

Как видно из данной таблицы дети, находящиеся на естественном вскармливании достоверно болели реже. У детей на искусственном вскармливании чаще отмечался атопический дерматит, дисбактериоз, острые респираторные заболевания.

Выводы

1. Средний возраст матерей в обеих группах составил 25 лет. Большинство матерей имели среднеспециальное образование, полные семьи, удовлетворительные условия жизни.

2. Большинство детей находились на естественном вскармливании до 3–6 месяцев.

3. Выявлена зависимость физического развития от вида вскармливания. У детей на естественном вскармливании чаще отмечалось среднее гармоничное развитие. Частота паратрофии достоверно выше у детей, получающих искусственное вскармливание.

4. При оценке психомоторного развития существенных отличий у детей в двух группах не наблюдалось.

5. У детей, находящихся на искусственном вскармливании чаще отмечались респираторные инфекции, дисбактериоз, атопический дерматит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фатеева, Е. М. Научное обоснование и опыт организационной работы по поддержке грудного вскармливания / Е. М. Фатеева, М. В. Гмошинская // Вопросы детской диетологии. — 2003. — № 1. — Т. 1. — С. 62–66.
2. Нетребенко, О. К. Питание детей и состояние их здоровья / О. К. Нетребенко, О. А. Сударова // Детский доктор. — 1999. — № 1. — С. 42–44.

УДК: 616.33-006.6-089

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

Брич С. С.

Научный руководитель: И. В. Михайлов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Злокачественные опухоли желудка — группа наиболее распространенных в мире злокачественных новообразований. Невзирая на современные достижения онкологии, до настоящего времени данные заболевания являются второй по частоте причиной смерти от злокачественных новообразований во всем мире. В большинстве стран, за исключением Японии, злокачественные опухоли желудка диагностируются, преимущественно, в III–IV стадии [1].

Материалы и методы

Изучены результаты хирургического и комплексного лечения 789 пациентов, перенесших радикальные и условно-радикальные операции по поводу злокачественных опухолей желудка в Гомельской области в 2002–2004 гг. Материалом для исследования являлись данные канцер-регистра по Гомельской области. Была создана компьютерная база данных в среде MS Access 2007. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Мужчин и женщин в исследуемой группе было 456 (57,8 %) и 333 (42,2 %) соответственно. Возраст пациентов колебался от 29 до 85 лет и, в среднем, составил $63,7 \pm 11,1$ года. Для мужчин средний возраст составил — 61,9 лет, а для женщин — 66,1 лет ($F = 29,2$, $p < 0,001$). У 355 (45,0 %) пациентов имелись различные осложнения опухолевого процесса, такие как: анемия, субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, дисфагия, кровотечение. Наиболее часто опухоль локализовалась в нижней трети желудка (55,6 %

наблюдений), реже — в верхней (19,8 %) и средней (16,8 %) трети. Субтотальное или тотальное поражение органа наблюдалось в 7,8 % случаев. В 65 (8,2 %) случаях опухоль распространялась на пищевод и в 3 (0,4 %) — на двенадцатиперстную кишку. По степени распространенности первичной опухоли больные распределялись следующим образом: T1 — 57 (7,2 %), T2 — 120 (15,2 %), T3 — 371 (47,0 %), T4 — 241 (30,6 %) случаев. Поражение регионарных лимфоузлов разной степени наблюдалось у 429 (54,4 %), отдаленные метастазы — у 79 (10,0 %) пациентов. IA стадия опухолевого процесса была установлена у 55 (7,0 %), IB — у 78 (9,9 %), II — у 190 (24,1 %), IIIA — у 204 (25,9 %), IIIB — у 144 (18,2 %) и IV — у 118 (14,9 %) больных. Наиболее частой гистологической формой была аденокарцинома — 442 (62,2 %) случая, карциноид диагностирован у 6 (0,8 %) пациентов, лейомиосаркома — у 9 (1,1 %). Высокодифференцированные (G1) формы опухолей зафиксированы у 61 (7,7 %) больного, умереннодифференцированные (G2) — у 181 (22,9 %), низкодифференцированные (G3) — у 543 (68,9 %) и недифференцированные (G4) — у 4 (0,5 %). Высоко- и умереннодифференцированные формы опухолей при III–IV стадиях наблюдались реже (106 из 457 случаев, 23,2 %), чем при I–II стадиях (136 из 323 случаев, 42,1 %; $\chi^2 = 31,6$, $P < 0,001$), что отражает явление опухолевой прогрессии.

В структуре операций преобладала дистальная субтотальная резекция желудка (ДСРЖ), которая произведена у 496 (62,8 %) пациентов. Гастрэктомия выполнена 234 (29,7 %) пациентам, из них с резекцией пищевода — у 55 (6,9 %). Редко выполнялась проксимальная субтотальная резекция желудка (ПСРЖ) — у 49 (6,3 %) больных, из них с резекцией пищевода у 23 (2,9 %), экстирпация культи желудка (во всех случаях — комбинированная) — у 9 (1,1 %) пациентов, субтотальная эзофагогастрэктомия была выполнена 1 (0,1 %) пациенту. Подавляющее большинство оперативных вмешательств (739 случаев, 93,6 %) выполнено лапаротомным доступом. Торако-абдоминальный доступ использовался в 49 (6,3 %) случаях, цервико-абдоминальный — в 1 (0,1 %). Лимфодиссекция в объеме D1 произведена в 17 (2,1 %) случаях, D2 — в 770 (97,7 %), D3 — в 2 (0,2 %). Комбинированные оперативные вмешательства различного объема выполнены в 250 (31,7 %) случаях.

