

ISSN 2224-6975

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

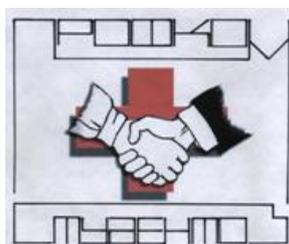


ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Сборник научных статей
XI Республиканской научно-практической конференции
с международным участием студентов и молодых ученых
(г. Гомель, 2–3 мая 2019 года)

В восьми томах

Том 6



Гомель
ГомГМУ
2019

УДК 61.002.5

Сборник содержит результаты анализа проблем и перспектив развития медицины в мире по следующим разделам: кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

В 6-й том сборника вошли материалы секций: «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Патологическая анатомия. Судебная медицина».

Редакционная коллегия: *А. Н. Лызиков* — доктор медицинских наук, профессор, ректор; *Е. В. Воронаев* — кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП; *Е. И. Михайлова* — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической фармакологии; *З. А. Дундаров* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2; *А. И. Грицук* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей, биоорганической и биологической химии; *В. Н. Бортновский* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; *Л. А. Мартемьянова* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии.

Рецензенты: проректор по учебной работе, кандидат биологических наук, доцент *С. А. Анашкина*; проректор по лечебной работе, кандидат медицинских наук, доцент *Д. Ю. Рузанов*.

Проблемы и перспективы развития современной медицины: сборник научных статей XI Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых (г. Гомель, 2–3 мая 2019 года) / А. Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 4,8 Мб). — Гомель: ГомГМУ, 2019. — Т. 6. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2019

**СЕКЦИЯ 17
«ОНКОЛОГИЯ»**

УДК 616-07-006-079

**DIGITAL MAMMOGRAPHY: APPLICATION
OF THE BI-RADS SYSTEM FOR DATA EVALUATION**

Bieliaiev I. S., Farbitnyk I. V.

Research supervisor: Ph.D., Prof. L. M. Vas'ko

**Ukrainian Medical Stomatological Academy
Ukraine**

Introduction

For many decades, malignant tumours of the mammary gland occupy the first place in the structure of cancer diseases of the female population in Europe and North America. According to the data presented in the scientific literature [1, 3–6], breast cancer (BC) amounts to more than 26 %, and mortality from breast cancer — more than 17 %. At the same time, in women aged 35–54, this figure amounts to 20 % and it is the main cause of mortality, whereas in women aged 50–55, breast cancer is the second leading cause of death after cardiovascular diseases [6]. This determines the relevance of screening, since early diagnosis of breast cancer and timely and effective treatment of this disease (including organ-preserving operations) increase patients' chances for a non-recurring course and a favourable prognosis up to 90 % [1, 7].

It is worth emphasizing that digital mammography is currently the method that allows us to detect the disease at an early stage, since the average size of the breast tumour (BT), which becomes palpable in an average clinical examination, is 2.5 cm. Meanwhile, the high resolution of mammography allows visualization of both tumours less than 10 mm and microcalcifications of 0.1 mm (non-invasive cancer), therefore the disease can be diagnosed three to four years before the woman finds out the first symptoms of the disease [1, 2]. Studies show that among women aged 50–69, who were examined in screening programs, mortality from this pathology declined by about 35 % [4].

Currently, in Ukraine, as in most developed countries, the BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) system for describing and recording the MRI visualization is successfully applied. The use of the BI-RADS system is fundamentally different from the traditional evaluation of the obtained image, since the main purpose of this study is not so much in the formulation of morphological diagnosis, but in determining the tactics of further patient management [1, 7, 8].

Aim

To analyse the results of screening of benign tumours and breast cancer, conducted using the BI-RADS system in the medical and diagnostic centre «Medion» (Poltava, Ukraine).

Materials and Methods

Material of the study embraces the results of 1989 digital mammographies with further description of images in accordance with recommendations of BI-RADS, 5th edition, conducted in the medical and diagnostic centre «Medion».

During mammography, compression of the mammary gland was used, so that the thickness of the tissues of the gland was the same in all zones. In order to exclude unpleasant sensations, the study was conducted in the first half of the cycle: from 5–6 to 10–14 days. The procedure included two main stages: the first one consisted in the actual assessment of

the mammographic signs of the disease and their description using standardized terminology; the second stage involved the establishment and indication in the conclusion of the rating category from 0 (the final conclusion is impossible) to 1–6 (the final conclusion is possible). For each rating category, appropriate recommendations were given for further patient management.

Results and discussion

The results of the study showed that 829 patients had no pathology (probability of BC 0 %, final conclusion of the BI-RADS category 1); in 821 patients, benign neoplasms of MG were detected (probability of BC 0 %, BI-RADS 2). Depending on age, control mammography was recommended to patients in these categories in 1–2 years after examination. 83 patients with the BI-RADS category 3 — probably benign neoplasms (the probability of BC is less than 2 %) were recommended a control examination in a short period of time (6 months). 141 patients were classified as BI-RADS 4 — suspicious pathology (the probability of BC from 2 to 90 %). 76 women formed the category 5 — high suspicion of malignancy (the probability of BC is 90 %). In order to verify the diagnosis, these patients were referred to Poltava Regional Oncology Clinical Dispensary for verification of the diagnosis.

39 patients were classified in the category 6 — histologically verified cancer. Their examination was conducted to determine the extent of intervention in the preparation for surgical treatment, to exclude multicentric or multifocal growth of BC and for the dynamic monitoring in evaluating the performed radiation or chemoradiation therapy.

Evaluation of the mammography results was conducted taking into account the MG density (MGD), where A is predominantly adipose tissue; B — tissue of MG consists of individual fibrous-glandular elements; C — heterogeneous density of MG; D — high density of MG.

Conclusions

Thanks to its high informativity, reliability and verified effectiveness, digital mammography allows diagnosis of benign and malignant neoplasms of the mammary glands at an early stage, enables the choice of the best treatment, thereby reducing the mortality rate of women. Thus, the application of the BI-RADS system is appropriate at all stages of the examination of women — from screening to diagnostic programs with subsequent verification of the diagnosis and the possibility of dynamic supervision and consultation of patients by different specialists, various medical institutions of our country and foreign countries.

REFERENCES

1. Васько, Л. М. Цифрова маммографія як метод раннього виявлення раку молочних залоз / Л. М. Васько, Б. Л. Сліпуха, М. Ю. Васько // Здоров'я людини: теоретичні, практичні та методичні аспекти: матер. Всеукр. наук.-практ. конф., Полтава, 17.11.16 р. — Полтава: Астрія, 2016. — С. 19–20.
2. Дьолог, М. И. Маммография. Общие понятия / М. И. Дьолог // Радиологичний вісник. — 2011. — № 3(40). — С. 33–45.
3. Захарова, Н. А. Результаты скрининговой программы по ранней диагностике доброкачественных заболеваний и рака молочной железы с использованием ультразвукового метода исследования / Н. А. Захарова // Маммология. — 2014. — С. 15–18.
4. Краткое руководство по обеспечению качества скрининга и диагностики рака молочной железы рекомендованное для стран Европейского Союза; [пер. на русск. яз.]. — Милан : European Breast Cancer Coalition, 2016. — 36 с.
5. Мякинков, В. Б. Европейские стандарты по обеспечению скрининга и диагностики рака молочной железы / В. Б. Мякинков // Радиологичний вісник. — 2012. — № 3(44). — С. 43–47.
6. Семиглазов, В. Ф. Скрининг рака молочной железы / В. Ф. Семиглазов, В. В. Семиглазов // Практическая онкология. — 2010. — Т. 11, № 2. — С. 38–40.
7. Фишер, У. Лучевая диагностика. Заболевания молочных желез / У. Фишер, Ф. Баум, С. Люфтнер-Нагель; [пер. с англ.]. — М.: «МЕДпресс-информ», 2009. — 255 с.
8. American College of Radiology (ACR) Breast Imaging. Reporting and Data System Atlas (BI-RADS Atlas), 5th ed. — American College of Radiology. — 2013.

УДК 616.345-006.04+616.617-089.87

**RESECTION AND INJURIES
OF THE URETERS DURING OPERATIONS FOR COLORECTAL CANCER**

Chiamonwu Ch. P., Mozuruyem Ch. Ir., Muomah G. R.

Scientific advisor: T. N. Nesterovich

**Educational Institution
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus**

Introduction

In the surgical treatment of patients with colorectal cancer (CRC), the ureter may be involved in the tumour process, which requires its resection. However, the most common pathogenic damage of ureters including iatrogenic damage of ureters (IDU), is caused by complex topographic anatomical conditions associated with paratumorous inflammatory infiltration, large tumour sizes, repeated surgical interventions on the pelvic organs. The nature of intraoperative ureteral injuries is varied - ligation, flashing, crushing with a clamp, electric coagulation, partial or complete intersection and resection [1]. The frequency of complications is up to 0.3–0.4 %. Most often, IDU are diagnosed in obstetric-gynaecologic (60 %), urological practice (30 %), and in abdominal surgery (10 %) [2].

Aim

To analyse the short-term results of surgical interventions for CRC with resection of ureters and IDU.

Material and Methods

A retrospective analysis of 32 surgical interventions with resection and IDU, performed on CRC in the oncological abdominal department of the Gomel Regional Clinical Oncologic Dispensary from 1990 to 2017 was carried out.

Results and discussion

In just a 27-year period, intraoperative damage to the ureters (including cases of resection due to tumour ingrowth) was observed in 32 patients. During this period performed 7942 surgical interventions for CRC, including 7148 radical ones. In a retrospective analysis of the case histories, a clear indication of the iatrogenic nature of ureteral injury occurred in 10 (31.3 %) cases.

There are 17 (53.2 %) patients, whom ureteral resection was performed for histologically confirmed tumour ingrowth. In 2 (6.2 %) cases ureteral resection was performed in the absence of histological involvement of ureter in the tumour process. It occurred due to the paratumorous inflammatory infiltrate and cannot be qualified as iatrogenic. In 3 (9.3 %) cases, in the postoperative period, necrosis of the ureter developed; probably due to a violation of the trophism due to its extensive mobilization during the discharge from the paratumorous infiltrate. Thus, the frequency of IDU was 0.13 %, the frequency of all cases of ureter resection — 0.40 %.

Age of patients ranges from 36 to 78 years, are ranged 57.3 ± 20.8 years, women prevailed (66 %). Patients underwent the following surgeries: in 6 (18.8 %) of cases — abdominoperineal resection, in 6 (18.8 %) — anterior resection of the rectum, in 4 (12.5 %) — resection of the sigmoid colon, in 3 (9.3 %) — Hartmann's operation, in 6 (18.8%) — removal of locoregional recurrence, in 3 (9.3 %) — left hemicolectomy, 4 (12.5 %) — right hemicolectomy. In the overwhelming majority of cases (25; 78.1 %) combined operations were performed.

Damage to the left ureter was observed more often — 18 (56.3 %) cases, the right one was involved in 13 (40.6 %) cases, in 1 (3.1 %) cases the damage was bilateral. In 22 (68.7 %) cases there was a complete intersection of the ureter, in 7 (22 %) — marginal injury, in 3 (9.3 %) — necrosis of the ureter. Out of 10 cases of IDU in 8 (80 %) they were diagnosed intraoperative-

ly, in 2 (20 %) cases — in the early postoperative period. Reconstruction was performed in 18 (56.3 %) cases (ureter anastomosis — 11 cases, suturing of the defect — in 7 cases). Nephroureterectomy was performed in 9 (28.1 %) cases, ureterocutaneostomy in 4 (12.5 %), in 1 (3.1 %) — drainage under ultrasound control of urinary flow (external fistula formed).

Postoperative complications developed in 7 (22 %) patients. 3 (9.3 %) patients died. The cause of death was acute renal failure, pneumonia and a colorectal anastomosis failure.

Conclusion

1. The incidence of all cases of ureteral resection in the surgical treatment of CRP was 0.40 %, and in 0.13 % of cases, there were IDU.

2. IDU was diagnosed intraoperatively in eight (80 %) cases and in the postoperative period — in 2 (20 %) cases. Most patients with intraoperative ureteral lesions (8; 80 %) underwent reconstructive surgery.

3. Postoperative complications developed in seven (22 %) patients, 3 (9.3 %) died, the cause of death was acute renal failure, pneumonia, failure of the colorectal anastomosis.

REFERENCES

1. *Меринов, Д. С.* Малоинвазивное лечение ятрогенных повреждений мочеточника / Д. С. Меринов, Ш. Ш. Гурбанов, Р. Р. Фатихов // Экспер. и клин. урол. — 2010. — № 4. — С. 72–75.
2. Эндоскопические методы диагностики и лечения ятрогенных повреждений мочеточников и мочеточниково-влагалищных свищей / П. В. Глыбочко [и др.] // Мед. вест. Башкор. — 2011. — Т. 6, № 2. — С. 231–234.

УДК 616.22-006.6-089:615.84

СРАВНЕНИЕ АНАЛИЗОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ I СТАДИИ ХИРУРГИЧЕСКИМ И ЛУЧЕВЫМ МЕТОДОМ

Аничкин В. А., Иванова Е. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак гортани является самой частой злокачественной опухолью органов головы и шеи в мире и в Беларуси [1]. Основной гистологический тип опухоли — плоскоклеточный рак. Чаще всего новообразование локализуется в среднем отделе [2]. В настоящее время в Гомельской области около 15 % карцином гортани выявляется в I стадии [3]. Методами выбора при лечении рака среднего отдела гортани (РСОГ) I стадии являются лучевая терапия (ЛТ) или органосохраняющая операция: резекция гортани [4]. Хирургическое лечение является несколько более эффективным, чем ЛТ [5]. Однако функциональный ущерб от операции (стойкая дисфония) приводит к тому, что в большинстве случаев приоритет первичного лечения отдается ЛТ. Критериями эффективности лечения РСОГ I стадии являются пятилетняя выживаемость пациентов, пятилетнее безрецидивное течение, доля пациентов с сохранением гортани [2]. Общая выживаемость пациентов с РСОГ I стадии превышает 90 %, поэтому в процессе наблюдения примерно у 10 % излеченных обнаруживают вторую и более опухоли других локализаций. В Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере выполняется как лучевое, так и хирургическое лечение РСОГ I стадии согласно национальным алгоритмам. Накопленный материал побудил нас к анализу полученных результатов в течение 5-летнего периода.

Цель

Сравнить анализ результатов лечения рака среднего отдела гортани I стадии хирургическим и лучевым методом. Были проанализированы общая выживаемость (за 5 лет), количество умерших от прогрессирования опухоли, пятилетнее безрецидивное наблюдение, количество пациентов без удаленной гортани, число наблюдений второй опухоли другой локализации. Полученные данные свидетельствуют о сопоставимых показателях общей и безрецидивной выживаемости, а также сохранения гортани при лучевом и хирургическом лечении рака среднего отдела гортани I стадии.

Материал и методы исследования

Проанализирован опыт лечения РСОГ I стадии в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере в 2008–2012 гг. Общее число пациентов — 77, в том числе: мужчины — 75, женщины — 2, средний возраст — 60,5 лет. У всех пациентов опухоль была подтверждена морфологически, гистологический вариант — плоскоклеточный рак G1 или G2 во всех наблюдениях. Методы первичного лечения: хирургическое — 33, ЛТ — 44. Типы оперативных вмешательств — хордэктомия (ХЭ) 2 типа — 3, ХЭ 3 типа — 4, ХЭ 4 типа — 24, сквозная резекция гортани — 3. Для ЛТ использовалось дистанционное облучение фотонами высоких энергий в суммарной эквивалентной дозе 60 Гр непрерывным курсом. Для расчета показателей выживаемости и смертности использован прямой метод. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0». Сравнение показателей в группах пациентов производилось с помощью U-критерия Манна — Уитни, статистическая значимость — при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В течение 5 лет после лечения живы 63 (81,8 %) пациента из всего коллектива. Умерли из-за прогрессирования РСОГ 5 (6,5 %) пациентов, умерли по другим причинам — 9 (23,4 %) пациентов.

Общая выживаемость в группе пациентов, которым проводилось хирургическое лечение, составила 87 %, в группе получавших ЛТ — 77 %. Статистически значимое различие по этому показателю отсутствует, $p > 0,05$. Более низкая выживаемость пациентов, которым проводилась ЛТ, можно объяснить тем, что одним из мотивов выбора консервативного лечения был высокий риск хирургического вмешательства из-за сопутствующей патологии.

Прогрессирование РСОГ развилось у 16 (20,8 %) пациентов, во всех наблюдениях имел место локальный рост опухоли. Рецидивы развились в сроки от 3 мес. до 5 лет. Прогрессирование после хирургического лечения отмечено в 7 (21,2 %) наблюдениях в среднем через 20,1 мес. В 3 из этих случаев имело место продолжение роста опухоли в сроки менее 6 мес. после операции. Прогрессирование после ЛТ отмечено в 9 (20,5 %) наблюдениях в среднем через 30,5 мес. У 3 пациентов продолжение роста опухоли выявлено в сроки менее 6 мес. после облучения. Не выявлено статистически значимого различия по данному критерию, $p > 0,05$.

При развитии локального рецидива РСОГ после ЛТ пациентам было выполнено органосохраняющее хирургическое лечение (сквозная резекция гортани) в 3 случаях, ларингэктомия — в 7 случаях. У пациентов с рецидивом РСОГ после первичного хирургического лечения пришлось прибегнуть к ЛТ в 4 случаях, выполнить ларингэктомию — в 3 случаях. Таким образом, по истечении 5-летнего периода лишились гортани 10 пациентов из 77 (13 %). В том числе: 7 из 44 пациентов (15,9 %), которым первично проводилась ЛТ, и 4 пациента из 33 (12,1 %), которым первично было выполнено хирургическое лечение. Статистически значимое различие по этому показателю отсутствует, $p > 0,05$.

Развитие второй опухоли после излечения РСОГ зарегистрировано у 8 (10,4 %) пациентов, в том числе рак легкого — у 3. У пациентов, которым было выполнено первичное хирургическое лечение, вторая опухоль другой локализации выявлена в 3 (90,1 %) наблюдениях. У пациентов, которым проводилась первичная ЛТ, вторая опухоль была выявлена в 5 (88,6 %) наблюдениях. Статистически значимое различие по этому показателю также отсутствует, $p > 0,05$. Следует отметить, что вторая опухоль стала причиной смерти в 6 наблюдениях: рак легкого (2 пациента), рак простаты, рак мочевого пузыря, рак внепеченочных желчных протоков.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о сопоставимых показателях общей и безрецидивной выживаемости, а также сохранения гортани при лучевом и хирургическом лечении РСОГ T₁N₀M₀. Высокая частота развития второй опухоли, особенно рака легкого, у излеченных от РСОГ предполагает проведение соответствующих диспансерных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Cancer Statistics / A. Jemal [et al.] // CA: A Cancer Journal for Clinicians. — 2011. — Vol. 61. — P. 69–90.
2. Татчихин, В. В. Рак гортани, гортаноглотки и корня языка: монография / В. В. Татчихин, И. Д. Шляга, Е. П. Медведева. — Гомель: ГомГМУ, 2008. — 224 с.
3. Рак гортани, рак гортаноглотки, рак ротоглотки в Гомельской области: состояние проблемы в 2000–2014 гг. / С. А. Иванов [и др.] // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2016. — Т. 6, № 3. — С. 280–289.
4. Алгоритмы диагностики и лечения пациентов со злокачественными новообразованиями / под ред. О. Г. Сукошко, С. А. Красный. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2012.
5. Haughey, B. H. Head and Neck Surgery and Oncology / B. H. Haughey, K.T. Robbins // Cummings otolaryngology: head and neck surgery, 5th edition. London: Mosby, 2010. — P. 1015–1820.

УДК-[616.988-006.52:616.321-006.6]:[615.28:615.849.114]

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ВЫБОРЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ НА КОНГРЕССАХ ESMO И ASTRO (2018)

Антонюк О. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Плоскоклеточный рак головы и шеи (ПРГШ) занимает 6-е место среди всех злокачественных опухолей в мире. Основным этиологическим фактором ПРГШ является курение и употребление алкоголя. Однако в последнее время в мире получил распространение ВПЧ-ассоциированный рак, за счет которого значительно выросла заболеваемость злокачественными опухолями ротоглотки в возрасте моложе 50 лет. Частота выявления ВПЧ при опухолях этой локализации варьирует от 20 до 60 %, при этом в 80–90 % случаев диагностируется ВПЧ 16 типа, в остальных случаях — ВПЧ 18 типа [1]. Основным методом лечения рака ротоглотки — химиолучевая терапия (ХЛТ).

Вопросы, касающиеся лечения ВПЧ-ассоциированных опухолей, приобретают все большую актуальность и активно обсуждаются исследователями и практическими специалистами. Ассоциация рака ротоглотки с ВПЧ считается более благоприятным про-

гностическим фактором, чем отсутствие ВПЧ. Выявление ВПЧ производится методом полимеразной цепной реакции или определения экспрессии белка P16 иммуногистохимическим методом. Наличие ВПЧ у пациентов с плоскоклеточным орофарингеальным раком (ОФР) в значительной степени влияет на градацию стадий по TNM-классификации и выбор лечебной тактики: уменьшение объемов оперативного вмешательства, проведение лучевой терапии в меньшей дозе, но при этом более широкое применение индукционной химиотерапии.

Цель

Анализ современных тенденций в ХЛТ у больных ВПЧ-ассоциированным ОФР.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные исследований: De-ESCALaTE HPV (H. Mehanna et al.) — ESMO (22.10.2018) и RTOG 1016 (M. Gillison et al.) — ASTRO (22.10.2018), опубликованные в журнале The Lancet 15.11.2018. Сопоставлены результаты, полученные при определении эффективности ХЛТ ОФР с использованием цетуксимаба и цисплатина. Выполнено сравнение доли пациентов в возрасте менее 50 лет, заболевших ОФР в Гомельской области в 2005–2008 гг. и 2016–2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

22 октября 2018 г. на конгрессе ESMO в Мюнхене и конгрессе ASTRO в Сан-Антонио, были представлены результаты двух крупных исследований по химиолучевому лечению ВПЧ-ассоциированного плоскоклеточного ОФР с использованием цисплатина или цетуксимаба, продемонстрировавшие схожие результаты.

Оба исследования преследовали одну цель: подтвердить, что ХЛТ с цетуксимабом у больных ВПЧ-ассоциированным раком ротоглотки демонстрирует такие же высокие результаты выживаемости, как и традиционная ХЛТ с цисплатином, но при меньшей токсичности лечения.

В европейском исследовании De-ESCALaTE HPV (H. Mehanna et al.) было включено 334 пациента с низким риском рецидива по классификации K. K. Ang [4]. Все пациенты получали дополнительно к лучевой терапии (в дозе 70 Гр в 35 фракциях), внутривенно цисплатин (100 мг/м^2 в 1-й день, затем в 22 и 43 день лучевой терапии) или цетуксимаб (400 мг/м^2 в первую неделю, затем в течение семи недель по 250 мг/м^2). В целом частота и выраженность острых лучевых повреждений по классификации RTOG оказалась практически одинаковой в обеих группах, хотя тяжелые нежелательные явления чаще встречались у пациентов, которым проводилось лечение цисплатином. Но показатели 2-летней общей выживаемости оказались значимо хуже у пациентов, получавших цетуксимаб: 97,5 против 89,4 % ($p = 0,001$), и частота рецидивов была более высокой именно в этой группе (6 против 16,1 %; $p = 0,0007$) [2].

Это же было одновременно подтверждено и результатами исследования RTOG 1016 (M. Gillison et al.). Все 805 пациентов получали лучевую терапию (70 Гр в 35 фракциях) и внутривенное введение цетуксимаба в нагрузочной дозе 400 мг/м^2 за 5–7 дней до начала лучевой терапии, с последующим приемом в 250 мг/м^2 в неделю для семи доз (всего 2150 мг/м^2), или цисплатина 100 мг/м^2 в 1-й и 22-й день лучевой терапии (всего 200 мг/м^2). По всем показателям цетуксимаб продемонстрировал меньшую эффективность чем цисплатин: общая выживаемость — 78 против 85 % ($p = 0,02$), выживаемость без прогрессирования — 67 против 78 % ($p < 0,001$), риск рецидива — 17 против 10 % ($p < 0,001$), риск отдаленного метастазирования — 12 против 9 % ($p = 0,09$) [3].

В Гомельской области за 2005–2008 гг. зарегистрировано 134 случая первичного заболевания ОФР, 26 из них — у пациентов менее 50 лет (19,4 %). За 2016–2018 гг. пациентов с ОФР — 170, из них 36 — в возрасте менее 50 лет (21,2 %). Отмечается прирост числа заболевших ОФР, в том числе и у пациентов моложе 50 лет. При этом доля

пациентов моложе 50 лет составляет около 20 % от всего коллектива. Следует учитывать, что при существующих демографических тенденциях, этот показатель может свидетельствовать о росте заболеваемости в младших возрастных группах.

Выводы

Данные исследования позволяют сделать вывод, что для больных ВПЧ-ассоциированным ОФР именно цисплатин остается стандартом химиолучевой терапии, поэтому выявление ассоциации с ВПЧ у больных ОФР должно стать максимально широким, т. к. это может значительно отразиться на выборе лечебной тактики. В Гомельском регионе за последние 10 лет отмечается прирост числа заболевших ОФР — на 26,9 %, в том числе и пациентов в возрасте менее 50 лет — на 38,5 %. Это определяет актуальность проблемы в регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Human papillomavirus types in cases of squamous cell carcinoma of head and neck in Colombia / K. Quintero [et al.] // Braz J Otorhinolaryngol. — 2013. — Vol. 79(3). — P. 375–381.
2. Radiotherapy plus cisplatin or cetuximab in low-risk human papillomavirus-positive oropharyngeal cancer (De-ESCALaTE HPV): an open-label randomised controlled phase 3 trial / H. Mehanna [et al.] // J. The Lancet. — 2018. — Mode of access: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32752-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32752-1/fulltext). — Date of access: 27.02.2019.
3. Radiotherapy plus cetuximab or cisplatin in human papillomavirus-positive oropharyngeal cancer (NRG Oncology RTOG 1016): a randomised, multicentre, non-inferiority trial / M. L. Gillison [et al.] // J. The Lancet. — 2018. — Mode of access: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32779-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32779-X/fulltext). — Date of access: 27.02.2019.
4. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer / K. Kian Ang [et al.] // The New England Journal of Medicine. — 2010. — Mode of access: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0912217>. — Date of access: 28.02.2019.

УДК 616.411-006.6+616.348-006.6

СРАВНЕНИЕ РАКА СЕЛЕЗЕНОЧНОГО УГЛА СО СМЕЖНЫМИ ОТДЕЛАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Байкова П. Е., Грецкая Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Каравай

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Рак ободочной кишки — злокачественное новообразование, происходящее из клеток слизистой оболочки толстого кишечника. Занимает третье место по распространенности среди онкологических поражений пищеварительного тракта после опухолей желудка и пищевода. По различным данным, составляет от 4–6 до 13–15 % от общего количества злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. Обычно диагностируется в возрасте 50–75 лет, одинаково часто выявляется у пациентов мужского и женского пола. Рак ободочной кишки широко распространен в развитых странах. Лидирующие позиции по количеству случаев заболевания занимают США и Канада. Достаточно высокие показатели заболеваемости отмечаются в России и странах Европы. Болезнь редко выявляется у жителей азиатских и африканских государств. Для рака ободочной кишки характерен продолжительный местный рост, относительно позднее лимфогенное и отдаленное метастазирование. Лечение проводят специалисты в области клинической онкологии, проктологии и абдоминальной хирургии.

У женщин в Беларуси чаще всего диагностируется рак молочной железы, у мужчин — предстательной железы. Но в общей сложности лидируют злокачественные опухоли толстой кишки. Примерно 80 % случаев колоректального рака можно предотвратить с помощью профилактической колоноскопии. Это подтвердил пилотный скрининг, который проводили в Беларуси в 2018 г.: у 55 % обследованных людей от 45 до 70 лет были выявлены и удалены полипы в толстом кишечнике, у каждого 11-го это были те полипы, из которых через 10–15 лет стопроцентно появляется рак.

Цель

Сравнить результаты лечения рака селезеночного угла со смежными отделами ободочной кишки.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные из онкологического реестра г. Гродно и Гродненской области с 2004 по 2013 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

За период с 2004 по 2013 гг. было выявлено 545 пациентов с раком толстого кишечника. Из них 45,3 % (247) мужчины, а 54,7 % (298) женщины. Рак нисходящего отдела ободочной кишки на I стадии выявили у 10 (8 %) пациентов, рак селезеночного изгиба у 11 (6,14 %), рак поперечно-ободочной кишки у 14 (6,3 %) пациентов. На II стадии у 67 (53,6 %) человек выявлен рак нисходящей кишки, у 106 (59,2 %) — рак селезеночного изгиба и у 116 (52,48 %) человек — рак поперечно-ободочной кишки. Рак нисходящей кишки на III стадии выявлен у 26 (20,8 %) человек, рак поперечно-ободочной кишки у 59 (26,69 %) пациентов, рак селезеночного изгиба 35 (19,55 %). На IV стадии у 22 (17,6 %) пациентов выявлен рак нисходящей кишки, рак селезеночного изгиба у 26 (14,5 %) человек, рак поперечно-ободочной кишки у 31 (14 %) пациента. Максимальная пятилетняя выживаемость на I стадии 11 лет при раке нисходящей кишки и селезеночного изгиба, 33 года при раке поперечно-ободочной кишки, II стадии 12 лет при раке нисходящей ободочной кишки, 14 лет при раке селезеночного изгиба, 11 лет при раке поперечно-ободочной кишки, III стадии 12 лет при раке поперечно-ободочной и нисходящей кишки, 13 лет при раке селезеночного изгиба, IV стадии 1 год при раке селезеночного изгиба, 3 года при раке поперечно-ободочной кишки, 5 лет при раке нисходящего отдела ободочной кишки. Минимальная пятилетняя выживаемость на I стадии 13 дней при раке поперечно-ободочной кишки, селезеночного изгиба, 1 день при раке нисходящей части ободочной кишки, на II стадии 1 день при раке селезеночного изгиба, поперечно-ободочной кишки и нисходящей кишки, на III стадии 1 день при раке поперечно-ободочной кишки и нисходящей кишки и 3 дня при раке селезеночного угла, на IV стадии 1 день при раке нисходящей кишки, поперечно-ободочной кишки, селезеночного изгиба. В этот период умер 401 (73,5 %) человек. У 51,9 % (283) пациентов выявлен рак селезеночного изгиба и только у 0,91 % (5) рак печеночного изгиба. Тубулярная аденокарцинома выявлена у 88,2 % (481) пациентов. Хирургически лечились 82,38 % (449) человек, а симптоматическое лечение проводилось у 5,6 % (31). Левосторонняя гемиколэктомия применялась в 28,44 % (155), а правосторонняя гемиколэктомия в 10,6 % (58), резекция поперечно-ободочной кишки в 15,59 % (85). Химиотерапия проводилась у 22,1 % (120).

Выводы

Наиболее часто раком толстого кишечника болеют женщины. Чаще рак ободочной кишки локализуется в поперечно-ободочной кишке. В I стадии преобладал рак нисходящей кишки — 8 %, реже всего встречался рак селезеночного угла — 6,15 %. В II стадии превалировал рак селезеночного угла — 59,22 %, а меньше всего рака поперечно-ободочной кишки — 52,49%. В III стадии больше рака поперечно-ободочной кишки — 26,7 %, а меньше всего рака селезеночного угла — 19,55 %. В IV стадии преобладал рак

нисходящей кишки — 17,6 %, реже всего рака поперечно-ободочной кишки — 14,03 %. Наибольшая выживаемость отмечается при I стадии рака поперечно-ободочной кишки (33 года), при II (14 лет) и при III (13 лет) стадии — рак селезеночного угла, при IV стадии — рак нисходящей кишки (5 лет). Наименьшая выживаемость среди всех стадий (1 день) при раке поперечно-ободочной, нисходящей части ободочной кишки и селезеночного изгиба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынюк, В. В. Рак ободочной кишки / В. В. Мартынюк // Практическая онкология. — 2000. — № 1. — С. 3–9.
2. Абдурашулов, Д. М. Рентгенодиагностика заболеваний прямой кишки и дистального отдела сигмовидной / Д. М. Абдурашулов. — М., 1958. — 238 с.
3. Рак ободочной кишки: практ. рекомендации / В. П. Петров [и др.]. — СПб.: Макс-Дизайн, 2012. — 38 с.
4. Современные принципы хирургического лечения рака ободочной кишки / Н. Н. Симонов [и др.] // Практическая онкология. — 2000. — № 1. — С. 14–18.

УДК 616.341-006-07-08

ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Бардзимадзе Н. Л., Заря Н. А., Плескацевич Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. Г. Мороз*

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Тонкая кишка составляет 75 % длины всего кишечника. Несмотря на это, опухоли тонкой кишки встречаются в 40–60 раз реже опухолей толстой кишки. Редкость опухолей тонкой кишки обуславливает трудность их диагностики, поэтому необходимо изучение основных характеристик данных опухолей.

Цель

Определить наиболее часто встречающиеся разновидности опухолей тонкой кишки и оценить результаты их лечения.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 27 пациентов, находившихся на лечении по поводу опухолей тонкой кишки в УЗ «МГКОД» в 2016 и 2017 гг. Среди пациентов 11 (41 %) мужчин и 16 (59 %) женщин; медиана возраста — 64 года. У 11 (41 %) опухоль локализовалась в тощей кишке, у 7 (26 %) — в подвздошной, у 3 (11 %) — в двенадцатиперстной, у 6 (22 %) — выходила за пределы одной локализации. Цензурирование данных произведено 01.03.2019.

Результаты исследования и их обсуждение

У 13 (48 %) пациентов в результате исследования биоптата выявлена гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО), у 7 (26 %) — аденокарцинома (АК), у 7 (26 %) — карциноид. 3 (23 %) из 13 пациентов с ГИСО имели 1 стадию, 5 (38 %) — 2 стадию, 3 (23 %) — 3 стадию, 2 (8 %) — 4 стадию. 4 (30 %) пациента в анамнезе имели колоректальный рак (КРР), 1 (8 %) — рак желудка, 1 (8 %) — базалиому, 1 (8 %) — муцинозную цистаденому аппендикса. Однолетняя общая выживаемость (ОС) пациентов с ГИСО составила 100 %. 3 (43 %) из 7 пациентов с АК имели 3 стадию, 4 (57 %) — 4 стадию. 1 (14 %) пациент в анамнезе имел КРР и пограничную опухоль яичников. Однолетняя общая выживаемость пациентов с АК составила 43 %. 1 (14 %) из 7 пациентов с карциноидом имели 1 стадию, 3 (42 %) — 2 стадию, 1 (14 %) — 3 стадию, 2 (28 %) — 4 стадию. 1 (14 %) пациент в анамнезе имел КРР, 1 (14 %) — рак молочной железы,

1 (14 %) — семиному и мелкоклеточный рак легкого. Однолетняя общая выживаемость пациентов с карциноидом составила (71 %).

Выводы

ГИСО — наиболее часто встречающаяся опухоль, АК и карциноид встречаются реже. Для аденокарциномы характерно более агрессивное течение, чем для карциноида и ГИСО. Данные опухоли часто ассоциированы с другими опухолями ЖКТ, что обуславливает необходимость онкопоиска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Онкология: учеб. пособие: в 2 ч. Ч. 1. Общая онкология / О. Г. Суконко [и др.]; под ред. А. В. Прохорова. — Минск: Новое знание, 2016. — С. 218–225.
2. Devita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: principles & practice of oncology — 11th edition / T. DeVita [et al.] // Wolters Kluwer Health. — 2019. — Vol. 11. — P. 1595–1614.

УДК 618.146-022

**ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭПИТЕЛИИ ШЕЙКИ МАТКИ
ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Букотина Д. А., Старостенко И. О.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак шейки матки занимает второе место по частоте среди злокачественных новообразований, встречающихся у женщин. По данным ВОЗ, в 2018 г. он стал причиной 9,6 млн смертей во всем мире, при этом количество впервые выявленных случаев составило 18 млн. Большинство женщин, особенно в развивающихся странах, умирают от рака шейки матки в репродуктивном возрасте. К сожалению, большинство женщин в развивающихся странах все еще не имеют доступа к программам профилактики рака шейки матки. Следствием этого зачастую является позднее выявление злокачественной опухоли на той стадии, когда она уже не может быть излечена. Чтобы исправить эту ситуацию, необходимы безотлагательные действия.

Цель

Проанализировать наиболее часто встречающиеся вирус-ассоциированные состояния шейки матки.

Материал и методы исследования

Для анализа использовались данные гистологического исследования у женщин различного возрастного диапазона от 18 до 52 лет, а также амбулаторные карты пациенток. В исследуемую группу вошли 90 пациенток, инфицированных вирусом папилломы человека канцерогенных генотипов. Все пациенты были разделены на две группы: основную группу (n = 55) 61 % составили женщины с эктопией цилиндрического эпителия, вторую группу (n = 35) 39 % — у которых шейка была покрыта многослойным плоским эпителием. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2013» с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков и достоверностью показателей и различий рассматриваемых выборок при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 приведены результаты гистологических исследований биопсий шейки матки.

Таблица 1 — Анализ наиболее часто встречающихся предраковых состояний

Группа	Количество пациенток	Дисплазия шейки матки 1–3 степени	Хронический цервицит	Герпес	Койлоцитоз	Паракератоз	Резервно-клеточная гиперплазия	Базально-клеточная гиперплазия
1	55	19 (34,5 %)	46 (83,6 %)	1 (1,8%)	17 (30,9 %)	7 (12,7 %)	2 (3,6 %)	5 (9,1 %)
2	35	12 (34,3 %)	30 (85,7 %)	3 (8,6%)	13 (37,1 %)	4 (11,4 %)	7 (20 %)	8 (22,8 %)

Дисплазия шейки матки (CIN 1–3) диагностированы у 31 пациентки, что составило 34,4 %. Из них койлоцитоз как морфологический маркер эписомальной папилломавирусной инфекции определялся у 12–38,7 %. CIN 3 определена у 5 (5,5 %) женщин из общей группы, а из группы дисплазий 16,1 %.

Основным гистологическим диагнозом оказался хронический цервицит, который был определен у 76 пациенток — 84,4 %, у пациенток с эктопией (1-й группы) он составил 83,6 %, а во 2-й — 85,7 %.

Паракератоз встречается в гистологическом заключении у 12 человек, что составило в общей группе 13,3 %

Базальноклеточная гиперплазия эпителия диагностирована у 13 (14,4 %) человек, резервноклеточная у 9 (10 %) пациенток. У пациенток с дисплазией шейки матки базальноклеточная гиперактивность сохранилась только у одной пациентки.

