



Рисунок 3 — Частота прогрессирования заболевания

Выводы

1. Наиболее распространенный гистологический тип злокачественных опухолей средостения является мезенхимальный тип — 10 (41,67 %) пациентов. Он является самым разнообразным, в него входят опухоли жировой ткани, костно-хрящевые опухоли, сосудистые опухоли мягких тканей, опухоли скелетных мышц.

2. Объем оперативного вмешательства у пациентов разных возрастных групп и гистологического строения опухоли был массивный с полным удалением опухоли и окружающих мягких тканей.

3. Прогрессирование патологического процесса в первые годы после хирургического лечения наблюдалось у 11 (45,83 %) пациентов. Исходя из вышесказанного, ни возраст, ни структура опухоли, ни локализация, ни объем хирургического лечения не дает гарантии на снижение риска рецидива заболевания. Как и любая онкологическая патология может привести к летальному исходу даже в молодом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайличенко, В. Ю. Остеобластокластома как клиническая маска первичного гиперпаратиреоза / В. Ю. Михайличенко, Н. Э. Каракурсаков, К. А. Мирошник // Злокачественные опухоли. 2017. № 7. С. 26–29.
2. Александров, О. А. [и др.] // Сибирский онкологический журнал. 2017. № 4. С. 76–83.

УДК 616.891.6:616-006.6-052

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ ПО ШКАЛЕ БЕКА У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Марковский В. О., Корсакова В. И., Искрицкая И. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент В. В. Похожай

Учреждение образования

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

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения около 25 % пациентов с онкологическими заболеваниями страдают от тревоги и (или) депрессии. Лишь 20 % из числа пациентов, которые страдают от тревоги и (или) депрессии, диагностируются как имеющие расстройство психического здоровья и получают соответствующее лечение. Тревога и (или) депрессия среди пациентов с онкологическими заболеваниями коррелируют с более низким качеством жизни, менее удовлетворительным соблюдением назначенного лечения, более длительными сроками госпитализации и повышенным риском суицида. Исследование с дальнейшей профилактикой тревожных и (или) депрессивных состояний позволит создать условия для поддержания и укрепления здоровья, способствующие формированию более здоровых поведенческих привычек [1].

Цель

Оценить уровень тревоги у пациентов, находящихся на лечении в онкологическом стационаре и пациентов после выписки из стационара со сравнением с контрольной относительно здоровой группой людей.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 150 пациентов УЗ «Могилевский областной онкологический диспансер» и УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» различных отделений. Контрольную группу составили 75 относительно здоровых людей (возраст — $40 \pm 2,1$ лет; 54,67 % (41) мужчин и 45,33 % (34) женщин). Возраст обследованных пациентов, находящихся на лечении в стационаре и выписанных из стационара составил от 34 до 78 лет (средний возраст — $42,1 \pm 4,4$ года), мужчины — 74 пациента; женщины — 76 пациентов. Были выделены следующие группы сравнения: 1-я — пациенты, находящиеся на лечении в стационаре ($n = 75$), 2-я — пациенты, выписанные из онкологического стационара ($n = 75$), 3-я — относительно здоровые люди ($n = 75$).

Исследование выполнено на основе системного подхода к изучаемой проблеме с применением следующих методов: психологическое тестирование, социологическое анкетирование.

Шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory) состояла из 21 утверждения (максимальный балл 63), каждое утверждение подразделено еще на 4 утверждения (0, 1, 2, 3). Оценку результатов проводили следующим образом: до 21 балла — свидетельствует о незначительном уровне тревоги; 22-35 баллов — средняя выраженность тревоги; >36 баллов — свидетельствует об очень высокой тревоге [2].

Перед проведением исследования было получено письменное согласие на обработку персональных данных.

Анализ, полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ «Statistica» 13.3 (Trial version) [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования шкалы тревоги Бека представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Качественный и количественный анализ шкалы тревоги Бека

Показатель	Группа № 1			Группа № 2			Контрольная группа		
	ME \pm SD	n	%	ME \pm SD	n	%	ME \pm SD	n	%
До 21 балла	18 \pm 0,2	4**	5,33	16,1 \pm 0,1	11***	14,67	13 \pm 2,1	51**/***	68
От 22 до 35 баллов	32 \pm 0,4 ^{a/b}	18	24	25 \pm 0,8 ^a	27***	36	24 \pm 0,4 ^b	15***	20
> 36 баллов	57 \pm 2,3 ^{a/b}	53*/**	70,67	50 \pm 0,4 ^{a/c}	37*/***	49,33	39 \pm 1 ^{b/c}	9**/***	12

Примечание. * — Качественный анализ между группой № 1 и группой № 2 (данные были статистически значимыми); ** — качественный анализ между группой № 1 и контрольной группой (данные были статистически значимыми); *** — качественный анализ между группой № 2 и контрольной группой (данные были статистически значимыми); а — количественный анализ между группой № 1 и группой № 2 (данные были статистически значимыми); б — количественный анализ между группой № 1 и контрольной группой (данные были статистически значимыми); с — количественный анализ между группой № 2 и контрольной группой (данные были статистически значимыми).

