

шениях, не связанных с климактерическим периодом. Выявлены возрастные периоды, характеризующие те или иные сопутствующие заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабинцева, А. Ю.* Миомы матки в Удмуртской Республике / А. Ю. Бабинцева, Т. С. Кондратьева // Матер. III Всерос. с междунар. участием студенческой научно-образовательной конф. «Актуальные вопросы студенческой медицинской науки и образования» / редкол.: Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, А. В. Меринов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. — Рязань: ООП УИТТиОП, 2017. — С. 48.
2. *Савицкий, Г. А.* Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. — СПб.: Элби, 2000. — 237 с.
3. *Fibroids in pregnancy — common but poorly understood* / N. P. Cooper, S. Okolo // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 2005. — Vol. 60, № 2. — P. 132–138.

УДК 616.24-006.6-052:611.018

### РАК ЛЕГКОГО: ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ, ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ОПУХОЛИ

*Иванова Е. С.*

Научные руководители: к.м.н., доцент *Л. А. Мартемьянова*,  
А. С. Терешковец, к.м.н., доцент *С. А. Иванов*

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

#### *Введение*

Рак легкого (РЛ) является одной из наиболее распространенных локализаций злокачественных новообразований (ЗНО): 1 место в структуре онкозаболеваемости обоих полов, 1 место в структуре смертности от ЗНО [1–3]. Основные гистологические варианты РЛ: плоскоклеточный рак (ПКР), железистый рак (ЖР), мелкоклеточный рак (МКР), более редкие варианты: бронхиолоальвеолярный рак (БАР), железисто-плоскоклеточный рак (ЖПКР), крупноклеточный рак (ККР), недифференцированный рак (НР), карциноид, а также ЗНО неэпителиального происхождения [2–3]. Клинико-анатомические формы РЛ: центральный рак (ЦР), периферический рак (ПР), атипичные формы (АФ). В лечении РЛ используются хирургический метод, лучевая терапия, химиотерапия и их комбинация [2–3]. Выбор лечебной тактики определяется гистологическим вариантом (немелкоклеточный рак vs МКР), клиническими параметрами опухоли (клинико-анатомическая форма, стадия, распространенность), степенью компенсации витальных функций у пациента [2–3]. Данные о клинических параметрах опухоли и демографическая характеристика пациентов при отдельных гистологических вариантах РЛ могут быть использованы для планирования лечебных и диагностических мероприятий в регионе.

#### *Материал и методы исследования*

Материал: данные статистического учета заболевших РЛ в Гомельской области в 2014–2016 гг., всего — 2332 впервые выявленных случая. Средний возраст заболевших — 64,3 года, мужчины — 1974, женщины — 358. Проанализированы демографические характеристики заболевших (пол, возраст), клинико-анатомическая форма РЛ, стадия опухоли, гистологическое строение опухоли. Выполнено сравнение демографических и клинических показателей при ПКР, МКР и ЖР.

#### *Результаты исследования и их обсуждение*

В нашем материале диагноз РЛ был подтвержден гистологически в 1564 (67 %) наблюдениях из 2332. В остальных 768 случаях имело место только рентгенологическое подтверждение РЛ. Гистологические варианты РЛ в нашем материале распределились следующим образом: ПКР — 776 (49,6 %), ЖР — 441 (28,2 %), МКР — 269 (17,2 %), карциноид — 27 (1,8 %), ЖПР — 18 (1,2 %), ККР — 16 (1 %), БАР — 5 (0,3 %), НР — 2 (0,1 %), саркомы различного строения — 9 (0,6 %). ПКР, ЖР и МКР в сумме составляют 95 % всех гистоло-

гически подтвержденных случаев РЛ в Гомельской области в период наблюдения. Представляет интерес распределение демографических и клинических параметров для каждого из этих вариантов. Показатели возраста, числа лиц трудоспособного возраста (ЛТВ) и полового отношения (М:Ж) заболевших представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Демографические показатели при различных гистологических вариантах РЛ

Гистологический вариант	М:Ж	Средний возраст, лет	ЛТВ, число наблюдений
ПКР, n = 776	728:48	62,7	302 (38,9 %)
ЖР, n = 441	330:111	61,4	192 (43,5 %)
МКР, n = 269	248:21	60,8	133 (49,4 %)
Всего, n = 1486	1306:180	61,9	627 (42,2 %)

Более выражена половая дифференциация при МКР и ПКР, чем при ЖР. Различие в парах ПКР и ЖР, МКР и ЖР является статистически значимым,  $p < 0,05$ . Различие в паре ПКР и МКР не является статистически значимым,  $p > 0,05$ . Различие среднего возраста не является статистически значимым при попарном сравнении пациентов с разными гистологическими вариантами,  $p > 0,05$ . Доля ЛТВ нарастает в ряду ПКР-ЖР-МКР. Преобладание доли ЛТВ в паре МКР-ПКР является статистически значимым,  $p < 0,05$ .

