

- учащихся 4-х классов, т.е. уже на первой ступени гимназического обучения количество здоровых детей уменьшается в 3 раза.

2. За год гимназического образования (от 3-го к 4-му классу) патология костно-мышечной системы увеличивается на 3,6%, лор-органов-на 12,1%, нарушения зрения-на 9,7%.

3. Основная масса школьников 3-4 классов имеют заболевания по 2-4 системам.

4. На фоне сохранения основных характеристик ростовых процессов детей 9-11 лет происходят негативные изменения - астенизация и выраженная дисгармонизация физического развития, ибо 32,1% девочек и 34,6% мальчиков имеют дисгармоничное развитие, преимущественно обусловленное дефицитом массы тела.

5. С возрастом отмечается тенденция к повышению диастолического и понижению систолического артериального давления, что приводит к развитию артериальной дистонии.

6. Для сохранения здоровья учащихся школ нового типа необходима коррекция условий среды обитания (учебные нагрузки, физическое воспитание), т.к. при отсутствии коррекции вышеуказанных факторов может наступить срыв адаптивно-приспособительных реакций, приводящий к развитию различных патологических состояний органов и систем организма.

## **СТРУКТУРА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОПЕРАЦИОННОМ МАТЕРИАЛЕ И МАТЕРИАЛЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ПУНКЦИОННЫХ БИОПСИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*В.А. Захарова*

Научный руководитель – к.м.н., доцент *Т.А. Летковская*  
*Белорусский государственный медицинский университет*

Проблема морфогенеза аденокарциномы предстательной железы (ПЖ) по-прежнему сохраняет свою актуальность и широко изучается учеными во всем мире. Продолжающийся рост заболеваемости раком ПЖ (РПЖ) [2-4], сохраняющаяся тенденция к поздней диагностике РПЖ (Т3–Т4 стадий) [1-2], когда уже имеются признаки экстракапсулярной инвазии и отсутствует реальная возможность излечения больного путем радикальной простатвезикулэктомии, трудности в интерпретации данных морфологического исследования продиктовали необходимость анализа структуры и уровня морфологической диагностики РПЖ.

Цель работы: изучить структуру и частоту встречаемости РПЖ в безвыборочном исследовании пункционных биопсий и операционного материала ПЖ.

Материал и методы исследования: в нашем исследовании использовался материал ПЖ 482 пациентов, поступивший для гистологического исследования в МГПБ в 2000 году. Среди клинических диагнозов доля РПЖ составила 10%. Возраст пациентов с РПЖ колебался от 53 до 78 лет и в среднем составил  $68,2 \pm 6,2$  года. Операционный материал был представлен в основном тканью ПЖ, забранной в ходе аденомэктомий и ТУР ПЖ (52% и 36% соответственно), материал простатэктомий и пункционных биопсий составил по 5% соответственно. Статистический анализ данных проводился с использованием стандартного пакета программного обеспечения Microsoft Office XP, STATISTICA 6.0.

Результаты анализа и их обсуждение: в структуре гистологических диагнозов удельный вес РПЖ составил 10,2%, причем частота выявления РПЖ значительно варьировала в зависимости от характера операционного материала. В материале ТУР и аденомэктомий выявление РПЖ, частота которого в нашем исследовании составила 7 и 8% соответственно, можно объяснить распространением опухоли из периферической зоны, однако не исключена вероятность возникновения РПЖ в переходной зоне первично. Среди гистологических вариантов РПЖ в материале ТУР и аденомэктомий доминировала мелкоацинарная, то есть высокодифференцированная, аденокарцинома (68 и 50% соответственно), остальная часть случаев РПЖ была представлена солидным, скirrosным и недифференцированным вариантами приблизительно в равной степени. В нашем исследовании обращает на себя внимание низкая частота выявления РПЖ (8%) в материале простатэктомий, который является наиболее информативным для патоморфолога с точки зрения локализации, размеров первичной опухоли, ее экстракапсулярной инвазии. В материале пункционных биопсий РПЖ был выявлен в 54% случаев. Преобладаю-

щим гистологическим вариантом также явилась мелкоацинарная аденокарцинома, которая диагностировалась в 76% случаев. Частота выявления умеренно-, низкодифференцированной и недифференцированной аденокарциномы ПЖ в материале пункционных биопсий составила по 8% соответственно. В заключение следует отметить, что в гистологических диагнозах отсутствовала градация РПЖ в соответствии с классификацией TNM и шкалой Глиссона, что значительно затрудняет определение степени дифференцировки аденокарциномы ПЖ и ее прогноза.

