

Литература

1. Гребенщикова, Е.Г. Новый интерфейс науки и общества: трансдисциплинарные стратегии в биомедицинских исследованиях / Е.Г.Гребенщикова // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2011. – №1 – (26). – С. 149-155.
2. Приказ Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь от 30 июня 2014 г. № 166.
3. Сурмач, М.Ю. Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности / М.Ю. Сурмач. – Минск: ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.
4. Тульчинский, Г.Л. Проективный философский словарь / Г.Л.Тульчинский, М.Н.Эпштейн. - Спб.: Алетейя, 2003. – 512 с.
5. Фёдорова, О. А и Б сидели на трубе, или междисциплинарность когнитивных исследований /О. Фёдорова // Логос. – 2014. - №1 (97). – С. 19–34.
6. Thompson, Klein J. A Taxonomy of interdisciplinarity / Klein J. Thompson // The Oxford handbook of interdisciplinarity. – Oxford: Oxford University Press, 2010. – P. 15–30.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТИМОМ

Сушко А.А.¹, Можейко М.А.¹, Смирнов А.В.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Опухоли средостения являются одним из сложных разделов в торакальной хирургии [9]. Актуальность проблемы обусловлена их эмбрио- и гистогенетическим разнообразием, топографо-анатомическими особенностями, скрытым проявлением клинических симптомов на раннем этапе их роста [4,5,7]. На долю опухолей и кист средостения приходится 3–7% всех злокачественных и около 3% доброкачественных новообразований органов грудной полости [8,9]. Соотношение первичных злокачественных и доброкачественных опухолей составляет 3:1 [4,6,8]. Среди них особое место занимают тимомы [1,2,3].

Цель. Изучить вмешательства, используемые в современной хирургии опухоли вилочковой железы: минимально инвазивные, расширенные операции; обосновать стратегию лечения.

Материалы и методы. Ретроспективно анализируя, в 2003 – 2013гг. в клинике торакальной хирургии первой кафедры хирургических болезней ГрГМУ на базе Гродненской областной клинической больницы оперировано 134 пациента с опухолями средостения. Среди них мужчин было 52, женщин – 82. Средний возраст больных составлял 49,6 + 3,4 лет.

Результаты и обсуждение. Кисты перикарда диагностированы у 19 пациентов, лимфомы – у 53, дермоидные кисты – у 9, липомы – у 12, липосаркомы – у 2, бронхогенные кисты – у 4, энтерогенные кисты – у 3, загрудинный зоб – у 7, неврогенные опухоли – у 14, тимомы – у 11 пациентов.

Диагностика новообразований средостения основывалась на клинических, лабораторных и рентгенологических данных. Во всех случаях в диагностике новообразований вилочковой железы использовалась компьютерная томография. Это исследование, в сочетании с кон-

трастированием пищевода и сосудов средостения, а так же магниторезонансной томографией, позволило диагностировать как размеры новообразования, так и степень его инвазии у 91,7% пациентов. Кроме того, у 43,3% пациентов выполнены: ангиография, пункционная тонкоигольная трансторакальная или транстрахеальная биопсия.

Степень выраженности инвазивного роста тимом определяли по критериям А. Masaoka et al. [1,2], в модификации Y. Shimosato, K. Mukai, 1997 г. [9]. Стадирование обосновано патоморфологическими исследованиями: I стадия (T1N0M0) полностью инкапсулированная опухоль без инвазии в медиастинальную жировую клетчатку; II стадия (T2N0M0) – инфильтрация в пределах жировой клетчатки; III стадия (T3N0M0) – инфильтрация медиастинальной плевры, или перикарда, или прилежащих органов: а) отсутствие инвазии крупных сосудов; б) инвазия крупных сосудов. IV стадия: а) опухоль с имплантацией плевры и перикарда (T4N0M0); б) опухоль с лимфогенными метастазами (T1–4N1–2M0); в) опухоль с гематогенными метастазами (T1–4N0–2M1).