Реже всех определяются морфологические признаки герпес-вирусной инфекции у 4 (4,4 %) пациенток.

Выводы

Таким образом, наиболее часто встречаемый гистологический диагноз является хронический цервицит, который отмечается у 84,4 %, что способствует реализации вирусного канцерогенеза.

Дисплазия шейки матки диагностирована у каждой третьей женщины (34,4 %), у каждой шестой из них диагностирован CIN 3 — предрак шейки матки, что говорит о высокой эффективности диагностики в группе инфицированных ВПЧ женщин.

Эктопия шейки матки составила 61 % в общей группе и является мощным фактором профилактики рака шейки матки, так как в постановлении № 17 МЗ РБ от 19.02.2018 рекомендовано деструктивное лечение, вплоть до конизации шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляковский, В. Н.* Папилломавирусная инфекция и рак шейки матки / В. Н. Беляковский, Е. В. Воропаев // Проблемы здоровья и экологии. — 2006. — № 4. — С. 19–22.
2. *Башмакова, М. А.* Вирусы папилломы человека и их роль в образовании опухолей / М. А. Башмакова, А. М. Савичева. — Н. Новгород: НГМА, 1999. — 15 с.

УДК 616.3-006.6-085-089(476.6)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ковалева Д. В., Василевич В. В.

Научный руководитель: старший преподаватель *Ю. Я. Лагун*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Гастроинтестинальные опухоли (GIST) являются наиболее распространенными первичными мезенхимальными опухолями желудочно-кишечного тракта. Именно поэтому данные исследования направлены на изучение структуры заболеваемости и лечения GIST по Гродненской области.

Цель

Изучить заболеваемость и результаты лечения GIST различных локализаций в Гродненской области за период с 2006 по 2018 гг.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ истории болезни, результаты иммуногистохимических исследований, а также данные компьютерной базы 4d клиент УЗ «ГОКБ. Всего 63 случая.

Результаты исследования и их обсуждение

У женщин GIST выявлены в 34 (54 %) случаях. Возрастная структура пациентов: старше 60 лет — 40 (64 %) человек, 40 до 59 лет — 21 (33 %) человек, 18 до 39 лет — 2 (3 %) пациента. Преобладали жители города — 44 (70 %) человека. Основные локализации опухоли: тонкий кишечник — 30 (48 %) человек, желудок — 24 (38 %) человека, толстый кишечник — 5 (8 %) человек, забрюшинное пространство — 4 (6 %) человека. Среди локализаций преобладали, как у мужчин, так и у женщин GIST тонкого кишечника (47,2 %) и желудка (38,4 %). Далее у мужчин больше преобладали GIST локализованные в забрюшинном пространстве (6,9 %), у женщин в толстом кишечнике (17,8 %). Одногодичная летальность составила 7,4 %. При I стадии — 0 %, II — 9 %, III — 0 %, IV — 10 %. Пятилетняя выживаемость — 39,1 %. При I стадии — 100 %, II — 20 %, III — 50 %, IV — 66,7 % (для пациентов, заболевших с 2006 по 2013 гг.). 35 (55,6 %) пациентам выполнена операция, а также проведена химиотерапия препаратом «иматиниб». 30 (47,6 %) пациентам выполнялась операция и химиотерапия препаратом «иматиниб» в дозе 400 мг, 3 пациентам — операция и «иматиниб» в дозе 800 мг, 1 пациенту — хирургическое лечение и «иматиниб» 400 мг, а также «сунитиниб» 50 мг, 1 пациенту — хирургическое лечение, «иматиниб» 400 мг и «фторафур» 1600 мг/сутки. 18 (28,6 %) пациентам проведено лишь оперативное вмешательство, 4 (6,4 %) пациентам проводилась только химиотерапия препаратом «иматиниб».

Выводы

Чаще болеют женщины (54 %). Чаще болеют пациенты старше 60 лет (64 %). Основной удельный вес среди заболевших составили жители города (70 %). Основные локализации опухоли: тонкий кишечник — 30 (48 %) человек, желудок — 24 (38 %) человека, толстый кишечник — 5 (8 %) человек, забрюшинное пространство — 4 (6 %) человека. Среди локализаций преобладали, как у мужчин, так и у женщин GIST тонкого кишечника (47,2 %) и желудка (38,4 %). Далее у мужчин больше преобладали GIST локализованные в забрюшинном пространстве (6,9 %), у женщин в толстом кишечнике (17,8 %). Одногодичная летальность составила 7,4 %. При I стадии — 0 %, II — 9 %, III — 0 %, IV — 10 %. Пятилетняя выживаемость — 39,1 %. При I стадии — 100 %, II — 20 %, III — 50 %, IV — 66,7 %. Основным методом лечения явилось сочетание оперативного лечения с химиотерапией, которое проводилось 35 пациентам. Основным препаратом выбора для химиотерапии был «иматиниб» в дозе 400 мг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь(2008–2017) / А. Е.Океанов [и др.] // О. Г. Суконко (отв. ред.) [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Александрова, 2018. — 286 с.

УДК 616-006.6

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПАНКОСТА

Василевская О. И., Швабо Ю. В.

Научный руководитель: ассистент Е. С. Зарецкая

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

В последние годы наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, в том числе и раком легкого (РЛ). В Беларуси РЛ находится на 1 месте в структуре онкологической патологии. Грубый интенсивный показатель в 2005 г. для

мужчин составил 79,5 случаев на 100 тыс. населения, для женщин — 10,1 [1]. Общие тенденции эпидемиологии рака легкого в Беларуси соответствуют ситуации в индустриальных странах. Рак легкого относится к новообразованиям с высоким уровнем летальности. В большинстве стран однолетняя выживаемость не превышает 30 %.

Особой формой РЛ является рак Панкоста. Рак Панкоста — апикальный рак легкого, имеющий субплевральную локализацию и сопровождающийся прорастанием нервно-сосудистого пучка, нижних шейных позвонков, верхних ребер и других близлежащих анатомических образований. Выявить данную патологию позволяют рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки.

Цель

Изучить значение лучевых методов в диагностике рака Панкоста.

Материал и методы исследования

Проведено выборочное статистическое исследование, объектом которого стали архивные данные 409 пациентов торакального отделения с раком верхушки легкого. Возраст пациентов 27–87 лет. Медиана наблюдения составила 60 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании материалов статистического исследования были отобраны 2 пациента с диагнозом рак Панкоста. Оба пациента — мужчины, в возрасте 58 лет и 67 лет. Для постановки диагноза были использованы рентгенография и МСКТ органов грудной клетки. Данные методы позволили увидеть ряд признаков, характерных для рака Панкоста. Новообразования локализовались у обоих пациентов в правом легком, имели нечеткий лучистый контур, прилежали к паракостальной плевре. Размер образований варьировал в разных диапазонах (у первого пациента — 44×47×47 и 50×57×44 — у второго). Отличительной особенностью опухоли стало прорастание опухоли в средостение у первого пациента и прорастание в кости (Th5 и головку 5-го ребра) у второго.

Выводы

В результате проведенного исследования было выявлено, что рак Панкоста составляет 0,5 % от всех случаев рака верхушки легкого, причем данная патология встречается преимущественно у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Океанов, А. Е.* Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013 гг.) / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2014. — 382 с.
2. *Овчинников, В. А.* Основы лучевой диагностики: пособие для студентов / В. А. Овчинников, Л. М. Губарь. — Гродно: ГрГМУ, 2016. — 362 с.

УКД 616.381-006

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИО-ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ У КРЫС С АСЦИТНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА

Вервекин И. В.

Научный руководитель: к.м.н. М. А. Беляев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение

Карциноматоз брюшины (КБ) — имплантационное метастазирование злокачественных новообразований желудочно-кишечного, овариального или мезенхимального

происхождения. Канцероматоз брюшины развивается не менее чем у 20–30 % больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) органов брюшной полости. При этом из них доля рака поджелудочной железы — 40 %, рака желудка — в 30 %, колоректального рака — до 10 %. Достаточно большой удельный вес занимают ЗНО женских половых органов, а именно яичников. Имеются данные, что на момент установки диагноза ЗНО яичников канцероматоз уже развился у 60–75 % пациентов. Лечение перитонеального канцероматоза является достаточно сложной проблемой. Системная химиотерапия в этом случае является малоэффективной. Средняя продолжительность жизни пациентов после постановки диагноза не превышает 6 месяцев, а 5-летняя выживаемость составляет 10 %. В последнее время стандартом лечения стало проведение циторедуктивных операций совместно с методикой внутрибрюшинной химиогипертермической перфузии (НИРЕС). Для достижения оптимального результата необходимо учитывать гистологическую картину, степень перитонеального метастатического индекса (PCI), проведение неoadьювантной химиотерапии перед хирургическим лечением. Современные исследования эффективности данной методики демонстрируют медиану выживаемости от 14,6 до 20 месяцев, а пятилетнюю выживаемость на уровне 24 %.

Цель

Разработка, оценка эффективности и безопасности новых методов внутрибрюшного химиоперфузионного лечения карциноматоза брюшины на примере асцитной опухоли яичника (ОЯ) у крыс.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на 60 крысах самках Вистар. Для эксперимента отбирались крысы в возрасте 2,5–3 месяца с массой тела 300–370 г. Использован штамм ОЯ, полученный из НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова. Штамм ОЯ постоянно перевивали в/б нескольким крысам. После предварительного пассажа на 7-й день после в/б перевивки ОЯ от одной крысы забирали асцит и перевивали здоровым крысам в/б. Все животные после перевивки опухоли рандомизировались на 3 группы: 1 — ВБХГТП с цисплатином по открытой методике 16 мг/кг (n = 24); 2 — ВБХГТП с цисплатином по закрытой методике, 20 мг/кг (n = 26); 3 — контрольная группа (n = 10). Технология закрытой методики: у крысы под общей анестезией формируется два разреза брюшной стенки: первый (5–6 мм) — куда помещается катетер для притока перфузата и термометр, второй (6–8 мм) — куда помещается катетер для оттока перфузата. Технология закрытой техники: производилась срединная лапаротомия 2–2,5 см, устанавливался и герметично подшивался к краям раны специальный эспандер, по сторонам от него устанавливались дренажи. Химиоперфузия проводилась в течение часа при температуре 40°. Регистрировалась температура в брюшной полости, ЧД и ЧСС, интра- и послеоперационные осложнения, масса тела крыс в течение 14 дней после операции. Конечной точкой исследования была выживаемость. Крысы, прожившие 60 дней и более без признаков опухолевого процесса, считались излеченными.

Результаты исследования и их обсуждение

Впервые осуществлено прямое сравнение результатов закрытой и открытой методик. Показано, что частота послеоперационных осложнений и токсичность лечения достоверно не различалась для 2х методик. Медиана выживаемости крыс после открытой методики превышала медиану выживаемости после закрытой (53 и 25 дней соответственно), несмотря на более низкую дозу цисплатина. Кроме того, в 1 группе 3 крысы остались живы после 60 дня.

Выводы

По данным проведенного на крысах исследования, было доказано, что открытая методика ВБХГТП в лечении перитонеального канцероматоза имеет большую эффективность по сравнению с закрытой методикой. Так же была продемонстрирована оди-

наковая токсичность методик. Экспериментальная технология внутрибрюшинной химио-гипертермической перфузии перитонеального канцероматоза может применяться для доклинических исследований различных противоопухолевых препаратов. Внедрение полученных в ходе эксперимента результатов в клиническую практику может расширить возможности лечения перитонеального канцероматоза и повысить продолжительность и качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляев, А. М.* Внутрибрюшинная химиотерапия злокачественных опухолей брюшной полости // А. М. Беляев, С. Ф. Багненко, Н. В. Рухляда. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. — 254 с.
3. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств / А. Н. Миرون [и др.]. — М.: Гриф и К, 2012. — 944 с.
4. *Погосянц, Е. Е.* Перевиваемая опухоль яичника крысы / Е. Е. Погосянц, Е. Л. Пригожина, Н. А. Еголина // *Вопр. онкол.* — 1962. — № 11. — С. 29–36.
5. Peritoneal carcinomatosis treated with cytoreductive surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) for advanced ovarian carcinoma: a French multicenter retrospective cohort study of 566 patients / N. Bakrin [et al.] // *Eur. J. Surg. Oncol.* — 2013. — Vol. 39. — P. 1435–1443.
6. *Bendavid, Y.* A study of the effect of temperature on the pharmacokinetic profile of raltitrexed administered by intraperitoneal route in the rat / Y. Bendavid // *Med. Sci. Monit.* — 2005. — Vol. 11. — P. 1–5.
7. *De Bree, E.* Principles of perioperative intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis / E. de Bree, D. D. Tsiftsis // *Recent Results Cancer Res.* — 2007. — Vol. 169. — P. 39–51.
8. Description of two new human ovarian carcinoma models in nude rats suitable for laparoscopic experimentation / F. Lecuru [et al.] // *Surg. Endosc.* — 2001. — Vol. 15. — P. 1346–1352.
9. Hyperthermic intraperitoneal gemcitabine chemotherapy for patients with resected pancreatic cancer: Clinical pharmacologic data / P. H. Sugarbaker [et al.] // *Current topics in Pharmacology.* — 2014. — Vol. 18. — P. 81–92.

УДК 616.5-006:616.211-021.272(476.2),2013/2015“

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ НОСА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013–2015 ГГ.

Войтюк М. А., Зносенко А. М.

Научные руководители: к.м.н., доцент *С. А. Иванов¹*,
к.м.н., доцент *И. Д. Шляга²*

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

Введение

Актуальность исследования состоит в том, что рак кожи в Беларуси занимает 3 ранговое место в структуре онкозаболеваемости у мужчин (14 % в 2016 г.), 1 место — у женщин (22 % в 2016 г.) [1]. Прирост заболеваемости в течение 2007–2016 гг. составил 40 % [1]. Отношение заболеваемости (World Standard) среди мужчин и женщин составляет примерно 1:1,3 [1]. Наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются в возрастных группах 70–79 лет. Самые частые гистологические варианты рака кожи: базальноклеточный рак и плоскоклеточный рак [1, 3, 4]. Около 98 % заболеваний выявляются в I–II стадиях. Верификация диагноза осуществляется цитологическим и морфологическим методами. Наиболее часто рак кожи локализуется на носу (15–20 % от всех случаев), это связано с более интенсивной инсоляцией этой анатомической единицы [3, 4]. Используемые методы лечения: хирургический, лучевой, лазерная вапоризация, электрокоагуляция [2, 3, 4]. Два последних метода наиболее просты и могут быть выполнены быстро, но их применяют только при поверхностных опухолях размером до 0,5 см [2, 3, 4]. Хирургическое удаление участка кожи носа с опухолью нередко требует

пластического замещения образовавшегося дефекта [1, 4]. Лучевая терапия занимает до 3 недель и может вызывать стойкие изменения кожи [3, 4].

Цель

Исследование результатов диагностики и лечения рака кожи носа (РКН) в Гомельской области в 2013–2015 гг.

Материал и методы исследования

Исследованы: половое и возрастное распределение заболевших РКН, частота использованных методов первичной диагностики, распределение по гистологическим вариантам, распределение по стадиям. Проанализирована частота использования каждого из методов лечения. Определена частота рецидивов в течение 3-летнего периода наблюдения и средний срок развития рецидива. Выполнено сравнение показателей локального контроля в зависимости от метода лечения РКН I стадии и II стадии. Источники информации: данные обязательного учета новых случаев ЗНО в Беларуси. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ «Statistica» 8.0. Сравнение непараметрических показателей выполнено с помощью точного двустороннего критерия χ^2 Фишера. Сравнение параметрических показателей выполнено с помощью критерия Манна — Уитни для двух независимых групп. Определение корреляционной зависимости выполнено с помощью критерия Пирсона. Критерий статистической значимости различия $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Общее число заболевших РКН в регионе за отчетный период составило 987. Это составляет более 26 % от всех локализаций рака кожи (3755 за тот же период). Средний возраст заболевших составил 72 ± 10 года, мужчины — 301, женщины — 686. Несоответствие полового распределения пациентов отношению стандартизованных показателей заболеваемости может быть связано с демографической обстановкой в регионе. Распределение РКН по стадиям: I стадия — 925 (93,7 %), II стадия — 53 (5,4 %), III стадия — 8 (0,8 %), IV стадия — 1. Это соответствует распределению по стадиям для рака кожи всех локализаций [1]. Можно отметить, что продолжают регистрироваться случаи выявления РКН III–IV стадии, несмотря на визуальную доступность анатомической части. Распределение РКН по гистологическим вариантам: базальноклеточная карцинома — 774 (78,4 %), плоскоклеточная карцинома — 155 (15,7 %), другие варианты — 19, неустановленный вариант — 39. Можно отметить, что доля базальноклеточных карцином при РКН несколько больше, чем для всех локализаций рака кожи (около 80 % [1–3]). Не обнаружено значимой корреляции между стадией заболевания и возрастом пациента ($p = 0,1$). Что касается зависимости между стадией заболевания и полом пациента, коэффициент различия не является статистически значимым, но близится к таковому ($p = 0,05$), доля женщин с первой стадией рака кожи носа больше, чем мужчин. Можно предполагать, что изменения кожи носа побуждают женщин обращаться к специалисту раньше, чем мужчин.

Это может свидетельствовать о том, что значение наружного носа для индивидуального восприятия проявляется независимо от возраста и пола и способствует своевременному обнаружению опухоли. Частота использования различных методов лечения, число локальных рецидивов РКН I стадии и средний срок рецидива представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты лечения РКН I стадии

Метод лечения	Локальный рецидив, число наблюдений	Средний срок рецидива, месяцы
Хирургический без реконструкции, n = 205	12	20,2
Хирургический с реконструкцией, n = 81	4	10,5
Лучевая терапия, n = 100	8	20,3
Лазерная вапоризация, n = 352	16	16,6
Электрокоагуляция, n = 26	1	7

В большинстве случаев методом первичного лечения РКН I стадии были избраны лазерная вапоризация или электрокоагуляция — 378 (40,9 %), далее — хирургический (286, 30,9 %), лучевой (100, 10,8 %). Активное использование парахирургических способов свидетельствует о высокой доле поверхностных новообразований размером менее 1 см. Кроме того, может сказываться значительное число заболевших пожилого возраста и проживающих вне областного центра, которые не готовы к лечению в стационаре. Высокая доля хирургических вмешательств в структуре методов лечения является традиционной для Гомельской области ввиду наличия специализированного отделения хирургии опухолей головы и шеи. Обращает на себя внимание значительное количество операций с пластическим закрытием дефекта даже после иссечения опухолей I стадии — 81 из 286, 28,3 %. Общее число рецидивов в течение 3 лет после лечения в нашем материале составило 41 (5,4 % от пациентов, которым проводилось лечение). Анализ частоты рецидивов не показал статистически значимого различия для сравниваемых методов лечения, $p > 0,05$ во всех парах сравнения. Средний срок рецидива также не имел статистически значимого различия при попарном сравнении разных методов лечения, $p > 0,05$ во всех парах сравнения.

Выводы

Наружный нос является самой частой локализацией рака кожи в Гомельской области. Более 98 % опухолей выявляют в I–II стадии. Методы локального лечения позволяют добиться сопоставимых результатов контроля опухоли при правильном определении показаний к каждому из них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2017. — 286 с.
2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: сб. науч. ст. / Минск: РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова; под ред.: О. Г. Суконко [и др.]; Вып. 2, профессиональные издания. — Минск, 2012. — 506 с.
3. Madan, V. Non-melanoma skin cancer / V. Madan, J. T. Lear, R. M. Szeimies // Lancet. — 2010. — Vol. 375. — P. 673–685.
4. Strom, T. J. Management of BCC and SCC of the head and neck / T. J. Strom, J. J. Caudell, L. B. Harrison // Cancer Control. — 2016. — Vol. 23, № 3. — P. 220–227.

УДК 618.211-085.843

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ КРЫЛА НОСА МОДИФИЦИРОВАННЫМ ПАЗЛ-ЛОСКУТОМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ НАРУЖНОГО НОСА

Волчек В. С., Бондаренко С. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

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

Введение

Приобретенные дефекты кожи носа в Беларуси в большинстве случаев обусловлены удалением злокачественных новообразований, реже — механическими травмами [1]. Следует учитывать, что выполнение реконструкции в несколько этапов существенно снижает периоперативное качество жизни и нежелательно у пожилых пациентов. Для восстановления кожного покрова КН традиционно используют лоскуты различного дизайна из медиальной части щеки.

Довольно сложной задачей реконструктивной хирургии на данный момент времени является устранение дефектов крыла носа (КН), т. к. необходимо не только восстановить целостность наружной кожи, но и обеспечить естественный цвет и текстуру кожи, а также добиться симметрии нижней трети носа, сохранить физиологические функции носа [1, 2]. Известно, что на большей части площади данной субъединицы носа отсутствует хрящевой слой, но несмотря на это многие авторы рекомендуют выполнять так называемую «неанатомическую» трансплантацию хряща в структуру восстановленного КН, для того, чтобы придать естественную выпуклую форму и во избежание пролапсов и ретракций [4].

Цель

Исследование результатов реконструкции крыла носа модифицированным пазл-лоскутом после удаления опухоли наружного носа.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные исследования 35 пациентов, которым выполнена реконструкция КН в связи с наличием приобретенного дефекта. Мужчины — 14, женщины — 21. Средний возраст пациентов в момент операции — 65,9 лет (минимальный — 39, максимальный — 88). Показания к выполнению реконструкции — наличие дефекта после удаления злокачественной опухоли. Изъяны во всех наблюдениях составляли более половины КН, у 4 пациентов были вовлечены части соседних структур: скат носа и мягкотканый треугольник. Дефект только наружной кожи имел место в 22 наблюдениях, сквозной дефект — в 13 наблюдениях. Все операции выполнены в одном учреждении.

Для выполнения анализа сформирована группа из 17 пациентов, которым выполнено устранение дефекта крыла носа МПЛ. Группы стратифицированы по демографическим и клиническим критериям, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение демографических характеристик и клинических параметров в группе пациентов, которым выполнено устранение дефекта крыла носа МПЛ

Показатель	Группа с НГЛ, n = 18
Половое отношение, мужчины/женщины, число наблюдений	6:11
Средний возраст, $M \pm SD$, лет	68 ± 8
Глубина дефекта, однослойный/сквозной, число наблюдений	10:7
Средний линейный размер дефекта, $M \pm SD$, мм	23 ± 6
Пациенты с факторами риска осложнений, число наблюдений	4 (23,5 %)

Сравнение частоты осложнений раннего послеоперационного периода выполнено по данным клинического наблюдения. Учитывались нагноение раны, расхождение краев раны, некроз лоскута. Для исследования косметического результата реконструкции использована 100-балльная визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и шкала оценки рубца для исследователей и пациентов (Patient and Observer Scar Assessment Scale, POSAS). Пациенты оценивали вид рубца в области крыла носа по ВАШ и по POSAS, а также вид рубца в донорской зоне по ВАШ. Рубец в донорской зоне был дополнительно оценен по POSAS тремя экспертами, не принимавшими участия в реконструкции. Исследование рубцов выполнено через 12 и более месяцев после операции. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ «Statistica» 8.0. Соответствие закону нормального распределения определяли с помощью W-критерия Shapiro-Wilk. Параметры, соответствующие нормальному распределению, представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением. Параметры, имеющие отличное от нормального, представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Сравнение непараметрических показателей выполнено с помощью точного двустороннего критерия χ^2 Фишера. Сравнение параметрических показателей выполнено с помощью критерия

Манна — Уитни для двух независимых групп. Критерий статистической значимости различия $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Во всех наблюдениях удалось получить достаточную площадь донорской кожи для замещения дефектов КН. Рана на коже щеки у всех пациентов была беспрепятственно закрыта простым сведением краев или за счет мобилизации кожно-жирового слоя в дорсальном направлении.

Показатель оценки рубца в области КН по ВАШ в группе с МПЛ составил 88 баллов (82; 95), не зафиксировано оценок ниже 70 баллов и 8 оценки более 90 баллов. Исследование результатов при помощи ВАШ является в значительной мере субъективным. У пациентов, оперированных по поводу злокачественного новообразования, оценка может быть завышенной с учетом того, что полученный результат реконструкции невольно сопоставляется с видом носа с новообразованием перед операцией, а не с интактной анатомической единицей. С другой стороны, именно пациент является окончательным «потребителем качества» выполненной операции.

Показатель оценки рубца в донорском месте по ВАШ в группе с НГЛ составил 98 баллов (94; 99), в группе с МПЛ все оценки были выше 80 баллов, 13 из них — выше 90 баллов. Сопоставление результатов показало, что большинство пациентов группы с НГЛ не испытывали болевых ощущений и зуда в области рубца (все, кроме одной, оценки — 1–2 балла). Общий вид рубца оценили высшими баллами 13 пациентов группы с МПЛ. Большинство показателей находились в интервале 1–3 балла, лишь в 5 наблюдениях результат отмечен 4 баллами. Наибольшее различие отмечено в оценках консистенции, толщины и цвета рубца. Вид наружного носа после реконструкции у пациентов с МПЛ представлен на рисунке 1.



Рисунок 1 — Вид КН, 1 год после реконструкции НГЛ и коррекции ножки лоскута, оценка КН по ВАШ — 88, оценка донорской зоны по ВАШ — 69

Выводы

Анализ результатов реконструкции крыла носа в нашем материале свидетельствует, что при использовании модифицированного пазл-лоскута удалось получить более приемлемого вида восстановленной субъединицы и рубца в донорской зоне, меньшей нуждемости в корригирующих вмешательствах по сравнению с использованием носогубного лоскута. Модифицированный пазл-лоскут может быть методом выбора при устранении однослойных и сквозных дефектов крыла носа.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов, С. А.* Особенности приобретенных дефектов наружного носа различной этиологии / С. А. Иванов // Российская оториноларингология. — 2017. — № 4 (91). — С. 66–71.
2. *Thornton, J. F.* Nasal Reconstruction: An Overview and Nuances / J. F. Thornton, J. R. Griffin, F. C. Constantine // Semin Plast Surg. — 2008. — Vol. 22. — P. 257–268.
3. *Singh, D. J.* Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D. J. Singh, S. P. Bartlett // Facial Plastic Surgery. — 2003. — Vol. 19, № 1. — P. 19–27.
4. *Austin, G. K.* Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches / G. K. Austin, W. W. Shockley // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. — 2016. — Vol. 24. — P. 453–460.

УДК 616.345 – 006 – 089.168.1 – 06 – 089.163.

**ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

Гнедько К. А.

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

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

Введение

Механическая предоперационная подготовка толстой кишки представляет собой совокупность методов, цель которых — очищение кишечника от содержимого. До недавнего времени механическая подготовка кишечника (МПК) считалась стандартной процедурой и включала использование клизм или слабительных препаратов. По мнению ряда авторов, МПК играет важную роль при проведении плановых операций по поводу колоректального рака и другой патологии толстой кишки, снижает риск развития гнойно-септических осложнений и частоту развития несостоятельности толстокишечного анастомоза [1, 2, 3, 5]. Однако некоторые проведенные в последние годы исследования ставят данную точку зрения под сомнение. По данным ряда авторов, использование МПК не улучшает результатов хирургического лечения и даже увеличивает количество послеоперационных осложнений [4, 6, 7].

Цель

Изучить влияние механической подготовки толстой кишки на развитие послеоперационных осложнений у пациентов с колоректальным раком.

Материал и методы исследования

Поиск литературных источников осуществлялся с помощью поисковой системы Google Scholar, а также научной электронной библиотеки eLibrary, по ключевым словам, механическая подготовка кишечника, колоректальный рак, несостоятельность анастомоза, хирургическая раневая инфекция.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время к основным методам стандартной предоперационной подготовки толстой кишки относят использование очистительных клизм и слабительных препаратов, среди которых предпочтение отдают осмотическим слабительным, действующим веществом которых является раствор полиэтиленгликоля (ПЭГ) [1, 2, 4, 5, 6]. В большинстве исследований МПК включала использование раствора ПЭГ (2–4 л), а также фосфатную либо глицериновую клизму (120 мл — 1 л) [1, 2, 4–7]. Остальные авторы использовали для МПК только раствор ПЭГ [7], или очистительную клизму [6], или сочетали МПК с пероральными антибиотиками [3, 2]. В одном из исследований, помимо

стандартных препаратов использовалось слабительное растительного происхождения — раствор сенны [1].

Анализ данных литературы показал, что единой точки зрения относительно преимуществ использования МПК нет. По мнению ряда авторов, МПК является обязательной процедурой перед операциями по поводу колоректального рака, так как способствует очищению кишки от содержимого, и тем самым снижает риск развития основных послеоперационных осложнений. Так, в исследовании, проведенном в 2015 г., частота несостоятельности анастомоза в группе с подготовкой составила 3,5 %, в группе без подготовки — 4,6 % ($p < 0,0001$); хирургическая раневая инфекция — 12,1 и 14,7 % соответственно ($p < 0,0001$) [3]. Подобные показатели наблюдались и в других исследованиях [1, 2].

Некоторые авторы сообщают о значительном снижении частоты осложнений при использовании МПК в комбинации с пероральными антибиотиками, в сравнении с использованием только МПК: частота хирургической раневой инфекции составила 6,2 и 12,1 % ($p < 0,0001$); несостоятельность анастомоза — 2,1 и 3,5 % соответственно ($p < 0,0001$) [2, 3]. При изучении результатов оперативных вмешательств с учетом локализации опухоли отмечена тенденция к повышению частоты осложнений в группе МПК, в сравнении с отсутствием таковой, при опухолях правой половины ободочной кишки [5]. В то же время, при опухолях левосторонней локализации использование МПК ПЭГ снизило частоту тяжелых осложнений (III, IV, или V степени по шкале Dindo-Clavien) с 14 % при использовании очистительных клизм до 2 % ($p = 0,03$) [5]. Однако ряд авторов отмечает отсутствие улучшения результатов хирургического лечения при проведении МПК, и даже указывает на повышение частоты осложнений. Так, в исследовании, проведенном в 2014 г., наблюдалась тенденция к более высокой частоте несостоятельности толстокишечного анастомоза (5,4 и 3,4 %, $p = 0,23$) при одинаковой частоте (2,2 %) хирургической раневой инфекции в группах МПК, по сравнению с пациентами, не получавшими какой-либо подготовки перед операцией. [4]. Аналогичные результаты получены еще в ряде исследований [6, 7]. В большей степени тенденция к повышению частоты осложнений при проведении МПК была выражена при операциях на правой половине ободочной кишки. Отрицательное влияние МПК некоторые авторы связывают с тем, что использование очистительных клизм и слабительных препаратов перед оперативными вмешательствами способствует развитию воспалительных изменений в стенке кишечника, что было показано в исследовании 2006 г. [7].

Вывод

В результате анализа имеющихся данных литературы нельзя сделать однозначные выводы о необходимости использования механической предоперационной подготовки. Некоторые авторы отмечают снижение послеоперационных осложнений при применении МПК и рекомендуют ее рутинное использование [1, 2, 3]. Также встречались исследования, в которых положительному влиянию механической предоперационной подготовки способствовало использование пероральных антибиотиков [2, 3]. Другие исследования не выявили преимуществ использования МПК и даже отмечают увеличение частоты послеоперационных осложнений при ее применении [4, 6, 7], особенно при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки [5]. Противоречивые данные также можно объяснить разнородностью включенных в исследование групп пациентов. Не все авторы приводят результаты оперативных вмешательств на ободочной и прямой кишке с учета локализации опухоли. Отрицательный результат использования механической подготовки также можно связать с воспалительными изменениями, происходящими в стенке кишки при использовании механической подготовки [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bretangol, F.* Rectal cancer surgery with or without bowel preparation / F. Bretangol // *Annals of Surgery*. — 2010. — Vol. 252, № 5. — P. 863–868.
2. *Mik, M.* Preoperative oral antibiotics reduce infections after colorectal cancer surgery / M. Mik // *Langenbecks Arch Surg J*. — 2016. — Vol. 401, № 8. — P. 1153–1162.
3. *Kiran, R. P.* Combined Preoperative Mechanical Bowel Preparation With Oral Antibiotics Significantly Reduces Surgical Site Infection, Anastomotic Leak, and Ileus After Colorectal Surgery / R. P. Kiran // *Annals of Surgery J*. — 2015. — Vol. 262, № 3. — P. 416–425.
4. *Yamada, T.* Dysmotility by mechanical bowel preparation using polyethylene glycol / T. Yamada // *J. of Surgical Research*. — 2014. — Vol. 191, № 1. — P. 84–90.
5. *Kim, Y. W.* The Impact of Mechanical Bowel Preparation in Elective Colorectal Surgery: A Propensity Score Matching Analysis / Y. W. Kim // *Yonsei Med J*. — 2014. — Vol. 55, № 5. — P. 1273–1280.
6. *Pittet O.* Rectal enema is an alternative to full mechanical bowel preparation for primary rectal cancer surgery / O. Pittet // *Colorectal Disease J*. — 2015. — Vol. 17, № 1. — P. 1007–1010.
7. *Bucher, P.* Morphologic alteration associated with mechanical bowel preparation before elective colorectal surgery: a randomized trial / P. Bucher // *Dis Colon Rectum*. — 2006. — Vol. 49, № 1. — P. 109–112.

УДК 616.5-006.81-0767

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТА ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

Гокин А. Г., Зубцов М. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. В. Хвостовой*

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

Введение

В настоящее время стадирование меланомы кожи (МК) проводится согласно TNM/UICC (7-е издание Классификации злокачественных опухолей 2010 г.). В соответствии с требованиями этой классификации для определения стадии заболевания первичной МК должны использоваться следующие критерии: толщина первичной опухоли, наличие или отсутствие ее изъязвления, митотический индекс (количество митозов на 1 мм² при толщине опухоли менее 1 мм. При этом морфологическое подтверждение диагноза «меланома» является обязательным и возможно только при гистологическом исследовании первичной опухоли, ключевыми этапами которого являются определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу; определение уровня инвазии по Кларку и указание о наличии или отсутствии изъязвления первичной опухоли [1, 2].

При этом, несмотря на большое количество исследований и публикаций по данной проблеме, непрекращающийся рост заболеваемости и смертности вследствие первичной МК требует более углубленного изучения процессов роста и развития опухоли.

Цель

Послеоперационное морфологическое исследование биоптата первичной меланомы кожи.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ патологоанатомических заключений 686 пациентов в возрасте от 5 до 95 лет, которым было выполнено оперативное удаление меланомы кожи на территории Курской области за период 2008–2017 гг. Из 686 операций 441 (64 %) выполнено женщинам, 245 (36 %) — мужчинам. Средний возраст больных меланомой ко-

жи за изучаемый период составил $61,8 \pm 15,79$ лет. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием программного обеспечения «Statistica» 8.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Были определены средние значения уровня инвазии опухоли по Кларку ($3,36 \pm 0,82$) и толщины опухоли по Бреслоу ($3,2 \pm 0,92$). При этом в статистических расчетах учитывалась степень толщины опухоли, при условии, что 1 ст. соответствует толщине опухоли до 1 мм; 2 ст. — 1,01–2,0 мм; 3 ст. — 2,01–4,0 мм; 4 ст. > 4,0 мм. При определении уровня инвазии и толщины опухоли в динамике не обнаружено тенденции к росту или снижению данных показателей. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Уровень инвазии и толщина опухоли в период 2008–2017 гг.

Год	Уровень инвазии по Кларку, ст.	Толщина опухоли по Бреслоу, ст.
2008	$3,08 \pm 0,63$	$2,88 \pm 0,97$
2009	$3,22 \pm 0,73$	$3,11 \pm 1,00$
2010	$3,14 \pm 0,65$	$3,09 \pm 0,96$
2011	$3,47 \pm 0,89$	$3,27 \pm 0,82$
2012	$3,47 \pm 0,72$	$3,39 \pm 0,83$
2013	$3,51 \pm 0,78$	$3,38 \pm 0,73$
2014	$3,25 \pm 0,82$	$3,03 \pm 0,98$
2015	$3,39 \pm 0,96$	$3,23 \pm 0,97$
2016	$3,5 \pm 0,86$	$3,18 \pm 0,87$
2017	$3,42 \pm 0,83$	$3,3 \pm 0,89$
Всего	$3,36 \pm 0,82$	$3,2 \pm 0,92$

Уровень толщины опухоли по Бреслоу коррелирует с наличием изъязвлений: с возрастанием толщины увеличивается риск возникновения изъязвлений ($K_{\text{кор}} \text{ Спирмена} = 0,27, p < 0,05$). При этом в среднем более половины удаленных опухолей имели изъязвленную поверхность. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Динамика количества пациентов с изъязвленной МК

Год	Неизъязвленные меланомы	Изъязвленные меланомы	Изъязвленные меланомы, %
2008	20	14	0,41
2009	18	25	0,58
2010	21	33	0,61
2011	31	29	0,48
2012	25	35	0,58
2013	29	39	0,57
2014	27	31	0,53
2015	29	26	0,47
2016	37	23	0,38
2017	28	24	0,46

Между возрастом пациентов и наличием изъязвлений также обнаружена прямая слабая корреляционная связь: чем старше пациент, тем выше вероятность возникновения изъязвлений на поверхности меланомы кожи ($K_{\text{кор}} \text{ Спирмена} = 0,1, p < 0,05$). Взаимосвязи между полом пациента и наличием изъязвлений не выявлено ($\chi^2 = 0,029, p > 0,05$).

Выводы

Таким образом, проведенное исследование показало, что у большей части пациентов с диагнозом «первичная меланوما кожи» удаление опухоли производится на поздних стадиях заболевания, при высоком уровне инвазии, большой толщине и наличии изъязвлений. При этом вышеперечисленные характеристики напрямую влияют на наличие транзитных, сателлитных метастазов, а также метастазов в регионарные

лимфатические узлы и другие органы и ткани, что определяет прогноз для жизни пациента. Полученные результаты свидетельствуют о поздней выявляемости первичной меланомы кожи, что доказывает необходимость большей онкологической настороженности со стороны населения и врачей всех специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Михнин, А. Е.* Меланома кожи головы и шеи; современное состояние проблемы / А. Е. Михнин, С. А. Тарков, О. С. Фролова // Вопросы онкологии. — 2012. — № 1. — С. 19–25.
2. *Непомнящая, Е. М., Гусарева М. А., Петров С. В.* // Вопросы онкологии. — 2008. — Т. 54, № 6. — С. 744–748.

УДК 616-006.04

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА: АНАЛИЗ И ХАРАКТЕРИСТИКА

Горушко Е. С., Грейбо А. И., Белинская М. К.

