

частоты признака, 95 % доверительного интервала (95 % ДИ), медианы, верхнего и нижнего квартилей.

Результаты исследования и их обсуждение

Первичные опухоли головного мозга (ПОГМ) за 5 лет диагностированы у 330 пациентов. Из них 170 (51,5 %) человек — мужчины и 160 (48,5 %) — женщины. Медиана возраста пациентов, в котором был дебют заболевания, составил 54 года (40–63). Для мужчин он составил 51 год (38–61), для женщин — 56 лет (42,5–64). Самый ранний возраст, в котором диагностирована первичная опухоль, составил 2 месяца и 2 дня (злокачественная опухоль — глиобластома), самый поздний — 88 лет. Распределение пациентов по возрасту было следующее: пациентов до 10 лет — 17 (5,15 %), 10–19 лет — 13 (3,94 %), 20–29 лет — 21 (6,36 %), 30–39 лет — 29 (8,79 %), 40–49 лет — 50 (15,15 %). В возрасте 50–59 лет заболели 83 (25,15 %) человека, 60–69 лет — 82 (24,85 %) человека, 70–79 лет — 28 (8,49 %), 80–88 лет — 7 (2,12 %). ПОГМ среди лиц трудоспособного возраста были установлены у 213 (64,5 %) пациентов. В зависимости от локализации ПОГМ распределились следующим образом: супратенториальные опухоли диагностированы у 300 пациентов, что составило 90,91 % (95 % ДИ: 87,79–94,03), субтенториальные опухоли — у 30 пациентов, что составило 9,09 % (95 % ДИ: 5,97–12,21). По гистологической принадлежности: нейроэпителиальные опухоли были диагностированы у 273 (82,73 %) пациентов, опухоли оболочек головного мозга — у 15 (4,55 %) пациентов, сосудов — у 4 (1,21 %) пациентов, черепно-мозговых нервов — у 1 (0,3 %) человека, опухоли пинеальной области и дизэмбриогенетические опухоли диагностированы по 2 (0,6 %) человека. У остальных 33 (10,01 %) пациентов гистологическая структура опухоли установлена не была, так как им не было проведено хирургическое вмешательство (биопсия). Летальность пациентов составила 58,79 % (95 % ДИ: 53,45–64,13). Пациентам было проведено следующее лечение: радикальное хирургическое — 21,1 %, лучевое — 4,8 %, химиотерапевтическое — 1,5 %, комбинированное — 30,4 %, комплексное — 42,2 %.

Выводы

Среди заболевших ПОГМ преобладают лица мужского пола. Дебют заболевания у мужчин и женщин составил 51 год и 56 лет соответственно. Наибольшее число заболеваемости приходится на трудоспособное население (64,5 %). Подавляющее большинство ПОГМ приходится на нейроэпителиальные опухоли (82,73 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашууров, Р. Г. Эпидемиология, этиопатогенез и диагностика внутричерепных нейроэпителиальных опухолей / Р. Г. Ашууров, В. С. Терехов // Медицинский журнал. — 2015. — № 1. — С. 11–17.
2. Григорович, Н. А. Частоты встречаемости симптомов и синдромов злокачественных новообразований (материалы для разработки экспертных систем в онкологии) / Н. А. Григорович, Т. М. Кашкан, С. Ф. Дорофтиенко // Медицинские новости. — 2014. — № 1. — С. 61–65.

УДК 616.32-006.04-047.42

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ РАКА ПИЩЕВОДА

Толмачёва Е. А., Волчек В. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Злокачественные опухоли пищевода и кардиоэзофагеальной зоны принято считать одними из наиболее прогностически неблагоприятных заболеваний пищеварительного

тракта [1]. Среди опухолей ЖКТ они занимают 3 место после рака желудка и прямой кишки [3]. Около 70 % больных выявляются в III и IV стадиях [2]. Чаще всего (97–99 % случаев) обнаруживают плоскоклеточный рак с ороговением и без ороговения. Также встречаются железистые формы рака пищевода и опухоли, происходящие из дистопированного эпителия. Редко обнаруживают также недифференцированный рак. Метастазирование рака пищевода обусловлено развитой лимфатической сетью пищевода. Метастазы распространяются на прилежащие лимфатические сосуды, а затем и лимфатические узлы. Рак шейного отдела пищевода метастазирует в глубокие шейные лимфатические узлы, рак верхнегрудного и среднегрудного отделов пищевода поражает метастазами параэзофагеальные, трахеобронхиальные и задние средостенные лимфоузлы; рак нижнегрудного и брюшного отделов распространяется в поддиафрагменные, параэзофагеальные, паракардиальные лимфатические узлы, а также в лимфоузлы вдоль малой кривизны желудка и левой желудочной артерии. Кроме того, встречаются метастазы в лимфоузлы малого сальника, вдоль левой желудочной артерии и в шейные и надключичные лимфоузлы. Отдаленные метастазы поражают печень, легкие, костную систему. Многообразие подходов в лечении и значительная степень риска хирургических вмешательств у больных раком пищевода определяют повышенный интерес к этому сложнейшему разделу клинической медицины. Главной целью хирургов-онкологов является увеличение выживаемости и улучшение качества жизни пациентов [4].

