

диаметром у женщин; преобладание диаметра левой наружной сонной артерии у мужчин в среднем на 0,1 мм над диаметром у женщин; преобладание диаметра правой наружной сонной артерии у мужчин в среднем на 0,21 мм над диаметром у женщин; преобладание диаметра правой позвоночной артерии у мужчин в среднем на 0,05 мм над диаметром у женщин; преобладание диаметра левой позвоночной артерии у мужчин в среднем на 0,11 мм над диаметром у женщин; преобладание диаметра базилярной артерии у мужчин в среднем на 0,54 мм над диаметром у женщин; преобладание диаметра правой среднемозговой артерии у мужчин в среднем на 0,02 мм над диаметром у женщин; преобладание диаметра левой среднемозговой артерии у мужчин в среднем на 0,03 мм над диаметром у женщин. Так же было замечено, что общая сонная артерия (на всех уровнях измерения), наружная сонная артерия, позвоночная артерия и среднемозговая артерия правой половины тела преобладают в диаметре над сосудами левой половины тела при измерении на одном уровне как у мужчин, так и у женщин.

При сравнении наших данных и данных литературы было отмечено, что диаметр плечеголовной артерии в наших исследованиях в среднем больше, чем в литературе на 0,58 мм; диаметр общей сонной артерии в среднем больше на 0,36 мм, чем в литературе; диаметр наружной сонной артерии в среднем больше на 0,32 мм, чем в литературе; диаметр правой позвоночной в наших исследованиях меньше в среднем на 0,77 мм, чем в данных литературы; диаметр левой позвоночной артерии в наших исследованиях в среднем меньше на 1,25 мм, чем в данных литературы; диаметр базилярной артерии в наших исследованиях в среднем больше на 1,46 мм, чем в литературе; диаметр среднемозговых артерий в среднем больше на 0,23 мм, чем в данных литературы.

#### **Выводы**

1. Диаметр измеряемых сосудов у мужчин, больше диаметра сосудов у женщин на всех уровнях измерения.

2. Преобладание в диаметре общей сонной артерии, наружной сонной артерии, позвоночной артерии, среднемозговой артерии правой половины тела над сосудами левой половины тела как у мужчин, так и у женщин.

3. В наших исследованиях в среднем больше, чем в литературе на 0,58 мм; диаметр общей сонной артерии в среднем больше на 0,36 мм, чем в литературе; диаметр наружной сонной артерии в среднем больше на 0,32 мм, чем в литературе; диаметр правой позвоночной в наших исследованиях меньше в среднем на 0,77 мм, чем в данных литературы; диаметр левой позвоночной артерии в наших исследованиях в среднем меньше на 1,25 мм, чем в данных литературы; диаметр базилярной артерии в наших исследованиях в среднем больше на 1,46 мм, чем в литературе; диаметр среднемозговых артерий в среднем больше на 0,23 мм, чем в данных литературы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Лелюк, В. Г. Ультразвуковая ангиология / В. Г. Лелюк, С. Э. Лелюк. — М.: Реальное время. — 2003. — С. 32.
2. Покровский, А. В. Клиническая ангиология / А. В. Покровский. — М.: Медицина, 2004. — С. 148.
3. Лужа, Д. Рентгеновская анатомия сосудистой системы / Д. Лужа. — Будапешт, 1976. — С. 325.

**УДК 616.34-006.6+616.366-002-089**

### **ВЛИЯНИЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА РАЗВИТИЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

*Лихошанка М. В., Тычина Ю. К.*

**Научный руководитель: В. В. Похожай**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Колоректальный рак (КРР) — одна из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта среди жителей развитых стран мира и составляет от 4 до 6 % в общей структуре онкологической заболеваемости.

На увеличение заболеваемости КРР оказывают влияние многие этиологические факторы, но основная роль принадлежит употреблению в пищу большого количества мяса, животных жиров, рафинированных углеводов и недостаточное количество в рационе растительной клетчатки, которая стимулирует прохождение содержимого по желудочно-кишечному тракту, ускоряя выведение потенциальных канцерогенов из организма. Также расстройство пищеварения, в виде нарушения всасывания жира и других веществ липидной природы, возникает после холецистэктомии (ХЭ), вследствие нарушения пассажа желчи (постхолецистэктомический синдром). В результате этого изменяется химический состав желчи, что приводит к ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры, расстройству печеночно-кишечной регуляции желчных кислот и других компонентов желчи. Желчные кислоты повышают синтез ДНК, увеличивая возможность злокачественной трансформации эпителиальных клеток. В ионизированной форме желчные кислоты раздражают эпителий слизистой оболочки. Продукты распада белков могут быть материалом для синтеза в кишечнике нитрозаминов, метаболитов триптофана, обладающих канцерогенной активностью. Хроническое раздражение в сочетании с влиянием канцерогенов способствует развитию раковых новообразований.

### **Цель**

Проанализировать результаты оперативного лечения первичного КРР и выявить связь анатомо-морфологических форм первичного КРР с наличием ХЭ в анамнезе.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в отделении абдоминальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера (клиническая база кафедры онкологии ГГМУ) за 2015 г., с диагнозом первичный КРР. Были исследованы данные 530 пациентов, из которых у 96 пациентов была выявлена холецистэктомия (ХЭ) в анамнезе. Сбор информации проводился путем выкопировки данных из медицинских карт стационарных пациентов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ «Statistica» 8.0. Обработка результатов проводилась с использованием непараметрических методов. Сравнение количественных показателей в независимых группах проводилось с помощью критерия Манн-Уитни, данные представлены в виде медианы (Me), интерквартильного размаха (25, 75 перцентили). Статистически значимыми считали различия групп при  $p < 0,05$ .