Научные руководители: к.м.н., доцент *В. И. Курченко*

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Наблюдается тенденция к росту онкологической патологии в структуре общей заболеваемости в Республике Беларусь. К проблеме усложняющим диагностику опухолевого процесса относится безграмотное отношение населения к плановым медицинским осмотрам, и неуглубленная оценка состояния здоровья и факторов риска на амбулаторном этапе, что приводит к поздней обращаемости и выявлению заболевания в запущенных стадиях с малоэффективным лечением. Неспецифическая симптоматика и разнообразная локализация неопластического процесса трактует врачам всех специальностей о необходимости иметь высокую онкологическую настороженность.

Цель

Проанализировать частоту встречаемости и локализацию онкологического процесса у пациентов отделения гастроэнтерологии ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» в период с 01.01.14 по 01.10.18. Продемонстрировать трудности диагностики аденокарциномы тощей кишки на примере клинического случая.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 470 пациентов с установленным диагнозом новообразования отделения гастроэнтерологии ГУ «МНПЦ ХТиГ» за последние 5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В отделении гастроэнтерологии за данный период было пролечено 470 пациентов, средний возраст которых составил $66,3 \pm 11,9$ лет. При анализе половой принадлежности: женщин 246 (52,4 %), мужчин 224 (47,6 %). Пациентов трудоспособного возраста 106 (22,5 %), нетрудоспособного 364 (77,5 %). Опухоли ЖКТ были обнаружены у 342 (72,7 %) пациентов, из них злокачественных 295 (86,3 %). Опухоли других локализаций выявлены у 128 (27,2 %) пациентов, из них злокачественных 113 (88,3 %).

При анализе локализации злокачественного опухолевого процесса: ротовая полость поражена у 1 (0,29 %); пищевод у 10 (3,38 %), при это у 2 (20 %) в средней трети, а у 8 (80 %) в нижней трети пищевода; желудок у 107 (31,3 %), из них в кардиальном отделе — 16 (17,6 %), в теле — 48 (52,3 %), в привратнике — 27 (29,7 %); печень пора-

жена у 48 (14 %), из них опухоли паренхимы — 18 (39,6 %), протоков — 12 (25 %), метастатические — 17 (35,4 %); поджелудочная железа у 35 (9,9 %), из них в головке — 20 (57,1 %), в теле — 3 (8,6 %), в хвосте — 12 (34,3 %); тонкая кишка у 1 (0,29 %); толстая кишка у 131 (38,3 %), из них в слепой кишке — 17 (14,4 %), в восходящей кишке — 15 (12,7 %), в печеночном углу — 12 (10,2 %), в поперечной ободочной кишке — 4 (3,4 %), в селезеночном углу — 5 (4,2 %), в нисходящей и сигмовидной — 19 (16,1 %), в ректосигмоидном соединении — 20 (16,9 %), в прямой кишке — 26 (22 %), поражение левого фланга было преобладающим и составило 61,8 %. Среди онкологических заболеваний других локализаций лидировали гемобласты — 29 (23,4 %), новообразования органов дыхания — 19 (15,3 %), молочной железы — 19 (15,3 %), предстательной железы — 16 (12,9 %), матки — 9 (7,26 %), яичников — 9 (7,26 %), почек — 4 (3,23 %), брюшины — 3 (2,42 %).

Злокачественное новообразование печени выявлено у 48 (14 %) пациентов, из них печеночно-клеточный рак у 18 (39,6 %), в том числе первичный у 3 (16,6 %), холангиокарцинома у 12 (25 %), метастатическое поражение у 17 (35,4 %) пациентов. В группе печеночно-клеточного рака пациенты по стадиям BCLC распределились следующим образом: BCLC 0 — 2 (11,1 %), BCLC A — 5 (27,8 %), BCLC B — 3 (16,7 %), BCLC C — 6 (33,4 %), BCLC D — 2 (11,1 %). По классификации Yamasaki (2000) пациенты группы холангиокарцином распределились согласно макроскопическим вариантам: масс-образующий вариант — 5 (41,7 %), перидуктально-инфильтрирующий вариант — 4 (33,3 %), интрадуктальный вариант — 3 (25 %).

Представляем ист. болезни пациентки Н., 72 лет, поступившей в отделение гастроэнтерологии 08.09.16 г. Жалобы на боли в эпигастрии, усиление болей через 2 часа после приема пищи, тошноту и обильную рвота желудочным содержимым. По данным ФГДС: рефлюкс-эзофагит, ГПОД, геморрагическая гастропатия. Результаты пассажа бария по кишечнику: пассаж не нарушен, дивертикул двенадцатиперстной кишки. Проведена консервативная терапия, с улучшением выписана 23 сентября с диагнозом ГЭРБ. Поступила в отделение экстренной хирургии 20.11.16 г. с жалобами на тошноту, рвоту в течение недели и трехдневное отсутствие стула. По данным ФГДС без новых патологий. Результаты пассажа бария по кишечнику: нарушена эвакуация контраста из желудка, пневматизация петель тонкой кишки. Проведена консервативная терапия, с улучшением выписана 24.11.16 г. с диагнозом дискинезия кишечника, копростаз. Поступила 24.08.17 г. в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии купирующийся после периодической обильной рвоты и потерю веса на 10 кг за последние полгода. По данным ФГДС те же состояния. Данные пассажа бария по кишечнику: через 20 минут контраст заполняет расширенную петлю двенадцатиперстной кишки, определяется суженый проксимальный конец тощей кишки с обрывом контрастирования неправильной формы. Заключение КТ: утолщение стенки тощей кишки на протяжении 30 мм с обтурацией просвета. Переведена в отделение хирургии. Во время проведения радикальной операции был удален циркулярный опухолевый инфильтрат тощей кишки с инвазией в поперечно ободочную кишку, со стороны лимфоузлов брыжейки опухолевого роста не выявлено. Патоморфологически муцинозная аденокарцинома. Улучшение состояния. Консультация онколога.

Выводы

1. Колоректальный рак является самой частой нозологией, выявленной у пациентов гастроэнтерологического стационара, и составил 40 % от всех верифицированных злокачественных новообразований, поражение левого фланга было преобладающим и составило 61,8 % всех наблюдений.

2. В настоящее время не разработан единый методический и клинический подход, позволяющий дать своевременную и объективную оценку статуса пациента, у которого имеются факторы риска развития гепатоонкологии.

3. Развитие клиники острой кишечной непроходимости у пациентов со злокачественным новообразованием тонкой кишки является прогностически неблагоприятным критерием, характеризующимся высокой степенью инвазии и развитием критического стеноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воробьев, А. В.* Общие вопросы скрининга / А. В. Воробьев, А. Э. Протасова // Практическая онкология. — 2010. — Т. 11, № 2. — С. 53–59.
2. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — С. 45–70.
3. *Ганцев, Ш. Х.* Онкология: учебник / Ш. Х. Ганцев. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 516 с.

УДК 618.19-006.6-085.277.3-036.8

ПРЕДИКТОРЫ ПОЛНОГО ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Грек Н. И.¹, Хоров А. О.²

¹Учреждение здравоохранения

«Гродненская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Лечебный патоморфоз — это типовые стойкие признаки обратного развития клинических и морфологических проявлений опухоли под воздействием специфического лечения. Достижение полного патоморфологического ответа опухоли в результате лекарственной терапии служит одним из важнейших прогностических факторов, определяющих отдаленные результаты лечения [1].

Цель

Определить биологические факторы опухоли молочной железы, коррелирующие с достижением полного патоморфологического ответа после неоадьювантной полихимиотерапии (НПХТ).

Материал и методы исследования

В проспективное исследование было включено 76 пациенток с диагнозом рак молочной железы (РМЖ), получавших лечение на базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в период с 2015 по 2018 гг. Всем пациенткам лечение было начато с курсов НПХТ, в 67,1 % случаев применялась схема FAC (5-фторурацил + доксорубин + циклофосфамид) с интервалом в 21 день. Материалом для морфологического исследования служили трепанобиоптаты опухолей молочной железы, взятые до начала лечения, и операционный материал, полученный после завершения НПХТ. Оценивали гистологический тип опухоли, степень дифференцировки, гормональный рецепторный статус, экспрессию HER2/neu, уровень индекса пролиферативной активности Ki-67, молекулярный подтип, патоморфологический ответ опухоли на НПХТ. Рецепторы эстрогена (ER), прогестерона (PR), HER2/neu и Ki-67 были использованы для классификации пациентов по молекулярно-биологическим подтипам РМЖ (Санкт-Галлен, 2015). Оценку степени лечебного патоморфоза проводили с использованием адаптированной классификации Лавниковой-Miller-Payne. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием «Microsoft Excel 2013», «Statistica» 10.0. (StatSoft, Inc., США).

Результаты исследования и их обсуждение

Предоперационная лекарственная терапия индуцировала проявления лечебного патоморфоза разной степени выраженности: 0 степени у 1 (1,3 %) пациентки, I–II степени у 49 (64,9 %), III степени — у 14 (18,2 %) и IV степени (полный патоморфологический ответ, pCR) у 12 (15,8 %). Установлено, что pCR в 75 % случаев был связан с ER-отрицательным статусом и в 83,3 % случаев с PR-отрицательным статусом ($p < 0,05$). Полный патоморфологический ответ при высоком исходном уровне Ki-67 наблюдался в 75 % случаев, а при низком — в 25 %. Наибольшая вероятность достижения pCR (66,7 %) отмечена при инфильтративном протоковом раке ($p < 0,05$). Значимой ассоциации между гистологической степенью злокачественности и pCR не выявлено ($p > 0,05$).

Частота pCR после проведенной НПХТ в зависимости от иммунофенотипического подтипа опухоли представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота pCR после НПХТ в зависимости от молекулярно-биологического подтипа РМЖ

Молекулярно-биологический подтип рака молочной железы	Число случаев, n (%)	Частота pCR, n (%)
Люминальный-А (ER+/PR: высокий (> 20 %)/HER2-/Ki-67: низкий (≤ 20 %)	16 (21)	1 (6,25)
Люминальный-В HER2-негативный (ER+/PR: низкий (< 20 %)/HER2-/Ki-67: высокий (> 20 %)	12 (15,8)	0
Люминальный-В HER2-позитивный (ER+/PR: любой /HER2+++/Ki-67: любой)	13 (17,1)	2 (15,4)
HER2-положительный (не люминальный: ER-/PR-/HER2++)	12 (15,8)	3 (25)
Тройной негативный (ER-/PR-/HER2-)	23 (30,3)	6 (26,1)
Всего	76	12 (15,8)

Как видно из предложенной выше таблицы, pCR чаще всего отмечается при тройном негативном и при HER2-положительном РМЖ, что сопоставимо с результатами других исследований [2]. Данный факт не означает, что прогноз и отдаленные результаты лечения при этих молекулярных подтипах РМЖ лучше, чем люминального А-подтипа, при котором редко достигается полный регресс опухоли. Однако 5-летняя и 10-летняя выживаемость при гормонозависимых опухолях несопоставимо выше, чем при HER2-положительном и тройном негативном РМЖ, и существенно не зависит от степени морфологического эффекта [2].

Выводы

Высокая пролиферативная активность, ER(-) и PR(-) рецепторный статус опухоли, гистологическая форма инфильтративного протокового рака, тройной негативный и HER2-положительный подтипы РМЖ ассоциированы с высокой первичной чувствительностью опухоли к химиотерапии. У пациентов прогностически неблагоприятных групп (тройной негативный и HER2-положительный подтипы) лечение необходимо начинать с курсов НПХТ с целью достижения pCR, что дает высокую вероятность удовлетворительных отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечебный патоморфоз как критерий эффективности лечения и прогноза рака молочной железы / Е. М. Рошин [и др.] // Медицинский Альманах. — 2010. — Т. 12, № 3. — С. 48–53.
2. Лекарственная терапия рака молочной железы / Н. И. Переводчикова [и др.]; под ред. Н. И. Переводчиковой, М. Б. Стениной. — М.: Практика, 2014. — 284 с.

УДК 616.441-006

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Довыденко Е. И.

Научный руководитель: к.б.н., доцент М. В. Синелёва

Учреждение образования

**«Международный государственный экологический институт имени А. Д. Сахарова»
Белорусского государственного университета
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Злокачественные новообразования щитовидной железы являются одними из самых распространенных среди заболеваний эндокринной системы. Это обусловлено как разнообразием функциональных и структурных нарушений щитовидной железы, так и широким спектром повреждающих факторов.

Цель

Изучить особенности общей и первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы в различных областях Республики Беларусь.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились статистические данные «Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Беларусь по заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы населения Республики Беларусь за период с 2007–2016 гг. [1]. Обработка информации и графическое построение диаграмм проводились встроенными средствами «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

В данной работе проведен ретроспективный анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы населения Республики Беларусь за период с 2007 по 2016 гг. Для каждого года наблюдения был проведен анализ по первичной и общей заболеваемости.

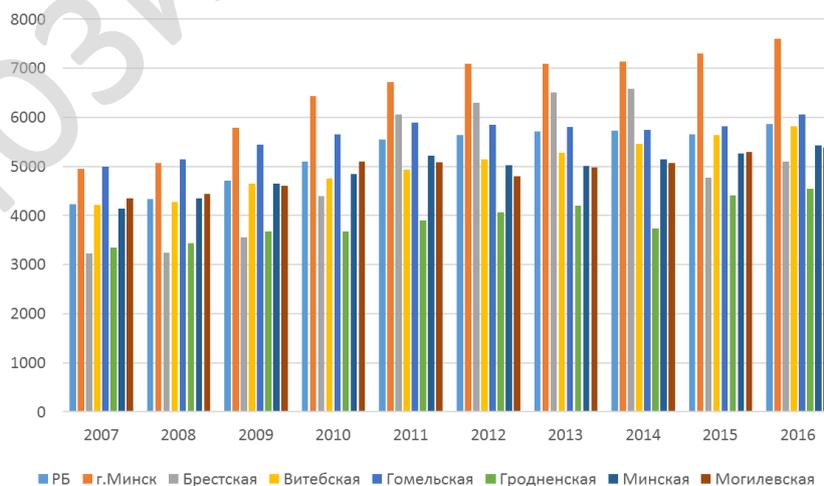


Рисунок 1 — Общая заболеваемость населения г. Минска и областей Республики Беларусь злокачественными новообразованиями щитовидной железы в 2007–2016 гг. (зарегистрировано заболеваний на 100 тыс. населения)

В течение рассмотренного временного интервала самые высокие показатели заболеваемости были выявлены в г. Минске и Гомельской области, наиболее благоприятная ситуация в Брестской и Гродненской областях. Исходя из полученных данных можно отметить устойчивую тенденцию к росту заболеваемости в г. Минске (рисунок 1).

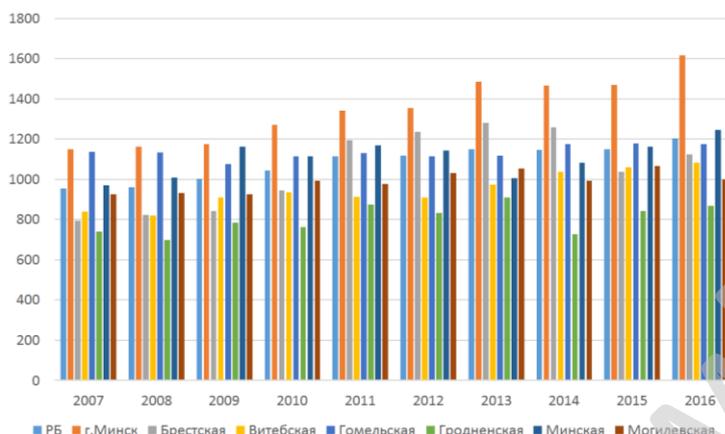


Рисунок 2 — Первичная заболеваемость населения г. Минска и областей Республики Беларусь злокачественными новообразованиями щитовидной железы в 2007–2016 гг. (зарегистрировано заболеваний на 100 тыс. населения)

На графике (рисунок 2) наблюдаем ежегодное увеличение показателя первичной заболеваемости раком щитовидной железы в г. Минске, пик заболеваемости приходится на 2016 год. Более благоприятную ситуацию можно отметить в Гродненской области, где показатель первичной заболеваемости за исследуемый промежуток времени относительно постоянен.

Анализ ежегодных темпов прироста заболеваемости населения Республики Беларусь злокачественными новообразованиями щитовидной железы за период наблюдений выявил положительный темп прироста заболеваемости, тенденция к росту заболеваемости характерна не только для страны в целом, но и для регионов.

Вывод

За период 2007–2016 гг. уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы в Республике Беларусь вырос, на что указывает характер динамики показателей. Во все годы наблюдений самые высокие показатели, как общей заболеваемости, так и первичной заболеваемости раком щитовидной железы отмечаются в г. Минске. Наиболее благоприятная ситуация наблюдается в Гродненской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальные статистические сборники за 2007–2016 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2007–2016.

УДК 615.277.3:547.464.2

ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ ДИХЛОРАЦЕТАТА НАТРИЯ

Дорошкевич А. С.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Более 1000 работ в зарубежных изданиях посвящены изучению биологической активности дихлорацетата натрия (ДХА). Наиболее изучаемым является применение

ДХА при разнообразных опухолях. Экспериментальные исследования указывают на изменение ДХА метаболизма в опухолевых клетках с активацией свободнорадикальных процессов, ингибированием пролиферативных и ангиогенных транскрипционных факторов, что объясняет позитивный эффект в лечении целого ряда опухолей [1]. В настоящее время эффективность ДХА продолжает изучаться при различных заболеваниях как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения метаболических расстройств, кардиоваскулярной патологии и в онкологии. Между тем в отечественной литературе ДХА упоминается редко, а среди практикующих онкологов распространено скептическое отношение к эффективности метаболических препаратов, поскольку в практической деятельности пациенты, принимающие приобретенный самостоятельно ДХА откладывают начало традиционной терапии, что приводит к росту онкозапущенности.

Цель

Изучить зарубежные и отечественные научно-исследовательские работы, посвященные противоопухолевой активности ДХА.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ источников медицинской информации по средствам библиографических баз MEDLINE, PubMed и EMBASE, за период с 2007 по 2019 гг. Использовались следующие поисковые термины: DCA, mitochondria, apoptosis, cancer. Поиск осуществлялся также по отечественным публикациям, не вошедшим в указанные поисковые системы.

Результаты исследования и их обсуждение

Факторы, индуцируемые гипоксией, также HIFs (hypoxia-inducible factors) — группа транскрипционных факторов, приводящих к активации киназы пируватдегидрогеназы, которая подавляет пируватдегидрогеназный комплекс. В результате клетка использует анаэробное дыхание, а не окислительное фосфолирование (эффект Варбурга). Каскад HIFs опосредует влияние гипоксии, а гипоксия способствует образованию кровеносных сосудов и имеет важное значение для формирования сосудистой системы [2]. Фактор транскрипции HIF1 α активируется за счет ингибирования O₂-чувствительной HIF-пролил-гидроксилазы, в тоже время в опухолевых клетках активация фактора транскрипции HIF1 α происходит вне зависимости от кислорода. HIF-1 α и дерегуляция антиопухолевого белка p53 приводят к активации гексокиназы 2В, которая подавляет апоптоз и способствует пролиферации опухолевой клетки [3]. ДХА — структурный аналог пирувата, способствует окислительному фосфолированию. В первом эксперименте с ДХА, опубликованном в 2007 г. определялось его действие на клетки опухолей человека, перевитых мышам. В результате ДХА-обработанные крысы имели меньшие по размеру опухоли с уменьшенной васкуляризацией и опухолевой перфузией по сравнению с контролем [1]. Последующие исследования показали минимальные побочные эффекты препарата и наличие связи с некоторой степенью регресса опухолей.

Опубликован клинический случай рецидива неходжкинской лимфомы после проведенной ранее химиотерапии по стандартной схеме ритуксимаб, циклофосфамид, гидроксидономицин, онковин и преднизолон. Пациенту был проведен курс ДХА с α -липоевой кислотой, в результате чего была достигнута полная ремиссия на протяжении четырех лет [4]. В небольшом неконтролируемом клиническом исследовании пяти пациентов с глиобластомой двое пациентов получали ДХА и стандартное лечение, трое — ДХА и паллиативное. Спустя 15 месяцев терапии у троих пациентов отмечалась регрессия глиобластомы, подтвержденная результатами МРТ, четвертый пациент оставался клинически стабильным. Спустя 18 месяцев после начала лечения ДХА четверо пациентов остались живы, у них не отмечалось каких-либо признаков гематологической и гепаторенальной токсичности [5]. Изложен случай полной длительной ремиссии

у 72-летней пациентки с метастатическим плоскоклеточным раком почки. Была произведена нефрэктомия, в ходе которой выявлена инвазия опухоли в почечную вену и многочисленные метастазы в абдоминальных лимфоузлах. После завершения паллиативной лучевой терапии она принимала перорально ДХА в течение трех месяцев. У пациентки не обнаруживаются признаки прогрессирования заболевания в течение пяти лет с момента начала ремиссии [6]. Опубликован клинический случай медуллярного рака щитовидной железы с метастазами в легких у пациента в возрасте 51 год. Была достигнута частичная ремиссия на протяжении 7 лет после многочисленных курсов химиотерапии. Однако позже у пациента возник рецидив с множественными метастазами. Пациент начал прием ДХА: снизились уровни онкомаркеров, кальцитонина, на ПЭТ уменьшились в размерах все метастазы [7].

В многочисленных исследованиях изучалась комбинированная терапия ДХА со стандартными подходами. В случае комбинации цисплатина с ДХА установлено потенцирование цитотоксического действия на клеточные линии рака шейки матки, рака яичек и яичников, остеосаркомы, карциномы легких и рака молочной железы [8]. Описан также синергический эффект комбинации ДХА и 5-фторурацила на клетки колоректального рака [9]. Применение ДХА способствовало повышению чувствительности резистентных к химиотерапии клеточных линий рака легких к карбоплатину и оксиплатину [10]. Была обнаружена способность метформина, используемого отдельно или в сочетании с ДХА, влиять на развитие глиомы С6. Наиболее выраженный противоопухолевый эффект был зафиксирован на фоне комбинированного применения этих препаратов. Таргетная геновиротерапия в сочетании с ДХА также рассматривается как эффективная стратегия в лечении рака [11]. Также ДХА имеет способность сенсibilизировать опухолевые клетки, повышая при этом эффективность радио и фототерапии [12].

Выводы

Опухолевые клетки имеют некоторые метаболические адаптации, способствующие выживанию и распространению опухоли. Помимо традиционных противоопухолевых препаратов, есть ряд метаболических средств, которые воздействуют на характерные особенности метаболизма всех раковых клеток. Каждый отдельный случай комбинированной с ДХА терапии требует индивидуальной оценки общего риска и пользы. Продолжающиеся экспериментальные исследования ДХА являются перспективными и могут быть полезны для разработки эффективного метода доставки ДХА в митохондрии, а также в вопросе сочетания различных видов лечения с ДХА для взаимного потенцирования позитивного эффекта в лечении опухолей.

ЛИТЕРАТУРА

1. A mitochondria-K⁺ channel axis is suppressed in cancer and its normalization promotes apoptosis and inhibits cancer growth / S. Bonnet [et al.] // *Cancer Cell*. — 2007. — Vol. 11, № 1. — P. 37–51.
2. The human side of hypoxia-inducible factor / T. G. Smith [et al.] // *British J. of Haematology*. — 2008. — № 3. — P. 325–334.
3. *Semenza, G. L.* Oxygen sensing, homeostasis, and disease / G. L. Semenza // *Engl. J. Med.* — 2011. — № 47. — P. 537–547.
4. Sodium dichloroacetate inhibition of the «Warburg effect» in a human cancer patient: complete response in non-Hodgkin's lymphoma / S. B. Strum [et al.] // *J. of Bioenergetics and Biomembranes*. — 2013. — № 3. — P. 307–315.
5. Dichloroacetate (DCA) as a potential metabolic-targeting therapy for cancer / E. D. Michelakis [et al.] // *British J. of Cancer*. — 2008. — Vol. 99, № 7. — P. 989–994.
6. *Khan, A.* Case report of long term complete remission of metastatic renal squamous cell carcinoma after palliative radiotherapy and adjuvant dichloroacetate / A. Khan // *Advances in Cancer: Research & Treatment*. — 2012. — № 3. — P. 280–292.
7. *Flavin, D.* Medullary thyroid carcinoma relapse reversed with dichloroacetate: a case report / D. Flavin // *Oncology Letters*. — 2010. — Vol. 1, № 5. — P. 889–891.

8. A dual-targeting hybrid platinum (IV) prodrug for enhancing efficacy / H. Xiao [et al.] // *Chemical Communications*. — 2012. — Vol. 48, № 87. — P. 10730–10732.
9. Synergistic antitumor effect of dichloroacetate in combination with 5-fluorouracil in colorectal cancer / J. Tong [et al.] // *J. of Biomedicine & Biotechnology*. — 2011. — № 1. — P. 511–531.
10. In vitro cytotoxicity of novel platinum-based drugs and dichloroacetate against lung carcinoid cell lines / W. Fiebiger [et al.] // *Clinical & translational oncology*. — 2011. — Vol. 13, № 1. — P. 43–49.
11. Dichloroacetate (DCA) enhances tumor cell death in combination with oncolytic adenovirus armed with MDA-7/IL-24 / L. Xiao [et al.] // *Molecular and Cellular Biochemistry*. — 2010. — Vol. 340, № 1. — P. 31–40.
12. Metabolic-targeted therapy with dichloroacetate (DCA): a novel treatment strategy to improve the outcome of photodynamic therapy / M. Kwitniewski [et al.] // *Photochemical & Photobiological Sciences*. — 2011. — № 1. — P. 25–28.

УДК 616.345-006.04:577.21

**АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ
МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ**

Жур А. С., Ермоченко В. А., Филипенко Е. В.

**Учреждение здравоохранения
«Могилевское областное патологоанатомическое бюро»
г. Могилев, Республика Беларусь**

Введение

Рак толстой кишки (РТК) занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в мире. Развитие молекулярной биологии привело к расшифровке механизмов канцерогенеза и прогрессирования опухоли. Канцерогенез РТК характеризуется накоплением мутаций в генах, контролирующих рост и дифференцировку эпителиальных клеток, что приводит к их генетической нестабильности. Одним из вариантов данных генетических изменений является микросателлитная нестабильность (МСН), которая характеризуется нарушением механизма репарации неспаренных оснований ДНК[2]. Система репарации неспаренных оснований ДНК ответственна за распознавание и удаление неправильно спаренных оснований, образованных в результате ошибок в процессе репликации ДНК. В клетках с недостаточностью данной системы репарации отмечена более высокая частота мутаций в сравнении с нормальными клетками. За работу системы репарации неспаренных оснований ДНК отвечают 6 генов: MSH2, MLH1, PMS2, MSH3, MSH6 и MLH3.

Высокая МСН характеризует генетическую изменчивость многих опухолей, имеющих как наследственное, так и ненаследственное происхождение. Потеря МСН — неотъемлемая стадия онкогенеза. В случае дефицита белков данной репаративной системы и диагностируется МСН.

Цель

Анализ клинических и морфологических критериев МСН при колоректальном раке.

Материал и методы исследования

Отечественная и зарубежная литература последних 3 лет по данной теме, а также материалы препаратов, ИГХ исследование предоставленные УЗ «Могилевское областное патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

Амстердамские критерии I [2]:

1) должно быть, по крайней мере, 3 родственника с колоректальным раком (КРР) или с опухолево-ассоциированным синдромом Линча: раком эндометрия, раком тонкой кишки, раком мочеточника или раком почки;

- 2) один родственник должен быть родственником первой линии родства по отношению к двум другим;
- 3) как минимум два последующих поколения должны быть поражены;
- 4) по крайней мере, один случай обнаружения опухоли должен быть диагностирован до 50-летнего возраста,
- 5) в любом случае возникновения КРР необходимо исключать семейный аденоматозный полипоз (САП).

Исправленные рекомендации Бетезда [1]:

1. КРР диагностируется у пациентов моложе 50 лет.
2. Наличие синхронного, метахронного колоректального рака или опухолево-ассоциированного* синдрома Линча, независимо от возраста.
3. КРР с фенотипом МСН в высокой степени, диагностированным у пациентов в возрасте до 60 лет.
4. Пациент с КРР и родственником первой линии родства, страдающим синдромом Линча, ассоциированным с опухолью, диагностированной после 50 лет.
5. Пациент с КРР с двумя или более родственниками первой или второй линии родства, страдающими синдромом Линча, ассоциированным с опухолью, независимо от возраста.

* опухоли, ассоциированные с синдромом Линча: колоректальный рак, рак эндометрия, рак желудка, рак яичников, рак поджелудочной железы, рак мочевого пузыря, рак почки, опухоли билиарного тракта, опухоли головного мозга, аденомы слюнных желез, кератоакантомы, рак тонкой кишки.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МСН [1]

1. Внутриопухолевая Т-лимфоцитарная инфильтрация (не менее 3 в 1 поле зрения на большом увеличении).
2. Внеопухолевая лимфоцитарная кроноподобная реакция.
3. Муцинозная / перстневидноклеточная дифференцировка опухоли.
4. Медуллярная морфология аденокарциномы.

Внутриопухолевая лимфоцитарная инфильтрация (рисунок 1) тесно связана с МСН. Хотя точные критерии здесь отсутствуют, значимым рекомендуют считать наличие трех и более интраэпителиальных лимфоцитов на одно поле зрения при большом увеличении. Для повышения точности верификации можно использовать иммуногистохимическую реакцию на Т-лимфоциты (анти-CD3 антитела).

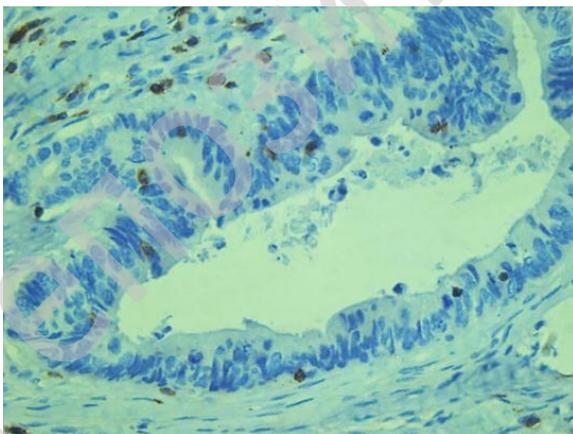


Рисунок 1 — Внутриопухолевая лимфоцитарная инфильтрация

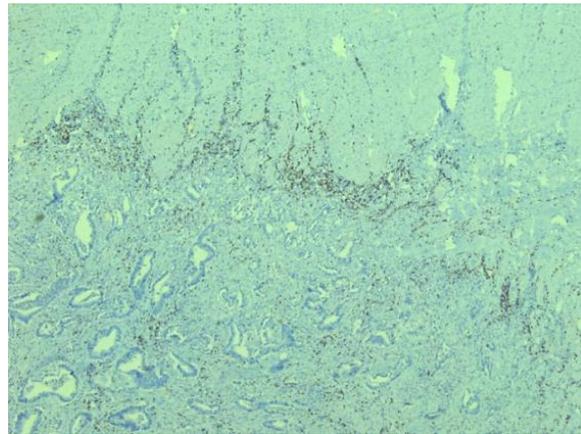


Рисунок 2 — Перитуморозной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией

Кроноподобная реакция характеризуется перитуморозной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией (рисунок 2) вплоть до формирования лимфоидных фолликулов, не ассоциированных с лимфоузлами.

Муцинозная и перстневидноклеточная аденокарциномы (рисунок 3) толстой кишки диагностируются, когда более 50 % объема новообразования составляет внеклеточная слизь/перстневидные клетки. Опухоли, где этот показатель менее 50 % (но более 10 %) обозначают как аденокарциномы с муцинозным/перстневидноклеточным компонентом (или муцинозной дифференцировкой). Прогноз при этих опухолях неоднозначен, обычно они протекают более агрессивно, но при наличии высокого уровня МСН ведут себя как высокодифференцированные.

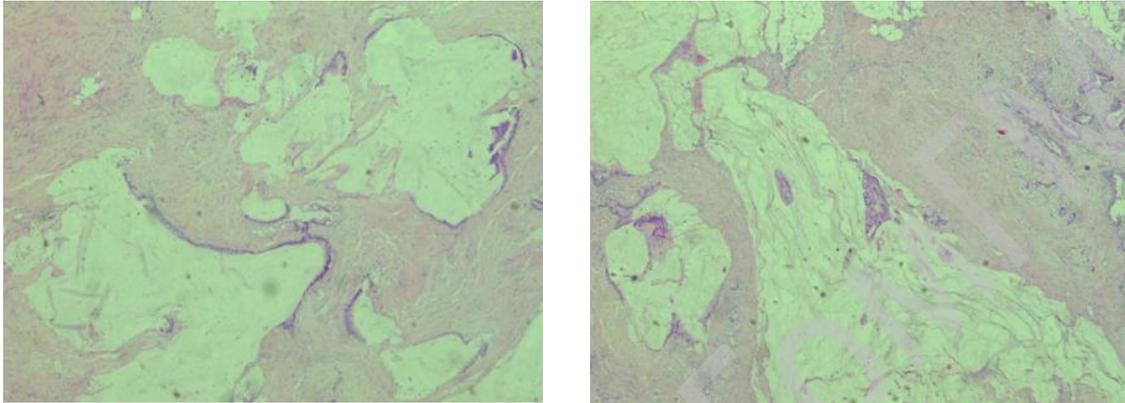


Рисунок 3 — Муцинозный компонент аденокарциномы

Лимфососудистая и периневральная инвазия (ЛСИ и ПНИ). ЛСИ — важный независимый фактор прогноза колоректальных карцином (рисунок 4.). Ее разделяют на микрососудистую и макрососудистую (венозную), а также на интрамуральную (в собственной пластинке слизистой) и экстрамуральную (в подслизистом слое).

С. Liebig et al. изучив 269 карцином толстой кишки без лимфогенных метастазов, обнаружили при пересмотре препаратов ПНИ в 22 % случаев (при первичных исследованиях она была отмечена только в 0,5 % протоколов). 5-летняя безрецидивная выживаемость без ПНИ оказалась в 4 раза выше (65 против 16 %), а 5-летняя общая выживаемость — почти в 3 раза выше (72 и 25 % соответственно). А. М. Alotaibi et al. привели аналогичные данные: 5-летняя общая выживаемость без ПНИ — 88 %, при ее наличии — 65 %. В одном из последних мета-анализов Y. Yang et al. заключили, ПНИ при колоректальном раке ухудшает прогноз заболевания. Однако, согласно их данным, основанным на 38 работах, объединивших 12661 наблюдение, показатели послеоперационной выживаемости при колоректальном раке II стадии с наличием ПНИ не отличались от таковых при раке III стадии [3].

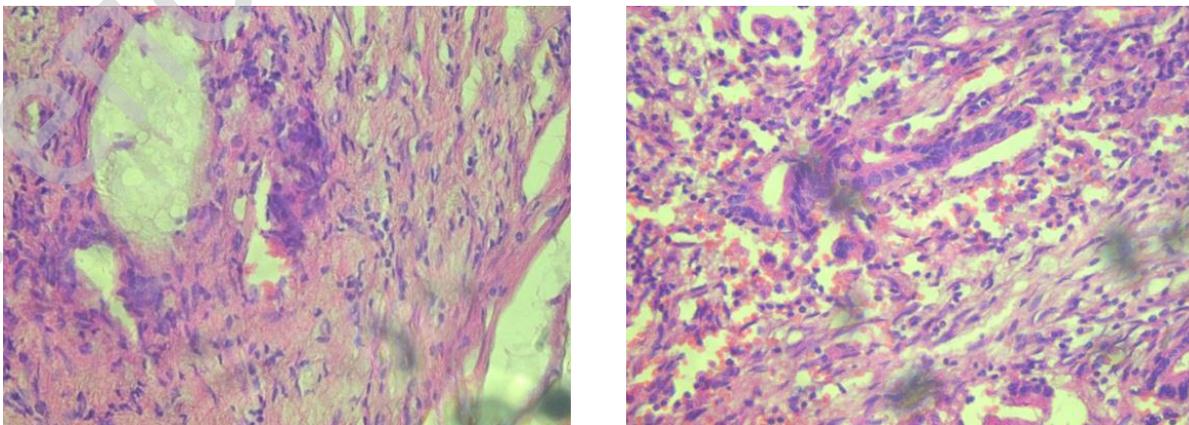


Рисунок 4 — Сосудистая инвазия

Выводы

Прогностическая роль МСН: при II стадии КРР МСН выявляется в 22 % случаев, при III стадии — в 12 %, при IV — в 2 %. Эти данные доказывают, что опухоли с высоким уровнем МСН не склонны к метастазированию и имеют благоприятный прогноз. Так же в большинстве ретроспективных исследований высокий уровень МСН ассоциирован с более высокими показателями выживаемости при КРР. Эти находки были подтверждены результатами мета-анализа 32 исследований, доказавших прогностическое значение уровня МСН у 7642 больных. При этом в исследовании РЕТАСС-3 данное прогностическое значение было выше у больных со II стадией, чем с III стадией заболевания [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности патологоанатомической диагностики колоректального рака в онкохирургической клинике (обзор литературы) / Д. П. Ковтун [и др.] // Поволжский онкологический вестник. — 2018. — № 1(33). — С. 61–64.
2. Роль микросателлитной нестабильности при раке толстой кишки / М. Ю. Федянин [и др.] // Онкологическая колопроктология. — 2012. — № 3. — С. 19–23.
3. Loughrey, M. B. Shepherd Standards and datasets for reporting cancers / M. B. Loughrey, P. Quirke // Dataset for histopathological reporting of colorectal cancer. — 2018. — P. 18–21.

УДК 616-006.66

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Здрок В. С., Жигимонт А. В.

Научный руководитель: ассистент Е. С. Зарецкая

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) в настоящее время занимает 1–2-е место в структуре заболеваемости и 2–3-е место в структуре смертности от онкологических заболеваний среди мужчин в большинстве развитых стран. Эти данные свидетельствуют о том, что вопросы профилактики, ранней диагностики и адекватного лечения РПЖ продолжают оставаться одной из актуальнейших проблем современной онкоурологии. Наиболее часто РПЖ метастазирует с током крови, поражая костномозговые пространства губчатого вещества. В силу этого закономерна локализация метастазов в скелете и отдельных костях. Излюбленной локализацией являются кости, богатые хорошо васкуляризованным костным мозгом — позвоночник, кости таза и черепа, а также грудина, ребра и проксимальные отделы длинных трубчатых костей. В трубчатых костях чаще поражается метаэпифиз, реже — диафиз. Редкими локализациями являются плечевые и локтевые кости, легкие. Именно поэтому важна ранняя лучевая диагностика РПЖ и его метастазов.

