

Однако наблюдается уменьшение количество детей в возрасте от 15 до 17 лет. Через несколько лет нас ожидает вход в период низкого воспроизводства населения, так как в средний репродуктивный возраст вступает поколение, родившееся в 90-х годах прошлого века, когда из-за серьезных экономических неурядиц рождаемость резко снизилась, а потому численность молодых людей этого поколения не столь велика.

Еще одной составляющей демографических процессов является смертность. Младенческая смертность — один из наиболее значимых индикаторов уровня здоровья населения и демографических показателей. Этот показатель в Беларуси является самым низким среди стран СНГ — 3,4 %. по городу Минску он составляет 2,8 %, по Октябрьскому району г. Минска — 1,31 %, что ниже городского и республиканского показателей и ниже районного показателя за аналогичный период прошлого года (2012 г. — 3,42 %). По сравнительным данным за период 2011–2013 гг. в Октябрьском районе г. Минска отмечается снижение младенческой и детской смертности в сравнении с городскими показателями и показателями района относительно 2012 г. В 2,7 раза уменьшилось количество умерших детей 1-го года жизни. Из них 67 % случаев произошли от внешних причин (несчастных случаев и травм).

Таким образом, в структуре детской смертности данного района первое место занимают внешние причины: травмы, отравления, ДТП (3 (42,8 %) случая). Второе — новообразования (опухоли — 2 (28,6 %) случая), третье — врожденные пороки развития (ВПС — 1 случай, состояния перинатального периода (недоношенный) — 1 случай (но 14,3 %)).

Выводы

На основании приведенных данных можно сделать следующие выводы: в Октябрьском районе г. Минска за период 2011–2013 гг. увеличилось количество детей в возрасте от 0 до 17 лет, зарегистрирован рост рождаемости, увеличилась доля детей дошкольного и школьного возраста, снизилась младенческая и детская смертность, не регистрировались случаи смерти от болезней нервной системы, болезней органов дыхания, болезней системы кровообращения. Однако уменьшилось количество детей в возрасте от 15 до 17 лет, остаются на прежнем уровне случаи смерти от новообразований, наблюдается рост детской смертности от несчастных случаев и травм.

В целом наблюдаются позитивные тенденции демографической ситуации детского населения за счет естественного (высокая рождаемость) процесса, снижения младенческой и детской смертности, происходит процесс омоложения структуры детского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, В. А., Дарский, Л. Е. // Статистика в изучении рождаемости. — 1972.
2. Борисов, В. Л. // Демография. — 2001.
3. Утвержденные статистические формы первичной медицинской документации УЗ «3-я городская детская клиническая поликлиника». УЗ «13-я городская детская клиническая поликлиника». УЗ «3-я центральная районная клиническая поликлиника».

УДК 616.345/.351-006.6-089.168

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

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

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак ободочной кишки (РОК) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований в мире, ежегодно регистрируется более 300 тыс. новых случаев, наблюдается дальнейший рост заболеваемости. В Беларуси за последние 10 лет заболеваемость раком ободочной кишки возросла с 14,7 до 19,6 случаев на 100 тыс. населения [1].

Цель

Изучить непосредственные результаты хирургического 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 Acces, проведен анализ с использованием программы «Statistica» 6.0.

Результаты и 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 обструктивная левосторонняя гемиколэктомия и резекция поперечной ободочной кишки) произведена в 13,1 % случаев, при осложненном течении опухолевого процесса. Оперативные вмешательства в большинстве случаев (81,6 %) носили радикальный характер; в 18,6 % выполнены условно-радикальные (с удалением отдаленных метастазов) и паллиативные операции. Среди пациентов исследуемой группы 70,0 % оперированы в онкологических учреждениях и 30,0 % — в хирургических отделениях неонкологического профиля.

Удельный вес вмешательств с наложением колостомы был значительно выше в хирургических стационарах, по сравнению с онкологическими, что связано с преимущественно экстренным характером операций — 26,9 и 7,1 %, соответственно ($P < 0,05$). В то же время распространенность опухолевого процесса была выше у пациентов, оперированных в онкологических стационарах — удельный вес IV стадии составил 22,6 и 9,0 %, соответственно. Комбинированные операции (чаще — с резекцией печени) выполнены в 8,3 % случаев в онкологических стационарах и не производились в общехирургических ($P < 0,05$).

Частота послеоперационных осложнений во всей исследуемой группе составила 10,8 %, летальность — 4,5 %. Наиболее частыми осложнениями были несостоятельность межкишечного анастомоза (3,6 %) и абсцессы брюшной полости (3,1 %). Реже наблюдалась кишечная непроходимость (1,3 %), эвентрация кишечника (0,9 %), нагноение послеоперационной раны (0,9 %), пневмония (0,5 %) и тромбоэмболия легочной артерии (0,5 %).

Наблюдалась тенденция к более высокой частоте послеоперационных осложнений (8,3 и 13,4 %) и летальности (3,9 и 6,0 %; $P > 0,5$) среди пациентов, оперированных в неонкологических учреждениях. После операций с наложением колостомы, по сравнению с вмешательствами, сохраняющими естественный пассаж кишечного содержимого, также наблюдалась тенденция к более высокой летальности — 10,3 и 3,6 %, соответственно ($P > 0,05$).

Выводы

1. Определяющее влияние на выживаемость пациентов оказывала распространенность опухолевого процесса. Частота послеоперационных осложнений у пациентов исследуемой группы составила 10,8 %, летальность — 4,5 %. Наиболее частыми осложнениями были несостоятельность межкишечного анастомоза и абсцессы брюшной полости.

2. Наблюдалась тенденция к более высокой частоте послеоперационных осложнений (8,3 и 13,4 %) и летальности (3,9 и 6,0 %; $P > 0,5$) среди пациентов, оперированных в неонкологических учреждениях, что связано с осложненным течением опухолевого процесса. После операций с наложением колостомы, по сравнению с вмешательствами, сохраняющими естественный пассаж кишечного содержимого, также наблюдалась тенденция к более высокой летальности — 10,3 и 3,6 % соответственно ($P > 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

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