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

Среди пациентов прооперированных по поводу первичного КРР преобладали лица мужского пола 328 (61,9 %), лица женского пола составляли 202 (38,1 %). Пациенты, проживающие в городе, составили 410 (77,4 %), в сельской местности — 120 (22,6 %). Медиана и интерквартильный размах возраста составили 67 (63; 73) лет (min = 41, max = 86). Анализируя данные, было выявлено, что из 530 прооперированных пациентов по поводу первичного КРР, у 96 (18,1 %) пациентов была ХЭ в анамнезе, в связи с этим нами было выделено 2 группы: 1-я группа (n = 96) — пациенты с КРР и ХЭ в анамнезе, вторая (n = 434) — группа с КРР и без ХЭ в анамнезе. При этом у пациентов первой группы первичный КРР развивался через 25 (19,5; 30) лет после ХЭ. В зависимости от анатомо-топографической локализации опухолей в толстой кишке, было выявлено, что у 46 (48 %) пациентов первой группы первичный КРР локализуется в сигмовидном отделе толстой кишки, у 23 (23 %) — в слепой кишке, у 12 (12,5 %) — в прямой кишке, у 6 (6,2 %) — в поперечной ободочной, у 5 (5,2 %) — в нисходящем отделе толстой кишки, в 3 (3,1 %) — в области печеночного изгиба, у 2 (2 %) — в восходящем отделе толстой кишки. Во 2-й группе не было выявлено статистически значимой разницы в зависимости локализации: у 169 (38,9 %) пациентов опухоль локализовалась в правых отделах толстой кишки, у 142 (32,8 %) — в левых отделах толстой кишки, у 123 (28,3 %) — в поперечной ободочной кишке ( $p = 0,0001$ ). При гистологической верификации у 71 (74 %) пациентов первой группы была выявлена тубулярная аденокарцинома, у 18 (18,8 %) — скirroзная аденокарцинома, у 5 (5,2 %) — плоскоклеточный рак, у 2 (2 %) — недифференцированная форма рака. Во 2-й группе паци-

ентов не было выявлено статистически значимой разницы в зависимости от гистологической формы: у 205 (47,3 %) пациентов была выявлена скirroзная аденокарцинома, у 132 (30,2 %) — тубулярная аденокарцинома, у 41 (9,5 %) — светлоклеточная аденокарцинома, в 27 (6,3 %) случаях — перстневидно-клеточный рак, у 16 (3,7 %) пациентов — недифференцированная форма, в 13 (3 %) случаях — плоскоклеточный рак ( $p = 0,0001$ ). Анализируя анамнез пациентов не было выявлено связи между развитием первичного КРР и такими заболеваниями как хронический панкреатит 15 (2,8 %), хроническим гастритом 18 (3,4 %) и язвой желудка и 12-перстной кишки 23 (4,3 %) ( $p = 0,07$ ).

#### **Выводы**

1. Среди пациентов (530) прооперированных по поводу первичного КРР, выделяется группа пациентов (96), перенесшие ХЭ, что составляет 18,1%.

2. В группе пациентов, перенесших ХЭ, анатомо-топографически опухоль локализуется преимущественно в сигмовидном отделе толстой кишки в 48 % случаев. В группе пациентов без ХЭ в анамнезе не было выявлено преобладающей локализации опухоли.

3. При гистологической верификации было выявлено преобладание тубулярной аденокарциномы у 76 (79,2 %) пациентов первой группы, а во второй группе чаще встречались скirroзная аденокарцинома в 47,3 % случаев, тубулярная аденокарцинома в 30,2 % случаев.

4. Не была установлена связь между хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, такими как хронический панкреатит, хронический гастрит и язва желудка и 12-перстной кишки, и колоректальным раком.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кохнюк, В. Т. Колоректальный рак / В. Т. Кохнюк. — М., 2005. — С. 123–159.
2. Черенков, В. Н. Клиническая онкология / В. Н. Черенков. — М., 2010. — С. 205–223.
3. Имянитов, Е. Н. Молекулярная онкология: клинические аспекты / Е. Н. Имянитов, К. П. Хансон. — СПб., 2007. — С. 58–63.

**УДК 616-006.6:159.9**

### **ПОТРЕБНОСТИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Лозицкая Д. В., Борисенко О. П., Драйцев И. И.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. М. Шаршакова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Онкологические заболевания являются одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. На учете в онкологических диспансерах Беларуси состоят около 500 тыс. человек и число больных пациентов ежегодно возрастает. В 2014 г. было выявлено 43210 новых случаев, а в 2015 г. — 44210. В связи с этим изучаются различные аспекты, связанные с этим заболеванием. Однако, кроме оказания медицинской помощи, огромное значение имеет и психологическая поддержка, которая оказывается лишь иногда и в незначительном количестве, так как она не входит в стандарты лечения злокачественных новообразований у взрослых. Мировой опыт показывает, что триада врач — медицинская сестра — пациент успешно дополняется психологом. Это является актуальной проблемой на данный момент, так как практически все пациенты нуждаются в помощи психолога, а некоторые из них находятся в клинической депрессии и попадают в группу риска по суициду.

#### **Цель**

Оценить психологическое состояние, потребность в психологической помощи и качество жизни пациентов с онкологией молочной железы на этапах реабилитации и лечения.

#### **Методы и материалы исследования**

Социологический (в рамках которого было проведено анкетирование), сравнительно-сопоставительный анализ, методы математической статистики.