

движением фронтальных зубов вперед указывали 20,8 % лиц, с недостаточно ровными передними зубами — 46,4 %. Кариес фронтальных зубов нарушал эстетику у 17,2 % респондентов. Такое же количество анкетированных указывали на наличие неэстетических пломб в передних зубах. Сколы или фрактуры коронок фронтальных зубов встречались у 19,8 % респондентов. Цвет зубов не устраивал 58,3 % анкетированных. 43,0 % человек хотели бы улучшить недостатки своих зубов методом ортодонтического лечения; 65,3 % — методом профессиональной гигиены. Улучшить вид фронтальных зубов эстетическими пломбами хотели бы 32,1 % человек, исправить дефекты искусственными эстетическими коронками и протезами хотели бы 14,0 и 4,7 % респондентов соответственно. Среди респондентов сто тридцать шесть человек, т. е. 71,0 % (SE = +/-3,3 %) хотели бы отбелить свои зубы. В их число входили как те, кто не удовлетворен цветом своих зубов 75,0 % (102 человека), так и те, кого цвет зубов устраивал 25,0 % (34 человека). Вместе с тем, неудовлетворенность цветом зубов значительно влияла на выбор такого метода улучшения эстетики, как отбеливание зубов (OR = 13,8, p < 0,005, 95 % CI 5,9; 35,9). Это показано в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение респондентов в зависимости от удовлетворенности цветом зубов и выбора метода отбеливания зубов

| Удовлетворены внешним видом зубов | Не хотели бы отбелить свои зубы | Хотели бы отбелить свои зубы | Всего |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------|
| Да                                | 46                              | 34                           | 80    |
| Нет                               | 10                              | 102                          | 112   |
| Всего                             | 56                              | 136                          | 192   |

Примечание: OR = 13,8, p < 0,005, 95 % CI 5,9; 35,9.

Таким образом, результаты анкетирования свидетельствуют о том, что наиболее востребованными методами улучшения внешнего вида зубов среди респондентов были отбеливание зубов и профессиональная гигиена рта. Неудовлетворенность цветом зубов значительно влияет на выбор метода улучшения эстетики зубов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Веденева, Е. Н. Эстетические дефекты рта: эпидемиология и социальное значение / Е. Н. Веденева, К. Г. Гуревич, В. Д. Вагнер // Российская стоматология. — 2009. — № 1. — С. 17—21.
2. Максимовский, Ю. М. Изучение мотивации пациентов к отбеливанию твердых тканей зубов / Ю. М. Максимовский, Е. В. Орестова, Е. В. Ефремова // Эндодонтия. — 2010. — № 3. — С. 18—20.

УДК 616.43-006.86

## ЭНДОКРИННЫЕ КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ

Громова И. Ю.

Научный руководитель: к. м. н, доцент М. П. Каплиева

Учреждение образования

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

### Введение

Диагностика опухолей является одной из самых актуальных проблем медицины, а выявление карциноида ассоциировано с гормональными дисфункциями, требующими коррекции обмена веществ.

### Цель исследования

Изучить локализацию, особенности клинических проявлений и возможности диагностики карциноидных опухолей.

Карциноидные опухоли — новообразования из клеток нейроэндокринной системы. Ее клетки относятся к дериватам нейроэктодермы и вырабатывают различные полипептиды, обладающие функциями гормонов.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами изучено, что карциноиды по месту их локализации классифицируются на:

1. Верхние опухоли (дыхательные пути, пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа).

2. Средние опухоли (тонкая кишка, аппендикс, слепая кишка, восходящий отдел ободочной кишки).

3. Нижние опухоли (поперечно-ободочная и нисходящая ободочная кишка, сигмовидная и прямая кишка).

Несмотря на то, что карциноидные опухоли относятся к числу редко встречающихся новообразований (частота составляет 0,1–0,5 % всех видов опухолей), их выявление представляет значительный диагностический поиск. По данным Н. Ф. Орел распространенность первичных карциноидных опухолей по локализации составляет: тонкая кишка — 39 %, аппендикс — 26 %, прямая кишка — 15 %, толстая кишка — 5–7 %, желудок — 2–4 %, поджелудочная железа — 2–3 %, печень — менее 1 %, бронхи — 10 %. В 10–20 % случаев карциноиды желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сопровождают другие опухоли некарциноидной природы, такие, как типичная аденокарцинома толстой кишки [3]. Метастазы карциноида чаще обнаруживают в печени и костях.

В зависимости от локализации карциноидной опухоли и ее клеточной структуры по данным анализа анатомических заключений выявлялись следующие гормональные дисфункции: гиперпродукция серотонина, лизил-брадикинина и брадикинина, гистамина, простагландинов, адренокортикотропного гормона, мелатонина, инсулина и инсулиноподобного фактора роста, паратгормона, глюкагона, гастрин, а также ряд сосудорасширяющих пептидов и других гормонов, секретиримых АПУД-клетками [1].

