

2. Физиолого-гигиеническая оценка восприятия информации с электронного устройства для чтения (ридера) / В. Р. Кучма [и др.] // Гигиена и санитария. — 2013. — № 1. — С. 22–26.
3. Wu, H. Ergonomic evaluation of three popular Chinese e-book displays for prolonged reading / H. Wu // International Journal of Industrial Ergonomics. — 2007. — Vol. 37. — P. 761–770.
4. Measurement of visual fatigue from reading on electronic paper / I. Nauro [et al.] // Journal of the Institute Image Information and Television Engineers. — 2005. — Vol. 59, № 3. — P. 403–406.

УДК 616.345/.351-006.6-089.168

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Васильцова Т. А., Евсеенко Д. А., Астапенко М. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Михайлов

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

Введение

Актуальность проблемы обусловлена высокой и продолжающей расти заболеваемостью раком ободочной кишки (РОК). В Беларуси за последние 10 лет заболеваемость РОК возросла с 14,7 до 19,6 случаев на 100 тыс. населения [1].

Цель

Изучить отдаленные результаты хирургического и комплексного лечения пациентов с РОК.

Материал и методы исследования

Изучены данные канцер-регистра по Гомельской области за 2007 г. Исследуемую группу составили 223 пациента, перенесшие резекционные вмешательства различного объема по поводу РОК. Создана база данных MS Access, проведен анализ с использованием программы «Statistica» 6.0. Оценивалась наблюдаемая выживаемость (без учета причины смерти) методом Каплана–Мейера. Различия выживаемости оценивались с помощью критериев Гехана–Вилкоксона, χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов исследуемой группы мужчины составили 46,6 %. Средний возраст пациентов составил $66,3 \pm 12,2$ года (от 32 до 97 лет). Среди пациентов преобладали лица с распространенным опухолевым процессом. Наиболее часто опухоль локализовалась в сигмовидной (41,7 %), реже — в поперечной ободочной (13,9 %), слепой (13,5 %), восходящей (10,3 %) и нисходящей (8,1 %) кишке, селезеночном (5,8 %) и печеночном (5,4 %) изгибах. Структура оперативных вмешательств соответствовала локализации опухоли. Наиболее часто выполнялись правосторонняя гемиколэктомия (35,0 %), резекция сигмовидной кишки (26,5 %) и левосторонняя гемиколэктомия (13,0 %). Операция Гартмана (в том числе левосторонняя гемиколэктомия и резекция поперечной ободочной кишки с формированием концевой колостомы) произведена в 13,1 % случаев, при осложненном течении опухолевого процесса. Среди пациентов исследуемой группы 70,0 % оперированы в онкологических учреждениях и 30,0 % — в хирургических отделениях неонкологического профиля.

Наблюдаемая трехлетняя выживаемость пациентов исследуемой группы, включая умерших от послеоперационных осложнений (10 человек), составила $65,4 \pm 3,2$ %, пятилетняя — $55,0 \pm 3,3$ %. Эти же показатели, при исключении случаев послеоперационной летальности, составили $68,5 \pm 3,2$ % и $57,6 \pm 3,4$ %. В подгруппе пациентов, оперированных в онкологических учреждениях, трех- и пятилетняя выживаемость, с учетом умерших больных, составила $65,3 \pm 3,8$ % и $56,9 \pm 4,0$ %; среди оперированных в неонкологических

учреждениях — $65,7 \pm 5,8 \%$ и $50,7 \pm 6,1 \%$ ($P > 0,05$). При этом распространенность опухолевого процесса была выше у пациентов, оперированных в онкологических стационарах — удельный вес IV стадии составил $22,6$ и $9,0 \%$, соответственно.

Дальнейший анализ выживаемости, в зависимости от основных клиничко-морфологических факторов, проводился без учета послеоперационной летальности. Трех- и пятилетняя выживаемость больных с РОК I–II стадий составила $79,1 \pm 3,5 \%$ и $66,4 \pm 4,1 \%$, III стадии — $68,3 \pm 7,3 \%$ и $63,4 \pm 7,5 \%$, IV стадии — $30,3 \pm 7,6 \%$ и $19,3 \pm 6,5 \%$ ($P < 0,05$). При анализе с учетом распространенности процесса, наблюдается тенденция к более высокой выживаемости пациентов, оперированных в онкологических учреждениях, по сравнению с неонкологическими. При III стадии трехлетняя выживаемость составила $75,9 \pm 7,9 \%$ и $53,8 \pm 13,8 \%$, соответственно ($P > 0,05$), пятилетняя — $69,0 \pm 8,6 \%$ и $46,2 \pm 13,8 \%$; при IV стадии трехлетняя выживаемость составила $31,9 \pm 8,3 \%$ и $20,0 \pm 17,9 \%$, пятилетняя — $22,3 \pm 7,4 \%$ и 0% , соответственно ($P > 0,05$). При анализе выживаемости в зависимости от морфологических особенностей опухоли, наиболее низкие показатели наблюдались при слизистом раке: пятилетняя выживаемость составила $20,0 \pm 17,9 \%$, при других гистологических формах данный показатель значимо не различался и составил, в общей сложности, $58,5 \pm 3,4 \%$.

При анализе показателей выживаемости в зависимости от метода лечения среди пациентов с III стадией РОК наблюдалась тенденция к повышению показателей при проведении адъювантной химиотерапии. Трехлетняя выживаемость при хирургическом и комплексном лечении составила $60,0 \pm 9,8 \%$ и $81,3 \pm 9,8 \%$, пятилетняя — $56,0 \pm 9,9 \%$ и $75,0 \pm 10,8 \%$ ($P = 0,17$).

Выводы

1. Пятилетняя выживаемость пациентов всей исследуемой группы, с учетом послеоперационной летальности, составила $55,0 \pm 3,3 \%$, без учета летальности — $57,6 \pm 3,4 \%$. Важнейшим прогностическим фактором является распространенность опухолевого процесса. Пятилетняя выживаемость больных с РОК I–II стадий составила $66,4 \pm 4,1 \%$, III стадии — $63,4 \pm 7,5 \%$, IV стадии — $19,3 \pm 6,5 \%$.

2. Среди морфологических вариантов РОК наиболее неблагоприятным явился слизистый рак — пятилетняя выживаемость составила $20,0 \pm 17,9 \%$, при других гистологических формах — $58,5 \pm 3,4 \%$.

3. При проведении адъювантной химиотерапии наблюдалась тенденция к повышению пятилетней выживаемости пациентов с $56,0 \pm 9,9 \%$ до $75,0 \pm 10,8 \%$ ($P = 0,17$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кохнюк, В. Т. Колоректальный рак / В. Т. Кохнюк. — Минск: Харвест, 2005. — 384 с.

УДК 618.36:618.3:618.177-089.888.11

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Ващилина Т. П., Барсуков А. Н., Бик-Мухаметова Я. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. Н. Барсуков*

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Течение беременности, наступившей после экстракорпорального оплодотворения