Цель

Изучить наиболее эффективный комплекс лучевых методов исследования в выявлении метастазов РПЖ.

Материал и методы исследования

Проведено статистическое исследование, объектом которого стали архивные данные 950 пациентов онкоурологического отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница». У всех пациентов морфологически верифицированный диагноз — аденокарцинома. Сумма Глисона более 4.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе работы отобрано 122 истории болезни пациентов. Возраст 45–90 лет. У всех пациентов выявлены метастазы, преимущественно в костную ткань. У 82 (67,2 %) пациентов метастазы носили множественный характер, у 32,8 % — одиночный. Для выявления метастазов были использованы: остеосцинтиграфия (ОСГ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Процентное использование данных методов следующее: ОСГ — 70 (57,4 %); ОСГ + МСКТ — 20 (16,4 %); ОСГ + МРТ-10 (8,2 %); ОСГ + МРТ + МСКТ-2 (1,6 %); МСКТ + МРТ-2 (1,6 %); МСКТ-17 (13,9 %); МРТ-1 (0,82 %). Среди всех лучевых методов выявления костных метастазов ведущее место занимает ОСГ. Это обусловлено тем, что МСКТ и МРТ основаны на анализе анатомических изменений, в то время как ОСГ выявляет метаболические изменения. При этом чувствительность МРТ при диагностике костных метастазов приближается к 100 %, специфичность до 69 %. МСКТ обладает меньшей чувствительностью 79 % и специфичностью 55 %. Учитывая, что каждый метод отличается по своей чувствительности и специфичности для получения полно диагностической картины оптимальным является комплексное применение не менее двух отличных методов.

Выводы

Наиболее часто РПЖ метастазирует в костную ткань. Поэтому для своевременной диагностики вторичных изменений в костях следует комплексное лучевое исследование (ОСГ + МРТ + МСКТ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Овчиников, В. А. Основы лучевой диагностики: пособие для студентов / В. А. Овчиников, Л. М. Губарь. — Гродно: ГрГМУ, 2016. — 362 с.

УДК 616.5-006.81-084

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕНЬ ПРОФИЛАКТИКИ МЕЛАНОМЫ В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОЙ АКЦИИ EUROMELANOMA-2018: КРАТКИЕ ИТОГИ АНКЕТИРОВАНИЯ

Зейналлы Н. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. М. Лукьянов

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

«Республиканский научно-практический центр онкологии

и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Euromelanoma — ежегодная (начиная с 1999 г.), международная, паневропейская профилактическая акция, а также информационный ресурс призванные повысить информированность населения Европы по вопросам профилактики, раннего выявления и лечения злокачественных новообразований кожи. Республика Беларусь — активный участник данной кампании с 2017 г. В 2018 г. в дне профилактики меланомы участвовало 37 европейских стран. Традиционно дата проведения события совпадает с третьим понедельником мая (в 2018 г. — 21 мая). Кампания предоставляет возможность всем обратившимся пройти на безвозмездной основе клиническое и (или) инструментальное (дермоскопия) обследование пигментных образований кожи. Актуальность проблемы своевременного выявления злокачественных новообразований кожи не вызывает сомнения, так как с каждым годом количество пациентов, у которых была диагностиро-

вана меланомы возрастает. По данным Skin Cancer Foundation, в 2019 г. ожидается увеличение количества впервые установленного диагноза меланомы на 7,7 %.

Цель

Проанализировать информированность населения по проблемам раннего выявления, лечения и профилактики новообразований кожи на основании проведенного анкетирования.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 1279 анкет участников акции «День профилактики Меланомы-2018», среди которых 405 респондентов были мужского пола, а 874 — женского. Анкета состоит из 2 блоков: 14 пунктов заполняет респондент, остальные 5 пунктов — врач-дерматовенеролог.

Результаты исследования их обсуждение

Акция Euromelanoma состоит из 3-х этапов: 1) обучение специалистов технике дермоскопии; 2) проведение скрининга; 3) дальнейшее обследование подозрительных в отношении новообразований кожи случаев в системе онкологических УЗ. Среди 1279 участников, 42,7 % пришлось на Брестскую область, 21,5 % — Минскую, 10,6 % — на Гомельскую, 9,4 % — на Витебскую, 9 % — на Гродненскую и 6,7 % на Могилевскую области. Средний возраст респондентов составил 44,7 лет. 573 участника имели высшее образование, 73 — неоконченное высшее, 441 — средне-специальное, 192 — среднее. 485 респондентов узнали о Дне профилактики Меланомы через интернет, 412 — от врача, 184 — из журналов и газет, 54 — из аптеки и 144 человека от других источников. Среди всех участников, 1095 человек знали, что солнечные лучи могут вызывать опухоли кожи, однако 925 респондентов были согласны с утверждением, что загар является признаком здоровья. 41,8 % респондентов решили участвовать в акции ввиду наличия большого количества пигментных невусов, 35,4 % решили просто обследоваться, 22,8 % по другим причинам. На вопрос «как Ваша кожа реагирует на солнце?» 16,1 % ответили, что всегда обгорают и никогда не загорают, 16,7 % — всегда обгорают, иногда загорают, 31,5 % — сначала обгорают, затем загорают и 35,7 % указали, что практически никогда не обгорают, так как являются обладателями смуглой кожи. 57,3 % опрошиваемых отметили, что посещали солярий. По данным анкетирования установлено, что находясь на открытом воздухе более 1 часа, 44,4 % никогда не пользуются солнцезащитными средствами, 41,6 % — иногда и лишь 14 % — всегда. В 70,5 %, дерматологами проводился полный осмотр, а 29,5 % — частичный. Метод дермоскопии использовался в 33,3 % случаев. При осмотре, наличие себорейных кератом было обнаружено у 33,2 % респондентов и в 21,4 % случаях — лентиго на спине. У 1,4 % всех опрошиваемых в анамнезе ранее был установлен диагноз рака кожи. 250 респондентов были направлены к онкологам по поводу подозрения на злокачественные новообразования кожи: меланому — 3,9 %, плоскоклеточный рак — 0,62 % и базальноклеточный рак кожи — 2,8 %. Выявлена прямая корреляция между появлением злокачественных новообразований кожи у респондентов, которые никогда не пользуются солнцезащитными средствами, находясь на открытом воздухе; результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Проявление злокачественных новообразований кожи у респондентов

Злокачественное новообразование	Никогда не пользовались солнцезащитными средствами на открытом воздухе (n)	Всегда пользовались солнцезащитными средствами на открытом воздухе (n)
Меланома	29	4
Базалиома	19	4
Диспластические невусы	85	17

Выводы

На основании полученных данных можно заключить: 1) не смотря на то, что большинство респондентов были информированы об онкогенном потенциале солнечного излучения, многие были согласны с утверждением, что загар является признаком здоровья — это говорит о недостаточной информированности населения о последствиях солнечного излучения; 2) по результатам анкетирования было установлено, что население практически всегда пользуется солнцезащитными средствами, когда загорает, однако без цели получения загара — пренебрегает солнцезащитными средствами; 3) основным информационным источником кампании являлся Интернет; 4) риск меланомы в, отсутствии применения солнцезащитных средств у населения Республики Беларусь возрастает в 7,25 раз, базалиомы — в 4,75 раза и диспластических невусов — в 5 раз; 4) проект Euromelanoma имеет мультидисциплинарный подход к профилактике и ранней диагностике рака кожи не только среди профильных специалистов (дерматовенерологи, онкологи, дерматопатологи), но и врачей общей практики; 5) подготовка ко дню профилактики меланомы — сложный многоэтапный процесс, в котором одно из ключевых значений приобретает обучение прикладной дерматоскопии врачей-специалистов (дерматовенерологи, онкологи, врачи общей практики).

ЛИТЕРАТУРА

1. Euromelanoma: a pan-European campaign and source of information on skin cancer, its prevention and early treatment [Electronic resource] / Mode of access: <https://www.euromelanoma.org/html>. — Date of access: 18.03.2019.

УДК 616-006.6

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ильин М. Ю., Пирогова С. О., Никулин Е. А.

Научный руководитель: ассистент О. В. Рахманова

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российской Федерации**

Введение

Онкологические заболевания — чрезвычайно распространенная в настоящее время патология, занимающая второе место среди причин смертности в Российской Федерации. Однако, ЗНО (злокачественные новообразования) — болезнь, преимущественно, пожилого возраста [2], а население неуклонно стареет: в Курской области 311 220 человек в 2017 старше 65 лет, что на 3,4 % больше аналогичного показателя в 2015 г.

Применение интенсивных схем лучевой и химиотерапии сопряжено с риском возникновения ранних и поздних осложнений. Кардиотоксический эффект лечения — активно обсуждаемая и исследуемая область медицины. Коморбидность онкологической и сердечно-сосудистой патологии является нерешенной проблемой для современного здравоохранения. При этом негативное влияние химиопрепаратов (особенно группы антрациклинов) на работу сердца известно давно. Однако и лучевая терапия сопряжена с определенным риском [1].

Важную роль в патогенезе кардиотоксичности, вызванной лучевой терапией, отводят высвобождению катехоламинов и нарушению функции ионных каналов. Данный

эффект приводит к дисбалансу симпатoadреналовой системы и патологичной работе сердца. Однако адаптационные возможности у пожилых людей невысоки и подорваны онкологическим процессом, вследствие этого вероятность возникновения или обострения сопряженной кардиологической патологии увеличивается [1, 3].

Цель

Провести анализ эффектов воздействия лучевой терапии на сердечно-сосудистую систему больных злокачественными новообразованиями старшей возрастной группы.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 60 случайно отобранных пациентов радиологического отделения «Курского клинического онкологического диспансера» со злокачественными новообразованиями (ЗНО), разделенных на основную (старше 60 лет) и контрольную группы. Все обследованные получали терапию с помощью дистанционной гамма-терапевтической установки «Theratron Equinox» согласно назначению лечащего врача-онколога. Для оценки уровня артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращения (ЧСС) использовался аускультативный метод Н. С. Короткова. АД измерялось согласно общепринятым правилам, за 15 и 20 минут до облучения, а также через такой же интервал после. Регистрация показателей проводилась в комфортных и привычных условиях палаты, а выбранные временные промежутки позволили минимизировать погрешность полученных данных, вследствие эмоционального волнения пациентов. Информация об уровне заболеваемости ЗНО взята из федеральных отчетных документов «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» МНИОИ им. П. А. Герцена. Произведена статистическая обработка полученных данных с использованием программного обеспечения «Microsoft Excel 2010», определены интенсивные и экстенсивные показатели, ошибка репрезентативности. Для оценки статистической значимости различий между исследуемыми внутри- и межгрупповыми показателями применялся t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

В 2017 г. в Курской области выявлено 5371 новый случай ЗНО, из которых 3549 (66,1 %) приходится на пациентов пожилого и старческого возраста.

В гендерной структуре полученной выборки 48,3% (29) составили пациенты мужского пола, 51,7 % (31) — женского. При рассмотрении возрастных позиций исследуемой совокупности выявлено: минимальный возраст — 33 года, максимальный — 81. Средний возраст пациентов основной группы составил 68,2 лет, контрольной — 49 лет.

Среди первичной локализации ЗНО в основной и контрольной группе наиболее частой локализацией является: молочная железа 26,7 % (в РФ 11,5 %), простата 10 % (в РФ 6,6 %) и опухоли прямой кишки (4,9 %).

В основной группе регистрация показателей АД до процедуры лучевой терапии показала увеличение значения систолического артериального давления (САД) после процедуры в среднем на 19,7 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Аналогичное исследование пациентов моложе 60 лет в контрольной группе выявило снижение САД на 6 мм рт. ст., однако данное изменение статистического значения не имеет ($p > 0,05$).

Средняя величина диастолического артериального давления (ДАД) в контрольной группе достоверно уменьшилась с $80,2 \pm 3,7$ до $72,5 \pm 3,5$ ($\Delta = 7,7$).

Анализ показателя ЧСС среди пациентов пожилого и старческого возраста выявил учащение работы сердца после гамма-терапии на 11,7 ударов в минуту ($p < 0,05$).

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительная характеристика основной и контрольной групп (n = 30) до и после облучения, M ± m

Показатель		Основная группа (средний возраст 68,2 лет), n = 30	Контрольная группа (средний возраст 49 лет), n = 30
До облучения	САД	131,4 ± 5,2 ¹	122,3 ± 4,8
	ДАД	80,3 ± 3,9	80,2 ± 3,7 ¹
	ЧСС	72,6 ± 3,5 ¹	73 ± 3,9
После облучения	САД	151,1 ± 6,0 ¹	116,3 ± 5,1
	ДАД	86,9 ± 4,0	72,5 ± 3,5 ¹
	ЧСС	84,3 ± 3,9 ¹	71,3 ± 4,2

Примечание: ¹ достоверность различий между показателями (p < 0,05).

Выводы

1. В результате проведенного исследования было установлено влияние радиологической терапии на работу сердечно-сосудистой системы. Особенно выраженные изменения выявлены среди пациентов пожилого и старческого возраста. В исследуемой группе радиотерапия вызывает повышение САД и ЧСС, что не зарегистрировано в контрольной группе больных.

2. Пациенты старше 60 лет со ЗНО нуждаются в более пристальном внимании к себе, вследствие высокого риска возникновения коморбидной кардио-васкулярной патологии.

3. Выявлена необходимость проведения дальнейших исследований, в которых будет решен вопрос об отдаленном кардиотоксическом эффекте радиологического лечения ЗНО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поражение сердца при лечении современными противоопухолевыми препаратами и лучевые повреждения сердца у больных с лимфомами / Е. И. Емелина [и др.] // Клиническая онкогематология. — 2009. — № 2 (2). — С. 152–160.

2. Каприн, А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2019.

3. Овчинникова, Е. Г. Проблема профилактики ассоциированной сердечно-сосудистой патологии у онкологических больных в процессе проведения полихимиотерапии / Е. Г. Овчинникова, Т. П. Клейментьева // Медицинский альманах. — 2014. — № 3 (33). — С. 159–161.

УДК 616.36-006.6-036.22 (575.2)

ПРОГНОЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Исаматов Б. К.¹, Сатыбалды М. Б.², Мукашева Н. М.²

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ж. Ж. Жолдыбай^{1,2}

¹Акционерное общество

«Национальный медицинский университет»,

Акционерное общество

«Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии»

г. Алматы, Республика Казахстан

Введение

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) — наиболее распространенное первичное злокачественное новообразование печени (до 95 %), характеризующееся прогрессирующим ростом, поздней выявляемостью, неблагоприятным прогнозом и низкой выживаемостью [1, 2]. Ежегодно во всем мире регистрируется более 600 тыс. впервые выявленных случаев ГЦК [3]. ГЦК один из наиболее актуальных медицинских и соци-

альных проблем в мире и в Республике Казахстан. Последние годы (2007–2017 гг.) в Казахстане отмечается повышение показателей заболеваемости ГЦК до 5,5 случаев на 100 тыс. (‰) населения, а показатель смертности остается на высоком уровне (ежегодно умирают около 1000 человек) [4].

Цель

Провести прогностический тест показателей заболеваемости и смертности ГЦК в Республике Казахстан на период 2018–2022 гг.

Материал и методы исследования

Анализ основан на официальных данных Комитета по статистике и данных электронного регистра онкологических заболеваний по РК за 2007–2017 гг. Были использованы данные впервые выявленных в жизни случаях ГЦК. В ходе анализа использовали стандартизированные коэффициенты заболеваемости и смертности (Европейский стандарт возраста), включая методы демографической и математической статистики. Для проведения статистических тестов и построения динамических графиков основных показателей ГЦК были использованы пакеты «SPSS» и «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Всего за период с 2007 по 2017 гг. в РК зарегистрировано 8615 больных первичного рака печени, из них 59 % — мужчины, 41 % — женщины. При анализе уровня заболеваемости первичного рака печени в период с 2007 по 2017 гг. среднегодовой прирост составил 1,3 %. Если показатель заболеваемости ГЦК в 2007 г. составил 5,6 ‰, то в 2013 г. снизился до 4,7 ‰. Однако в последние годы уровень заболеваемости ГЦК постепенно растет и в 2017 г. достиг 5,5 ‰, что на 10,9 % больше по сравнению с показателем 2016 г. Анализ динамики изменений показателя смертности показал, что за исследуемый период смертность ежегодно снижается, и имеет тенденцию к дальнейшему снижению.

Для прогнозирования на последующие 5 лет (2018–2022 гг.) показателей заболеваемости и смертности ГЦК в Республике Казахстан был проведен регрессионный анализ. По данным которого коэффициент аппроксимации R^2 по показателям заболеваемости и смертности составил 0,64 и 0,92 соответственно, а стандартная ошибка R^2 составил 0,23 и 0,15 % соответственно ($p = 0,017$; $p < 0,001$). Поскольку стандартная ошибка R^2 меньше 15 %, то полученные данные имеют достоверную значимость, соответственно можно использовать в качестве регрессии. Проверка значимости модели регрессии проводилась с использованием F — критерия Фишера (таблица 1).

Таблица 1 — Определение значимости модели регрессии по показателям заболеваемости и смертности ГЦК 2007–2017 гг. с использованием F — критерия Фишера.

Year / indicator (per 100 000 population)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Approximation coefficient R^2	Standard error R^2	p-value
Incidence	5,6	5,6	5,5	5,2	4,9	4,8	4,7	5,1	5,4	4,9	5,5	0,64	0,23	0,017
Mortality	4,8	4,8	4,5	4,8	4,2	4,2	4,2	3,9	3,8	3,6	3,3	0,92	0,15	<0,001

При использовании полиномиальной кривой второй степени для построения линии тренда по показателям заболеваемости ГЦК 2007–2017 гг. был получен нарастающий тренд, что прогнозирует рост заболеваемости ГЦК последующие 5 лет. Также для показателя смертности был построен линейный тренд, который имел нисходящую линию, что прогнозирует снижение смертности последующие 5 лет (рисунок 1).

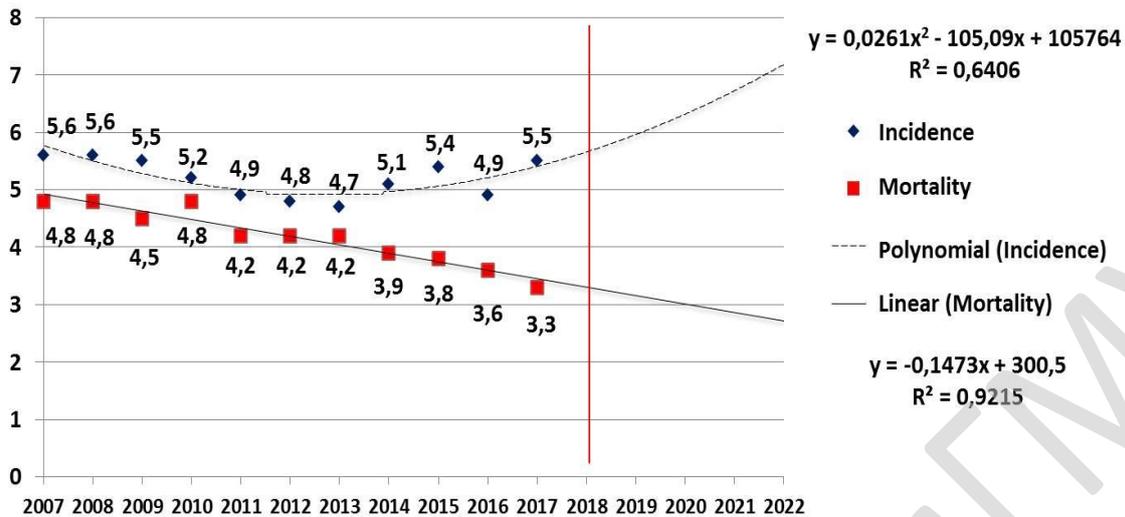


Рисунок 1 — Построение линии тренда для прогнозирования показателей заболеваемости и смертности ГЦК у обоих полов на последующие 5 лет на основе данных за период 2007–2017 гг.

Выводы

Таким образом, отмечается ежегодный прирост показателя заболеваемости ГЦК в Республике Казахстан. По данным регрессионного анализа и построения линии тренда, результаты прогностического теста показали дальнейший рост показателя заболеваемости и снижение показателя смертности ГЦК у обоих полов в последующие 5 лет в стране. Предполагается, что рост заболеваемости связан с увеличением количества лиц группы риска (пациенты с вирусными гепатитами В и С, циррозом печени), а также проводимыми мерами по ранней и уточняющей диагностике ГЦК. Снижение смертности связывается с применением эффективных методов в тактике лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брей, Ф. Переходы в развитии человека и глобальное бремя рака / Ф. Брей, Б. Стюарт. — Лион: IARC Press, 2014. — С. 42–55.
2. Kulik, L. M. Evaluation and management of hepatocellular carcinoma / L. M. Kulik, A. Chokechanachaisakul // Clin Liver Dis. — 2015. — № 19. — P. 23–43.
3. Asia-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma / Masao Omata [et al.] // Hepatol Int. — 2017. — № 11. — P. 317–370.
4. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2007–2017 гг. (статистические данные). — Алматы: КазНИИОиР, 2008–2018. — P. 150–192.

УДК 616.345-006-6-089

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Козловский Д. С., Рудомин С. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент П. С. Неверов

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ в мире диагностируется более 500 тыс. новых случаев колоректального рака ежегодно. В настоящее время злокачественные опухоли прямой и тол-

стой кишки занимают второе место в структуре летальности среди онкологических больных. Вместе с тем пациенты с осложненными формами колоректального рака как правило госпитализируются в хирургические стационары по месту жительства.

Цель

Провести сравнительный анализ ближайших результатов хирургического лечения, осложненного колоректального рака в условиях общехирургического стационара.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 192 пациентов, проходивших лечение в УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в 2013–2017 гг. по поводу лечения колоректального рака (рубрики МКБ-10 — C18–C21) с осложнениями в виде: перфорации опухоли и перитонита, кишечной непроходимости, кишечного кровотечения и других осложнений. Колоректальный рак, осложненный кишечной непроходимостью — 104 (54,2 %) пациента, перфорацией опухоли и перитонитом — 21 (10,9 %) пациент, кровотечением — 58 (30,2 %) пациентов, другими осложнениями — 9 (4,7 %) пациентов. В зависимости от объема хирургического вмешательства пациенты были разделены на группы: группа А — пациенты, которым выполнялось выведение декомпрессивной стомы или наложение обходного соустья без удаления опухоли; группа Б — пациенты, которым была выполнена резекция кишки с опухолью и формированием декомпрессивной стомы (подгруппа Б1) или первичного анастомоза (подгруппа Б2). Обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ «IBM SPSS Statistika» 23.0 с использованием критерия Ливиня F для независимых выборок.

Результаты исследования и их обсуждение

В выборку вошло 92 (47,9 %) женщины и 100 (52,1 %) мужчин, средний возраст составил $68,9 \pm 0,8$ (M \pm m) лет. В 23 случаях явления непроходимости разрешились на фоне проведения лечебно-диагностического приема. У одного больного пассаж по кишечнику удалось восстановить путем эндоскопического стентирования. У 49 пациентов с явлениями кишечного кровотечения гемостаз достигнут консервативными мероприятиями, 5 случаев признаны некурабельными. Оперировано 111 (57,3 %) пациентов: 82 по поводу нарушения пассажа по кишечнику, 20 по поводу перфорации и перитонита, 4 по поводу распада опухоли и кровотечения, 5 по поводу других осложнений. Из них удаление первичной опухоли не производилось при отсутствии перфорации и (или) кровотечения у 18 (16,2 %) пациентов. В этой группе (А) выписаны с улучшением — 17 (94,4 %), выписан без перемен — 1 (5,5 %), летальных исходов не было. В группе Б (93 пациента) исходы следующие: выписаны с улучшением — 76 (81,7 %), выписаны без перемен — 2 (2,2 %), умерло 15 (16,1 %) пациентов. Различия в уровне летальности между группами А и Б достоверны (0 и 16,1 %; F = 13,749, p < 0,0001).

Из 53 пациентов подгруппы Б1 выписано с улучшением 42 (79,2 %), выписан без перемен — 1 (1,9 %) пациент, летальность составила 18,9 % (n = 10). В подгруппе Б2 (n = 40) умерло 5 (12,5 %) пациентов. Тем не менее, указанные различия не являются достоверными (F = 2,827; p = 0,096).

Выводы

В условиях общехирургического стационара паллиативные хирургические вмешательства без удаления первичной опухоли демонстрируют лучшие ближайшие результаты лечения колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью (F = 13,749, p < 0,0001). При выполнении резекции кишки с опухолью не отмечено достоверных различий уровня летальности после формирования декомпрессивной стомы или первичного анастомоза (F = 2,827; p = 0,096), выбор объема вмешательства скорее зависит от опыта операционной бригады и тяжести состояния пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Е. Е. Ачкасов [и др.] // Колопроктология. — 2009. — № 3. — С. 17–23.
2. Дмитриев, М. О. Хирургическое лечение осложненного колоректального рака у лиц пожилого и старческого возраста (тактика, ближайшие и отдаленные результаты): дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 2007. — 130 с.
3. Колоректальный рак. Выбор хирургической тактики при толстокишечной непроходимости / М. Д. Ханевич [и др.]. — СПб.: Аграф+, 2008. — 136 с.

УДК 577.27:615.277.3:616-097

**ОЦЕНКА ИММУНОТОКСИЧНОСТИ АТИПИЧНОГО
ЦИТИДИНОПОДОБНОГО НУКЛЕОЗИДА ГЕМЦИТАБИНА**

Кончак В. В., Солонец К. М., Наборовская А. М.

Научный руководитель: к.м.н. К. И. Павлов

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Иммунотоксикология является разделом иммунологии, использующим методологию токсикологических экспериментов. В оценке иммунотоксических эффектов сейчас активно применяют методы *in vitro* токсикологии. Для разработки и внедрения данных методов требуются референсные лекарственные средства в качестве контролей. Гемцитабин — новое цитидиноподобное лекарственное средство из группы антиметаболитов, применяющееся для лечения рака поджелудочной железы, рака легкого, рака молочной железы [1, 2]. Гемцитабин крайне токсичен в отношении опухолевых клеток [3]. В силу данного свойства гемцитабин может являться эффективным референсным химическим веществом для оценки токсического эффекта на культурах клеток при разработке методов *in vitro* токсикологии.

Цель

Оценить иммунотоксический эффект гемцитабина для культур клеток селезенки крысы.

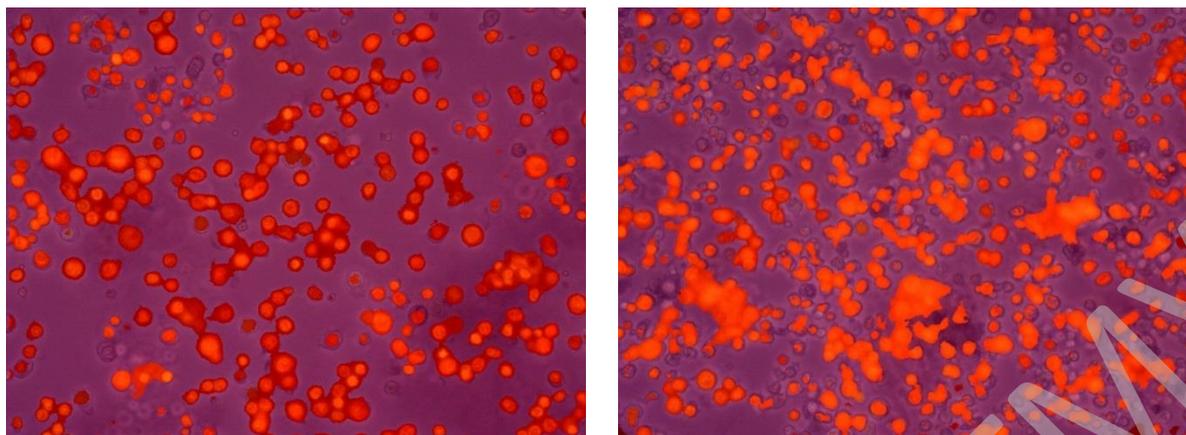
Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили культуры клеток селезенки крыс Wistar. Выполнялась оценка жизнеспособности клеток после инкубации при температуре 37 °С в растворах лекарственного средства атипичного нуклеозида гемцитабина «Эмтаз» (Хетеро Лабс, Индия) различной концентрации с использованием витальных красителей трипанового синего, пропидия йодида для световой и флуоресцентной микроскопии при помощи микроскопа ZEISS Axio Vert. A1. Обработка полученных изображений осуществлялась с помощью графического редактора «Adobe Photoshop CC».

Результаты исследования и их обсуждение

Иммунотоксические эффекты гемцитабина на культуру клеток селезенки крысы носили схожий характер в диапазоне концентраций между 30 мг/10 млн клеток и 70 мг/10 млн клеток. Инкубация носила краткосрочный характер (1 ч). Тем не менее, как для световой микроскопии с использованием витального красителя трипанового синего, так и для флуоресцентной микроскопии с использованием пропидия йодида наблюдалась высокая гибель клеток.

При использовании гемцитабина в концентрации 30 мг/10 млн клеток количество мертвых клеток составило 83,5 %, а в концентрации 70 мг/10 млн клеток количество мертвых клеток составило 85 % (рисунок 1а, б).



а

б

Рисунок 1 — Инкорпорация пропидия йодида культурой клеток селезенки крысы при использовании гемцитабина в концентрациях 30 мг (а) и 70 мг б) на 10 млн клеток. Показана сходная интенсивность инкорпорации витального красителя пропидия йодида.

Выводы

Оценка иммунотоксического эффекта гемцитабина для культур клеток селезенки крысы выявила крайне высокую токсичность гемцитабина, проявляющуюся в виде гибели подавляющего большинства клеток (более 80 %) при использовании концентрации атипичного нуклеозида свыше 30 мг/10 млн клеток. Данное свойство позволяет использовать атипичный нуклеозид гемцитабин в качестве референсного при токсикологических исследованиях *in vitro* при оценке иммунотоксичности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гильдеева, Г. Н. Сравнительное изучение цитостатического эффекта препаратов гемцитабина / Г. Н. Гильдеева, А. В. Семейкин // Химико-фармацевтический журнал. — 2009. — № 2. — С. 11–14.
2. Role of NF- κ B and Akt/PI3K in the resistance of pancreatic carcinoma cell lines against gemcitabine-induced cell death / A. Arlt [et al.] // Oncogene. — 2003. — № 22. — С. 3243–3251.
3. Inhibition of cell proliferation, cytotoxicity and induction of apoptosis of 1,4-bis (1-naphthyl)-2,3-dinitro-1,3-butadiene in gastrointestinal tumour cell lines and preliminary evaluation of its toxicity *in vivo* / C. Dell'Erbaa [et al.] // Pharmacological Research. — 2005. — № 52. — С. 271–282.

УДК 616.65-006.04-08(476.2-25)«2013–2017»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В 2013–2017 ГГ.

Костина Ю. М., Михальченко В. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологических заболеваний ряда стран, тем самым привлекая пристальное внимание клиницистов мира. За последние годы в РБ наблюдается значительный рост числа ежегодно регистрируемых случаев РПЖ [1]. Следовательно, РПЖ является одной из важных проблем онкоурологии. Получили широкое применение при обследовании пациентов с подозрени-

ем на РПЖ современные диагностические клиничко-лабораторные и клиничко-инструментальные методы исследований. В последние годы тактика лечения РПЖ претерпела значительные усовершенствования [2]. В настоящее время способами радикального лечения локализованного РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ), дистанционная лучевая терапия, брахитерапия. В связи с многообразием методов лечения является актуальной проблемой выбора конкретной технологии лечения, оценки ее эффективности.

Цель

Проанализировать группу пациентов с РПЖ, находившихся на обследовании и лечении в ГОКОД за 2013–2017 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 826 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ГОКОД за 2013–2017 гг. с диагнозом РПЖ. Все пациенты были разделены согласно типу лечения на 4 группы. Для статистической обработки все данные о больных и результатах их лечения формализованы с помощью разработанного кодификатора и внесены в базу данных, созданную на основе электронных таблиц «Excel». Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью непараметрических методов при помощи программы «Statistica» 8.0. Выборочные характеристики представлены в виде средней \pm ошибка средней. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были обработаны данные 826 пациентов с диагнозом РПЖ с установленной 1–2 стадией. Из них 669 (81 %) пациентов городского населения, 157 (19 %) пациентов — сельского. Умершие от интеркуррентных заболеваний ($n = 52$) приравниваются к выжившим из-под наблюдения.

Диагноз у всех пациентов гистологически верифицирован. Встречались: светлоклеточная аденокарцинома — у 343 (44 %) пациентов, ацинарно-клеточная карцинома — у 244 (32 %) пациентов, аденокарцинома — 152 (20 %) пациентов, малодифференцированная форма — у 24 (4 %) пациентов.

Был произведен анализ результатов лечения пациентов и разделение их на 4 группы по данному признаку. Распределение больных в группах в зависимости от стадии и возраста было сопоставимым. В 1-ю группу входили пациенты, получившие только хирургическое лечение ($n = 414$) — орхэктомия, радикальная простатэктомия либо комбинация двух операций; во 2-ю группу вошли пациенты, которым была проведена дистанционная лучевая терапия ($n = 59$); в 3-ю группу ($n = 19$) вошли пациенты, которым была проведена брахитерапия; в 4-ю группу ($n = 120$) вошли пациенты, получившие комплексное лечение: хирургическое + лучевая терапия.

Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $67,4 \pm 3$ года, во 2-й группе — $70,2 \pm 2,9$ лет, в 3-й группе — $62,2 \pm 3,2$ года, в 4-й группе — $68,7 \pm 2,1$ лет.

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 1-й группы составила: $97,18 \pm 3,27$; $95,5 \pm 3,5$; $84,3 \pm 4,7$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2-, 5-летняя выживаемость составила $98,1 \pm 3,2$; $97,2 \pm 3,27$; $90,7 \pm 3,2$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 2-й группы составила: $95,4 \pm 2,9$; $92 \pm 4,1$; $79,08 \pm 3,3$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2-, 5-летняя выживаемость составила $95,8 \pm 2,7$; $93,01 \pm 4,2$; $80,31 \pm 3,1$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1- и 2-летняя выживаемость для 3-й группы составила: $97,28 \pm 1,7$ и $96,98 \pm 2,3$ % соответственно. Скорректированная 1- и 2-летняя выживаемость составила $98,01 \pm 1,9$ и $97,1 \pm 2,5$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 4-й группы составила: $96,34 \pm 2,1$; $95,3 \pm 1,9$; $94,2 \pm 2,2$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2- 5-летняя выживаемость составила: $96,9 \pm 2,2$; $96 \pm 2,1$; $95,1 \pm 3$ % соответственно ($p < 0,05$).

Выводы

1) в ГОКОД с 2013 по 2017 гг. находилось на обследовании и лечении 826 пациентов с РПЖ 1–2 стадией;

- 2) по нашим данным, РПЖ чаще встречался среди городского населения (81 % случаев);
- 3) диагноз у всех пациентов гистологически верифицирован. Преобладает светлоклеточная аденокарцинома — у 343 (44 %) пациентов;
- 4) по типу лечения все пациенты были разделены на 4 группы. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $67,4 \pm 3$ года, во 2-й группе — $70,2 \pm 2,9$ лет, в 3-й группе — $62,2 \pm 3,2$ года, в 4-й группе — $68,7 \pm 2,1$ лет.
- 5) по нашим данным доказана эффективность применения хирургического метода лечения, дистанционной лучевой терапии, брахитерапии и комплексное лечение РПЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ № 60 от 6 июля 2018 об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». — Минск, 2018. — 549 с.
2. Зырянов, А. В. Брахитерапия в лечении больных локализованным раком предстательной железы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / А. В. Зырянов, А. А. Баженов, А. В. Машковцев // Уральский медицинский журнал. — 2009. — № 11 (65). — С. 3536.

УДК 616.36-006:615.849.1(476.2)

ОПЫТ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Кудрова А. А., Татару О. О.

Научный руководитель: ассистент *Т. Н. Нестерович*

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

Введение

В связи с ростом уровня заболеваемости и смертности от опухолевых поражений печени, их лечение остается актуальной и сложной задачей в онкологии. Чаще встречается метастатическое поражение печени, чем первичное [1]. Наиболее характерно метастазирование в печень при колоректальном раке, раке желудка, молочной железы, легкого и поджелудочной железы. Хирургическое лечение остается основным для пациентов со злокачественными новообразованиями печени. Альтернативой хирургическому удалению могут быть методы локального воздействия на опухолевый очаг, к которым относится радиочастотная абляция (РЧА). Данный метод позволяет производить термическое разрушение опухоли под воздействием высокочастотного радиоизлучения. Создаваемые генератором колебания ионов приводят к постепенному нагреву и разрушению ткани опухолевого очага и прилегающей паренхимы печени. Нагрев ткани в ходе РЧА снижает резистентность опухоли к химиопрепаратам [2]. В настоящее время применяются три способа РЧА: чрескожно, лапароскопически и из лапаротомного доступа под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) или компьютерной томографии (КТ). РЧА является относительно безопасным методом. Общая частота осложнений не превышает 7–10 %, а летальность составляет от 0 до 2 % [3].

Цель

Оценить непосредственные результаты РЧА метастатического поражения печени.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в онкологическом абдоминальном отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2014 по 2017 гг. Всем пациентам была выполнена РЧА метастатического очага печени.

Результаты исследования и их обсуждение

РЧА метастатических очагов печени была выполнена в 27 случаях 24 пациентам в возрасте от 45 до 81 года. Из них мужчин было 16 (66,7 %), а женщин — 8 (33,3 %). При этом 3 пациентам (1 мужчине и 2 женщинам) РЧА выполнялось дважды.

В зависимости от локализации первичной опухоли пациенты распределились следующим образом: 18 (75 %) пациентов было с диагнозом колоректальный рак, 3 (12,5 %) — с раком почки, 2 (8,3 %) — с первичным раком печени, 1 (4,2 %) — с гастроинтестинальной стромальной опухолью тонкой кишки.

Во всех случаях РЧА метастатического очага печени выполнялась в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом под контролем УЗИ. Длительность аппликации в среднем составляла 15 минут. В 12 (44,5 %) случаях для выполнения РЧА использовали лапаротомный доступ, в 15 (55,5 %) — РЧА выполнялась чрескожно.

