

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-

ннев, а также функций врожденного иммунитета [1, 2]. Одним из осложнений вторичной иммунной недостаточности являются грибковые поражения. Орофарингомикоз — грибковое поражение полости рта и глотки, вызываемое чаще всего грибами рода *Candida*. Росту числа больных орофарингомикозом, помимо эндокринопатий, также способствует увеличение факторов риска их развития, таких как массивная антибактериальная терапия, длительное использование глюкокортикоидных и иммуносупрессивных препаратов, ВИЧ-инфекции [3].

### **Цель**

Демонстрация клинического случая развития грибковых поражений на фоне вторичной иммунной недостаточности у пациента с приобретенным гипотиреозом.

### **Материал и методы исследования**

В качестве материала для исследования послужили выписка из амбулаторной карты пациента с результатами клинических, лабораторных (в том числе микробиологических, иммунологических, иммунохимических), лучевых методов обследования, результаты лечения.

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

Пациент К., 1982 г.р. обратился в профессорско-консультативный центр УО «ГомГМУ» с вопросом о необходимости удаления небных миндалин. Из анамнеза известно, что пациент в течение последнего года неоднократно находился на амбулаторном лечении в районной поликлинике по поводу частых (не менее двух раз в месяц) обострений хронического тонзиллита. На протяжении вышеуказанного периода пациент многократно, с периодичностью 1 раз в 2 месяца, принимал амоксициллин по 0,5 г 3 раза в день внутрь, полоскание ротоглотки раствором фурацилина, орошение небных миндалин раствором Люголя. После курса антибактериальной терапии у пациента сохранялись жалобы на чувство болезненности и дискомфорта в горле, ощущение жжения, сухости, першения, усиливающиеся при глотании и во время приема пищи. Помимо этого отмечалось повышение температуры тела до 37 °С, повышенная утомляемость, головные боли, снижение аппетита. Несмотря на проводимую терапию, данные симптомы лишь временно притуплялись, но через определенный период возвращались вновь. Также из анамнеза было известно, что в 2006 г. пациент перенес тиреоидэктомию по поводу диффузного токсического зоба, после чего отмечал учащение инфекционных заболеваний. В связи с наличием приобретенного гипотиреоза пациент находится на гормонозамещающей терапии в соответствии с клиническими протоколами.

Пациенту проведено комплексное клиническое обследование. При орофарингоскопии выявлена неравномерная гиперемия, отек и инфильтрация слизистой оболочки ротоглотки, расширение и инъекция сосудов, очаги наложения творожистых налетов на языке и небных миндалинах. При риноскопии выявлено S-образное искривление носовой перегородки и признаки хронического вазомоторного ринита. Со стороны других ЛОР-органов патологии выявлено не было. Общеклинический анализ крови и мочи был в пределах возрастной нормы. По данным биохимического анализа крови выявлено снижение кальция до 2,0 ммоль/л и наличие С-реактивного белка. По результатам микробиологического исследования слизистой оболочки ротоглотки, в том числе отделяемого лакун небных миндалин, выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida*, а также *Klebsiella pneumoniae*, чувствительная к амикацину, цефтазидиму, цефепиму, цiproфлоксацину, имипенему, меропенему, ампициллину сульбактаму, резистентная к амоксициллину клавулонату, в диагностически значимых титрах.

На основании клинических и лабораторных методов исследования пациенту выставлен диагноз: Хронический неспецифический тонзиллит, стадия компенсации. Орофарингомикоз. S-образное искривление носовой перегородки. Хронический вазомоторный ринит.

Пациенту была назначена комплексная противовоспалительная терапия итраконазолом в дозировке 100 мг 2 раз в день в течение 14 дней, растительным препаратом «Тонзилгон» — по 2 драже 3 раза в день в течение 1 месяца, местным антисептиком «Фарингосепт спрей» — путем орошения ротоглотки 3 раза в день в течение недели.

Спустя месяц пациенту был выполнен повторный осмотр и микробиологическое исследование слизистой оболочки ротоглотки, по результатам которого отмечена положи-

тельная динамика: боли и дискомфорт в горле отсутствовали, исчезли объективные признаки воспаления, в том числе творожистый налет. При микробиологическом исследовании патогенной и условно-патогенной микрофлоры не обнаружено. Пациенту в последующем было рекомендовано оперативное лечение по поводу наличия искривления носовой перегородки с развитием вазомоторного ринита, что является неблагоприятным фактором, поддерживающим хроническое воспаление в ротоглотке.

#### **Выводы**

1. Гомельская область является территорией с легкой и средней степенью йодного дефицита, в результате чего возникает патология щитовидной железы и связанная с этим вторичная иммунная недостаточность.

2. Грибковая инфекция занимает важное место в структуре воспалительных заболеваний ротоглотки, особенно в условиях скрытого вторичного иммунодефицита, что требует от врачей микологической настороженности.

3. Все пациенты с хроническими воспалительными процессами в ротоглотке должны подвергаться обязательному микологическому исследованию с целью назначения адекватной противовоспалительной терапии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза / В. Э. Ванушко [и др.] // Современные аспекты хирургической эндокринологии: матер. XV Рос. симп. по хирург. эндокр. — Рязань, 2005. — С. 76–80.
2. Продукция некоторых цитокинов у больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы / Т. В. Глазнова [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2004. — Т. 50, № 3. — С. 29–32.
3. *Аравийский, Р. А.* Диагностика микозов: пособие для врачей / Р. А. Аравийский, Н. Н. Клишко, Н. В. Васильева. — СПб., 2004. — 185 с.

УДК 612.13:[612.015.2:616.12-073.7]

### **ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ ЭКГ И КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА**

*Крот И. И., Савицкая К. А.*

Научный руководитель: ассистент *Е. С. Сукач*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

В основе достижения спортивного мастерства и его роста лежат адаптационные процессы, которые во многом связаны с функциональными возможностями сердечно-сосудистой системы и антропометрическими показателями. В каждом виде спорта складывается специфическая морфологическая модель тела, соответствие которой является базовым преимуществом для успешности и профессионального долголетия. Изменение композиционного состава тела нарушает определившиеся в результате предшествовавшей подготовке взаимоотношения двигательной и вегетативной функций, требующих существенной коррекции тренировочного процесса [1].

#### **Цель**

Провести анализ и оценить показатели ЭКГ, центральной гемодинамики и композиционного состава тела спортсменов-пловцов.

#### **Материал и методы исследования**

Методом грудной тетраполярной реографии с помощью цифровой компьютерной системы «Импекард» и электрокардиографа «Альтоник-06» проводилось обследование  $n = 8$  высококвалифицированных спортсменов на базе «Гомельский областной комплексный центр олимпийского резерва. Гомельский Дворец водных видов спорта», средний возраст  $18 \pm 0,05$  лет. В Научно-практическом центре спортивной медицины учреждения здраво-