Исходя из данных таблицы 1 при качественном сравнении групп № 1 и № 2 статистически значимыми был показатель > 36 баллов — 53 (70,67 %) пациента 1-й группы и 37 (49,33 %) пациентов 2-й группы, $p < 0,05$. При сравнении группы № 1 и контрольной группы — 37 (49,33 %) пациентов и 9 (12 %) пациентов соответственно, $p < 0,05$. Похожие результаты при сравнении группы № 1 и контрольной группы по показателю до 21 баллов — 4 (5,33 %) и 51 (68 %) соответственно, $p < 0,05$.

При сравнении группы № 2 и контрольной группы по показателю до 21 баллов — 11 (14,67 %) пациентов и 51 (68 %) пациент, $p < 0,05$. Результаты группы № 2 и контрольной группы по показателю от 22 до 35 баллов — 27 (36 %) пациентов и

15 (20 %) пациентов, $p < 0,05$. Анализ данных группы № 2 и контрольной группы по показателю > 36 баллов — 37 (49,33 %) пациентов и 9 (12 %) пациентов, $p < 0,05$. Статистически не значимыми оказались данные между группами № 1 и № 2 по показателям до 21 балла и от 22 до 35 баллов; при сравнении № 1 и контрольной группы по показателю от 22 до 35 баллов, $p > 0,05$.

При использовании t-Критерия Стьюдента для независимых парных выборок (группа № 1 и группа № 2) были получены следующие данные: показатель от 22 до 35 баллов ($32 \pm 0,4$ и $25 \pm 0,8$); > 36 баллов ($57 \pm 2,3$ и $50 \pm 0,4$), $p < 0,05$. При анализе в группе № 1 и контрольной группе были получены следующие результаты: показатель от 22 до 35 баллов ($32 \pm 0,4$ и $24 \pm 0,4$); > 36 баллов ($57 \pm 2,3$ и 39 ± 1), $p < 0,05$. При анализе в группах № 2 и контрольной были получены следующие результаты: показатель > 36 баллов ($50 \pm 0,4$ и 39 ± 1), $p < 0,05$. Статистически незначимыми оказались данные между группами № 1 и № 2 по показателю до 21 балла, аналогичные результат при сравнении между группой № 1 и контрольной группой; при сравнении в группах № 2 и контрольной по показателям до 21 балла и от 22 до 35 баллов, $p < 0,05$.

Выводы

Проведенное исследование показало, что уровень тревоги у пациентов, находящихся на лечении в стационаре онкологического отделения статистически значимо выше, чем у пациентов, выписанных со стационара (53 пациента в сравнении с 37). В тоже время у большей части пациентов как онкологического стационара, так и выписанных со стационара, наблюдался высокий уровень тревоги $57 \pm 2,3$ (53 пациента) и $50 \pm 0,4$ (37 пациентов), $p < 0,05$. Дальнейшее исследование уровня тревоги у онкологических пациентов позволит предотвратить развитие депрессии и других психических расстройств, что положительно скажется на социальной сфере жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/342915/Comorbidity-report_R-web.pdf. 19.03.2022.
2. Особенности ретестовой надежности шкалы депрессии А. Бека / С. П. Елшанский [и др.] // Психология, социология и педагогика. 2016. № 4. С. 122–124.
3. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с.

УДК 616.24-006.6-036.8«2010/2019»

РАК ЛЕГКОГО: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ КАНЦЕР-РЕГИСТРА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА 2010–2019 ГГ.

Марченко П. С., Коробова А. С., Полетай К. Д.

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

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

Введение

Рак легкого (РЛ) – злокачественная опухоль, возникающая из эпителиальных клеток крупных и сегментарных бронхов и их ветвей, бронхиол. Оно же является наиболее распространенным в мировой популяции злокачественным новообразованием. С начала XX века заболеваемость РЛ выросла в несколько десятков раз, и особенно выражен ее рост в индустриально развитых странах, где в структуре онкологической заболеваемости РЛ занимает первое место [1,2].

По информации Международного агентства по изучению рака (МАИР) заболеваемость и смертность от рака легких неуклонно растет как во всем мире, так и в Республике Беларусь [2].