4 (14,8 %) пациентам РЧА выполнялось одномоментно с удалением первичного опухолевого очага. Из них в 2 случаях производилась передняя резекция прямой кишки и по 1 случаю — правосторонняя и левосторонняя гемиколэктомия. Еще в 1 (4,2 %) случае одномоментно с РЧА был удален метастатический очаг, локализовавшийся в области диафрагмы. 2 (8,3 %) пациентам выполнена реконструкция пассажа по ЖКТ одномоментно с РЧА печени.

В послеоперационном периоде осложнения развились в 1 (4,2 %) случае. У пациента, которому выполнялась РЧА печени с одномоментным удалением метастатического очага в области диафрагмы, развилась спаечная тонкокишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии. Случаев послеоперационной летальности не было.

Выводы

1. Чаще всего РЧА выполнялась при поражении печени метастазами колоректального рака (в 18 (75 %) случаях).

2. Непосредственные результаты РЧА метастатического очага печени можно считать удовлетворительными, а сам метод относительно безопасным, поскольку частота послеоперационных осложнений составила 4,2 %, а случаев послеоперационной летальности не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Непосредственные и отдаленные результаты оперативных вмешательств на печени / И. В. Михайлов [и др.] // Актуальные проблемы медицины: сборник науч. стат. Респ. науч.-практ. конф. с межд. участ., посвящ. 25-летию основ. учреж. образ. «Гом. гос. мед. универ.» (Гомель, 5–6 ноября 2015 года) / Гомель: ГомГМУ; редкол.: А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель, 2015. — С. 674–676.

2. Наумов, Е. В. Радиочастотная абляция метастатических опухолей печени / Е. В. Наумов, А. В. Ларюков, Р. С. Куртасанов // Поволж. онкол. вестник. — 2017. — № 1(28). — С. 49–53.

3. Радиочастотная абляция как вспомогательный и окончательный метод лечения метастатического поражения печени у больных колоректальным раком / Э. Э. Топузов [и др.] // Вестник Сев.-Зап. гос. мед. универ. им. И. И. Мечникова. — 2017. — Т. 9, № 1. — С. 7–14.

УДК 618.19-006.04-07-052(476.2)«2016/2018»

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЗАБОЛЕВШИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ СКРИНИНГА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016–2018 ГГ.

Лось Д. М., Курбатова С. О., Селюнина А. С.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В большинстве стран мира рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости женщин. Стандартизованный пока-

затель заболеваемости (СЗ) РМЖ (стандарт World) в Гомельской области составляет 52,8 — за 2016 г., 56 — за 2017 г., 59 — за 2018 г. [1]. Городские женщины болеют РМЖ чаще, чем сельские: соответствующее абсолютное число заболевших составляет в 2018 г. — 623 и 142 человека [1]. Раннее выявление РМЖ в городских условиях обусловлено большей доступностью медицинской помощи и широким использованием маммографического исследования [2]. Об улучшении своевременной диагностики свидетельствует информация о реализации государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность в РБ» на 2016–2020 гг. [3]. Исследования с целью диагностики РМЖ (маммография) в Гомельской области проведены у более 14 тыс. женщин в возрасте 50–69 лет, при этом выявлено 72 случая РМЖ, из них в ранних стадиях 63 (87,5 %) случая [4]. Отмечается стойкое снижение доли случаев РМЖ III–IV стадии: с 22,1 % — в 2016 г. до 15,3 % — в 2018 г. [4]. В то же время наблюдается увеличение заболеваемости РМЖ женщин фертильного возраста, что впоследствии отрицательно сказывается на демографической картине страны [5]. В связи с этим представляется актуальным обратить внимание не только на стандартизованные показатели заболеваемости, но и провести анализ данных пациентов, выявленных при скрининге РМЖ. Полученные данные могут быть использованы для планирования диагностических и лечебных мероприятий.

Цель

Проанализировать выявленные при скрининге случаи РМЖ в течение 2016–2018 гг. с учетом стадий заболевания, возраста, места жительства и летальности пациентов.

Материал и методы исследования

Источники информации: скрининговые данные пациентов Гомельской области в 2016–2018 гг. с разделением по месту жительства и возрасту на момент установления диагноза. Исследованы: статистические данные БКР по Гомельской области и сводные данные по скринингу в Республике Беларусь.

Результаты исследования и их обсуждение

В Гомельской области отмечено увеличение абсолютного числового значения (АЧЗ) РМЖ в течение периода наблюдения: 699 случаев — в 2016 г., 719 случаев — в 2017 г., 765 случаев — в 2018 г. Прирост заболевших составил 1,09 раз. АЧЗ заболевших жителей города составило: 564 случая — в 2016 г., 569 случаев — в 2017 г., 623 случая — в 2018 г. Соответствующие показатели для жителей села: в 2016 г.— 135, 2017 г.— 150, 2018 г. — 142. Это свидетельствует о преобладании АЧЗ жителей города над жителями села: в 4,18 раз — в 2016 г., в 3,8 раз — в 2017 г., в 4,39 раз — в 2018 г. Число заболевших РМЖ в городе возросло в 1,77 раза, в селе — в 1,36 раз.

Динамика АЧЗ РМЖ в разных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Число случаев заболевания РМЖ в возрастных группах

Показатели	Возрастные группы, лет											
	до 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	более 79
АЧЗ в 2016 г.	2	6	19	38	58	67	113	94	109	55	71	62
АЧЗ в 2017 г.	4	8	30	56	57	80	102	98	98	60	70	56
АЧЗ в 2018 г.	4	14	29	47	61	83	102	116	126	64	50	69
Рост	2	2,3	1,5	1,2	1,1	1,2	-0,9	1,2	1,2	1,2	-0,7	1,1

Наибольшее увеличение АЧЗ зарегистрировано среди пациенток в возрасте 60–64 лет, а также в возрастной группе старше 65–69 лет. Доля АЧЗ в 2016 году в возрастных группах составила: до 45 лет (репродуктивного возраста) — 9,3 %, до 60 лет (тру-

доспособные) — 43,3 %, более 60 лет — 55,9 %; в 2018 г.: до 45 лет (репродуктивного возраста) лет — 12,3 %, до 60 (трудоспособные) лет — 44,4 %, более 60 лет — 55,5 %. Динамика АЧЗ 2016–2018 гг. увеличилась в возрастных группах: до 45 лет — в 1,3 раз, до 60 лет (трудоспособные) — 1,6 раза; уменьшилась в возрастных группах: старше 60 лет — в 1,02 раза.

Результат и стоимость лечения любого злокачественного новообразования в значительной степени зависит от стадии заболевания. Поэтому особое значение имеют данные, отражающие качество диагностики, то есть распределение случаев РМЖ по стадиям у впервые выявленных при скрининге больных [1]. Соответствующие показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение случаев РМЖ (выявленных при скрининге) по стадиям

Год	Всего случаев (n)	Из них выявлено при скрининге (n, %)	I (n, %)	II (n, %)	III (n, %)	IV (n, %)
2016	699	27 (3,8)	10 (37,1)	13 (48,1)	4 (14,8)	0
2017	719	41 (5,7)	17 (41,5)	22 (53,7)	2 (4,9)	0
2018	765	72 (9,4)	39 (54,2)	24 (33,3)	9 (12,5)	0

Большинство случаев РМЖ выявлены в I–II стадии заболевания. С учетом доступности РМЖ для визуальной и пальпаторной диагностики, проводимых скрининговых исследований следует считать достижимым дальнейшее снижение случаев выявления РМЖ в III–IV стадиях. Отношение показателя смертности к показателю заболеваемости позволяет оценить своевременность диагностики и качество лечения РМЖ, за период с 2016 по 2018 гг. этот показатель в Гомельской области остался неизменным и составил 0,24. Показатель одногодичной летальности наиболее отчетливо характеризует уровень своевременной диагностики, качество и результативность лечения. В Гомельской области в течение периода исследования одногодичная летальность при РМЖ находилась в пределах от 24,9 до 23,8 %. Это в целом соответствует распределению заболевания по стадиям.

Вывод

АЧЗ РМЖ в Гомельской области в 2016–2018 гг. увеличилось в 1,09 раз. Наибольший прирост отмечен в возрастных группах 60–64 года, а также в возрастной группе 65–69 лет (в 1,2 и 1,2 раза соответственно). Прирост АЧЗ за период 2016–2018 гг. для жителей города Гомеля составил 1,1, для жителей села — 1,05 раз. Большинство пациентов выявлено в I–II ст. РМЖ. Это распределение подтверждается отношением смертность/заболеваемость, который за период исследования в Гомельской области составил 0,24 (2016–2018 гг.), а также одногодичной летальностью, которая за 2016–2018 гг. находилась в пределах от 24,9 до 23,8 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — С. 45–70.
2. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Минск: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
3. О здоровье населения государства: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 14 марта 2016 г., № 200 // Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2016.
4. Регистр РБ – 2019: пациенты, заболевшие раком [электронный ресурс]. — Электрон. тестовые дан. и прогр. — Минск, 2019.
5. Половозрастная структура населения Гомельской области за 2016–2018 гг.: главное статистическое управление Гом. обл., 1 января 2018 г. — Гомель, 2018.

УДК 616.231-089.85-006.6

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ, АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ, АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗАХ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Тихманович Е. Е., Куцабенко И. Г., Пономарев Д. М., Березняцкий А. В.

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

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

Введение

Стенозы трахеи развиваются при различных злокачественных новообразованиях. Наиболее частая причина опухолевого стеноза трахеи — первичный рак легкого, при котором опухоль может распространяться из долевых и главных бронхов в просвет трахеи, либо сдавливать ее извне (компрессионный стеноз), в том числе и за счет лимфатических узлов, пораженных метастазами. Злокачественные опухоли средостения, пищевода, щитовидной железы чаще осложняются компрессионным стенозом трахеи или имеют смешанный тип роста [3].

Злокачественные опухоли легкого занимают 1-е место (20–30 %) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения развитых стран. Первичные злокачественные опухоли гортани и трахеи составляют соответственно 1–4 % и 4–5 % злокачественных новообразований человека и в 50–60 % и 63–75 % случаев встречаются у мужчин. В 71–85 % случаев рака трахеи возраст больных составляет от 20 до 40 лет, рака гортани — 60–70 лет [1]. Описаны единичные наблюдения метастазов в стенку трахеи при раке молочной железы, почки и меланоме кожи.

Нарастающий опухолевый стеноз трахеи часто является причиной возникновения жизнеугрожающих состояний и смертности пациентов с онкологическими заболеваниями. К примеру, около 20 % больных раком легкого умирают от удушья, связанного с опухолевой обтурацией или сдавлением трахеи [2].

Стентирование в настоящее время является перспективным методом восстановления проходимости дыхательных путей и позволяет ликвидировать стеноз и предотвратить явления асфиксии. Хотя стентирование не лишено таких долгосрочных и краткосрочных проблем, как миграция, рестенозирование, обтурация секретом и кровохарканье, выбор подходящей формы и размера стента позволяет достичь обнадеживающих результатов лечения [3].

Цель

Анализ результатов лечения пациентов с опухолевыми стенозами при онкопатологии гортани, трахеи и бронхов стентированием, аргоноплазменной коагуляцией с последующей реканализацией просвета.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 20 амбулаторных пациентов с опухолевыми стенозами на фоне онкопатологии гортани, трахеи и бронхов, находящихся на лечении на базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2016 по 2017 гг. При статистическом анализе использовался пакет «Excel 2010» с параметрическим анализом.

Результаты исследования и их обсуждение

Были проанализированы медицинские карты, протоколы эндоскопических манипуляций 20 амбулаторных пациентов с онкопатологией гортани, трахеи и бронхов,

находящихся на лечении на базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2016 по 2017 гг. Среди них 3 (15 %) женщины и 17 (85 %) мужчины в возрасте от 50 до 79 лет, средний возраст составил 63,35 лет. Городское население составило 65 % (13 человек), сельское — 35 % (7 человек).

На базе УЗ «ГОКОД» были выполнены эндоскопические вмешательства при опухолях гортани — 10 (50 %) человек, бронхов — 7 (35 %) человек, из них левого главного бронха — 1 (14 %) человек, левого верхнего долевого бронха — 3 (43 %) человека, правого верхнего долевого бронха — 2 (29 %) человека, правого нижнего долевого бронха — 1 (14 %) человек, щитовидной железы с инвазией в гортань и трахею — 1 (5 %) человек, мягких тканей шеи с прорастанием в гортань и трахею — 1 (5 %) человек, пищевода с прорастанием в трахею — 1 (5 %) человек.

При поступлении в стационар пациент предъявляли следующие жалобы на: охриплость (25 %), поперхивания (55 %), кашель (35 %), кровохарканье (10 %), усиление болей (10 %), одышку в покое (25 %).

Кровохарканье, возникшее у 10 % больных, проявлялось в виде диффузно окрашенной кровью мокроты. Боли в грудной клетке различной интенсивности на стороне поражения беспокоили 60 % больных. Жалобы на кашель предъявляли 35 % больных. Интенсивность одышки, беспокоящей 25 % больных, напрямую связана с размером просвета пораженного бронха. Она нередко обусловлена с давлением крупных вен и артерий легкого, сосудов средостения, плевральным выпотом, т. е. гемодинамическими причинами.

На момент анализа на 1 стадии заболевания было 2 (10 %) пациента, на 2 стадии — 2 (10 %) пациента, на 3 стадии — 5 (25 %) пациентов, на 4 стадии — 11 (55 %) пациентов.

Всем пациентам было проведено стентирование трахеи саморасправляющимися стентами Polyflex Stent, Rusch/Germany под наблюдением фибробронхоскопов фирмы «Olympus» и эндоскопических видеосистем Olympus CV — 70. В 1 случае после проведения стентирования наблюдалось осложнение в виде кровотечения, которое было остановлено консервативно.

В течение года после выполнения стентирования умерло 9 (45 %) пациентов. Остальные 11 (55 %) пациентов были выписаны с улучшением состояния.

Бесконтактную аргоноплазменную электрокоагуляцию в режиме «Argon Flex ArcPlus Offline» (аппарат BOWA ARC 300) провели при мощности 25–45 Вт и расходе аргона 0,6–1,6 л/мин двум пациентам. Аргоноплазменную коагуляцию особенно часто применяли при опухолях с изъязвленной, легко кровоточащей поверхностью.

Аргоноплазменная реканализация проведена 8 пациентам после редукции основной массы опухолевой ткани. Последующая трахеобронхоскопия показала наличие диффузного эндобронхита 1–2 степени в 60 % случаях.

Выводы

При опухолевом стенозе трахеи и бронхов методы эндоскопической хирургии являются единственно возможными на первом этапе лечения у тяжелых онкологических больных с выраженной дыхательной недостаточностью. Эндоскопическая реканализация в большом проценте позволяет восстановить просвет полого органа.

Необходимость дифференцированного применения того или иного метода при удалении опухоли направлена на предотвращение риска развития осложнений.

Последовательное применение двух и более методов эндоскопического удаления опухоли позволяет в кратчайшие сроки восстановить просвет дыхательных путей, ликвидировать угрозу стеноза, асфиксии и обеспечить полноценное самостоятельное дыхание пациента.

Комбинация эндоскопических методов реканализации наглядно показывает свою эффективность как паллиативный метод лечения. Эндоскопическая реканализация хорошо переносится и обладает относительно небольшим количеством осложнений. Необходим индивидуальный подход в зависимости от характеристик опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхоскопия в диагностике и лечении опухолей трахеобронхиального ствола / Б. К. Поддубный [и др.] // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 5–24.
2. Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of or peptic ulcer bleeding / L. Cipoletta [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 1998.
3. Cortese, D. A. Early detection and treatment of lung cancer: photodynamic therapy / D. A. Cortese, E. S. Edell, H. Kato // Lung cancer: principles and practice, edited by Pass H. I, Mitchell J. B. — Philadelphia, 1996.
4. Gerasin, V. F. Endobronchial electrocautery / V. F. Gerasin, B. B. Shafirovsky // Chest. — 1988. — Vol. 93. — P. 270–274.
5. A prospective multicenter trial of a self-expanding hybrid stent in malignant airway obstruction / A. C. Mehta // Chest Meeting Abstracts. — 2007. — Vol. 132. — P. 425–426.

УДК 616.231-089.85-006.6

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ,
АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ, АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ
РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗАХ
НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

Куцабенко И. Г., Коннов Д. Ю., Воронов О. В., Тишкевич О. Г., Дятлов А. П.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), в мире ежегодно диагностируют более 1 млн. новых случаев рака легкого, что составляет более 12 % всех выявленных злокачественных новообразований. Злокачественные опухоли легкого занимают 1-е место (20–30 %) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения развитых стран [1].

Первичные злокачественные опухоли гортани и трахеи составляют соответственно 1–4 % и 4–5 % злокачественных новообразований человека и в 50–60 % и 63–75 % случаев встречаются у мужчин. В 71–85 % случаев рака трахеи возраст больных составляет от 20 до 40 лет, рака гортани — 60–70 лет [2]. Описаны единичные наблюдения метастазов в стенку трахеи при раке молочной железы, почки и меланоме кожи.

Стенозы трахеи развиваются при различных злокачественных новообразованиях (рак пищевода с прорастанием в трахею, лимфома средостения, рак щитовидной железы, лимфогранулематоз, метастазы рака толстой кишки или молочной железы в трахею и т. д.). Наиболее частая причина опухолевого стеноза трахеи — первичный рак легкого, при котором опухоль может распространяться из долевых и главных бронхов в просвет трахеи, либо сдавливать ее извне (компрессионный стеноз), в том числе и за счет лимфатических узлов, пораженных метастазами. Злокачественные опухоли средостения, пищевода, щитовидной железы чаще осложняются компрессионным стенозом трахеи или имеют смешанный тип роста [3].

Нарастающий опухолевый стеноз трахеи часто является причиной возникновения жизнеугрожающих состояний и смертности пациентов с онкологическими заболеваниями. К примеру, около 20 % больных раком легкого умирают от удушья, связанного с опухолевой обтурацией или сдавливанием трахеи [2].

Совершенствование видеоэндоскопических хирургических технологий, создание нового поколения лазерной, аргонноплазменной, электрохирургической и другой высоко-

технологичной медицинской аппаратуры позволило расширить клинические показания для эндоскопической хирургии как самостоятельному методу лечения, так и к сочетанию с последующей хирургической операцией, брахитерапией или стентированием.

Стентирование в настоящее время является перспективным методом восстановления проходимости дыхательных путей и позволяет ликвидировать стеноз и предотвратить явления асфиксии. Хотя стентирование не лишено таких долгосрочных и краткосрочных проблем, как миграция, рестенозирование, обтурация секретом и кровохарканье, выбор подходящей формы и размера стента позволяет достичь обнадеживающих результатов лечения [3].

Цель

Анализ результатов лечения пациентов с опухолевыми стенозами при онкопатологии гортани, трахеи и бронхов стентированием, аргоноплазменной коагуляцией с последующей реканализацией просвета.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 20 амбулаторных пациентов с опухолевыми стенозами на фоне онкопатологии гортани, трахеи и бронхов, находящихся на лечении на базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2016 по 2017 гг. При статистическом анализе использовался пакет «Excel 2010» с параметрическим анализом.

Результаты исследования и их обсуждение

Были проанализированы медицинские карты, протоколы эндоскопических манипуляций 20 амбулаторных пациентов с онкопатологией гортани, трахеи и бронхов, находящихся на лечении на базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2016 по 2017 гг. Среди них 3 (15 %) женщины и 17 (85 %) мужчины в возрасте от 50 до 79 лет, средний возраст составил 63,35 лет. Городское население составило 65 % (13 человек), сельское — 35 % (7 человек).

На момент анализа на 1 стадии заболевания было 2 (10 %) пациента, на 2 стадии — 2 (10 %) пациента, на 3 стадии — 5 (25 %) пациентов, на 4 стадии — 11 (55 %) пациентов.

На базе УЗ «ГОКОД» были выполнены эндоскопические вмешательства при опухолях гортани — 10 (50 %) человек, бронхов — 7 (35 %) человек, из них левого главного бронха — 1 (14 %) человек, левого верхнего долевого бронха — 3 (43 %) человека, правого верхнего долевого бронха — 2 (29 %) человека, правого нижнего долевого бронха — 1 (14 %) человек, щитовидной железы с инвазией в гортань и трахею — 1 (5 %) человек, мягких тканей шеи с прорастанием в гортань и трахею — 1 (5 %) человек, пищевода с прорастанием в трахею — 1 (5 %) человек.

Бесконтактную аргоноплазменную электрокоагуляцию в режиме «Argon Flex ArcPlus Offline» (аппарат BOWA ARC 300) провели при мощности 25–45 Вт и расходе аргона 0,6–1,6 л/мин двум пациентам. В основном за счет экзофитного компонента при поражении долевых и главных бронхов более эффективна АПК. В зависимости от локализации, протяженности и выраженности опухолевого стеноза был использован дифференцированный подход при выборе анестезиологического обеспечения и способа вентиляции легких. Аргоноплазменную коагуляцию особенно применяли при опухолях с изъязвленной, легко кровоточащей поверхностью. Осложнений после проведенной аргоноплазменной коагуляции не было.

Аргонплазменная реканализация проведена 8 пациентам после редукции основной массы опухолевой ткани. Последующая трахеобронхоскопия показала наличие диффузного эндобронхита 1–2 степени в 60 % случаях.

Всем пациентам было проведено стентирование трахеи саморасправляющимися стентами Polyflex Stent, Rusch/Germany под наблюдением фибробронхоскопов фирмы «Olympus» и эндоскопических видеосистем Olympus CV — 70 в связи с невозможно-

стью выполнения радикальных операций ввиду запущенности опухолевого процесса (прорастание опухоли в ткань легкого (3 пациента), трахею (4 пациента), бронхи (3 пациента)), наличие отдаленных метастазов (6 пациентов), наличия тяжелой сопутствующей патологии, исключающей возможность радикального оперативного лечения (4 пациента).

В 1 случае после проведения стентирования наблюдалось осложнение в виде кровотечения, которое было остановлено консервативно.

В течение года после выполнения стентирования умерло 9 (45 %) пациентов. Остальные 11 (55 %) пациентов были выписаны с улучшением состояния для дальнейшего наблюдения по месту жительства.

Выводы

Необходимость дифференцированного применения того или иного метода при удалении опухоли направлена на предотвращение риска развития осложнений. Последовательное применение двух и более методов эндоскопического удаления опухоли позволяет в кратчайшие сроки восстановить просвет дыхательных путей, ликвидировать угрозу стеноза, асфиксии и обеспечить полноценное самостоятельное дыхание пациента.

При опухолевом стенозе трахеи и бронхов методы эндоскопической хирургии являются единственно возможными на первом этапе лечения у тяжелых онкологических больных с выраженной дыхательной недостаточностью. Эндоскопическая реканализация в большом проценте позволяет восстановить просвет полого органа.

Комбинация эндоскопических методов реканализации наглядно показывает свою эффективность как паллиативный метод лечения. Эндоскопическая реканализация хорошо переносится и обладает относительно небольшим количеством осложнений. Необходим индивидуальный подход в зависимости от характеристик опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхоскопия в диагностике и лечении опухолей трахеобронхиального ствола / Б. К. Поддубный [и др.] // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 5–24.
2. Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of or peptic ulcer bleeding / L. Cipoletta [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 1998.
3. Cortese, D. A. Early detection and treatment of lung cancer: photodynamic therapy / D. A. Cortese, E. S. Edell, H. Kato // Lung cancer: principles and practice, edited by Pass H. I, Mitchell J. B. — Philadelphia, 1996.
4. Gerasin, V. F. Endobronchial electrocautery / V. F. Gerasin, B. B. Shafirovsky // Chest. — 1988. — Vol. 93. — P. 270–274.
5. A prospective multicenter trial of a self-expanding hybrid stent in malignant airway obstruction / A. C. Mehta // Chest Meeting Abstracts. — 2007. — Vol. 132. — P. 425–426.

УДК 616.712-089-089.168.1

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

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

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

Учреждение образования

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

Введение

В данной статье изучено влияние торакотомических и торакоскопических методов лечения онкологических заболеваний органов грудной полости на показатели продолжительности операции, дней пребывания в стационаре и ОАРИТ, использования промедола, антибиотиков, анальгетиков, инфузионной терапии за время лечения в ГОКОД,

а также частоту развития послеоперационных осложнений [1–2]. Полученные данные позволили определить преимущества торакоскопического метода лечения такие как: малая травматичность, так как позволяет избежать значительной кровопотери и травмы межреберных нервов, значительно снизить выраженность послеоперационной боли и быстрейшую реабилитацию больного [3].

Цель

Анализ послеоперационного периода после оперативного вмешательства на грудной клетке.

Материал и методы исследования

Для исследования были взяты истории пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении в период с 2015 по 2017 гг. в УЗ «ГОКОД». Медиана возраста пациентов составила 58,5 (49; 64) лет. Всего в исследовании участвовало 86 человек. Количество мужчин составило 47 (54,6 %) человек, количество женщин составило 39 (45,4 %) человек.

Пациенты были разделены на 2 группы:

- 1) пациенты с торакоскопией;
- 2) пациенты с торакотомией.

В 1-ю группу исследования были включены 45 пациентов, медиана возраста 58,5 [49; 64] лет. Среди них мужчин — 18 (40 %), женщин — 27 (60 %). Количество городских жителей — 39 (86,7 %) человек, из сельской местности — 6 (13,3 %).

Вторую группу исследования составили 41 пациент, медиана возраста 58,5 [49; 64] лет. Среди них мужчин — 29 (70,7 %), женщин — 12 (29,3 %). Количество городских жителей — 30 (73 %) человек, из сельской местности — 11 (27 %).

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica» 13.0. 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 количественному признаку. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным, и менее 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от доступа, по показателям введения анальгетиков операции были выявлены статистически значимые различия между группами пациентов с различными видами доступов (таблицы 1 и 2).

Таблица 1 — Показатели Введение анальгетиков пациентам в зависимости от вида оперативного доступа при (Me [Q₂₅; Q₇₅])

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
Введение анальгетиков	6 (2; 12)	4 (2;15)	668,000	-2,1961	< 0,025

Как видно из приведенной таблицы, введение анальгетиков уменьшилось в среднем на 2 дня, при использовании торакоскопического доступа. Данный факт объясняется тем, что минимизируется повреждение тканей, тем самым повреждаются меньше нервных волокон.

Таблица 2 — Показатели продолжительности дней в ОАРИТ пациентов в зависимости от вида оперативного доступа (Me [Q₂₅; Q₇₅])

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
Продолжительность дней в ОАРИТ, дней	4 (3; 5)	4 (3; 4)	615,5	-2,6501	0,008

Из приведенной таблицы видно, что применение торакоскопического метода также уменьшает продолжительность дней в ОАРИТ в среднем на 1 день. Наименьшая продолжительность дней в ОАРИТ одинакова, в группе 1 и 2 — 2 дня, но наибольшая в группе 2 — 7 дней.

Таблица 3 — Показатели продолжительности АБ-терапии в зависимости от вида оперативного доступа (Me [Q₂₅; Q₇₅])

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
АБ-терапия, дней	5 (4; 7)	4 (4; 5)	666	-2,2584	0,0239

Также выявлены статистически значимые ($U = 273,5$; $Z = -5,6$; $p = 0$) различия между группами по факту назначения в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков (Sol. Promedoli 2 % — 1,0 в/м). При проведении парного теста, различия выявлены между всеми группами ($p < 0,05$).

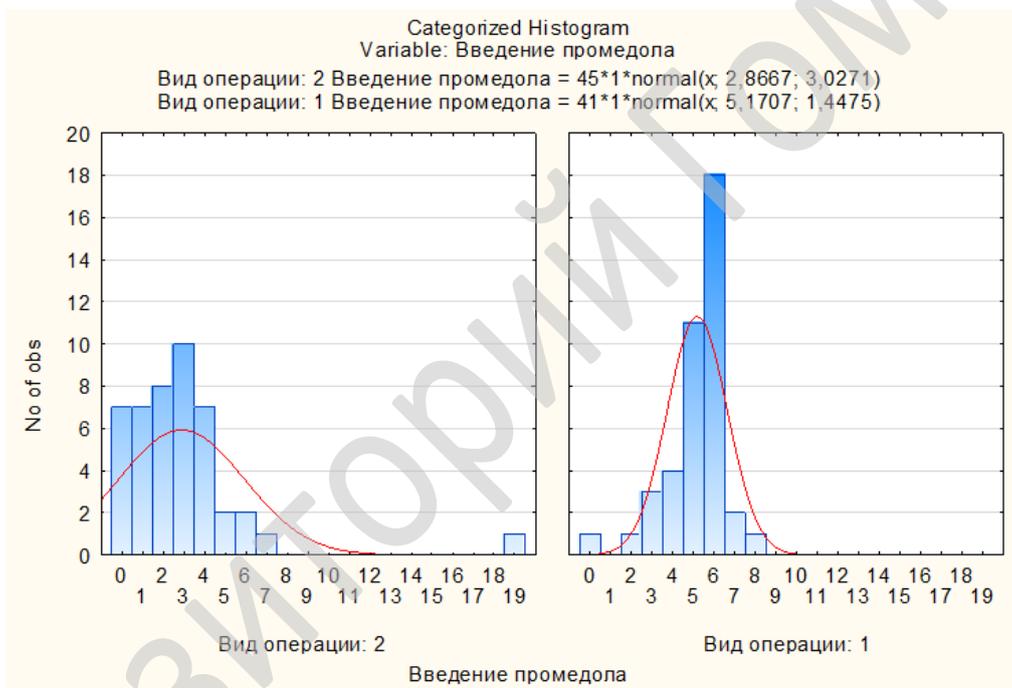


Рисунок 1 — Частота применения наркотических анальгетиков от оперативного доступа

Из графика видно, что наименьшая частота назначения наркотических анальгетиков отмечена сред пациентов 2 группы (10) исследования. Наивысшая — среди пациентов 1 группы (18).

Выводы

После проведенного статистического исследования было выявлено, что торакоскопический более щадящий чем торакотомический.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский, А. А. Хирургия грудной стенки: рук-во / А. А. Вишневский, С. С. Рудаков, Н. О. Миланов. — М.: Видар, 2005. — С. 268–286.
2. Видеотехнологии в торакальной хирургии. Национальный медико-хирургический центр ММА им. И. М. Сеченова / Ю. Л. Шевченко [и др.]. — М., 2009. — С. 28–36.
3. Трахтенберг, А. Х. Клиническая онкопульмонология / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000. — С. 266–269.

УДК 616.65-006-097.1-089.82-07

**РОЛЬ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА
И ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРОСТАТЫ**

Пузан А. А., Лебедев П. Д., Князюк А. С.

Научный руководитель: ассистент М. Б. Лемтюгов

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

Введение

Рак простаты (РП) лидирует в структуре онкологических заболеваний у мужчин Северной Америки, Европы и некоторых регионов Африки [1]. К основным факторам риска как правило относят: возраст, расовая принадлежность, генетические факторы, высокое содержание тестостерона и инсулиноподобного фактора роста, особенности питания [2].

Неоспоримым остается тот факт, что РП поражает преимущественно лиц пожилого возраста. Риск заболеть до 40 лет составляет примерно 1:10000. В структуре всех больных раком простаты мужчины в возрасте до 50 лет составляют лишь 0,1 %. Значительное увеличение риска онкологического заболевания наблюдается лишь после 60 лет. Средний возраст больных РП составляет 72–74 года [3]. Что интересно, при аутопсии умерших мужчин в возрасте 85 лет и старше от разных причин, практически в 75 % случаев выявляют опухолевые клетки [4].

В скрининге РП особое внимание уделяется простатспецифическому антигену (ПСА). В норме, в кровяное русло ПСА попадает в ограниченных количествах. Раковые клетки стимулируют выработку ПСА, в результате чего уровень ПСА может повышаться. Уровень ПСА более 4 нг/мл является показанием для проведения пункционной биопсии (ПБ) простаты [5].

Цель

Проанализировать структуру пациентов, которым была выполнена пункционная биопсия простаты в условиях урологического отделения ГГКБ № 2.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 1237 историй болезней пациентов которым выполнялась ПБ простаты под ТРУЗИ наведением в условиях урологического отделения Гомельской городской клинической больницы № 2 за период 2013–2018 гг. Как правило, пациентам выполнялась 6ти точечная билатеральная пункционная биопсия простаты. Накануне исследования пациентам выполнялась очистительная клизма, проводилась антибиотикопрофилактика ципрофлоксацином 500 мг внутрь. При отсутствии осложнений пациенты на следующие сутки выписывались домой.

Показаниями для проведения ПБ были: повышение ПСА более 4 нг/мл, наличие очага подозрительного на РП по ТРУЗИ простаты, КТ или МРТ.

Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета «Microsoft Excel 2016» и программы «Statistica» 6.0 с применением основных методов описательной статистики. В тексте значения уравниены в виде $M \pm m$, где M — среднее значение, а m — стандартное отклонение.

Результаты исследования и обсуждение

Средний возраст всех обследуемых пациентов составил $67,86 \pm 6,5$ лет, а у пациентов с подтвержденным гистологически РП составил $68,85 \pm 5,4$ года.

В гистологической структуре выявленного РП более чем в 95 % определялась аденокарцинома простаты.

Наименьшее значение ПСА при гистологически подтвержденном РП было зафиксировано у 74 летнего пациента и составило 1,80 нг/мл. Но что интересно, так это то, что морфологическая дифференцировка РП по шкале Gleason составила 9 (5 + 4). Наиболее высокое значение ПСА равнялось — 563 нг/мл, у 68 летнего пациента, морфологическая дифференцировка РП по шкале Gleason 9 (5 + 4).

В среднем уровень ПСА составил $17,13 \pm 9,54$ нг/мл.

Уровень ПСА более 4 наблюдался у 1132 (91,5 %) пациентов. У 105 (8,5 %) ПСА был ниже референтного значения, однако ПБ данным пациентам проводилась в связи с наличием подозрительного на РП гипоезогенного очага по данным инструментальных методов визуализации (ТРУЗИ, МРТ, КТ) и 74 пациента на руках анализа ПСА не имели. Полное распределение пациентов согласно данным ПСА представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по группам согласно значению ПСА

Уровень ПСА, нг/мл	Всего человек	РП (абсолютное количество)	РП (%)
0,13–3,99	31	3	9,67
4–9,99	640	117	18,28
10–19,99	300	144	48
20–29,99	96	69	71,87
Более 30	96	82	85,4

Возраст самого молодого пациента, которому была выполнена ПБ составил 41 год, самого зрелого — 89 лет. Интересен тот факт, что ни у первого, ни у второго пациентов РП гистологического подтверждения не получил. Следует отметить, что в более «молодых» возрастных группах наблюдается выявляемость РП около 32 %, что сопоставимо с более «зрелыми» возрастными группами — около 39 %. Структура пациентов по возрастным группам представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов по возрастным группам.

Возраст, лет	Всего человек	РП (абсолютное количество)	РП (%)
40–49	11	0	0
50–59	194	61	31,44
60–69	526	168	31,9
70–79	387	140	36,2
82–89	119	46	38,7

Из основных осложнений после ПБ простаты мы наблюдали: гематурия в 65 % случаев, гемоспермия в 24 % случаев, кровотечение из прямой кишки — 2 %, явления острого простатита — 4 %, эпидидимоорхита — 3 %. Летальность составила — 0 %.

Выводы

1. Определение уровня ПСА является эффективным методом в скрининге рака простаты.
2. ПБ простаты является достоверным малоинвазивным методом гистологической верификации РП.
3. Отмечается высокая выявляемость РП в более «молодых» возрастных группах, что требует особого внимания специалистов в первичном амбулаторном звене.

ЛИТЕРАТУРА

1. Grönberg, H. Prostate cancer epidemiology / H. Grönberg // Lancet. — 2003. — Vol. 361. — P. 859–864.
2. Имянитов, Е. М. Практическая онкология / Е. М. Имянитов. — СПб., 2008. — Т. 9, № 2. — С. 57–64.
3. Hsing, A. W. Prostate cancer epidemiology / A. W. Hsing, A. P. Chokkalingam // Front Biosci. — 2006. — Vol. 11. — P. 1388–1413.
4. The frequency of carcinoma and intraepithelial neoplasia of the prostate in young male patients / W. Sakr // J. Urol. — 1993. — Vol. 150 (2 Pt 1). — P. 379–385.
5. Онкоурология / Белорусский центр науч. мед. информации; редкол.: А. С. Мавричев [и др.]. — Минск, 2001. — 276 с.

УДК 616-006.03

**ПОЛИПОЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ**

Лукашевич Т. А., Запрудский К. С.

Научный руководитель к.м.н., доцент: *О. Ф. Антиперович*

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема диагностики и лечения полипозов толстого кишечника является одной из актуальных в современной хирургии. Статистика показывает, что количество населения с данной патологией увеличивается с каждым годом, а возраст, в котором диагностируются полипы становится все меньше. Примерно половина населения к 60-ти годам будет иметь по меньшей мере один аденоматозный полип диаметром от 1 см и более. Колоректальные полипы увеличивают риск возникновения злокачественной опухоли, а процесс малигнизации не имеет специфической клинической картины и симптоматики при инструментальных методах обследования, поэтому диагностика полипов затруднительна.

Цель

Изучить вопросы диагностической тактики и дифференциальных способов подхода к лечению полипозов.

Материал и методы исследования

В основу работы положен ретроспективный анализ 91 медицинской карты пациентов с полипами толстого кишечника различной локализации и структуры, проходивших лечение на базе 3 ГКБ г. Минска в проктологическом отделении с 2016 по 2018 гг. Проведено общее клиническое исследование, включающее контроль за общими показателями крови и мочи, УЗИ ОБП. Оценивались результаты эндоскопического исследования толстого кишечника с поледующей биопсией.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил 67 лет. Из них женщин 53 (58 %), мужчин 38 (42 %). Визуализация полипов осуществлялась при помощи эндоскопии. По локализации полипов можно отметить, что чаще была поражена сигмовидная (37 %), прямая (20 %) и восходящая (11 %). Выявлено, что 24 % из всех полипов располагались на ножке, при чем у 42 % — на короткой, 25 % — на толстой и длинной, 8 % — на широкой. Сидячее основание имелось у 65 % пациентов. Большая часть образований имела гиперпластическую форму (28 %), что указывает на воспаление слизистой толстого кишечника. Среди остальных результатов в 44 % была выявлена тубулярная аденома, в 21 % — тубулярно-ворсинчатая опухоль, в 9 % — ворсинчатая аденома.

Выводы

- 1) наиболее информативным методом скрининговой программы по выявлению полипов толстого кишечника является тотальная колоноскопия;
- 2) важна ранняя диагностика полипов для предотвращения развития колоректального рака;
- 3) необходимо своевременное эндоскопическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer: a personalized approach to clinical decision making / H. J. Schmoll [et al.] // *Annals of Oncology*. — 2012. — Vol. 23. — P. 2479–2516.
2. Циммерман Я. С. Колоректальный рак: современное состояние проблемы / Я. С. Циммерман // *Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол.* — 2012. — № 4. — С. 5–16.
3. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л., Белоусова Е. А. Колопроктология: рук-во для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, — 2011. — 368 с.

