

выявлено гетерозиготное носительство у матери и отца. Установлен клинический диагноз: Синдром Алазами (гетерозиготное носительство варианта с.681_685 delGAA и с.855 dupA в гене LARP7). Задержка роста синдромальная. Белково-энергетическая недостаточность легкой степени. Ребенку рекомендована диета, богатая белком, решение вопроса о назначении заместительной терапии гормоном роста для улучшения ростового прогноза. Лечение синдрома Алазами не разработано. Детям проводится симптоматическая терапия, лечение сопутствующей патологии, психологическая и социальная реабилитация.

Выводы. Описанный редкий клинический случай показывает необходимость проведения диагностического поиска причины низкорослости у детей, молекулярно-генетическое исследование позволяет уточнить этиологию задержки роста и определить дальнейший прогноз.

Литература

1. Чендлер, К., Хидер, З. (медицинская редакция – Лебедев И. Н.) Синдром Алазами [Электронный ресурс], <https://www.rarechromo.org/media/translations/Russian/Alazami%20Syndrome%20Russian%20QFN.pdf>.
2. Rasmussen, S. A., Kniffin C. L., Sobreira N. Alazami syndrome, ALAZS [Электронный ресурс], <https://www.omim.org/entry/615071>.
3. Караффи, С. Д., Гаравелли, Л. Синдром Алазами (ОРФА:319671) [Электронный ресурс], <https://www.orpha.net/consor/cgibin/OCExp.php?Expert=319671&lng=EN>.

DIFFICULT DIAGNOSIS OF A CHILD WITH ALAZAMI SYNDROME

Gurina E. S., Inozemtseva D. A.

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

esgurina@yandex.ru

Alazami syndrome is an autosomal recessive disease characterized by pronounced growth retardation, mental retardation and distinctive facial features: microcephaly, protruding forehead, deep-set eyes, flat and wide bridge of the nose. The prevalence of the disease is less than 1 in 1,000,000 cases.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гурина Р. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

gurinarenata7@gmail.com

Введение. Согласно данным мировой статистики, заболевания щитовидной железы (ЩЖ) встречаются практически у 30% населения планеты [1]. Территория Республики Беларусь исторически является йододефицитной; в

связи с катастрофой на ЧАЭС экологическая ситуация в стране значительно ухудшилась, поскольку приоритетным выделившимся короткоживущим изотопом был йод-131 с периодом полураспада 8,05 суток.

Возникновение заболеваний ЩЖ объясняется множеством факторов, как эндогенных, так и экзогенных. Длительный йодный дефицит приводит к формированию таких заболеваний, как диффузный и узловой/многоузловой зоб, тиреотоксикоз на фоне узловой патологии ЩЖ, врожденный гипотиреоз, умственная и физическая отсталость детей, кретинизм, невынашивание беременности [2]; существенно увеличивается риск возникновения радиационно-индуцированного рака ЩЖ (РЩЖ) ввиду катастрофы на ЧАЭС.

В настоящее время для лечения РЩЖ применяются 3 метода: медикаментозная терапия, радиойодтерапия и хирургическое лечение [3]. Необходимость использования радиойодтерапии обусловлена невозможностью достижения ремиссии у большинства пациентов при лечении медикаментозной терапией. Это доказывает необходимость и актуальность проведения масштабных исследований по оценке ее эффективности [4], а также для определения вероятности развития отдаленных эффектов терапии и возможной мутагенности радиоактивного йода.

Цель исследования: провести анализ эффективности использования радиойодтерапии для лечения РЩЖ.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили представленные в литературных источниках на бумажных носителях и в интернет-ресурсах данные. В работе использованы аналитический, сравнительно-оценочный и поисковый методы.

Результаты исследования. Механизм действия радиоактивного I-131 заключается в том, что принятый внутрь препарат преимущественно накапливается в щитовидной железе и далее распадается с выделением β -частиц. 90% терапевтического эффекта обусловлено именно бета-излучением с пробегом радиоактивных частиц в 2-3 мм [3].

В диагностических и лечебных целях используется радиоактивный I-131 с периодом полураспада 8,05 суток. При β -распаде этого элемента образуется γ -квант с энергией 364 кэВ и излучение с энергией 192 кэВ. Максимальная энергия – 607 кэВ. 90% излучения составляют β -частицы, поэтому их проникающая способность не превышает 2,2 мм от источника. Это позволяет подвести большую разовую дозу излучения к патологическому очагу без повреждения окружающих тканей. Эффективная поглощенная доза на ЩЖ составляет $119 \pm 8,9$ Гр, а на легочные метастазы РЩЖ – $129,8 \pm 22,0$ Гр.

Разовая доза I-131 выбирается в зависимости от целей применения.