#### **Литература**

1. Мерабишвили В.М. (ред.). Деятельность онкологической службы Санкт-Петербурга в 2000 г.- СПб, 2001. – 23 с.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.А. (ред.). Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения России в 1998 году. М., 1999; 25.
3. Abate-Shen C., Shen M.M. Molecular genetics of prostate cancer // *Genes Dev.* – 2000 – Vol. 14. – P. 2410-2434.
4. Boyle P., Maisonneuve P., Napalkov P. Incidence of prostate cancer will double by the year 2030:arguments// *Europ. J. Urol.* – 1996. – Vol.29 (suppl. 2). – P. 3-9.

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА ЙОДОМ**

*Н.М. Ключко*

Научный руководитель – к.м.н., доцент *С.А. Ляликов*  
*Гродненский государственный медицинский университет*

В связи с экологически обусловленным недостатком йода в почве на территории республики, а значит и повышенным риском развития йододефицитных заболеваний у населения, очень важно выявить факторы, которые влияют на йодную обеспеченность организма. Данная работа посвящена изучению влияния «семейного» фактора на обеспеченность йодом [1].

Исследования выполнялись в два этапа. На 1 этапе (апрель, 2001 г.) обследовали 722 ребенка из 17 населенных пунктов Гомельской области и Клинцовского района Брянской области. Среди них было 43 пары sibсов и еще 4 группы, состоящие из 3 sibсов каждая. На 2 этапе (сентябрь, 2001 г.) - 196 детей, и среди них 22 пары sibсов, были обследованы повторно. Кроме того, в 196 семьях из исследуемого региона было проведено анкетирование. Анкета включала вопросы, касающиеся рациона питания и употребления йодированной соли. Содержание йода в моче определяли церий-арсенитным методом [2]. Концентрация йода в моче ниже 100 мкг/л свидетельствовала о наличии йодной недостаточности.

В результате исследования была выявлена значительная географическая мозаичность показателей йодной обеспеченности. Даже в географически близких населенных пунктах процент детей с йодной недостаточностью колебался от 0 до 93,55%. С целью установить природу факторов, влияющих на стабильность концентрации йода в моче, мы провели дисперсионный анализ показателей йодной экскреции у sibсов. Оказалось, что достоверный вклад в общую дисперсию уровня йодурии вносит фактор проживания в одной семье ( $F=2,32$ ;  $P=0,04$ ). Вариабельность концентрации йода в моче у sibсов, в отличие от абсолютной величины этого показателя, практически не зависит от местности, где проживает семья ( $F=0,93$ ;  $P=0,51$ ). По результатам анкетирования, установлено, что на этот показатель оказывает существенное влияние качественный и количественный состав рациона питания семьи. У лиц с низкими показателями экскреции йода с мочой в рационе питания преобладали продукты регионального земледельца, а у обследованных с нормальной йодурией - приобретаемые в магазине. С высокой достоверностью на обеспеченность йодом влиял источник поступления мяса ( $\text{Chi-Square}=8,86$ ,  $p=0,03$ ), молока ( $\text{Chi-Square}=11,65$ ,  $p=0,009$ ), творога (Kruskal-Wallis test  $H=9,10$ ,  $p=0,03$ ), но не количество их в рационе питания. С другой стороны, выраженность йодного дефицита статистически достоверно прямо пропорционально связана с количеством потребляемых в пищу картофеля (Kruskal-Wallis test  $H=8,36$ ,  $p=0,04$ ) и яблок ( $\text{Chi-Square}=8,85$ ,  $p=0,03$ ). Следует отметить, что 100% этих продуктов, используемых в рационе обследованных, являются продуктами регионального земледельца. Результаты анкетирования указали на наличие достоверной связи между регулярностью использования обследованными йодированной соли при приготовлении пищи и