Характеристика пациентов с добро- и злокачественной тимомой представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика пациентов с добро- и злокачественной тимомой

Параметры	Видеоторакоскопическая хирургия	Открытая торакотомия	Пункционная тонкоигольная биопсия
Стадирование Masaoka I + II	6	0	2
III	0	4	1
IVa	0	1	8
Размеры опухоли, (мм)	43.5 (14–95)	80 (38–130)	70 (60–80)
Myasthenia gravis	0	0	0

Выводы. Таким образом, важными для диагностики тимом являются данные рентгенологических, МСКТ и МРТ исследований. Выбор оптимальной лечебной тактики связан со степенью инвазии новообразований и взаимоотношениями с соседними анатомическими структурами и органами. Видеоторакоскопические вмешательства позволяют удалить их в стадиях I + II, нанося минимальную операционную травму пациентам. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности этого метода лечения и позволили получить хороший клинический результат у 99,3% пациентов даже с низкими функциональными резервами. Следует акцентировать внимание заинтересованных специалистов на создании банка тканей опухолей средостения для участия в международных рандомизированных проектах по изучению этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Defining and improving data quality in medical registries: a literature review, case study, and generic framework / Keizer N.F., Scheffer G.J. // J Am Med Inform Assoc – 2002 – P. 11-23.

2. Malignant thymoma in the United States: demographic patterns in incidence and associations with subsequent malignancies / Engels E.A., Pfeiffer R.M. // Int. J Cancer – 2003– P. 546-51.
3. Thymic epithelial tumors: a population-based study of the incidence, diagnostic procedures and therapy / Jong W.K. [et al.] // Eur J Cancer – 2008 – P. 23-30.
4. Диагностика и лечение опухолей и кист средостения / Вахидов В.В., Исмаилов Д.А. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1992. — № 5/6. — С. 40-43.
5. Значение видеоторакоscопии в диагностике новообразований органов средостения / Барчук А.С. [и др.] // Вопросы онкологии. — 1999. — № 3. С. 298-300.
6. Опухоли средостения / Трахтенберг А. Х. // Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями – 1989. — С. 278-290.
7. Хирургическое лечение опухолей и кист средостения. / Бакулев А.Н., Колесникова Р.С. — Москва, 1967. — 263 с.
8. Хирургия средостения / Вишнеvский А.А., Адамян А.А. – Москва: «Медицина», 1977. —399 с.
9. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В. Залуцкий [и др.] – Минск: Зорны верасень, 2006. – 207 с.

СВЯЗЬ ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ С ГИПЕРТГИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Тарасенко К.В.

Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Ожирение представляет серьёзную угрозу здоровью населения. У женщин с ожирением чаще возникают расстройства репродуктивной системы [6]. Ведущими факторами, способствующими развитию ожирения считают переедание и тесно связанную с ним адипоцитарную дисфункцию [4]. Снижение чувствительности клеток-мишеней к биологическим эффектам инсулина – закономерное явление при ожирении и метаболическом синдроме. Инсулинорезистентность приводит к хронической компенсаторной гиперсекреции инсулина и возникновению гиперинсулинемии. Снижение чувствительности тканей к инсулину при ожирении и сахарном диабете II типа часто ассоциируется с дислипидемией [7]. Беременность сопровождается развитием физиологической инсулинорезистентности, которая имеет важное адаптивное значение для развития плода [1], однако вопрос о взаимосвязи секреции инсулина и дислипидемии у беременных исследован недостаточно.

Цель. Анализ связи гиперинсулинемии с уровнем триглицеридов у беременных с ожирением различной степени.

Методы исследования. Под наблюдением находились 37 беременных женщин с ожирением I, II и III степени в третьем триместре (опытная группа). Контрольную группу составили 14 женщин с физиологической массой тела, сопоставимых по возрасту и сроку беременности с опытной группой. Перед включением в исследование все беременные подписали информированное согласие. Степень ожирения определяли по методу Н.С. Луценко [2]. В сыворотке крови утром натощак определяли содержание инсулина радиоиммунным методом, глюкозы – глюкозооксидазным методом, триглицеридов – ферментатив-