лечения является послеоперационный гипотиреоз с развитием вторичной иммунной недостаточности, которая приводит к снижению выработки энергии в тканях, в результате чего происходит нарушение процессов деления и дифференциации клеток, в том числе и клеток иммунной системы. Это приводит к недостаточности эффекторных механизмов Т-клеточного, В-клеточного и фагоцитарного зве-