Клинические проявления классического карциноидного синдрома включают следующий симптомокомплекс, обусловленный гиперпродукцией серотонина:

— Телеангиэктазии, появляются преимущественно на коже лица, груди и рук.

— Приливы крови в сочетании с цианозом, неприятными кожными ощущениями в зоне покраснения; обычно вовлекают кожу лица и груди, однако могут возникать на коже спины, живота, рук.

— Бронхоспазм, внезапное сердцебиение, повышение артериального давления, последующее развитие сердечной недостаточности.

— Появление приступов диареи и схваткообразных болей в животе несколько раз в день, дегидратация и деминерализация организма.

— Острый ассиметричный артрит с вовлечением суставов рук и ног.

— Повреждения поверхности эндокарда с коллагеновыми отложениями.

Чаще классический карциноидный синдром встречается при карциноиде терминальной части тонкой кишки. При локализации карциноида в желудке характерны приливы, распространяющиеся не только на лицо и шею, но также на руки, туловище и ноги. На коже возникает картина «географического рисунка», что связывают с избыточным выделением гистамина. Характерны повышение кислотности желудочного сока и развитие пептических язв. Для желудочного карциноида характерно также увеличение экскреции 5-окситриптофана и серотонина, наряду со снижением экскреции 5 — оксиндолуксусной кислоты [2].

Бронхиальная локализация карциноида имеет наиболее тяжелую клиническую симптоматику. Длительность приливов может достигать 3–4 дня, приливы сопровождаются отеком лица и сильным слезотечением, саливацией, повышением темпера-

туры и резкой тахикардией, иногда значительной гипотонией и олигурией. Тошнота, рвота, понос, одышка обычно наблюдаются во время приливов и отсутствуют в промежутках между ними [1].

Диагностический алгоритм карциноидных опухолей основывается на изучении уровня серотонина, его метаболитов и гормонов в сыворотке крови, а также на визуализации всех органов с возможной локализацией карциноида. Длительность диагностического поиска продолжается от нескольких месяцев до нескольких лет.

Лечение карциноидных опухолей включает хирургическое удаление, лучевую и химиотерапию. При отсутствии метастазов и операбельной опухоли послеоперационная пятилетняя выживаемость составляет 70–90 %. В случае обнаружения отдаленных метастазов средняя выживаемость составляет около двух лет.

Задачами хирургического лечения в зависимости от конкретной клинической ситуации могут быть: уменьшение массы опухоли, иссечение первичной опухоли, паллиативная резекция метастазов печени, перевязка или чрескожная эмболизация печеночных артерий.

Лучевая терапия эффективна при лечении метастазов в кости, химиотерапия позволяет уменьшить массу опухоли. Паллиативное действие оказывают 5-фторураил, циклофосфамид, доксорубин, метотрексат.

Симптоматическое лечение применяется в дооперационном и послеоперационном периодах в зависимости от доминирующей клинической симптоматики. При этом могут использоваться препараты соматостатина, глюкокортикоидов, гистаминоблокаторов, антагонистов серотонина, агонистов мотиллиновых рецепторов [3].

#### **Вывод**

Проведенный нами анализ показал, что карциноидные опухоли в приведенных клинических случаях диагностировались на поздних стадиях опухоли лишь при выявлении метастазов в печень. Это было связано с длительным лечением эндокринных дисфункций при отсутствии инструментального подтверждения локализации карциноида.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Меньшиков, В. В.* Карциноидный синдром / В. В. Меньшиков, Л. С. Бассалык, Г. А. Шапило // Медицина. — 1972.
2. *Симоненко, В. Б.* Карциноидные опухоли желудочно-кишечного тракта / В. Б. Симоненко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998, № 51. — С. 93–98.
3. *Орел, Н. Ф.* Карциноидные опухоли / Н. Ф. Орел // VII Российский онкологический конгресс. — М., 2003. — С. 50–53.

**УДК 616.155.34**

## **ОЦЕНКА СПОНТАННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ ФОРМЫ ГИБЕЛИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

**Гусакова Н. В., Макеева К. С.**

**Научный руководитель: д. м. н., профессор И. А. Новикова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Нейтрофильные гранулоциты (НГ) — короткоживущие клетки, которые погибают в процессе реализации своего бактерицидного потенциала и отличаются такими формами гибели, как апоптоз, некроз и нетоз, каждая из которых участвует в развитии, течении и прогнозе инфекционной патологии различного генеза [3]. Так, установлено, что задержка апоптоза нейтрофилов при хирургическом сепсисе коррелирует с высоким риском развития полиорганной дисфункции и летального исхода [2]. С другой стороны, показано, что усиление апоптоза активированных НГ лежит в основе иммунологической