С лечебной целью и с целью абластики в большинстве случаев используют препарат I-131 с активностью 100-200 мКи, однако суммарные дозы и кратность курсов могут варьироваться в широких пределах: от 4 до 10 курсов с интервалами в 4-8-12 месяцев. Существует "высокодозная техника", при которой поглощенная доза в циркулирующей крови не должна превышать 2 Гр. Прямо противоположна высокодозной радиойодтерапии методика "малых

доз", при которой разово дается препарат I-131 с активностью 30 мКи. Курсы повторяются часто, при этом лечение проводится амбулаторно.

Обязательные условия для проведения радиойоддиагностики и радиойодтерапии I-131 при РЩЖ – тотальная тиреоидэктомия и отмена гормонов за 3-4 недели до подачи радиойода.

В результате многолетних, но немногочисленных исследований РЩЖ были выделены острые и отдаленные (например, мутагенные и канцерогенные) последствия РИТ [3].

Острые (ближайшие, детерминированные) эффекты:

- общая интоксикация и аллергические реакции на йод у 1% пациентов;
- пострadiационный паротит и сиалоаденит встречаются у 10% пациентов и характеризуются сухостью слизистых, болью и увеличением слюнных желез;
- хромосомные изменения в периферических лимфоцитах встречаются в 2-9% случаев;
- постлучевой цистит наблюдается редко, а профилактика его заключается в усилении диуреза после приема I-131;
- транзиторная аменорея и дисменорея наблюдаются у значительного числа женщин; доза, поглощаемая яичниками при введении препарата радиоактивного йода с активностью 100 мКи, составляет около 20 рад; у 25% пациенток позднее развивается временная дисфункция яичников;
- снижение функциональной активности яичек наблюдается у 10-50% пациентов, получивших I-131 с активностью 100 мКи и больше; при длительных и многократных курсах радиойодтерапии с использованием препарата I-131 с активностью 450-800 мКи происходит атрофия яичек с полной аспермогией.

У пациентов с РЩЖ, получивших радиойодтерапию, не отмечено снижения плодовитости и генетических дефектов у потомков. Описано наблюдение за 187 детьми, получившими радиойодтерапию в возрасте от 5 до 20 лет. Средняя суммарная активность препарата I-131 на пациента составила 200 мКи (7,4 Гбк). При расчетах канцерогенного риска у этой группы детей из прогнозируемых 5 случаев рака выявлено 2 (гепатоцеллюлярный рак). Канцерогенный риск, вызванный радиойодтерапией, имеет место быть, но он в несколько раз меньше, чем у детей, получивших большие дозы рентгеновского излучения.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного нами исследования было установлено, что радиойодтерапия – достаточно эффективный метод лечения пациентов с РЩЖ. Однако могут наблюдаться стохастические эффекты, на выявление которых врач должен обращать внимание при осмотре пациента. К числу острых эффектов относятся: общая интоксикация и аллергические реакции на йод, пострadiационный паротит и сиалоаденит, постлучевой цистит, транзиторная аменорея у женщин и снижение функциональной активности яичек у мужчин. Отдаленные эффекты РИТ наблюдаются в виде мутагенных и канцерогенных последствий, однако период,

за который может проявиться канцерогенный эффект после РИТ, гораздо дольше, чем после R-терапии.

Литература

1. Петунина, Н. А. Болезни щитовидной железы / Н. А. Петунина, Л. В. Трухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 216 с.
2. Бурак, И. И. Радиационная медицина : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" : [в 2 ч.]. Ч. 1 : / И. И. Бурак [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : ВГМУ, 2018. - 206 с.
3. Ребеко, В. Я. Осложнения и отдаленные последствия радиойодтерапии рака щитовидной железы / В. Я. Ребеко, И.В. Ребеко – Минск: журнал «Медицинские новости» - 2010. - №6 (200). – С. 15-18.
4. Рак [Электронный ресурс] / Информационный бюллетень ВОЗ. – 2018 – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. – Дата доступа: 28.09.2023.

USAGE EFFICIENCY ANALYSIS RADIOIODOTHERAPY FOR TREATMENT THYROID CANCER

Gurina R. V.

*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
gurinarenata7@gmail.com*

Currently, 3 methods are used for the treatment of thyroid cancer: drug therapy, radioiodine therapy and surgical treatment. Necessity to use radioiodine therapy is due to the impossibility of achieving remission in most patients during treatment with drug therapy. This proves the relevance of conducting large-scale studies to assess its effectiveness, as well as to determine the likelihood of developing long-term effects of therapy and possible mutagenicity of radioactive iodine.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Денищик А. А., Шило Р. С., Могилевец Э. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
nastyfray13@gmail.com*

Введение. Кистозный эхинококкоз, вызываемый *Echinococcus granulosus*, – паразитарное заболевание, которое до сих пор является эндемичным в животноводческих регионах мира [1]. В Республике Беларусь, территория которой не эндемична, ежегодно диагностируется около 20 новых случаев заболеваний эхинококкозом. Чаще всего паразит поражает у человека печень. Тем не менее, сочетанный легочный и печеночный эхинококкоз может возникать в 4-25% случаев [2]. Актуальность данной темы состоит в том, что