УДК 616.441-006.04+616-006(476.2)

**СОЧЕТАНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Магданов М. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

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

Введение

В настоящее время рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью эндокринной системы. Наиболее значимые этиологические факторы РЩЖ: ионизирующая радиация, нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе, генетическая предрасположенность. По данным тематической литературы у больных РЩЖ довольно часто развиваются первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО). РЩЖ чаще развивается у лиц, подвергшихся воздействию радиоактивного йода в возрасте 0–14 лет. Чаще всего РЩЖ сочетается со злокачественными новообразованиями кожи, молочной железы, яичников, тела матки, предстательной железы. Представляет интерес изучение частоты и структуры ПМЗО у пациентов с РЩЖ. Эти данные позволят планировать объем обследования пациентов с РЩЖ для своевременного выявления второй опухоли.

Цель

Анализ данных о пациентах Гомельской области с ПМЗО, одной из которых является РЩЖ.

Материал и методы исследования

Исследованы случаи развития ПМЗО у пациентов Гомельской области, которым диагноз РЩЖ был установлен в 2008–2012 гг. Проанализированы следующие параметры: время развития и локализация второй опухоли, количество локализаций злокачественного новообразования (ЗНО), возраст пациентов, причина смерти пациентов, распределение РЩЖ по стадиям. Источники информации: сведения, основанные на статистических данных обязательного учета всех новых случаев ЗНО в Гомельской области. Регистрировались наблюдения второй опухоли в сроки до 5 лет после установления первого диагноза злокачественного новообразования. Статистическая обработка: критерий χ^2 для непараметрических показателей, критерий статистической значимости различия $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На протяжении 2008–2012 гг. диагноз РЩЖ был установлен 945 жителям Гомельской области. У 63 из них (6,7 %) опухоль другой локализации была обнаружена в течение 5 лет до и после выявления РЩЖ. Число пациентов мужского пола — 8 (12,7 %), женского пола — 56 (87,3 %). Отношение мужчин и женщин с ПМЗО (1:7) отличается от такового у пациентов с РЩЖ (1:5), выявленных в том же периоде.

Средний возраст пациентов исследуемого коллектива — 67,8 лет. Распределение по возрастным группам в момент установления диагноза РЩЖ: менее 50 лет — 6 (9,5 %) пациентов; 50–59 года — 14 (22,2 %); 60–69 года — 17 (27 %); 70–79 года — 11 (17,5 %); 80 и более лет — 15 (23,8 %). Повозрастное распределение исследованного коллектива отличается от структуры заболевших РЩЖ в течение периода мониторинга в сторону пациентов пожилого и старческого возраста. Две опухоли в течение контрольного периода развились у 57 (90,5 %) пациентов, три развились у 5 (7,9 %), четыре — у 1 (1,6 %). Синхронные ПМЗО установлены у 8 (12,7 %) пациентов, метахронные ПМЗО с хронологически первым РЩЖ — 33 (52,4 %), метахронные ПМЗО с хронологически вторым или третьим РЩЖ — 22 (34,9 %).

У 41 (65,1 %) пациента в нашем материале вторая опухоль развилась синхронно с РЩЖ или более, чем через 6 мес. после установления РЩЖ. Период наибольшего относительного риска ПМЗО можно считать 1 год после установления РЩЖ — в это время зарегистрировано 14 случаев. В остальные годовые интервалы отмечали не более, чем по 7 вторых опухолей.

Распределение РЩЖ по стадиям в исследованном коллективе: I стадия — 29 (46 %), II стадия — 8 (12,7 %), III стадия — 11 (17,5 %), IV — 15 (23,8 %). Доля РЩЖ I–II стадии среди пациентов с ПМЗО составила 58,7 % (37 из 63), доля РЩЖ I–II стадии в когорте заболевших РЩЖ без ЗНО других локализаций в тот же временной интервал — 77,3 % (682 из 882). Различие по этому показателю является статистически значимым ($p = 0,001$).

Общее количество новообразований составляет 70. По полученным данным видно, что большинство ПМЗО (21 наблюдение — 30 %) представлено сочетанием РЩЖ и рака кожи. Оба заболевания характеризуются относительно благоприятным клиническим течением и имеют общий этиологический фактор — ионизирующая радиация, кроме того, рак кожи имеет высокие показатели заболеваемости в Гомельской области [3]. Из других ЗНО чаще регистрировались рак молочной железы, рак тела матки, рак почки. Общее число опухолей, одним из причинных факторов которых является нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе — 23 (36,5 %) [1]. В эту группу включены рак молочной железы, рак яичников, рак тела матки, рак простаты. Наиболее частые ЗНО у мужчин: рак кожи — 3 (30 %), рак предстательной железы — 3 (30 %); у женщин — рак кожи — 18 (28,3 %), рак молочной железы — 12 (20 %), рак тела матки — 6 (10 %), рак почки — 5 (8,3 %). У 3 (4,8 %) пациентов РЩЖ развился после лечения рака гортани и лимфомы Ходжкина [2, 4, 5].

В течение 5-летнего периода после установления диагноза РЩЖ живы или умерли от причин, не связанных с ЗНО, 51 (81 %) человек, умерли от опухоли 12 (19,1 %) пациентов. Причиной смерти были следующие новообразования: рак щитовидной железы — 3; рак молочной железы — 2; опухоли других локализаций — 7 (все — по 1 случаю).

Таким образом, пациенты с ПМЗО, включающим РЩЖ, имеют более высокий риск погибнуть от опухоли другой локализации. При этом 4 (33,3 %) новообразования, ставшие причиной смерти, развились синхронно с РЩЖ или после его излечения.

Выводы

РЩЖ сочетался с опухолями других локализаций в нашем материале у 6,7 % пациентов. Наиболее частой второй локализацией опухоли были рак кожи (30 %), рак молочной железы (19 %), рак тела матки (9,5 %). В большинстве наших наблюдений РЩЖ был первой или синхронной опухолью (65,1 %). На особенности реабилитации и послелечебное наблюдение пациентов оказывают влияние: относительно благоприятный прогноз при РЩЖ, общие этиологические факторы ПМЗО и РЩЖ, а также обусловленность большинства случаев гибели от второй после РЩЖ опухоли. Мероприятия диспансеризации должны включать устранение канцерогенных факторов и обследование, направленное на своевременную диагностику второй опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Афанасьева, З. А.* Клинико-морфологические особенности полинеоплазий с поражением щитовидной железы / З. А. Афанасьева, С. Ф. Бакунин, С. В. Петров // Медицинский альманах. — 2010. — № 3. — С. 66–70.
2. Вторые опухоли: частота развития, особенности биологии, прогноз / А. В. Островская [и др.] // Современная онкология. — 2002. — Т. 4, № 2. — С. 48–50.
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Сукоко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — 286 с.
4. Increased risk of certain primary second malignancies in patients treated for well-differentiated thyroid cancer / T. T. Nakala [et al.] // Int J Clin Oncol. — 2016. — Vol. 21, № 2. — P. 231–239.
5. Rising Incidence of Second Cancers in Patients With Low-Risk (T1N0) Thyroid Cancer Who Receive Radioactive Iodine Therapy / N. G. Iyer [et al.] // Cancer. — 2011. — Vol. 117, № 19. — P. 4439–4446.

УДК 616.65-006.04+615.849

**БРАХИТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ
РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Михальченко В. А., Костина Ю. М.

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

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

Введение

Лидирующую позицию в структуре онкологических заболеваний ряда стран занимает рак предстательной железы (РПЖ), тем самым привлекая пристальное внимание клиницистов мира. За последние годы в РБ наблюдается значительный рост числа ежегодно регистрируемых случаев РПЖ. [1] Следовательно, РПЖ является одной из важных проблем онкоурологии. Усовершенствование диагностики позволило выявлять РПЖ на более ранних стадиях. В последние годы тактика лечения РПЖ претерпела значительные усовершенствования. [2] В настоящее время способами радикального лечения локализованного РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ), дистанционная лучевая терапия, брахитерапия. В связи с многообразием методов лечения является актуальной проблемой выбора конкретной технологии лечения, оценки ее эффективности.

Цель

Анализ и систематизация научно-исследовательской литературы о преимуществах брахитерапии перед другими методами лечения РПЖ.

Материал и методы исследования

Проведен обзор отечественных и зарубежных источников литературы и публикаций по выбранной теме.

Результаты исследования и их обсуждение

Одним из современных способов лечения РПЖ является высокодозная брахитерапия (ВДБ), которая начала применяться в РБ с 2008 г. В нашей стране для выбора тактики лечения основываются на Приказе № 60 от 6 июля 2018 г. об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований».

Основным методом терапии локализованных форм РПЖ во многих странах является РПЭ. Этот вид оперативного лечения признан «золотым» стандартом, поскольку при его применении получены наилучшие результаты на ранних стадиях заболевания (Т 1–2). Радикальное лечение показано только пациентам с промежуточным и высоким онкологическим риском, ожидаемой продолжительностью жизни не менее 10 лет и отсутствием медицинских противопоказаний к операции. Однако РПЭ несет высокий риск интраоперационных осложнений и из-за высокой травматичности плохо переносится пациентами. Основными осложнениями являются импотенция и недержание мочи. Кроме того, требуется длительное пребывание пациента в стационаре после операции и значительное время на период реабилитации.

Другим методом лечения РПЖ является дистанционная лучевая терапия. Она может быть более предпочтительна для пациентов с противопоказаниями к хирургическому лечению и для тех, кто отказывается от операции. Метод достаточно эффективен, однако ему присущи следующие осложнения: пациент получает высокие дозы облучения (70 Гр), велик риск развития импотенции и недержания мочи.

В течение последних десятилетий получил новое развитие метод брахитерапии локализованных форм РПЖ. Значительно расширить возможности применения брахите-

рапии позволила технология имплантации микроисточников под контролем спиральной компьютерной томографии. Показания к брахитерапии: в самостоятельном виде T1b–T2a, сумма Глисона меньше 7, ПСА до применения любых методов лечения меньше 10 нг/мл; в качестве дополнительного ограниченного облучения опухоли (буста) перед дистанционной лучевой терапией — стадия T2b–T3b или меньшие стадии с суммой Глисона 8–10 или ПСА больше 20 нг/мл. Противопоказания к брахитерапии: ожидаемая продолжительность жизни менее 5 лет, наличие большого или плохо заживающего дефекта (предпузыря) после трансуретральной резекции простаты, нарушение коагуляции, большой объем предстательной железы (более 50 см³). При выраженных нарушениях мочеиспускания, снижении объемной скорости мочеиспускания или количестве остаточной мочи > 200 мл проведение брахитерапии сопряжено с высокой частотой осложнений.

Различают низкодозную и высокодозную брахитерапию. При низкодозной брахитерапии в ткань внедряют закрытый микроисточник ¹²⁵I, который остается в организме после имплантации. Период полураспада ¹²⁵I составляет 60 дней, что обеспечивает лечебное излучение на протяжении нескольких месяцев. А ввиду низкого уровня проникновения излучения в ткани, микроисточник не приводит к травматизации прямой кишки и нейроваскулярных пучков.

ВДБ чаще применяют при распространенном опухолевом процессе, дополняя ее действие дистанционной лучевой терапией. ВДБ проводится по следующей методике: после проведения спинномозговой анестезии пациенту проводится трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ). Фиксируется шаблон с отверстиями для закрепления и позиционирования имплантационных игл. Через данный шаблон под контролем ТРУЗИ в предстательную железу вводятся фиксирующие иглы с целью ограничения ее подвижности в процессе получения ультразвуковых изображений и имплантации. Затем выполняется перенос изображения ТРУЗИ в компьютерную систему облучения. После анализа и возможной коррекции плана трехмерного дозового распределения проводится процедура облучения. Сеанс лучевого лечения длится около 20 минут. Основной задачей ВДБ является создание равномерного дозного поля в области опухоли из отдельных источников излучения, для чего при лечении РПЖ используется более 12 имплантационных игл.

В РБ для контактного облучения при РПЖ используется только ВДБ, т. к. эта технология имеет следующие преимущества перед другими способами лечения:

- точность доставки дозы к опухоли;
- минимальное количество побочных эффектов;
- отсутствие миграции источников излучения;
- отсутствие радиационного воздействия на других людей;
- короткий курс лечения (меньше, чем при низкодозной брахитерапии);
- однородное распределение дозы в предстательной железе;
- устранение проблемы перемещения органа во время облучения.

Вывод

Проблема выбора метода лечения РПЖ является актуальной. Для осуществления оптимального выбора метода лечения пациентов целесообразно использование определения групп риска развития опухоли (с учетом стадии опухолевого процесса, значения ПСА, индекса по шкале Глисона). Учитывая преимущества ВДБ и при наличии равных условий к проведению лечения с помощью всех существующих методов радикального лечения при локализованных формах РПЖ целесообразно проведение брахитерапии. Наличие у пациентов выраженных анатомо-функциональных нарушений со стороны органов мочевыделительной системы должно являться противопоказанием к проведению брахитерапии. Следовательно, работа по исследованию возможностей брахитерапии при лечении локализованных форм РПЖ должна продолжаться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ № 60 от 6 июля 2018 об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». — Минск, 2018. — 549 с.
2. Брахитерапия в лечении больных локализованным раком предстательной железы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / А. В. Зырянов [и др.] // Уральский медицинский журнал. — 2009. — № 11 (65). — С. 3536.

УДК 618.19-006.6 (476)

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Новикова А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Н. Вальчук

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Рак молочной железы является наиболее распространенной формой рака у женщин, его доля в структуре всей онкологической заболеваемости в Европейском регионе составляет 28 % [1]. Заболеваемость раком молочной железы в Республике Беларусь, начиная с 1970 по 2016 гг. выросла в 3 раза — с 16,3 до 46,9 случаев на 100 тыс. населения. По данным последних лет, среди 28 стран мира Республика Беларусь занимает 17 место в структуре заболеваемости с числом заболевших 3802 случаев в год.

Цель

Выявить основные закономерности и особенности эпидемических проявлений рака молочной железы в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования

В работе использованы материалы официальных статистических сборников «Здравоохранение в Республике Беларусь» о заболеваемости и смертности РМЖ за период 2005–2017 гг.; данные Белорусского канцер-регистра за 2006–2017 гг., демографические показатели. Метод исследования — основой методологии послужило наблюдательное аналитическое, описательно-оценочное и статистическое исследование эпидемических проявлений РМЖ в Республике Беларусь. При обработке материала использовали статистический пакет компьютерной программы «Microsoft Excel Windows 10» [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Многолетняя динамика заболеваемости РМЖ за период с 2005–2017 гг. характеризовалась однонаправленным ростом, инцидентность колебалась в интервале от $34,3 \pm 1,2$ до $52,6 \pm 1,5$ случаев на 100 тыс. населения [3]. Средний темп прироста составил 3,21 % ($p < 0,001$). В анализируемом интервале наблюдалась территориальная неоднородность региональных показателей заболеваемости РМЖ. Максимальные показатели были выявлены в городе Минске и Гомельской области, и составили $64 \pm 3,6$ ‰ и $56 \pm 3,9$ ‰ соответственно, минимальный показатель был зарегистрирован в Минской области — $46,8 \pm 3,6$ ‰. Таким образом, относительный риск заболеваемости РМЖ по отношению к среднереспубликанскому в Гомельской области и городе Минске был равен 1,08 и 1,14 соответственно, тогда как в Гродненской области он был ниже среднереспубликанского — 0,83. Рак молочной железы встречается во всех возрастных группах, но наиболее пораженной группой являлись женщины в возрасте 65–69 лет с числом заболеваний $227,4 \pm 3,1$ ‰, наименее пораженной была группа в возрасте 0–19 лет — 0 ‰.

При анализе методов лечения пациентов в Республике Беларусь было установлено, что радикально оперированных пациентов в 2017 г. было максимальное количество в Брестской области — 81,7 % (95 % ДИ 81,6–81,8), а минимальное количество в Витебской области и Минске — 79,3 % (95 % ДИ 74,2–74,4) и 79,1 % (95 % ДИ 79–79,2) соответственно.

В Республике Беларусь имеется хорошо отлаженная система диспансерного наблюдения, которая позволяет не только своевременно выявить заболевание, но и рационально бороться с рецидивами и метастазами, обеспечить реабилитацию онкологических больных [4]. При анализе количества пациентов, состоящих на диспансерном учете, можно выявить, что их количество с каждым годом в каждой области возрастает. Наименьшее количество пациентов зарегистрировано в Брестской области как в 2010, так и в 2017 г. и насчитывает $582,2 \pm 12,86$ ‰ и $763,1 \pm 14,8$ ‰ соответственно. Наибольшее же количество пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, наблюдалось в Гомельской области в 2010 г. — $759,3 \pm 14,5$ ‰ и в г. Минске в 2017 г. — $920,8 \pm 13,6$ ‰ (рисунок 1).

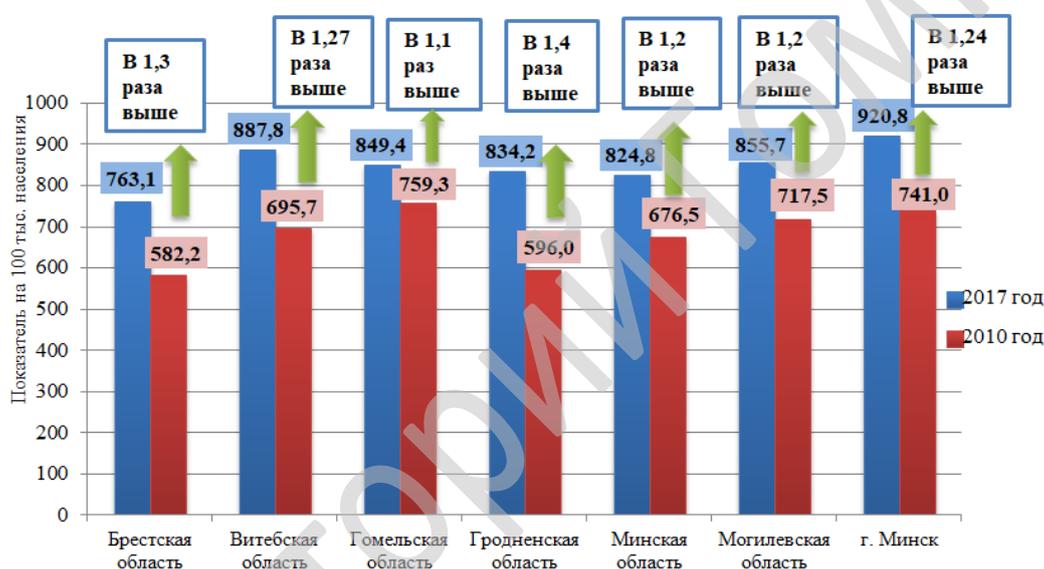


Рисунок 1 — Количество пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении

Также нами был рассчитан среднепопуляционный показатель одногодичной летальности за период с 2016 по 2017 гг., который составил 4,35 %. Многолетняя динамика смертности от РМЖ за 2005–2017 гг. характеризовалась однонаправленной умеренной тенденцией к снижению, инцидентность колебалась в интервале от $24,1 \pm 1,0$ до $23,9 \pm 1,0$ случаев на 100 тыс. населения. Динамика описывается уравнением:

$$y = -0,1528x + 24,868, (R^2 = 0,3155).$$

Темп прироста составил — 0,63 % ($p < 0,001$).

Выводы

Многолетняя динамика заболеваемости характеризовалась умеренной тенденцией к росту со средним темпом прироста 3,21 %. Радикально оперированных пациентов в 2017 г. было максимальное количество в Брестской области — 81,7 %, а минимальное количество в Витебской области и Минске — 79,3 и 79,1 % соответственно. Многолетняя динамика смертности от РМЖ за 2005–2017 гг. характеризовалась однонаправленной умеренной тенденцией к снижению, инцидентность колебалась в интервале от $24,1 \pm 1,0$ до $23,9 \pm 1,0$ случаев на 100 тыс. населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любченко, Л. Н. Наследственный рак молочной железы и (или) яичников: ДНК-диагностика, индивидуальный прогноз, лечение и профилактика: дис. ... д-ра биол. наук: 14.00.14; 03.00.15 / Л. Н. Любченко; РОНЦ им. Н. Н. Блохина (РАМН). — М., 2009. — 238 с.
2. Нильсон, С. Л. Анализ данных в Excel / С. Л. Нильсон. — М.: Диалектика, 2002. — 314 с.
3. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2018 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2018. — 277 с.
4. Путьрский Л.А. Рак молочной железы: учеб. пособие / Л. А. Путьрский. — Минск: Высш. шк., 1998. — 82 с.

УДК 616-71

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ АЛГОРИТМОВ «CHAOS AND CLUES» И «TRIAGE AMALGAMATED DERMOSCOPIC ALGORITHM» В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КОЖНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Овсяников В. В.

Научные руководители: к.м.н., доцент *В. В. Хвостовой*¹,
д.м.н., профессор *Л. В. Силина*²

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

Введение

Злокачественные новообразования кожи занимают лидирующие позиции в структуре онкологических заболеваний в России, что указывает на важность их ранней диагностики. Наиболее доступным и информативным неинвазивным методом прижизненной диагностики кожи в повседневной клинической практике является дерматоскопия (эпилюминесцентная микроскопия). За рубежом дерматоскопия более широко внедрена в клиническую практику в связи с чем обеспечено выявление меланомы на ранних стадиях, что значительно улучшает прогноз для пациентов. Особенно ценную информацию это исследование позволяет получить в ситуациях, когда картина образования неоднозначна или клинические проявления невыразительны, а вероятность врачебной ошибки в выборе метода лечения очень велика.

Ценность наиболее ранней диагностики данной патологии обуславливает необходимость обучения пользования не только онкологами и дерматологами, но и специалистами первичного звена. Для этого необходимо внедрить специальные алгоритмы, суть которых заключается не в постановке конкретного диагноза на основании дерматоскопических признаков, а в определении злокачественности или доброкачественности рассматриваемого образования, необходимости или ее отсутствия в проведении биопсии.

Цель

Сравнительный анализ применения дерматоскопических алгоритмов «chaos and clues» и «trriage amalgamated dermoscopic algorithm» в диагностике меланомы кожи и других злокачественных кожных новообразований.

Материал и методы исследования

Наблюдение производилось за 47 пациентами с 47 новообразованиями кожи, обратившиеся в поликлинику ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер» в 2017–2018 гг. Среди них женщин — 32 (68,1 %), мужчин — 15 (31,9 %); городские жители — 24 (51,1 %); сельские жители — 23 (48,9 %). Средний возраст пациентов, обратившихся на прием, составил 54,8 лет (максимальное и минимальное значения равняются 89 и 20 лет соответственно).

Дерматоскопическое исследование проводилось с помощью неполяризованного дерматоскопа HEINE mini 3000, фотодокументирование осуществлялось фотоаппаратом Panasonic DMC-FS14. В качестве иммерсионной среды использовался 70 % этиловый спирт. Все пациенты подверглись тщательному клиническому исследованию. Была оценена клиническая и дерматоскопическая картина всех новообразований, а также выполнено их морфологическое исследование. Материал для гистологического исследования был представлен путем выполнения инцизионной и эксцизионной биопсии.

В исследовании всех кожных новообразований были использованы следующие дерматоскопические алгоритмы:

1. Алгоритм «Triage amalgamated dermoscopic algorithm».
2. Алгоритм «Chaos and Clues».

В ходе исследования дерматоскопической картины, клинического статуса больных, а также после проведения морфологического исследования мы сталкивались со следующими образованиями кожи:

- базальноклеточная карцинома — 11 образований у 11 пациентов;
- метатипический рак — 1 образование у 1 пациента;
- меланома (узловая, поверхностно-распространяющаяся) — 4 образований у 4 пациентов;
- болезнь Боуэна — 1 образование у 1 пациента;
- плоскоклеточный рак — 1 образование у 1 пациента;
- папиллома — 4 образований у 4 пациентов;
- гемангиома — 1 образование у 1 пациента;
- невус (сально-волосяной, интрадермальный, пигментный, голубой) — 13 образований у 13 пациентов;
- фиброма — 2 образования у 2 пациентов;
- эпидермальная киста — 1 образование у 1 пациента;
- себорейный кератоз — 8 образований у 8 пациентов.

Дерматоскопические заключения, установленные с помощью всех вышеуказанных алгоритмов, были сопоставлены с морфологическими заключениями.

Результаты исследования и их обсуждение

При использовании алгоритма «Chaos and Clues» чувствительность метода составила 88,9 %; специфичность — 69 %; алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» чувствительность — 100 %; специфичность — 72,4 %. Таким образом, учитывая полученные результаты можно сделать вывод, что алгоритмы могут применяться в диагностике злокачественных новообразований кожи Chaos and Clues (чувствительность 88,9 %; специфичность — 69 %) и алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» (чувствительность 100 %; специфичность — 72,4 %), могут применяться в диагностике злокачественных новообразований кожи.

Полученные результаты позволяют рекомендовать применение алгоритмов «Chaos and Clues» и алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm», с приоритетом использования «Triage amalgamated dermoscopic algorithm», в лечебных учреждениях онкологической, дерматологической службы, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля (кабинеты онкологов, дерматологов в детских поликлиниках, центральных районных больницах).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматоскопия в клинической практике: рук-во для врачей / под ред. Н. Н. Потеева. — М.: Студия МДВ, 2011. — 144 с.
2. Van der Rhee, J. I. The impact of dermoscopy on the management of pigmented lesions in everyday clinical practice of general dermatologists: a prospective study / J. I. Van der Rhee, W. Bergman, N. A. Kutch // Br J Dermatol. — 2010. — Vol. 162. — P. 563–566.
3. Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm (TADA) For Skin Cancer Screening / T. Rogers [et al.] // Dermatology Practical & Conceptual. — 2017. — № 2.

УДК 616-006.442-073.756.8

**ЗНАЧЕНИЕ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА**

Полторан А. А., Лещенок А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

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

Введение

Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз, ЛХ) — это злокачественная опухоль, поражающая лимфоидную ткань, которую в настоящее время относят к группе В-клеточных опухолей. Основным диагностическим критерием диагноза ЛХ является обнаружение в опухолевом субстрате трансформированных лимфоцитов, представленных клетками Березовского — Штернберга — Рид (многоядерные, чаще — с двумя ядрами в виде «совиных глаз») и клетками Ходжкина (одноядерные с ярко окрашенным полиморфным ядрышком). Встречаемость лимфомы Ходжкина в Республике Беларусь составляет 2,5 случая на 100 тыс. населения. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, однако существует 2 пика — 15–35 лет и старше 50 лет. В ранней форме заболевание встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин, в поздних стадиях среди больных преобладают мужчины.

Отдельную роль в диагностике лимфомы Ходжкина отводят позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), которая является наиболее точным методом, позволяющим определить стадийность заболевания. Это исследование совмещает исследование структуры тканей (КТ) и их функции (ПЭТ). Функцию органов и тканей оценивают по их метаболизму. Универсальным субстратом для обмена веществ в клетках является глюкоза. При проведении ПЭТ пациенту в организм вводится небольшое количество глюкозы вместе с радиофармпрепаратом, содержащим радиоизотопы (например, фтор-18). Наибольшее накопление этой глюкозы происходит в тканях с максимальным уровнем метаболизма, который характерен для злокачественных новообразований. В ядре атома радиоактивного фтора происходит бета-распад, в результате которого образуется энергия, которая покидает ткань в виде гамма-лучей. Организм становится источником излучения, в то время как активнее всего излучают энергию опухоли, накопившие больше препарата. Их гамма-излучение регистрируется прибором. Однако все остальные ткани остаются практически не «подсвеченными», из-за чего возникают сложности с указанием точного расположения опухоли. Для этого одновременно с ПЭТ проводят КТ, которая визуализирует структуру тканей с миллиметровой точностью. После сканирования изображения ПЭТ и КТ накладывают друг на друга и получают объемное изображение, которое дает точную информацию о местонахождении опухолевых клеток. [1]. Это позволяет более точно определить стадийность заболевания, от чего зависит эффективность дальнейшего лечения. В настоящее время ПЭТ/КТ обязательно используется при первичной диагностике ЛХ, а также после окончания программы полихимиотерапии для оценки полной ремиссии.

Цель

Определить значимость ПЭТ/КТ-исследования в установлении стадийности и уточнении диагноза лимфомы Ходжкина у детей.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе отделения детской гематологии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».

Проведено физикальное обследование, а также изучение результатов лабораторных и инструментальных методов обследования 6 детей с диагнозом лимфома Ходжкина, которым проводится лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». ПЭТ/КТ проводилась в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Среди исследуемых пациентов два мальчика (33,3 %) и четыре девочки (66,7 %), возраст пациентов от 14 до 17 лет. Стадия заболевания устанавливается в соответствии с классификацией по Анн-Арбор:

I стадия — опухоль находится в лимфатических узлах (ЛУ) одной области (I) или в одном экстралимфатическом органе или ткани (I E);

II стадия — поражение ЛУ в двух и более областях по одну сторону диафрагмы (*вверху, внизу*) (II) или экстралимфатического органа и его ЛУ с/без поражения других ЛУ по одну сторону диафрагмы (II E);

III стадия — поражение ЛУ по обе стороны диафрагмы (III), сопровождающееся или нет поражением экстралимфатического органа (III E), или поражение селезенки (III S), или все вместе (III E + S);

IV стадия — диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов: печень, почки, кишечник, костный мозг и др. с/без поражения лимфатических областей; или изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных ЛУ.

Каждая стадия делится на подстадии А и В в зависимости от отсутствия (А) или наличия (В) общих симптомов интоксикации. [2]

Результаты исследования и их обсуждение

Верификация диагноза проводилась на основе клинической картины, общего анализа крови, биохимического анализа крови, патологогистологического исследования лимфоузлов (ЛУ) с иммунофенотипированием, трепанобиопсии, УЗИ, КТ, МРТ (девочкам дополнительно проводилось МРТ органов малого таза).

У 2 (33,3 %) детей была установлена II В стадия с поражением шейных, надключичных ЛУ, паратрахеальных ЛУ, ЛУ средостения.

У 3 (50 %) детей была установлена III В стадия с поражением шейных, над- и подключичных ЛУ, ЛУ средостения, паратрахеальных, парааортальных, забрюшинных ЛУ, с очаговым поражением селезенки.

У 1 (16,7 %) ребенка была установлена IV В стадия с поражением шейных, надключичных ЛУ, ЛУ средостения, ЛУ корней легких, ЛУ брюшной полости, с множественным очаговым поражением легких, очаговым поражением селезенки.

После постановки диагноза все дети были направлены на ПЭТ/КТ с целью подтверждения стадии заболевания для назначения рациональной терапии.

У 3 (50 %) пациентов благодаря ПЭТ/КТ диагноз был подтвержден.

У 2 (33,3 %) пациентов на основании ПЭТ/КТ были обнаружены очаги метаболической активности в тех группах лимфоузлов, в которых патологический процесс не обнаруживался в результате других методов исследования, однако стадия заболевания осталась прежней.

У 1 (16,7 %) пациента в результате ПЭТ/КТ были выявлены очаги метаболической активности в обоих легких, не выявляемые прежде, что послужило причиной изменения стадии заболевания с III В на IV В.

Выводы

В ходе исследования было подтверждено, что ПЭТ/КТ является неотъемлемой составляющей в процессе диагностики лимфомы Ходжкина. Помимо подтверждения диагноза, который устанавливается в ходе других методов обследования, ПЭТ/КТ позволяет с большей точностью определить количество пораженных групп лимфоузлов и во-

влечение в процесс экстралимфатических органов, что в ряде случаев влияет на стадию заболевания. Только после установления правильной стадии ЛХ возможно назначение эффективной и рациональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сантьяго, Д. Ф. И. Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) / Д. Ф. И. Сантьяго. — М.: Изд-во Панфилова, 2017. — 144 с.
2. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология: учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. — Минск: Выш. шк., 2013. — С. 368–380.

УДК 618.19-006.6-06:616.71-002.1-07-089

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛУЧЕВОГО ОСТЕОМИЕЛИТА РЕБЕР И ГРУДИНЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Почебут А. Ю., Факих К. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *А. А. Татур*

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Остеомиелит ребер и грудины (ОРИГ) в отдаленном периоде после выполнения мастэктомии по Холстеду с проведением лучевой терапии диагностируется у пациенток пожилого и старческого возраста, поскольку в настоящее время эта операция в лечении рака молочной железы (РМЖ) не применяется. Мастэктомия по Холстеду сопровождается удалением больших грудных мышц (БГМ), принося пациенткам косметический дискомфорт, а при развитии на фоне послучевого дерматита ОРИГ делает лечение этой тяжелой гнойно-септической патологии сложным, вследствие отсутствия местных тканей, которые можно было бы использовать для пластики пострезекционного дефекта грудной стенки [1–4].

Цель

Ретроспективный анализ результатов диагностики и хирургического лечения послучевого ОРИГ у пациенток после комбинированного лечения рака МЖ.

Материал и методы исследования

В ходе исследования нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 18 пациенток, находившихся на лечении в 2013–2018 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска по поводу послучевого ОРИГ после комбинированного лечения рака МЖ.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток варьировал от 64 до 84 лет и в среднем составил $70,2 \pm 1,8$ лет. Среднее время от мастэктомии и радиотерапии до появления первых симптомов ОРИГ составило $23,9 \pm 1,4$ лет.

У всех пациенток были свищевые формы ОРИГ с выраженными послучевыми изменениями кожи. КТ исследование органов грудной клетки выполнено у 9 пациенток: совпадение с интраоперационными данными отмечено у 3 (33,3 %) пациенток, переоценка поражения — у 1, а недооценка — у 5 (55,6 %).

Целенаправленная предоперационная подготовка проводилась параллельно с диагностическими мероприятиями и включала в себя санацию свищевых ходов с подключением ВАК-системы, вскрытие и дренирование гнойных затеков, динамическое бактериологическое исследование гнойного отделяемого с идентификацией микрофлоры и определением

ее чувствительности к антибиотикам, компенсацию сердечно-сосудистой недостаточности и сахарного диабета с включением в лечебный процесс кардиологов и эндокринологов, перевод по показаниям пациентов, получающих непрямые антикоагулянты на прямые (фраксипарин) под контролем показателей коагулограммы. У 2 пациенток местное хирургическое лечение позволило добиться регресса патологического процесса и заживления свищевого хода, поэтому в дальнейшем резекция пораженных ребер и грудины не проводилась.

После предоперационной подготовки у 16 пациенток выполнены резекция от 1 до 12 деструктивно пораженных ребер и краевая резекция грудины в пределах здоровых тканей. 14 (88,9 %) пациенткам операция завершена миопластикой дефекта грудной стенки мобилизованными васкуляризированными лоскутами контрлатеральной БГМ по разработанной в клинике методике. У пациентки С., 82 лет после двухсторонней мастэктомии отсутствовали обе БГМ. У пациентки Б., 68 лет после мастэктомии справа планировалось выполнение протезирования аортального клапана в связи с чем перемещение лоскута БГМ признано нецелесообразным. В обоих случаях края резецированных костей были укрыты межреберными мышцами, а края кожи фиксированы ко дну дефекта. В течение 4 недель пациенткам проводилась вакуум-терапия ран с последующим переходом на мазовые повязки. У 3 пациенток отмечено нагноение послеоперационной раны, что потребовало применения вакуум-ассистированной терапии.

Длительность стационарного лечения составила $82,6 \pm 13,2$ суток (95 % ДИ 54,7–110,4). Нами установлено, что объем поражения грудины и ребер был больше у пациенток с сахарным диабетом и с повышенным уровнем холестерина крови ($p < 0,05$). Все 18 пролеченных пациенток поправились.

Выводы

1. Лечебная тактика при постлучевом ОРИГ должна учитывать возраст, объем поражения и тяжесть сопутствующей патологии.
2. Вмешательство должно завершаться пластикой дефекта грудной стенки васкуляризированным лоскутом контрлатеральной БГМ.
3. При невозможности выполнения миопластики дефекта грудной стенки показана вакуум-ассистированная терапия пострезекционного дефекта грудной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Effectiveness of muscle coverage to manage osteomyelitis of very late onset in the irradiated chest wall / E. Funayama [et al.] // *Surgery today*. — 2012. — Т. 42, № 3. — Р. 306–311.
2. *Татур, А. А.* Диагностика и комплексное лечение хондрита и остеомиелита ребер и грудины / А. А. Татур / *Здравоохранение*. — 2004. — № 2. — С. 38–42.
3. Alternative Bi-Pectoral Muscule Flaps for Postoperative Sternotomy Mediastinitis / P. Tomas [et al.] / *Ann. Thorac. Surg.* — 2006. — Vol. 81. — Р. 754–755.
4. *Вишневский, А. А.* Хирургия грудной стенки: руководство / А. А. Вишневский, С. С. Рудаков, Н. О. Миланов; под ред. С. С. Рудакова. — М.: Видар-М, 2005. — 301 с.

УДК 616.37+616.342]:616-006-089.48+616.36-008.51

ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Рымашевская А. Г., Симакова Ю. В., Виракоон Ч. А. А. Д.

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

Учреждение Образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящий момент наблюдается рост заболеваемости злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) [1, 2]. У 85 % пациентов на момент диагно-

стики имеется механическая желтуха [5]. Данное осложнение является фактором риска развития послеоперационных осложнений, прежде всего в связи с развитием коагулопатии, поэтому хирургическое лечение при опухолях ПДЗ традиционно проводится в два этапа. Первый этап предшествует выполнению радикальной операции и заключается в декомпрессии желчевыводящих путей [1, 2, 3]. У пациентов с нерезектабельными опухолями хирургическое вмешательство ограничивается выполнением дренирующих вмешательств [1–4].

Цель

Проанализировать, на основании литературных данных, результаты различных методов билиарной декомпрессии у пациентов с опухолями ПДЗ, осложненными механической желтухой.