Осложнения, возникшие в послеоперационном периоде, отмечались у 55 (7,0 %) пациентов. Послеоперационная летальность в исследуемой группе составила 3,5 % (28 случаев). Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 19,1 суток. После ДСРЖ осложнения развились в 45 случаях (9,1 %). В структуре осложнений преобладали кишечная непроходимость — у 7 (1,4 %) пациентов, панкреатит — у 7 (1,4 %), желудочно-кишечное кровотечение — у 6 (1,2 %), из них в 2 случаях — массивное, с развитием ДВС-синдрома, абсцесс брюшной полости — у 5 (1,0 %), острая сердечно-сосудистая недостаточность — у 5 (1,0 %), нагноение послеоперационной раны — у 5 (1,0 %) прооперированных больных. Несколько реже отмечались некроз культи желудка — у 2 (0,4 %), ТЭЛА — у 2 (0,4 %) больных, желчный свищ — в 2 (0,4 %) случаях, несостоятельность ГЭА — у 1 (0,2 %) пациента, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки — у 1 (0,2 %), панкреонекроз — у 1 (0,2 %), тонко- и толстокишечные свищи — у 1 (0,2 %) больного. От развившихся в ближайшем послеоперационном периоде осложнений умерло 23 пациента (4,6 %). Основными причинами летальности были: желудочно-кишечное кровотечение, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), некроз культи желудка, острая сердечно-сосудистая недостаточность, несостоятельность гастро-энтероанастомоза, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, тонко- и толстокишечные свищи.

После гастрэктомии осложнения отмечены в 3,0 % (7 случаев) оперативных вмешательств. В структуре осложнений преобладали деструктивный панкреатит — у 2 (0,8 %) пациентов и эвентрация — у 2 (0,8 %) больных. Реже встречались абсцесс брюшной полости — у 1 (0,4 %), несостоятельность ПКС — у 1 (0,4 %) и плеврит — у 1 (0,4 %) пациента. Послеоперационная летальность после гастрэктомии составила 1,7 % (4 слу-

чая). Основными причинами летальных исходов были деструктивный панкреатит, плеврит, абсцесс и несостоятельность ПКС.

После ПСРЖ осложнения развились у 1 пациента (2,0 %). Послеоперационная летальность составила 2,0 % (1 случай). Причиной летальности послужила ТЭЛА.

После экстирпации культи желудка осложнения развились у 2 из 5 пациентов: несостоятельность пищевода-кишечного анастомоза — у 1, и желчный свищ — у 1 больного. Послеоперационной летальности в данной подгруппе не было, во всех случаях наступило выздоровление.

Выводы

1. Несмотря на преобладание пациентов с распространенным и, нередко, осложненным опухолевым процессом (III и IV стадии установлены в 59,0 % случаев), непосредственные результаты оперативных вмешательств по поводу злокачественных опухолей желудка являются удовлетворительными. Частота послеоперационных осложнений во всей исследуемой группе составила, по данным канцер-регистра 7,0 % (55 случаев), летальность — 3,5 % (28 случаев).

2. В структуре осложнений после всех видов операций преобладали «хирургические» осложнения, которые развились при выполнении гастрэктомии, ДСРЖ и ПСРЖ в 7 (3,0 %), 45 (9,1 %) и 1 (2,0 %) случаях, соответственно (различия достоверны лишь для гастрэктомии и ДСРЖ; Хи-квадрат с поправкой Бонферрони для множественных сравнений, $p = 0,009$). Послеоперационная летальность составила 1,7 % (4 случая), 4,6 % (23 случая) и 2,0 % (1 случай) соответственно (различия статистически незначимы, $p = 0,13$).

3. Дальнейшее улучшение непосредственных результатов хирургического лечения опухолей желтухи может быть достигнуто при своевременной диагностике опухолевого процесса, совершенствовании мер периоперационного обеспечения и технических аспектов выполнения оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Янкин, А. В. Скрининг рака желудка / А. В. Янкин // Практическая онкология. — Т. 11. — № 2. — 2010. — С. 96–100.

616.995.132-071-074-0532

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ

Буринский Н. В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гельминтозы — наиболее распространенные и массовые паразитарные заболевания человека. Одним из наиболее широко распространенных, но сравнительно малоизученных паразитарных заболеваний человека является токсокароз. Его возбудителями служат нематоды (*Toxocara canis*, *Toxocara cati*), которые в половозрелом состоянии паразитируют в кишечнике представителей семейств псовых и кошачьих. Заражение людей, преимущественно, детей, происходит путем заглатывания яиц, выделяемых этими животными во внешнюю среду. Токсокары способны вызывать тяжелые полиорганные поражения вплоть до летальных [4].

Клиника токсокароза крайне полиморфна. Она зависит от интенсивности инвазии, иммунного статуса хозяина, характера распределения личинок гельминта в его органах