Цель

Произвести сравнительный анализ характеристик, полученных при исследовании пациентов с хирургическим лечением рака пищевода. Проанализировать зависимости между парами показателей.

Материал и методы исследования

Был проведен статистический анализ хирургического лечения 121 пациента с раком пищевода, которые были оперированы в 2013–2017 гг. в отделении торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Для данного анализа были выбраны определенные критерии пациентов: пол, возраст, стадия, стадия по классификации TNM, продолжительность жизни (в месяцах), гистология, ороговение, вид лечения, вид операции, осложнения, прогрессивность, рецидив, МТС, степень дифференцировки, койко-дни. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, GS-35F-5899H) и MedCalc 15.6.1 (trial version). Результаты были представлены медианой (Me), 25- и 75-й перцентилями: Me (25–75 %). За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Были рассчитаны показатели: среднее значение, медиана, мода, стандартное отклонение, эксцесс и осуществлен корреляционный анализ. Степень дифференцировки ткани (среднее значение 0,68; медиана 1; мода 1; стандартное отклонение 0,64; эксцесс - 0,54) имеет прямую зависимость с локализацией опухоли (среднее значение 11,2; медиана 6; мода 1; стандартное отклонение 13,9; эксцесс 3,69) коэффициент корреляции равен 0,4985, что соответствует среднему уровню зависимости критериев друг от друга; возраст пациента (среднее значение 59,3; медиана 60; мода 60; стандартное отклонение 10,9; эксцесс 0,33) имеет обратную взаимосвязь с критерием МТС (среднее значение 4,59; медиана 0; мода 0; стандартное отклонение 5,96; эксцесс -1,38) коэффициент корреляции равен -0,4214, что соответствует среднему уровню зависимости критериев друг от друга.

Выводы

Была выявлена зависимость между степенью дифференцировки ткани и локализацией опухоли — коэффициент корреляции равен 0,4985, что соответствует среднему уровню зависимости критериев друг от друга; возраст пациента имеет обратную взаи-

мосвязь с критерием МТС — коэффициент корреляции равен -0,4214, что соответствует среднему уровню зависимости критериев друг от друга.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Давыдов, М. И.* Рак пищевода / М. И. Давыдов, И. С. Стилиди. — М., 2007. — 392 с.
2. *Ганул, В. Л.* Рак пищевода / В. Л. Ганул, С. И. Киркилевский. — Киев: Книга плюс, 2003. — 200 с.
3. *Болезни искусственного пищевода / А. Ф. Черноусов [и др.].* — М.: Видар, 2008. — 673 с.
4. *Зубарев, П. Н.* Хирургические болезни пищевода и кардии / П. Н. Зубарев, В. М. Трофимов. — СПб.: Фолиант, 2005. — 208 с.

УДК 616-072.1:616-089.819.85

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО И ТОРАКОТОМИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Тулуп Д. Л., Левковец О. В., Штырхунов Д. В.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. В. В. Похожай

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лечение и диагностика больных с онкологическими заболеваниями органов грудной полости в настоящее время остается актуальным и довольно сложным процессом, так как большинство заболеваний выявляется в более поздних стадиях, когда опухоль может стать нерезектабельной [1]. В результате чего так важно проводить скрининг среди населения учитывая наличия факторов риска [2].

На сегодняшний день показания к какому-либо роду вмешательств должны определяться в каждом конкретном случае исключительно индивидуально и полностью соответствовать целям операции. Однако опыт еще раз доказывает достоинства торакоскопических методов: низкая частота осложнений, небольшая потребность в медикаментозном обеспечении, хороший косметический эффект, которые являются приоритетными при выборе операции [3–4].

Цель

Изучить особенности торакоскопического и торакотомического метода оперативного вмешательства на органах грудной клетки.

Материал и методы исследования

Для решения поставленных задач был проведен ретроспективный и проспективный анализ историй пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении в период с 2015 по 2017 гг. в УЗ «ГОКОД».

Всем пациентам в предоперационном периоде проведён комплекс диагностических исследований, включающий анализ жалоб, анамнеза, данных физикального обследования, общее и биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, коагулограмма, инструментальные методы обследования (ФВД, спирография, КТ, УЗИ, рентгенография ОГП).

Пациенты были разделены на 2 группы: пациенты с торакоскопией и пациенты с торакотомией.

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica» 10.0. Статистический анализ осуществляли с использованием параметрических и непараметрических методов.

Были использованы непараметрические методы статистического исследования: критерий Mann — Whitney U-test (для анализа различий двух независимых групп по