Материал и методы исследования

Проведен обзор научной литературы, посвященной методам билиарной декомпрессии при опухолях органов панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Использованы такие платформы, как Cyberleninka, PUBMED, eLibrary. Основные ключевые слова для поиска: опухоли панкреатодуоденальной зоны, механическая желтуха, дренирующие операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Радикальное хирургическое вмешательство, применяемое при большинстве опухолей ПДЗ — панкреатодуоденальная резекция, является весьма травматичным и сопровождается высоким риском развития осложнений и значительной летальностью. В связи с этим билиарная декомпрессия традиционно применяется как первый этап лечения пациентов с опухолями органов панкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой [1–4]. Однако в последние годы показания к проведению предварительного билиарного дренирования (ПБД) значительно сужены. Результаты большинства исследований, посвященных данной проблеме, свидетельствуют о том, что проведение ПБД не снижает частоту послеоперационных осложнений, наблюдается рост частоты гнойно-септических осложнений вследствие инфицирования желчи [5–8]. Ряд авторов отмечает ухудшение отдаленных результатов лечения при проведении ПБД, особенно при формировании билиодигестивных анастомозов и проведении наружного дренирования желчевыводящих путей [8, 9]. Учитывая вышеизложенное, абсолютными показаниями к дренирующим вмешательствам является наличие холангита, выраженной коагулопатии и необходимость проведения неoadъювантной химиотерапии при погранично-резектабельных опухолях, а также невозможность проведения радикального хирургического вмешательства в ближайшие 2 недели после установления диагноза [5, 6, 7, 9]. Оптимальным методом ПБД, с учетом непосредственных и отдаленных результатов, является эндоскопическое ретроградное стентирование общего желчного протока [5, 6, 9].

Однако у большинства пациентов с опухолями ПДЗ проведение радикального хирургического лечения невозможно, и оперативное вмешательство направлено на ликвидацию наиболее частого, угрожающего жизни осложнения — механической желтухи. В связи с этим актуальным является выбор оптимального метода декомпрессии желчных путей у данной категории пациентов [1, 2, 3]. С целью устранения механической желтухи у пациентов с нерезектабельными опухолями предпочтительно использование методов внутреннего дренирования. Наименее травматичным является эндоскопическое ретроградное стентирование общего желчного протока. Наиболее технически простым и экономически наименее затратным является использование пластиковых стентов. Их использование целесообразно при ожидаемой продолжительности жизни менее 3 мес., в противном случае рекомендуется применять металлические саморасправляю-

щиеся стенты с полимерным покрытием, сохраняющие проходимость в течение 6 мес. и более [1, 2, 3, 5]. При невозможности проведения эндоскопического стентирования целесообразно формирование билиодигестивного анастомоза. Наиболее технически простым является наложение холецисто-энтероанастомоза с межкишечным соустьем, однако при ожидаемой продолжительности жизни свыше 6 мес. рекомендуется выполнение гепатикоюностомии на выключенной по Ру петле, так как при прогрессировании опухолевого процесса нередко развивается блок пузырного протока [1, 2, 3].

Выводы

1. Рутинное проведение ПБД большинство авторов считает нецелесообразным. Абсолютными показаниями к проведению ПБД перед радикальной операцией является наличие холангита, выраженной коагулопатии и необходимость проведения неоадьювантной химиотерапии, а также невозможность проведения радикального хирургического вмешательства в ближайшие 2 недели после установления диагноза. При необходимости проведения ПБД предпочтение следует отдавать эндоскопическому стентированию желчных протоков.

2. При нерезектабельных опухолях наименее травматичным является эндоскопическое ретроградное стентирование желчных протоков. При ожидаемой продолжительности жизни более 3 мес., целесообразно применять металлические саморасправляющиеся стенты с полимерным покрытием, сохраняющие проходимость в течение длительного времени. При невозможности проведения эндоскопического стентирования целесообразно формирование билиодигестивного анастомоза. При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 мес. и проходимости пузырного протока целесообразно наложение холецисто-энтероанастомоза с межкишечным соустьем. В случае более длительного срока ожидаемой выживаемости рекомендуется выполнение гепатикоюностомии на выключенной по Ру петле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедин, В. В. Хирургическое лечение больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой / В. В. Бедин, И. П. Шин // В помощь практическому врачу. Лечение рака панкреатодуоденальной зоны. — 2016. — № 6. — С. 86–88.
2. Жерлов, Г. К. Рак панкреатодуоденальной зоны, диагностика, лечение / Г. К. Жерлов // Сибирский онкологический журнал. — 2016. — № 1. — С. 41–47.
3. Елтышев, Н. А. Современная диагностика и лечение больных раком головки поджелудочной железы, осложненным синдромом желтухи / Н. А. Елтышев // Вестник РУДН, серия Медицина. — 2010. — № 4. — С. 52–56.
4. Алексейцев, А. В. Особенности инвазивности роста опухолей панкреатодуоденальной зоны, осложненных обструкцией желчных путей / А. В. Алексейцев // Опыт лечебных учреждений, креативная хирургия и онкология. — 2016. — С. 4–6.
5. Preoperative Biliary Drainage for Pancreatic Cancer / N. T. Van Heek [et al.] // Minerva Medica (Edizioni Minerva Medica). — 2014. — P. 99–107.
6. Kozarek, R. Role of Preoperative Palliation of Jaundice in Pancreatic Cancer / R. Kozarek // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. — 2013. — Vol. 20. — P. 567–572.
7. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas / N. A. van der Gaag [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362. — P. 129–137.
8. Результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы в зависимости от выполнения предварительного билиарного дренирования / И. В. Михайлов [и др.] // Новости хирургии. — 2017. — Т. 25, № 3. — С. 286–281.
9. Negative impact of preoperative endoscopic biliary drainage on prognosis of pancreatic ductal adenocarcinoma after pancreaticoduodenectomy / K. Furukawa [et al.] // Anticancer Research. — 2015. — Vol. 35 (9). — International Institute of Anticancer Research. — P. 5079–5084.

УДК 616.65-006.04-07-052(476.2)«2016/2018»

**РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ЗАБОЛЕВШИХ РАКОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016–2018 ГГ.**

Селюнина А. С., Грабарева Г. Л., Курбатова С. О.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Злокачественные новообразования предстательной железы (РПЖ) являются наиболее частыми онкологическими заболеваниями мужчин. Увеличение частоты этого заболевания в последние годы наблюдается в большинстве стран мира, в том числе в Беларуси и Гомельской области. Стандартизованный показатель заболеваемости (СЗ) РПЖ (стандарт World) в Гомельской области составляет 53,9 за 2016 г., 69,2 — за 2017 г., 89,2 — за 2018 г. [1]. Городские мужчины болеют РПЖ чаще, чем сельские: соответствующее абсолютное число заболевших составляет в 2018 г. — 664 и 176 человек [1]. Раннее выявление РПЖ в городских условиях обусловлено большей доступностью медицинской помощи и широким использованием теста на ПСА [2]. Об улучшении своевременной диагностики свидетельствует информация о реализации государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность в РБ» на 2006–2020 гг. [3]. Исследования с целью диагностики РПЖ в Гомельской области проведены у более 25 тыс. мужчин в возрасте 50–65 лет, при этом выявлено 126 случаев РПЖ из них в ранних стадиях 99 (78,5 %) случаев [4]. Отмечается стойкое снижение доли случаев РПЖ III–IV стадии: с 45,6 % в 2016 г. до 32,3 % в 2018 г. [4]. Демографическая структура мужского населения в Гомельской области ухудшилась из-за увеличения заболеваемости и уменьшения количество лиц трудоспособного возраста [5]. В связи с этим полученные данные могут быть использованы для планирования диагностических и лечебных мероприятий.

Цель

Проанализировать выявленные при скрининге случаи РПЖ в течение 2016–2018 гг. с учетом стадий заболевания, возраста и места жительства и летальности пациентов.

Материал и методы исследования

Источники информации: скрининговые данные пациентов Гомельской области в 2016–2018 гг. с разделением по месту жительства и возрасту на момент установления диагноза. Исследованы: статистические данные БКР по Гомельской области и сводные данные по скринингу в Республике Беларусь.

Результаты исследования и их обсуждение

В Гомельской области отмечено увеличение абсолютного числового значения (АЧЗ) РПЖ в течение периода наблюдения: 526 случаев в 2016 г., 627 случаев — в 2017 г., 820 случая — в 2018 г. Прирост заболевших составил 1,67 раз. АЧЗ заболевших жителей города составило: 397 случаев в 2016 г., 477 случаев — в 2017 г., 644 случая — в 2018 г. Соответствующие показатели для жителей села: в 2016 г. — 129, 2017 г. — 150, 2018 г. — 176. Это свидетельствует о преобладании АЧЗ жителей города над жителями села: в 3,07 раза в 2016 г., в 3,62 раза — в 2017 г., в 4 раза — в 2018 г. Число заболевших РПЖ в городе возросло в 1,77 раза, в селе в 1,36 раз.

Динамика АЧЗ РПЖ в разных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Число случаев заболевания РПЖ в возрастных группах

Показатель	Возрастные группы, лет										
	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	> 90
АЧЗ 2016 г.	0	4	12	45	69	128	77	125	46	16	3
АЧЗ 2017	0	1	22	62	111	191	97	117	62	24	6
АЧЗ 2018	0	4	29	105	198	183	153	108	83	11	5
Рост	0	1	2,41	2,33	2,86	1,43	1,99	-0,864	1,8	-0,687	1,66

Наибольшее увеличение АЧЗ зарегистрировано среди пациентов в возрасте 60–64 года и 65–69 лет. Доля АЧЗ в 2016 г. в возрастных группах составила: до 55 лет — 3,04 %, 55–65 лет (трудоспособные) — 21,7 %, до 65–85 лет — 71,56 %, более 85 лет — 3,61 %; в 2018 г.: до 55 лет — 3,75 %, 55–65 года (трудоспособные) — 34,4 %, до 65–85 лет — 59,92 %, более 85 лет — 1,81 %. Динамика АЧЗ 2016–2018 гг. в возрастных группах увеличилась: до 55 лет — в 1,2 раза, 55–65 года (трудоспособные) — 1,6 раза; уменьшилась в возрастных группах: 65–85 лет — в 1,2 раза, более 85 лет — в 2 раза.

Результат и стоимость лечения любого злокачественного новообразования в значительной степени зависит от стадии заболевания. Поэтому особое значение имеют данные, отражающие качество диагностики, то есть распределение случаев РПЖ по стадиям у впервые выявленных при скрининге больных [1]. Соответствующие показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение случаев РПЖ (выявленных при скрининге) по стадиям

Год	Всего случаев (n)	Из них выявлено при скрининге (n, %)	I (n, %)	II (n, %)	III (n, %)	IV (n, %)
2016	498	15(3,0)	7 (46,4)	5 (33,3)	3 (20,3)	0
2017	627	23(3,6)	10 (43,4)	8 (34,7)	5 (21,7)	0
2018	820	126(15,3)	48 (38)	51 (40,5)	27 (21,4)	0

Большинство случаев РПЖ выявлены в I–II стадии заболевания. С учетом доступности ПСА-диагностики и проводимых скрининговых исследований возможно достижение дальнейшего уменьшения случаев заболевания РПЖ в III–IV стадиях [3]. Отношение числа умерших к числу заболевших позволяет оценить своевременность диагностики и качество лечения РПЖ, за период с 2016 по 2018 гг. этот показатель в Гомельской области составил 0,076. Показатель одногодичной летальности наиболее отчетливо характеризует уровень своевременной диагностики, качество и результативность лечения. В Гомельской области в течение периода исследования одногодичная летальность при РПЖ находилась в пределах от 23,8 до 17,1 %, что в целом соответствует распределению заболевания по стадиям.

Вывод

АЧЗ РПЖ в ГО в 2016–2018 гг. увеличилось в 1,67 раза. Наибольший прирост отмечен в возрастных группах 60–64 года, а также в возрастной группе 65–69 лет (в 1,2 и 1,6 раз соответственно). Прирост АЧЗ за период 2016–2018 гг. для жителей города Гомеля составил 1,77, для жителей села — 1,36 раз. Большинство пациентов выявлено в I–II ст. РПЖ. Это распределение подтверждается отношением смертность/заболеваемость, который за период исследования в Гомельской области составил 0,076 (2016–2018 гг.), а также одногодичной летальностью, которая за 2016–2018 гг. находилась в пределах от 22,8 до 6,1 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова. — 2017. — С. 45–70.
2. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Минск: Зорныверасень, 2006. — 207 с.

3. О здоровье населения государства: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 14 марта 2016 г., № 200 // Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2016.

4. Регистр РБ – 2019: пациенты, заболевшие раком [электронный ресурс]. — Электрон. Тестовые дан. и прогр. — Минск, 2019.

5. Половозрастная структура населения Гомельской области за 2016–2018 гг.: главное статистическое управление Гом. обл., 1 января 2018 г. — Гомель, 2018.

УДК 616.329/.341-089.86-06-072.1

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПИЩЕВОДНО-ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА
ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ**

Смотрин И. С., Лысенко А. В.

**Учреждение здравоохранения
«Минский городской клинический онкологический диспансер»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Рак желудка по-прежнему остается актуальной проблемой отечественной клинической онкологии. По мнению ряда авторов, гастрэктомия у пациентов с раком желудка является операцией выбора [1, 3, 4]. При этом значимость эндоскопического метода в его диагностике не подвергается сомнению и признана всеми [2, 4]. Следует заметить и то, что эндоскопический метод удерживает лидирующее положение и при оценке пищеводно-тонкокишечного анастомоза в отдаленном послеоперационном периоде.

Цель

Провести эндоскопическую оценку эзофагоэнтероанастомоза (ЭЭА) у пациентов раком желудка через 12 месяцев после хирургического лечения.

Материал и методы исследования

Нами проведен анализ результатов эндоскопического исследования ЭЭА после гастрэктомии у 65 пациентов. Из них женщин было 20 (30,8 %), мужчин 45 (69,2 %). Основанием для выполнения гастрэктомии явились: инфильтративно-язвенный рак тела желудка — у 14 (21,56 %) пациентов, рак субкардиального отдела желудка — у 2 (3,08 %) пациентов, полиповидный рак желудка — у 4 (6,16 %) пациентов, рак тела желудка — у 37 (57 %) пациентов, карциноидные опухоли желудка — у 4 (6,16 %) пациентов, язва тела желудка с малигнизацией — у 1 (1,54 %) пациента, гастроэзофагиальный рак — у 1 (1,54 %) пациента и рак кардиального отдела желудка — у 2 (3,08 %) пациентов.

При оценке ЭЭА учитывались следующие показатели: наличие отека и гиперемии ЭЭА, наличие эрозивного эзофагита, сочетающегося с анастомозитом, наличие рубцовой деформации или сужения ЭЭА, наличие эндоскопических признаков рецидива опухоли. Наряду с этим, при наличии эрозивного процесса в области ЭЭА и в пищеводе, деформации и сужении ЭЭА проводилась взятие материала для гистологического исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследования показали, что только у 1 пациента был диагностирован рецидив опухоли в области ЭЭА. Данный пациент был оперирован по поводу гастроэзофагеального рака. У 23 (35,42 %) пациентов не отмечено признаков как эзофагита, так и анастомозита. Изолированный анастомозит был установлен у 18 (27,72 %) пациентов, а эзофагит — у 5 (7,7 %) пациентов. Сочетающийся эрозивный анастомозит с эрозивным эзофагитом отмечен у 16 (24,64 %) пациентов. Рубцовая деформация ЭЭА была выявлена у 2 (3,08 %) пациентов. При этом ЭЭА пропускал тубус эндоскопа, а клинических признаков дисфагии у пациентов не наблюдалось. Анализ результатов исследования показал, что спустя год

после гастрэктомии только у 35,42 % пациентов не имеется патологических изменений в области ЭЭА. У 52,3 % случаев имели место явления анастомозита разной степени выраженности, что потребовало назначения медикаментозного лечения.

Выводы

В отдаленном послеоперационном периоде после гастрэктомии эндоскопическое исследование позволяет получить объективную информацию о состоянии ЭЭА, своевременно диагностировать местный рецидив заболевания и провести консервативную терапию выявленных изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Седов, В. М.* Рак желудка / В. М. Седов, А. Н. Яицкий, И. Н. Данилов. — СПб.: Человек, 2009. — 232 с.
2. Современные эндоскопические методы диагностики и лечения предраковых изменений и раннего рака желудка / О. А. Бурцева [и др.] // Гастроэнтерология. — 2014. — № 1. — С. 56–64.
3. *Черноусов, А. Ф.* Хирургическое лечение рака кардии / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, Ф. А. Черноусов. — СПб.: Практическая медицина, 2016. — 128 с.
4. *Черноусов, А. Ф.* Осложнения гастрэктомии / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, П. В. Ногтев. — СПб.: Практическая медицина, 2017. — 128 с.

УДК 616.714.1-006-031.61

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Тарасова П. Ю., Олешкевич Д. В.

**Научные руководители: к.м.н., доцент К. М. Кубраков¹,
к.м.н., доцент Г. М. Шанно²**

**Учреждение образования
«Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Первичные опухоли головного мозга (ПОГМ) — это объемные образования, которые формируются из нейроцитов и нейроглии. По гистологической структуре они делятся на нейроэпителиальные (астроцитомы, глиомы, эпендимомы), опухоли оболочек мозга (арахноэндотелиомы), опухоли гипофиза (аденомы), пинеальной области (пинеоцитомы), черепно-мозговых нервов (невринома), сосудов (гемангиомы), и дизэмбриогенетические. Заболеваемость внутрочерепными опухолями варьирует от 3,4 до 15 на 100 тыс. населения. В Западной Европе заболеваемость колеблется у мужчин от 8,4 до 11,8, у женщин — от 5,8 до 9,3 [1]. В Республике Беларусь частота встречаемости злокачественных новообразований головного мозга составляет 5 случаев на 100 тыс. населения [2]. Среди всех ПОГМ наиболее часто встречаются нейроэпителиальные опухоли астроцитарного и олигодендроглиального рядов, при этом доля злокачественных глиом среди них составляет около 20 %.

Цель

Изучить эпидемиологию опухолей головного мозга в Витебской области за 5 лет.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы выписки из медицинских карт 330 пациентов со злокачественными новообразованиями УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер» с ПОГМ за 2014–2018 гг. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью пакета прикладных программ SPSS 12.0 (лицензия 11906017), «Statistica» 10.0 (StatSoft Inc., США) (лицензия STAФ999K347156W). Данные обрабатывали с помощью непараметрических методов исследования с расчетом

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

количественному признаку и критерий Kruskal — Wallis (для анализа различий трех независимых групп по количественному признаку). Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным, и менее 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Зависимость выбора метода оперативного вмешательства от злокачественности опухоли представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Зависимость выбора метода оперативного вмешательства от злокачественности опухоли

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
Доброкачественная	4	12			
Злокачественная	37	33	785,0000	-2,37585	0,052509

Анализируя таблицу можно сказать, что торакотомический метод более оптимальный при злокачественных опухолях, так как, чем выше стадия заболевания, тем шире необходим оперативный доступ для удаления опухоли. Торакоскопический метод так же эффективен при злокачественных опухолях, немного отставая от торакотомического метода по эффективности (таблица 2).

Таблица 2 — Зависимость выбора метода операции от наличия осложнений при распространении опухоли

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
Осложнения при распространении	12	5	735,500	-1,61254	0,01

При наличии осложнений при распространении опухоли лучше использовать торакотомический метод операции, так как необходим более широкий оперативный доступ. При этом пациенты с отсутствием осложнений — 70 человек, с переходом на ЛГБ — 3 человека, со стенозом ЛНДБ — 1 человек, сдавление ПБ — 1 человек, сдавление трахеи — 1 человек, с переходом на ПГБ — 3 человека, с переходом на ПНДБ — 3 человека, с переходом на трахею — 1 человек, с переходом на ЛВДБ — 1 человек, с переходом на ПВДБ — 1 человек, вращение в ВПВ — 1 человек.

Были выявлены статистически значимые данные при анализе распространенности метастазов в лимфатические узлы: Nx (U = 744, Z = 1,539, p = 0,0192) N0 (U = 759, Z = 1,409, p = 0,023) и при метастазах в другие органы M0 (U = 653, Z = -1,409, p = 0,005). Торакотомические операции с целью диагностики чаще применяют при отсутствии метастазов в органы и Л/У так как необходимо более детальное и обширное обследование для уточнения диагноза. Торакоскопические при недостаточных данных распространения на Л/У и с целью меньшего травмирования при подтверждении или опровержения других метастазов.

Таблица 3 — Технические сложности возникшие при выполнении операции

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
Технические сложности	7	1	736,5000	-1,60390	0,003959

При торакоскопическом методе намного реже возникают сложности при проведении оперативного вмешательства, в отличие от торакотомического метода, т. к. при торакотомическом методе необходим более широкий операционный доступ, как следствие может привести к возникновению технических сложностей.

Выводы

В результате исследования были сделаны выводы, что торакотомический метод чаще используется при распространенных формах опухолей грудной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Обухова, Т. Л.* Видеоторакоскопические анатомические резекции легкого в торакальной онкологии / Т. Л. Обухова, Д. Д. Сехниадзе, А. В. Лысцов // Тюменский медицинский журнал. — Т. 16, № 4. — С. 38–46.
2. Результаты торакоскопических операций в Тюменском онкодиспансере / Т. Л. Обухова [и др.] // Тюменский медицинский журнал. — 2018. — № 3–4. — С. 52–64.
3. Пландовский, В. А. Видеоторакоскопические операции (рус.) / В. А. Пландовский, С. Н. Шнитко, В. Н. Анисимовец // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — М.: Медиа Сфера, 1998. — № 11. — С. 25–26.
4. *Фергюсон, М. К.* Атлас торакальной хирургии / М. К. Фергюсон. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 14–31

УДК 616.345-006.6:616-006.6

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕВОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ В СОСТАВЕ ПЕРВИЧНО- МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДВУХ И БОЛЕЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Хлебин М. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Каравай

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Первично-множественные опухоли (ПМО) — это независимое возникновение и развитие у одного больного двух и более новообразований, расположенных в одном или разных органах, развивающихся синхронно или метасинхронно [1, 2]. В Республике Беларусь за 2018 г. колоректальный рак занимает 3 место в общей структуре онкологических заболеваний. Частота встречаемости среди населения составляет 31,8 случаев на 100 тыс. человек [3].

Цель

Анализ клинико-морфологических характеристик рака левого отдела толстой кишки в составе ПМО двух и более локализации у пациентов по Гродненской области в период с 2008 по 2018 гг.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ 186 амбулаторных карт пациентов со злокачественными новообразованиями толстой кишки в составе ПМО различных локализации.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 186 больных с ПМО было 85 лиц мужского пола и 101 женского. Средний возраст пациентов на момент установления опухоли толстой кишки составил 70 лет у мужчин и 67 лет у женщин. В данном исследовании опухоли двух локализации были выявлены у 151 пациента, трех — у 28, четырех — у 6 пациентов, и 5 — у одного. По гистологическому типу опухолей левого отдела толстой кишки наиболее часто встречаемыми были: аденокарцинома (37,6 %), тубулярная аденокарцинома (52,7 %) и слизепродуцирующая аденокарцинома (3,2 %). Среди первично-множественного злокачественного новообразования рак толстой кишки по отношению ко 2-й опухоли был первичным в 36,6 % случаев и вторичным в 63,4 % соответственно. Из 151 случая выявления ПМО левого отдела толстой кишки двух локализации количество синхронных со-

ставило 43, метакронных — 108. Интервал времени между выявлением рака толстой кишки как первичной опухоли и второй неоплазией составил в среднем 1,9 года, между выявлением первичной опухоли иной локализации и вторичной опухоли толстой кишки — 8,4 лет. У больных раком левого отдела толстой кишки среди вторых опухолей преобладали: новообразования кожи (18,8 %), предстательной железы (11,3 %), матки (10,8 %), яичника (9,7 %), и молочной железы (9,1 %) (таблица 1). У пациентов с тремя первично-множественными неоплазиями в качестве третьей локализации наиболее часто выступали поражения кожи (39,2 %), различных отделов толстой кишки (28,6 %) и молочной железы (14,3 %). При этом средний интервал времени между выявлением второй и третьей опухоли составил 5 лет (таблица 1).

Таблица 1 — Локализация второй и третьей опухоли у пациентов с ПМО толстой кишки

Локализация 2-й опухоли	Кол-во случаев на 186 пациентов	Локализация 3-й опухоли	Кол-во случаев на 35 пациентов
Кожа	35 (18,8 %)	Кожа	11 (39,2 %)
Предстательная железа	21 (11,3 %)	Толстая кишка	8 (28,6 %)
Матка	20 (10,8 %)	Молочная железа	4 (14,3 %)
Яичник	18 (9,7 %)	Желудок	2 (7,1 %)
Молочная железа	17 (9,1 %)	Матка	1 (3,6 %)
Толстая кишка	14 (7,5 %)	Предстательная железа	1 (3,6 %)
Почка	13 (7 %)	Почка	1 (3,6 %)
Желудок	12 (6,5 %)		

Выводы

Рак левого отдела толстой кишки в составе ПМО является преимущественно вторичной метакронной опухолью, развивающиеся в среднем через 8,4 лет после выявления первой неоплазии. Наиболее часто злокачественное новообразование толстой кишки находилось в составе ПМО двух локализации. Среди вторых опухолей преобладали новообразования новообразования кожи (18,8 %), предстательной железы (11,3 %), матки (10,8 %), яичника (9,7 %), и молочной железы (9,1 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Степанова, Ю. А. Первично-множественные опухоли (обзор литературы) / Ю. А. Степанова, Д. В. Калинин, В. А. Вишневецкий // Медицинская визуализация. — 2015. — № 6. — С. 93–102.
2. Первично-множественный синхронный рак: обзор литературы и клинические наблюдения / А.И. Щеголев [и др.] // Медицинская визуализация. — 2010. — № 6. — С. 133–135.
3. International Agency for Research on Cancer [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map/>. — Дата доступа: 01.03.2019.

УДК 616-006.5-031.81

ИЗУЧЕНИЕ ПОДХОДОВ К СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Хромец А. В.

Научный руководитель: ассистент С. А. Климук

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Колоректальный рак (КР) является достаточно распространенным явлением в XXI в. По данным Американской ассоциации рака на момент февраля 2019 г. [1] третьим по

частоте летальности и четвертым по частоте встречаемости в США среди злокачественных новообразований был КР, с отношением числа случаев смерти к числу впервые выявленных случаев на уровне 0,35. Установленный рекомендованный возраст для первой скрининговой колоноскопии составляет 45 лет для пациентов со средним риском развития КР, при этом также рекомендованы высокочувствительные биохимические исследования. Регулярно проводить данную процедуру рекомендовано до 75-летнего возраста, после чего она показана только в экстренном порядке.

Цель

Изучить эффективность скрининговой фиброколоноскопии (ФКС) на основе информации, полученной в межрайонном эндоскопическом центре на базе 5 ГКБ г. Минска.

Материал и методы исследования

В ходе работы рассмотрено 1928 случаев ФКС, выполненных на базе 5-й ГКБ г. Минска с января 2017 г. по февраль 2019 г., из них в выборку включены 661, соответствовавшие критерию плановости исследования, отсутствию необходимости дополнительной операции в ту же госпитализацию, наличию полноценного протокола ФКС. В выборке оценивались демографические показатели, срок госпитализации, наличие осложнений, результативность процедуры (по диагнозу и данным патоморфологии, где применимо). Полученные данные описывали методами описательной статистики (стандартное отклонение (СО), интерквартильный диапазон (ИКД)), показатели рассчитывались в программе «Microsoft Office Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

Из 661 процедуры 185 проводились у мужчин, 476 у женщин; средний возраст пациентов составил 60,58 (54; 69) года, медиана возраста — 63 года. В качестве заключительного диагноза были определены полипы и доброкачественные новообразования в 420 случаях, дивертикулез выставлен в 53 случаях, в 28 случаях выявлены воспалительные заболевания неинфекционной этиологии, синдром раздраженной кишки — в 119 случаях, в 20 случаях были выявлены геморроидальные узлы, злокачественные новообразования определились в 5 случаях, новообразования неясной этиологии — в 8 случаях, а оставшиеся 8 случаев, ввиду их единичного упоминания, определены как прочие события.

Выводы

Обобщенные данные позволяют увидеть, что с 45 лет присутствует рост числа исследований, а к 75 годам число пациентов активно снижается (таблица 1). Это говорит о том, что подходы в эндоскопической диагностике в Беларуси согласуются с рекомендациями, определенными Американской ассоциацией рака. Результаты патоморфологических исследований находятся в процессе анализа, выводы по ним будут представлены в рамках выступления на конференции.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрастным группам.

Возраст, лет	Число пациентов
18–24	9
25–31	16
32–38	29
39–45	37
46–51	40
52–58	104
59–65	162
66–71	139
72–78	76
79–84	45
85+	4

ЛИТЕРАТУРА

1. Электронный ресурс национального института исследования рака США: <https://www.cancer.gov/types/common-cancers>. — Дата доступа: 14.02.2019.

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №484 от 13.06.2006 года «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных».

УДК 616.345-006.04:615.036

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

Чевелева Е. А., Мальцевич Н. Н., Романюк А. А.

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

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

Введение

Наибольший удельный вес среди оперативных вмешательств по поводу онкологической патологии брюшной полости составляет колоректальный рак (КРР) — 72 %. Частота его осложненных форм составляют 60–89 %. Наиболее частыми осложнениями КРР являются анемия, острая кишечная непроходимость (ОКН), хроническая кишечная непроходимость (ХКН) и перифокальный воспалительный инфильтрат [1, 2]. Остроту проблемы осложненных форм КРР в настоящее время определяют значительная частота послеоперационных осложнений и летальность, сложность выбора оптимального метода операции [3].

Цель

Провести клинико-морфологическую характеристику и оценить непосредственные результаты лечения пациентов с колоректальным раком.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Проведен ретроспективный анализ 470 медицинских карт стационарного пациента, находящихся на обследовании и лечении в отделении абдоминальной хирургии в период с января по декабрь 2015 г., которым были выполнены операции по поводу колоректального рака.

Исследуемую группу составили 252 (53,6 %) мужчин и 218 (46,4 %) женщин, средний возраст пациентов составил $64,7 \pm 10,8$ лет (от 21 до 90 лет). Средняя длительность госпитализации составила $16,4 \pm 7$ дней.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение КРР по стадиям у лиц исследуемой группы было следующим: I — 53 (11,28 %) пациентов, II — 220 (46,81 %), III — 117 (24,89 %), IV — 54 (11,49 %). В 26 (5,53 %) случаях выполнены операции по поводу ворсинчатых опухолей. Опухоли правой половины ободочной кишки (ОК) выявлены у 65 (13,82 %), поперечной ободочной — у 45 (9,57 %), левой половины ОК — у 105 (22,34 %), ректосигмоидного соединения — у 55 (11,7 %) и прямой кишки — 171 (36,4 %) больных. Мультифокальное поражение толстой кишки выявлено у 29 (6,17 %) пациентов.

Осложнения опухолевого процесса выявлены у 104 (22,13 %) пациентов (таблица 1). В структуре осложнений преобладали ХКН — 11 (10,57 %) и ОКН — 8 (7,69 %) случаев. Реже наблюдались ректо-вагинальные свищи — у 4 (3,84 %), перфорация опухоли — у 2 (1,92 %) и перифокальный абсцесс — у 1 (0,96 %) пациента. Клинически выражен-

ные кровотечения выявлены лишь у 3 (2,88 %) пациентов. Анемия средней и тяжелой степени выявлена у 75 (72,11 %) пациентов, чаще при опухолях правых отделов толстой кишки. Частота осложнений опухолевого процесса различалась в зависимости от локализации опухоли. У пациентов с опухолями правой половины ободочной кишки преобладала анемия, в то время как при левосторонней локализации чаще наблюдалась острая либо хроническая кишечная непроходимость (таблица 1). Осложнения наблюдались чаще при более распространенном опухолевом процессе, у пациентов с I стадией заболевания — в 4 (7,55 %) случаях, II стадией — у 31 (14,09 %), III — у 40 (34,18 %), IV — у 29 (53,7 %) пациентов ($p < 0,05$).

По поводу рака ободочной кишки оперировано 192 (41,8 %) пациента. Правосторонняя гемиколэктомия выполнена у 86 (18,53 %) пациентов, резекция поперечной ободочной кишки — 14 (3,02 %), левосторонняя гемиколэктомия — 18 (3,88 %), резекция сигмы — 73 (15,73 %), субтотальная колэктомия — 1 (0,22 %). При локализации опухоли в прямой кишке оперировано 202 (43,53 %) пациента. Резекция ректосигмы проведена 23 (4,96 %) пациентам, передняя резекция — 117 (25,21 %), брюшно-анальная резекция — 4 (0,86 %), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки — 40 (8,62 %), операция Гартмана — 17 (3,66 %), экстирпация культи прямой кишки — 1 (0,21 %) пациентам. Комбинированные операции проведены 80 (17,02 %) пациентам. При выполнении передней резекции прямой кишки превентивная петлевая трансверзостомия выполнена в 48 (10,34 %) случаях, петлевая илеостомия в 1 (0,22 %) случае. Экономные резекции проведены 16 (3,45 %) пациентам, в том числе резекция нисходящей ободочной кишки — 2 (0,43 %), клиновидная резекция — 2 (0,43 %), колотомия — 6 (1,29 %), трансанальное иссечение — 6 (1,29 %) пациентам. Реконструктивно-восстановительные операции выполнены в 54 (11,63 %) случаях.

Таблица 1 — Частота осложнений опухоли у пациентов исследуемой группы

Локализация	ХКН	ОКН	Кровотечение	Свищи	Перфорация	Абсцесс	Анемия
Правые отделы ОК (n = 65)						1 (1,54 %)	53 (81,53 %)
Поперечная ОК (n = 45)	3 (6,67 %)	3 (6,67 %)					18 (40 %)
Левые отделы ОК (n = 105)	1 (0,95 %)	4 (3,81 %)	1 (0,95 %)				1 (0,95 %)
Ректосигма (n = 55)	1 (1,82 %)		2 (3,64 %)	1 (1,82 %)	1 (1,82 %)		1 (1,82 %)
Прямая кишка (n = 171)	6 (3,51 %)	1 (0,56 %)		3 (1,75 %)	1 (0,56 %)		2 (1,17 %)

В 2 (0,43 %) случаях имели место интраоперационные осложнения — пересечение левой почечной артерии (выполнена пластика сосуда) и травма мочеточника (наложен уретероуртероанастомоз). Послеоперационные осложнения наблюдались у 24 (5,1 %) пациентов, у 9 (1,91 %) из них диагностировано несостоятельность анастомоза, у 4 (0,85 %) — спаечная кишечная непроходимость. Наблюдалось по 1 (0,21 %) случаю перитонита при состоятельных швах, острого нарушения мозгового кровообращения, атонии мочевого пузыря, нагноившейся гематомы с развитием сепсиса, панкреонекроза, острой сердечной недостаточности, расхождения краев раны, внутрибрюшного кровотечения. Несостоятельность анастомоза при раке ОК развилась в 2 (0,43 %) случаях. При операциях по поводу рака прямой кишки с наложением анастомоза несостоятельность последнего развилась в 7 (4,86 %) случаях. Умер 1 (0,21 %) пациент 77 лет после резекции ректосигмы, причина смерти — острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Выводы

1. Осложнения опухолевого процесса наблюдались чаще при более распространенном опухолевом процессе, частота их колебалась от 7,55 % при I стадии до 53,7 % — при IV стадии КРР. При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки преобладала анемия (у 81,53 % пациентов), при левосторонней локализации рака ободочной кишки чаще наблюдалась ОКН (3,81 %), при раке прямой кишки — ХКН (3,51 %).

2. Послеоперационные осложнения наблюдались в 5,1 % случаев. Частота несостоятельности анастомоза при раке ободочной кишки составила 0,43 %. При операциях по поводу рака прямой кишки с наложением анастомоза несостоятельность последнего развилась в 4,86 % случаев. При этом случаев летальности, связанных с несостоятельностью анастомоза, не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров, В. Б. Колоректальный рак // Руководство по гастроэнтерологии / В. Б. Александров; под ред. Ф. И. Комарова, С. И. Рапопорта. — М., 2010. — С. 418–432.
2. Опыт лечения рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью / В. М. Бондаренко [и др.] // Колопроктология. — 2014. — № 3 (49). — С. 53–54. Приложение: матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии»: сб. тезисов, 23–24 окт. 2014 г. — Смоленск, 2014.
3. Денисенко, В. Л. Лечение колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, с использованием методики «Быстрого выздоровления» / В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаин // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2015. — № 2. — С. 39–41.

УДК 618.11-006-036.8(476.2)

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ РАКА ЯИЧНИКОВ ПО ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Чернышева А. Р., Зыкова В. О.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Злокачественные новообразования яичников на протяжении многих лет представляют серьезную проблему в связи с высокой летальностью и продолжающимся ростом заболеваемости во многих странах мира, включая Республику Беларусь. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 250 тыс. новых случаев рака яичников, и более 100 тыс. женщин погибают от злокачественных новообразований яичников [1]. В Беларуси злокачественные новообразования яичников составляют 4,2 % в структуре всех злокачественных опухолей женщин (включая гемобластозы) и являются наиболее частой причиной смерти пациенток онкогинекологического профиля [2]. Ежегодно в РБ рак яичников выявляется более чем у 1800 женщин и более 700 женщин погибают [2].

Высокая смертность от рака яичников связана с поздней диагностикой заболевания. Общая пятилетняя выживаемость больных раком яичников не превышает 35–40 % [1]. Несмотря на успехи первичного лечения рака яичников, у большинства больных с распространенным опухолевым процессом в течение ближайших двух лет развивается рецидив заболевания, который является причиной смерти этих больных. Хотя излечить больных при рецидиве рака яичников сегодня не представляется возможным, большинству больных можно продлить жизнь при сохранении удовлетворительного уровня ее качества [3]. Меры по своевременному выявлению новообразований яичников по-

прежнему остаются актуальными в связи с ранним метастазированием и высокой частотой выявления заболеваний в далеко зашедших стадиях.

Цель

Целью данной работы явился анализ структуры онкогинекологического профиля, в частности, обзор наиболее распространённых форм рака яичников, приведших к быстрой летальности пациентов по Гомельской области в период с 2014 по 2018 гг.

Материал и методы исследования

Проведен обзорный ретроспективный анализ историй болезни 794 пациенток, находившихся на стационарном лечении в онкологическом гинекологическом отделении на базе «Гомельского областного клинического онкологического диспансера» в период с 2014 по 2018 гг. Выделена когорта из 737 пациенток от 7 до 80 лет с различными формами злокачественных новообразований яичников (папиллярная карцинома, эндометриоидная карцинома, железисто-плоскоклеточная карцинома, серозная цистаденокарцинома, муцинозная аденокарцинома и тубулярная аденокарцинома).