Распределение клиничко-анатомических форм РЛ во всем коллективе пациентов: ЦР — 1088 (46,7 %), ПР — 1219 (53,3 %), АФ — 11 (0,4 %), неуточненная — 14 (0,6 %). Распределение по стадиям во всем коллективе пациентов: I-II стадия — 864 (37 %), III стадия — 751 (32,2 %), IV стадия — 693 (29,7 %), не установлена — 24 (1 %). Распределение по клиничко-анатомическим формам и стадиям в зависимости от гистологического варианта представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Параметры опухоли при различных гистологических вариантах РЛ

Гистологический вариант	Клиничко-анатомическая форма, число наблюдений			Стадия РЛ, число наблюдений			
	ЦР	ПР	АФ	I-II	III	IV	не уточнена
ПКР, n = 776	468 (60,3 %)	305 (39,3 %)	3 (0,4 %)	291 (37,5 %)	276 (35,6 %)	200 (25,8 %)	9 (1,1 %)
ЖР, n = 441	104 (23,6 %)	336 (76,2 %)	1 (0,2 %)	164 (37,2 %)	134 (30,4 %)	133 (30,4 %)	10 (2,3 %)
МКР, n = 269	203 (75,5 %)	64 (23,8 %)	2 (0,7 %)	38 (14,1 %)	113 (42 %)	116 (43,1 %)	2 0,7 %
Всего, n = 1486	775	705	6	493	523	449	21

В исследуемой группе пациентов доля ЦР выше, чем среди пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом. Это можно объяснить лучшей доступностью опухолей крупных бронхов для биопсии. Обращает на себя внимание также более высокая доля РЛ I-II стадии и меньшая доля РЛ III стадии во всем коллективе по сравнению с пациентами, у которых диагноз был подтвержден гистологически. Возможно, у части пациентов с рентгенологически установленным диагнозом уточняющая диагностика не была проведена в полном объеме.

Распределение ЦР и ПР существенно отличается в зависимости от морфологической структуры опухоли. При ПКР и МКР центральная локализация встречалась чаще, чем периферическая. При ЖР, наоборот, отмечено преобладание ПР по сравнению с ЦР. Во всех парах сравнения указанное различие является статистически значимым,  $p < 0,05$ .

Распределение РЛ по распространенности при первичной диагностике показывает, что I-II стадия была установлена примерно в равной пропорции при ПКР и ЖР. Доля ранних форм РЛ у пациентов с МКР значительно ниже. Различие в парах ПКР-МКР и ЖР-МКР является статистически значимым,  $p < 0,05$ . Закономерно, доля РЛ IV стадии более высока при МКР. Указанное различие можно объяснить более агрессивным клиническим развитием МКР. Кроме того, выявлена более частая центральная локализация этого гистологического типа РЛ, которая более сложна для рентгенологического обнаружения.

### **Выводы**

Половая дифференциация заболевших РЛ более выражена при МКР и ПКР (М:Ж более, чем 10:1), чем при ЖР (3:1). Средний возраст начала заболевания в нашем материале не имеет существенных отличий в зависимости от гистологической структуры опухоли. При этом доля ЛТВ выше среди пациентов с МКР. Центральная локализация РЛ более часто отмечена при МКР (75,5 %) и ПКР (60,3 %), периферическая локализация — при ЖР (76,2 %). I–II стадии РЛ чаще были установлены пациентам с ПКР и ЖР (37,5 и 37,2 %, соответственно), чем пациентам с МКР (14,1 %).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016 гг.) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — 286 с.
2. Онкология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>. — Дата доступа: 22.03.2018.
3. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: сб. науч. ст.: Вып. 2 / Ю. И. Аверкин [и др.]; под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного // Профессиональные издания. — 2012. — 506 с.

**УДК 616.379-008.64-053.2**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ**

*Иванова А. А.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор И. Л. Алимова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Смоленский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Смоленск, Российская Федерация**

### **Введение**

Последние десятилетия во всем мире, в том числе и в России, наблюдается увеличение заболеваемости как сахарным диабетом 1 типа, так и конституционально-экзогенным ожирением среди детей и подростков [1, 2]. Однако литературные сведения о возможной коморбидности и особенностях течения этих заболеваний у детей, немногочисленны.

### **Цель**

Провести анализ особенностей течения сахарного диабета 1 типа у детей с избыточной массой тела.

### **Материал и методы исследования**

Проведено обследование 71 пациента с сахарным диабетом 1 типа в возрасте 13–17 лет ( $15 \pm 0,98$ ), с длительностью заболевания 1–16 лет ( $6,4 \pm 3,0$ ), находящихся на базисно-болюсной инсулинотерапии. Все пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от значения стандартного отклонения индекса массы тела (SDS ИМТ): 1-я группа — 43 ребенка с нормальной массой тела (SDS ИМТ  $-1+1$ ), 2-я группа — 11 пациентов с избыточной массой тела (SDS ИМТ  $+1+2$ ), 3-я группа — 7 пациентов с ожирением (SDS ИМТ  $> +2$ ) [3].

Оценка антропометрических показателей проводилась с помощью программы Anthro Plus [4]. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «Statistica» 7.0 (Stat Soft, 2009). Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Распространенность избыточной массы тела среди обследованных пациентов составила 15,5 %, а ожирения — 9,8 % (рисунок 1). При этом ожирение I степени диагностировано у 5 (71,4 %) пациентов и II степени — у 2 (28,6 %).