Результаты исследования и их обсуждение

Злокачественные опухоли яичников встречались у женщин всех возрастных групп, включая детей. Наибольшего значения показатели достигали в возрастной группе от 65 до 69 лет, почти половина заболевших: 238 исследуемых (46,1 %) — лица трудоспособного возраста. В детском возрасте зарегистрировано 3(0,4%) случая рака яичника, а в возрасте от 15 до 24 лет — 13 (1,63 %) заболеваний. За последнее пятилетие (2014–2018 гг.) основной прирост заболеваемости наблюдался в возрасте от 25 до 60 лет. Анализ интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями яичников подтвердил ее увеличение за 2014–2018 гг. Грубые интенсивные показатели за этот отрезок времени увеличились с 15,7 до 18,3, а стандартизованные — с 10,5 до 11,9. Наиболее встречаемыми злокачественными новообразованиями яичников явились: папиллярная карцинома — у 109 (14,8 %) исследуемых, эндометриоидная карцинома — у 128 (17,4 %), железисто-плоскоклеточная карцинома — у 223 (30,25 %), серозная цистаденокарцинома — у 166 (22,52 %), муцинозная аденокарцинома — у 91 (12,34 %) и тубулярная аденокарцинома встречалась у 20 (2,71 %) исследуемых. У пациенток с такими низкодифференцированными высокозлокачественными опухолями как эндометриоидная аденокарцинома, железисто-плоскоклеточная карцинома, серозная цистаденокарцинома продолжительность жизни в среднем составила 3 года после первичного выявления опухоли в связи с ранним метастазированием. Метастазирование было зафиксировано преимущественно в следующие органы: в органы малого таза — у 92 (17,8 %) исследуемых, в брюшину — у 86 (16,6 %) в забрюшинные лимфатические узлы — у 80 (15,5 %), в надключичные лимфатические узлы — у 65 (12,6 %), в печень — у 77 (14,9 %), в селезенку — у 69 (13,3 %) и в другие органы — у 48 (9,3%) исследуемых. У пациенток с такими формами рака как муцинозная аденокарцинома и папиллярная карцинома продолжительность жизни составила в среднем 5 лет, причиной смерти явились диссеминация опухоли по брюшине и асцит. У пациенток с тубулярной аденокарциномой прогноз для жизни явился наиболее благоприятный по сравнению с пациентками с вышеуказанными злокачественными новообразованиями яичников. Также был проанализирован охват радикальным лечением женщин, впервые заболевших злокачественными новообразованиями яичников в период с 2014 по 2018 гг. Данный показатель составил 66,4 % (343 человека), 1,2 % (6 человек) женщин отказались от радикального лечения, а 0,7 % (4 человек) имели противопоказания к его проведению.

Выводы

В ходе данной работы была выявлена тенденция к росту частоты РЯ среди женского населения РБ за изученный период — интенсивного показателя в среднем на 2,6 %, стандартизованного на 1,4 %. Также была выявлена тенденция раннего метастазирования злокачественных новообразований яичников и высокая частота выявления заболеваний в далеко зашедших стадиях. Полученные статистические данные диктуют необходимость дальнейших научных исследований, направленных на совершенствование профилактики, диагностики и лечения новообразований яичников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель, Е. М. Статистика злокачественных новообразований женских половых органов / Е. М. Аксель, И. Г. Починка, Д. Я. Ахатов // Онкология. — 2013. — № 2. — С. 9–11.
2. Кушлинский, Н. Е. Опухоли яичников / Н. Е. Кушлинский, В. П. Казаченко // Сахарный диабет. — 2005. — № 3. — С. 2–10.
3. Стенин, М. Б. Спорные вопросы в лечении рака яичников [Электронный ресурс] // Трудный пациент. — 2006. — № 11. — Онкология. — С. 98–105. — Режим доступа: http://www.t-pacient.ru/archive/tp11-2006-oncolog/tp11-2006-oncolog_219.html

УДК 618.19-006.6-089.844

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шамбецкая С. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. О. Хоров

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) на сегодняшний день является одним из самых распространенных онкологических заболеваний в мире (диагноз «рак молочной железы» выставляется каждые 2 секунды). В Беларуси, в структуре злокачественных опухолей РМЖ занимает первое место, ежегодно заболевают около 4 тыс. женщин и 40 мужчин [1].

На сегодняшний день реконструктивная хирургия молочной железы является важным компонентом в общей схеме лечения больной, включая ряд хирургических методов, позволяющих произвести адекватное удаление новообразования и одномоментно закрыть получившийся дефект оставшимися местными тканями или с помощью отдаленных лоскутов, что позволяет получить удовлетворительный эстетический результат. Неотъемлемой частью в лечении остается радикальная мастэктомия. Разработанные методики онкопластической хирургии объединяют в себе принципы радикального онкологического хирургического лечения и пластической хирургии [2].

Дифференциальный подход к выбору метода реконструкции основывается на оценке стадии заболевания, характеристик опухоли, размера железы, планируемого последующего лечения и пожеланий пациентки. Реконструкция молочной железы уменьшает психологическую травму, связанную с мастэктомией, у женщин исчезают ощущение увечья, депрессия и опасения относительно своей женственности. Разнообразие модификаций и вариантов реконструктивных вмешательств рождает проблему выбора, которую необходимо решать совместно с пациенткой.

Цель

Оценить опыт применения реконструктивно-пластических операций при лечении РМЖ.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено на основе архивных данных 78 пациенток с диагнозом РМЖ, проходивших лечение во 2-м онкологическом отделении учреждения здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница» с 2014 по 2018 гг. Клинические данные получены из медицинской документации (история болезни, амбулаторная карта). Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин — 43,3 года. РМЖ в возрастной группе до 40 лет встречался в 29 (37,2 %) случаях, после 40 лет — в 49 (62,8 %). Среди жителей г. Гродно выявлено 45 (57,7%) пациенток, иногородних — 33 (42,3 %). Наиболее часто опухоль локализовалась в верхненаружном квадранте молочной железы — 36 (46,2 %) случаев.

По гистологической структуре основными явились: инфильтрирующая протоковая карцинома 65 (83,3 %), инфильтрирующая дольковая карцинома — 4 (5,13 %), медуллярный рак — 4 (5,13 %), протоковый и дольковый рак — 5 (6,41 %). По степени дифференцировки рака наиболее частыми были умеренно дифференцированные (G2) — 50 (64,1 %) и низко дифференцированные (G3) — 27 (34,6 %) опухоли, недифференцированный рак (G4) наблюдался в одном случае (1,3 %). Распределение по стадиям: I — 32 (41 %), II — 41 (52,6 %), III — 5 (6,41 %).

Основными видами операций по восстановлению молочных желез явились: маммопластика с 2-х сторон эндопротезированием — у 47 (60,3 %) женщин, маммопластика местными тканями — у 16 (20,5 %), маммопластика с 2-х сторон комбинированным способом (местными тканями и силиконовыми имплантатами) — у 9 (11,5 %), радикальная подкожная мастэктомия с подмышечной лимфодиссекцией — у 6 (7,7 %).

Отличные косметические результаты получены у 26,8%, хорошие — у 54,6%, удовлетворительные — у 18,6 % пациенток при низкой частоте послеоперационных осложнений — 5,5 %. У 11 пациенток зарегистрировано одностороннее развитие капсулярной контрактуры с экстрюзией протеза. В 3 случаях эндопротез удален. В 2 случаях иссечена капсула импланта, дефект укрыт местными тканями, эндопротез сохранен. В отдаленном периоде регистрировались удовлетворительные результаты. Отсутствие явных признаков калечащей операции и эстетический результат благоприятно влияли на эмоциональный статус.

На основании проанализированных данных было выявлено, что наиболее частым гистологическим вариантом РМЖ стала инфильтрирующая протоковая карцинома с умеренной степенью дифференцировки. При этом чаще всего опухоль выявлялась во второй стадии.

Выводы

Является оптимальной первичная реконструкция молочной железы с применением эндопротезов. Использование методов первичной хирургической реабилитации при РМЖ, позволяет выполнять одноэтапные реконструктивные вмешательства с хорошим эстетическим результатом, высокими показателями психологической реабилитации и удовлетворительными отдаленными показателями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Океанов, А. Е.* Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2003–2012) / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин; под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2013. — 373 с.
2. *Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / Респ. науч.-практ. центр онкологии и мед. радиологии / под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного.* — Минск, 2012. — 506 с.

УДК 616.441-006.6-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Юденкова Т. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Н. Вальчук

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью эндокринной системы и составляет 1–3 % в общей структуре онкопатологий. В Беларуси в 70-е и 80-е гг. прошлого века РЩЖ был редким онкологическим заболеванием. С 2001 г. ежегодно выявляется более 1000 новых случаев на 100 тыс. После аварии на ЧАЭС заболеваемость РЩЖ среди трудоспособного населения увеличилась более чем в 5 раз, за последние 10 лет — на 12 %.

Цель

Выявить основные эпидемические проявления рака щитовидной железы в Республике Беларусь за период 2006–2017 гг.

Материал и методы исследования

Материалом эпидемиологического исследования служили данные Белорусского канцер-регистра за 2006–2017 гг., демографические показатели. Основу методологии составило аналитическое описательно-оценочное исследование эпидемических проявлений РЩЖ в Беларуси. Электронные базы данных создавались и обрабатывались в программе «Microsoft Excel 7» [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Распространенность РЩЖ в Европейском регионе характеризуется выраженной неоднородностью. В пятерку стран с показателем инцидентности свыше 10,0 на 100 тыс. входят: Франция, Италия, Хорватия, Португалия и Латвия. Самые низкие показатели данной патологии были зарегистрированы в Нидерландах, Болгарии, Сербии, Румынии и Эстонии и не превышали уровня 5 случаев на 100 тыс. населения. По оценочным показателям заболеваемости раком щитовидной железы в 2018 году Республика Беларусь занимает 8-е место из 30 стран Европейского региона с показателем инцидентности 9,7 на 100 тыс. населения. На первом по распространенности месте находится Франция с максимальным показателем 13,3 ‰, минимальный уровень инцидентности наблюдался в Нидерландах и Болгария — 3,6 ‰ (рисунок 1).

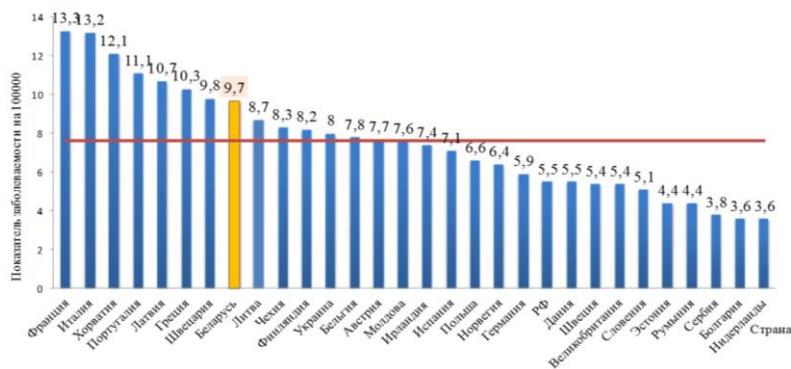


Рисунок 1 — Оценочные показатели заболеваемости РЩЖ Европейского региона за 2018 г.

В анализируемом временном интервале — 2006–2017 гг. в республике наблюдался однонаправленный рост показателей заболеваемости от 8,7 ‰ в 2006 г. до 11,2 ‰ в 2017 г. Среднегодовой показатель составил 9,8 ‰.

В общей структуре онкопатологий у женщин в 2006 г. РЦЖ составил 4,6 % (95 % ДИ 2,71–7,28) и занимал 9-е место в ранжированном ряду, у мужчин — 1,1 % (95 % ДИ 0,29–2,67), что соответствовало 17-й позиции в структуре. В 2017 г. структурный вклад женщин снизился до 4,2 % (95 % ДИ 2,36–6,08) на фоне 8-й позиции в ранжированном ряду, у мужчин — существенно не изменился и составил 1 % (95 % ДИ 0,31–2,17), что соответствовало 19-й позиции. В 2017 г. стандартизованный показатель заболеваемости женского населения РЦЖ составил 17,0, а среди мужского населения — 4,8 ‰. Относительный риск РЦЖ среди женщин в 3,5 раза выше, чем среди мужчин.

Для заболеваемости РЦЖ в разрезе город/село за 2006–2017 гг. был характерен рост инцидентности среди сельского населения в 1,42 раза, среди городского населения — в 1,2 раз. Среднегодовой показатель заболеваемости этого же временного периода составил для городского населения 13,6, для сельского — 9,2 ‰, таким образом, инцидентность РЦЖ в городе в 1,5 раз выше, чем в селе. По данным IARC (Международное агентство по изучению рака) в мире наиболее высокая заболеваемость РЦЖ отмечается у городских жителей, что связывают с профессиональными и экологическими факторами, а также с доступностью специализированной медико-социальной помощи населению [2].

При изучении регионарного распространения РЦЖ была установлена их территориальная неоднородность: максимальные показатели были выявлены в Брестской области и в городе Минске и составили $22,2 \pm 1,27$ и $16,5 \pm 0,92$ на 100 тыс. населения соответственно, минимальный показатель был зарегистрирован в Гродненской области — $5,9 \pm 0,75$ на 100 тыс. населения. Таким образом, относительный риск заболеваемости РЦЖ по отношению к среднереспубликанскому был выше в Брестской области и составил 1,63, городе Минске — 1,2, тогда как в Гродненской и Витебской областях он был ниже среднереспубликанского — 0,43 и 0,89 соответственно. Относительный риск для Гомельской, Могилевской и Минской областей оставался на уровне среднереспубликанского и составил 1,01, 0,91 и 0,91.

Стандартизованные показатели смертности в Беларуси за 2006–2017 гг. остаются стабильно низкими и существенно не меняются с течением времени, среднегодовой показатель составил 0,3 ‰. Показатели смертности в регионах различались: максимальный — выявлен в Брестской области и составил $0,4 \pm 0,17$, минимальный — в Витебской — $0,1 \pm 0,01$ ‰. Относительный риск смертности по отношению к среднереспубликанскому в Брестской области — 1,5, в Витебской не превышал — 0,4.

Выводы

Беларусь занимает 8-е место из 30 среди стран Европейского региона по оценочным показателям заболеваемости РЦЖ в 2018 г. Для республики характерна тенденция к росту заболеваемости, при этом женщины болеют в 3,5 раза чаще, чем мужчины. Максимальные показатели заболеваемости РЦЖ отмечались в Брестской области и г. Минске — $22,2 \pm 1,27$ и $16,5 \pm 0,92$ ‰ соответственно. Относительный риск смертности от РЦЖ существенно различался в регионах республики и по отношению к среднереспубликанскому показателю составил 1,5 в Брестской и 0,4 в Витебской областях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидчик, В. Ю. Статистика рака щитовидной железы в Республике Беларусь / В. Ю. Демидчик, И. А. Саватеев // Актуальные проблемы совр. медицины и фармации 2015: сб. матер. 69-й науч.-практ. конфер. студентов и молодых ученых с междунар. участием: в 2 ч. / Белорус. гос. мед. ун-т; под ред. О. К. Кулаги, Е. В. Барковского. — Минск: БГМУ, 2015. — Ч. 2. — С. 141–144.
2. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2006–2017) / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, Белорусский канцер-регистр. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. — С. 96–176.

УДК 616-006.699

ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ТАЗА У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Ясенко Д. М.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Т. М. Литвинова

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

По данным GLOBOCAN-2018 Беларусь занимает по заболеваемости раком шейки матки (РШМ) 99 место, по смертности 133, при этом первый стандартизированный показатель World равен 13 ‰, второй — 3,9. Несмотря на довольно невысокие эпидемиологические показатели для РШМ существует проблема, связанная с большим количеством запущенных стадий (II B- IVB). Их процент варьирует от 30 до 40 % в стране в зависимости от региона. В городе Минске местнораспространенный РШМ встречается у 42 % пациенток [1]. Основным осложнением нелеченого злокачественного процесса является профузное кровотечение (11 % случаев) [2], которое может возникнуть и в процессе специальной терапии. Использование консервативных мероприятий в большинстве случаев бывает неэффективно, а применение хирургических методов невозможно из-за опухолевого процесса, при котором анатомия органов таза изменяется. В последние годы для остановки кровотечения при местнораспространенном РШМ используется эмболизация маточных или внутренних подвздошных артерий, однако до настоящего времени эффективность этого метода и его влияние на результаты терапии изучены мало.

Цель

Оценить возможность использования метода эмболизации артерий таза у пациенток с РШМ для остановки кровотечения и его влияние на эффективность химиолучевой терапии.

Материал и методы исследования

В исследование включены 25 пациенток, пролеченных в МГКОД по поводу местнораспространенного РШМ с 2012 по 2018 гг., которым с помощью метода эмболизации артерий таза проводилась остановка кровотечения. По амбулаторным картам изучались характеристика заболевших, возможность остановки кровотечения, время перерыва в лечении и результаты проведенной терапии. Средний возраст пациенток на момент постановки диагноза составил 49 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования установлено, что эмболизация сосудов таза была проведена одной пациентке (4 %), имеющей РШМ II B стадии, 14 (56 %) — III B стадии, 7 (28 %) — IV A стадии, 3 (12 %) — IV B стадии. В 16 % случаев имела место экзофитная форма опухоли, в 12 % эндофитная, в 72 % смешанная. Всем заболевшим женщинам из-за профузного кровотечения, которое невозможно было остановить медикаментозным и оперативным путем, выполнена эмболизация сосудов таза: в 84 % случаев маточных артерий, в 16 % — внутренних подвздошных. Во время эмболизации и после нее осложнения отсутствовали. У 68 % пациенток кровотечение было остановлено до начала лечения, у 32 % — во время лучевой терапии, что привело к перерыву в терапии на 2–3 дня. Процедуру эмболизации в связи с использованием быстрорасстворяющихся губок и возникновением повторного кровотечения пришлось повторить 2 (8 %) пациенткам, а одной (4 %) выполнить 4 процедуры. После проведенного в полном объеме химиолучевого лечения от прогрессирования процесса умерло 8 (32 %) пациенток: от РШМ III B стадии — 1 (7,1 %), от РШМ IV стадии — 7 (70 %). 2 (14,3 %) пациентки III B стадии умерли от причин, не связанных со злокачественным процессом.

Выводы

1. Показанием к проведению эмболизации артерий таза являются обильные кровотечения, возникающие при РШМ на III–IV стадиях, поскольку это единственный метод, позволяющий достичь гемостаза и провести химиолучевое лечение в полном объеме.

2. Для эмболизации артерий таза необходимо использовать губки длительного действия, в противном случае кровотечение может возобновиться.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Океанов, А. Е.* Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2006–2015): [аналитический обзор по данным Белорусского канцер-регистра] / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин; под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОиМР им. Н. Н. Александрова, 2016. — 200 с.

2. Salvage therapy in acute life-threatening vaginal bleeding of cervical cancer: Hypogastric artery embolization / S. S. Gaypinar [et al.] // *Taiwanese J. Obstetr. Gynecol.* — 2016. — Vol. 55(4). — P. 607–608.

УДК 616.24-006.6:616.25-002.3-073

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЛЕВРЫ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Яхновец И. Н., Яровский О. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. А. Сушко*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Эмпиема плевры и пиопневмоторакс являются важной проблемой торакальной хирургии [1]. В. Л. Толузаков и R. W. Light определяют инфицирование содержимого плевральной полости в результате пневмонии как парапневмоническую эмпиему плевры, а дренирование абсцесса легкого в плевральную полость — как пиопневмоторакс [1, 2]. Причинами этих заболеваний, являются ухудшающие иммунитет факторы — сахарный диабет, злокачественные опухоли, химиотерапия или облучение и другие [2].

Карциноидная опухоль легкого — редкое злокачественное новообразование группы нейроэндокринных опухолей с относительно доброкачественным клиническим течением. Карциноид легкого составляет примерно от 1 до 2 % от всех опухолевых заболеваний легкого и 20–30 % среди общего числа карциноидов. Успехи торакальной хирургии на основе инновационных технологий позволяют выполнить малоинвазивное оперативное вмешательство, однако оценка функции внешнего дыхания перед хирургическим вмешательством имеет важное прогностическое значение [3].

Цель

Оценить состояние функции внешнего дыхания с эмпиемой плевры и пиопневмотораксом, а также периферической и центральной локализацией карциноида легкого до хирургического вмешательства для выработки оптимальной тактики хирургического лечения.

Материал и методы исследования

За период 2009–2018 гг. в клинике 1-й кафедры хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет» лечились 70 пациентов по поводу эмпиемы плевры и пиопневмоторакса. Из 70 пациентов 5 (6,5 %) были женщины и 65 (93,5 %) мужчины. Средний возраст составлял 56,4 лет. До госпитализации в специализированное отделение пациенты проходили лечение в среднем 11,7 дня. Диагноз был установлен на основании анамнеза, данных рентгенологических исследований, компьютерной томографии легких, микробиологическому исследованию содержимого плевральной полости. По поводу карциноида легкого за тот же период лечилось 22 пациента. Из них — 14 (64 %) мужчины и 8 (36 %) женщины. Средний возраст составил $46,8 \pm 4,2$ года. Всем пациентам выполнена компьютерная томография легких и бронхологическое обследование по стандартной программе. У 13 (59 %) пациентов диагностирован карциноид центральной локализации, у 9 (41 %) — периферической. Для предоперационной оценки функциональных возможностей организма у пациентов с данной патологией использовали систему тестов, позволивших определить повышенную вероятность ухудшения состояния

после активной хирургической тактики лечения. Это лестничный тест (< 2 лестничных пролетов), степень одышки (2–3 степень), FVC (< 50 % от должных величин), FEV1 (< 50 % от должных величин), FEV1/FVC (< 60 % от должных величин), где FVC — жизненная емкость легких; FEV1 — объем выдыхаемого воздуха в секунду (таблица 1).

Таблица 1 — Система тестов для оценки функциональных возможностей

Исследования	Повышенная вероятность проявления осложнений	Операция противопоказана
Лестничный тест	< 2-х лестничных пролетов	< 1 лестничного пролета
Степень одышки	2–3 степень	3–4 степень
FVC	< 50 % степени от должных величин	< 30 % степени от должных величин
FEV1	< 50 % степени от должных величин	< 30 % степени от должных величин
FEV1/FVC	< 60 % степени от должных величин	< 50 % степени от должных величин
FVC — жизненная емкость легких; FEV1 — объем выдыхаемого воздуха в секунду		

Результаты исследования и их обсуждение

В группе пациентов с гнойной патологией плевры выздоровление отмечено у 34 (48,6 %) пациентов после дренирования плевральной полости и у 17 (24,3 %) пациентов после видеоторакоскопического пневмолиза и санации плевральной полости, у которых функциональные показатели были выше указанных в таблице. Койко-день у них составил, в среднем, 12,7 дня. У 14 (20 %) пациентов, у которых данные показатели были ниже, средний койко-день с начала заболевания составил 27,2 дня. Им были выполнены радикальные операции по ликвидации бронхоплевральных свищей и плеврэктомия через традиционную торакотомия. Из-за прогрессирующей полиорганной недостаточности после всех видов вмешательств умерло 5 (7,1 %) пациентов. Их функциональные показатели были значительно ниже вышеизложенных: лестничный тест (< 1 лестничного пролета), степень одышки (3–4 степень), FVC (< 30 % от должных величин), FEV1 (< 30 % от должных величин), FEV1/FVC (< 50 % от должных величин).

В группе пациентов с карциноидом лёгких резекционным вмешательствам были подвергнуты 20 (91 %) пациентов. Лобэктомия и билобэктомия выполнена в 17 (77,3 %) случаях. У 3 (13,7 %) пациентов выполнено видеоторакоскопические сегментэктомии. Аргонплазменному эндобронхиальному вмешательству подвергнуто 2 (9 %) пациента. Наилучшие предоперационные результаты тестов получены в группе аргонплазменного эндобронхиального вмешательства. Койко-день у них составил 4,4 дня с начала госпитализации. У 11 (50 %) оперированных пациентов с центральной локализацией, у которых функциональные показатели были выше приведенных в системе тестов, койко-день составил, в среднем, 12,7 дня. У 9 (41 %) пациентов с периферической локализацией, у которых данные показатели были ниже, т. е. лестничный тест (< 1 лестничного пролета), степень одышки (3–4 степень), FVC (< 30 % от должных величин), FEV1 (< 30 % от должных величин), FEV1/FVC (< 50 % от должных величин), средний койко-день составил 27,2 дня.

Выводы

У пациентов, страдающих эмпиемой плевры и пиопневмотораксом, предпочтительно лечение малотравматичными способами с помощью дренирования и видеоторакоскопии. У пациентов с периферической локализацией карциноида легких предоперационные функциональные показатели были значительно хуже пациентов с центральной локализацией. Правильная оценка функциональных возможностей организма у пациентов с эмпиемой плевры и пиопневмотораксом, а также у пациентов с онкологическими заболеваниями легких дает возможность выбрать оптимальный метод хирургического лечения, сократить сроки лечения и добиться более благоприятных исходов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толузаков, В. Л. Консервативное лечение острых нагноений легкого / В. Л. Толузаков, В. Т. Егизарян // Медицина. Ленингр. отделение. — 1985. — С. 165–171.
2. Lights, R. W. Microscopic anatomy of the pleura / R. W. Lights, C. M. Sevin // Thorac Surg Clin. — 2011. — № 2. — Р. 10–14.
3. Симоненко, В. Б. Нейроэндокринные опухоли / В. Б. Симоненко. — М., 2000. — С. 289.

**СЕКЦИЯ 18
«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»**

УДК 616.28-008.55-053.81

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Агафоненко Д. В., Солонец А. Ю.

Научный руководитель: д.м.н., доцент А. Р. Сакович

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, головокружение стоит на втором месте по частоте встречаемости после головной боли среди всех симптомов различных заболеваний. Пациенты с головокружением в амбулаторной практике наиболее часто попадают к врачам общих специальностей, и только затем к более узким специалистам. Для госпитализированных пациентов ситуация может обстоять иначе — от правильной интерпретации данной симптоматики во многих случаях зависят направление диагностического поиска, а также адекватность и эффективность назначаемого лечения.

Цель

Оценить частоту выявления случаев головокружения у взрослого населения молодого возраста и взаимосвязь головокружения с патологией ЛОР-органов.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленных целей было проведено анонимное анкетирование 151 человек, анкета была разработана с использованием опросников, связанных с качеством жизни и головокружением в различных вариантах: SF-36, Dizziness Handicap Inventory, Vestibular Rehabilitation Benefit Questionnaire, с помощью сервиса «Google Формы». В опросе приняли участие: мужчин — 50/151 (33,1 %), женщин — 101/151 (66,9 %). Среди которых в возрасте до 20 лет: 2 из 151 респондента (2/151; 1,3 %), 20–30 лет — 117/151 (77,5%), 30–40 лет — 22/151 (14,6 %), старше 40 лет — 3/151 (2 %), 7/151 (4,6 %) не указали возраст.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования показали, что частота встречаемости головокружения (от эпизодического до систематического) в обследуемой группе составила 120/151 (79,5 %): из них мужчин 36/120 (30 %), женщин 84/120 (70 %). Среди которых в возрасте до 20 лет — 1/120 (0,8 %): из них мужчин — 1/1 (100 %), женщин — 0/0 (0 %); 20–30 лет — 94/120 (78,3 %): из них мужчин 20/94 (21,3 %), женщин — 74/94 (78,7 %); 30–40 лет — 17/120 (14,2 %): из них мужчин 10/17 (58,9 %), женщин — 7/17 (41,1 %); старше 40 лет — 3/120 (2,5 %): из них мужчин 2/3 (66,7 %), женщин — 1/3 (33,3 %); из лиц, не указавших возраст, 5/120 (4,2 %): из них мужчин 3/5 (60 %), женщин — 2/5 (40 %). На вопрос «Есть ли у вас (было) подтвержденное официальное заболевание, сопровождающееся головокружением?», были такие ответы, как: ВСД, ушиб головного мозга. Ни одного ответа с указанием на ЛОР-патологию в анкетах не было.

Выводы

Результаты анкетирования показали, что частота выявления головокружения в обследуемой группе составила 79,5 % (120/151). Наиболее часто головокружение отмеча-

ли респонденты в возрасте от 20 до 30 лет (78,7 %). У мужчин головокружение встречается реже — 36/120 (30 %), чем у женщин — 84/120 (70 %). По данным анкетирования не отмечено ни одного случая причинно-следственной связи головокружения с патологией ЛОР-органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркин, С. П. Головокружение / С. П. Маркин. — Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, 2016. — 51 с.

УДК 616.211-001.5-047.44(476.2)«2016/2018»

АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НОСА ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (2016–2018 ГГ.)

Белодедов К. А., Житников М. Д., Гримашевич А. Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

Переломы костей носа, согласно статистике — занимают самое распространенное повреждение лицевого отдела черепа, 91 % в общей структуре лор-травматизма, и не имеют тенденции к уменьшению. Наружный нос, является наиболее выступающей частью лица и подвержен интенсивному воздействию, как внешних, так и повреждающих факторов. Наружный нос, играет важнейшую роль в индивидуальном восприятии и социализации [1, 4].

С древних времен самым распространенным фактором травмы носа, является механическое повреждение при воздействии острыми ранящими предметами в бытовых, производственных, криминальных происшествиях, спортивных травмах, а также в автомобильных авариях. В зависимости от силы и характера удара могут одновременно повреждаться носовые кости и перегородка носа, реже происходит перелом лобных отростков верхней челюсти и стенок околоносовых пазух [2]. Устранение приобретенных дефектов этой локализации представляет собой серьезную хирургическую проблему. Травмы носа всегда сопровождаются обильным кровотечением [3, 5].

Цель

Провести анализ пациентов с переломами костей носа, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-клинике с 2016 по 2018 гг., в зависимости: от пола, возраста, этиологии, проводимому лечению, целесообразности хирургического вмешательства при закрытых переломах носа.

Материал и методы исследования

Нами было проанализировано 50 клинических случаев с 1 января 2016 г. по декабрь 2018 г., находившихся на обследовании и лечении на базе ЛОР-отделения У «ГОКБ».

Результаты исследования и их обсуждения

По результатам исследования было выявлено: что мужчин было 40 (80 %) человек, женщин — 10 (20 %) человек. Распределение пациентов по возрасту: до 20 лет — 7 (14 %) человек, 21–30 лет — 19 (38 %) человек, 31–40 лет — 12 (24 %) человек, 41–50 лет — 4 (8 %) человека, 51–60 лет — 6 (12 %) человек, более 60 лет — 2 (4 %) человека.

В ходе исследования было выявлено, что травма бытового характера была получена, у большей части исследуемой группы — 40 (80 %) пациентов, криминального характера — у 10 (20 %) пациентов.

В зависимости от клинического диагноза, пациенты разделены на следующие группы: открытый перелом костей носа зарегистрирован у 8 (16 %) пациентов, закрытый перелом костей носа у 42 (84 %) пациентов, который разделен на закрытый перелом костей носа со смещением костных отломков — 31 (62 %) человек и закрытый перелом костей носа без смещения костных отломков — 11 (22 %) пациентов.

Хирургическому лечению подверглись — 36 (72 %) пациентов с закрытым переломом костей носа, что включало в себя репозицию костных отломков — 28 (56 %) человек; а 8 (16 %) пациентам с открытым переломом костей носа со смещением выполнена первичная хирургическая обработка раны в сочетании с репозицией костных отломков; от хирургического лечения отказались — 3 (6 %) пациента.

В ходе нашего исследования, которое было произведено через 6 месяцев после лечения, был проведен опрос и осмотр 20 (40 %) пациентов, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении УГОКБ в период с 2016 по 2018 гг. с клиническим диагнозом закрытый перелом костей носа со смещением костных отломков. Большинству пациентов была проведена репозиция костных отломков — 17 (85 %) пациентов, 3 (15 %) пациента отказались от оперативного лечения. По данным опроса и осмотра у пациентов, которым была произведена репозиция костных отломков, отмечается удовлетворительная форма наружного носа. Так же пациенты не отмечают жалоб на дисфункцию работы носа. По результатам исследования было обнаружено, что у 3 (6 %) пациентов, отказавшихся от оперативного лечения, отмечается деформация наружного носа.

Среди всех осмотренных нами пациентов у 18 (90 %) было диагностировано искривление носовой перегородки с нарушением функции дыхания, что может быть обусловлено наличием травмы в анамнезе.

Выводы

Травматическому повреждению наружного носа наиболее часто подвержены мужчины (80 %), трудоспособного возраста — от 21 года до 30 лет (38 %). Наиболее распространенный клинический диагноз являлся закрытый перелом костей носа со смещением костных отломков (62 %). На основании проведенного исследования, было установлено, что у осмотренных пациентов, которым была произведена репозиция костных отломков — 17 (34 %) человек, отсутствуют изменение формы наружного носа и жалобы на дисфункцию работы носа. Мы считаем, что необходимо проводить своевременное хирургическое лечение (репозиция костных отломков), при отсутствии противопоказаний, с дальнейшей санацией полости носа, во избежание нарушения функции носа, предупреждения развития сопутствующей патологии, улучшения качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куликов, А. В. Эпидемиология переломов костей носа / А. В. Куликов, Д. А. Затолока, С. А. Семенов // VI съезд оториноларингологов Республики Беларусь: материалы съезда, Гродно, 15–16 мая 2008 г. / МЗ РБ, Гродн. гос. мед. ун-т, Респ. научн. общ-во оториноларингологов; редкол.: А. Ч. Буцель [и др.]. — Минск, 2008. — 304 с.
2. Лечение переломов костей носа / В. С. Куницкий [и др.] // Вестник Витебского государственного медицинского университета. — 2010. — Т. 9. № 1. — С. 38–42.
3. Атлас оперативной оториноларингологии / В. Ф. Антонив [и др.]; под общ. ред. В. С. Погосова. — М.: Медицина, 1983. — 416 с.
4. Unger, J. G. Nasal reconstruction / J. G. Unger, J. F. Thornton, J. R. Griffin // Selected Readings in plastic Surgery. — 2014. — Vol. 11. Is. R6. — P. 1–45.

УДК 617.533+617.538]-006.5-07

**БОКОВЫЕ И СРЕДИННЫЕ КИСТЫ ШЕИ.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Бердовская Ю. Д., Качук Д. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Н. Головач

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Врожденные кисты шеи представляют собой патологические полостные образования доброкачественного характера, состоящие из замкнутой соединительнотканной оболочки с жидким или полужидким содержимым. Причины возникновения срединных кист и их гистологические особенности достаточно разнообразны [1]. По официальной статистике, врожденные кисты шеи развиваются в среднем у одного из 3000 новорожденных, и такая редкость обуславливает большой процент последующих диагностических ошибок.

Срединные и боковые кисты шеи составляют 5–9 % от всех новообразований челюстно-лицевой области. Сложности в их диагностике и лечении связаны с топографо-анатомическими особенностями роста, часто с очень тесным взаиморасположением с жизненно важными органами, а главное — с их огромным многообразием [2]. На данный момент разработаны специальные протоколы обследования, но проблемы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения кист шеи по-прежнему сохраняется, потому что около 60 % пациентов поступает в стационар либо в период острого воспаления, либо при жизнеугрожающих состояниях, вызванных непосредственно кистами. Клиническая картина может имитировать целый ряд других заболеваний этой локализации [3].

В последнее время в связи с появлением современных методов лучевой диагностики, таких как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, новейших методик ультразвуковой диагностики с контрастированием, ситуация с распознаванием срединных и боковых кист шеи значительно улучшилась, после чего последовало достаточное снижение процента осложнений.

Цель

Анализ частоты встречаемости срединных кист шеи, изучение их основных гистологических особенностей, основных особенностей диагностики и лечения.

Материал и методы исследования

На базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» за 2014–2018 гг. были изучены операционные журналы и медицинские карты стационарных пациентов гнойного оториноларингологического отделения для взрослых.

Результаты исследования и их обсуждение

За данный период было выявлено 3 пациента с данной патологией. По результатам исследования двум пациентам был выставлен диагноз срединной кисты шеи и одному пациенту — боковая киста шеи (случай осложнен абсцедирующим лимфаденитом). Соотношение мужчин и женщин 1:2. Средний возраст пациентов 36,5 лет. В предоперационном периоде в целях диагностики использовались следующие исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), рентген-компьютерная томография (РКТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ). Пациентам были выполнены оперативные вмешательства. В ходе операций и в послеоперационном периоде осложнений ни у одного пациента не отмечалось. На исследование были взяты участки кист. Микроскопический диагноз подтверждает клинический. По результатам гистологии во всех случаях

стенка кисты представлена фиброзной тканью с хроническим воспалением, высланной многослойным плоским эпителием.

Выводы

Частота встречаемости срединных кист шеи является достаточно низкой. Послеоперационный период у пациентов не был осложнен. УЗИ, РКТ, МРТ являются точными диагностическими методами выявления данной патологии. По данным гистологического исследования во всех случаях стенка кисты представлена фиброзной тканью с хроническим воспалением, высланной многослойным плоским эпителием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Источники развития, клиничко-морфологическая характеристика и принципы лечения срединных кист шеи / П. И. Ткаченко [и др.] // Журнал Гродненского медуниверситета. — 2014. — № 2. — С. 61–66.
2. Иванова, С. В. Клиничко-морфологическая характеристика боковых, срединных кист и свищей шеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Иванова. — Омск, 2003. — 29 с.
3. Назаров, С. С. Клиничко-лучевая диагностика новообразований шеи: автореф. дис. ...канд. мед. наук / С. С. Назаров. — М., 2003. — С. 41–43.

УДК 616.714.7/.716.3-001.5:616.314+617.517-001-06-089

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМАХ

Вечерская А. А.¹, Ярощик Т. М.¹

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ф. А. Горбачев²

¹**Учреждение образования**

«Белорусский государственный медицинский университет»,

²**Учреждение здравоохранения**

«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Голова, и ее лицевой отдел в частности, являясь открытой и самой выступающей частью тела, оказывается наиболее уязвимой в отношении разного рода повреждений. Среди всех пациентов с тяжелыми сочетанными травмами переломы костей лицевого скелета встречаются у 16 %. Переломы скуловой кости составляют 20 % от всех переломов костей средней зоны лица и в 40 % случаев сочетаются с повреждениями нижней стенки глазницы [1].

Цель

Определить тактику и оптимальные сроки хирургического лечения пациентов с переломами скулоорбитального комплекса при сочетанной черепно-лицевой травме.

Материал и методы исследования

В соответствии с поставленной целью объектом изучения стали 64 пациента с основным диагнозом «Сочетанная ЧМТ и ЧЛТ. Перелом скулоорбитального комплекса». Исследование выполнено на базе Травматологического отделения № 1 (сочетанных повреждений) УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Минска за период 2016–2018 гг. Возраст пациентов находился в диапазоне от 17 до 78 лет, из них мужчин — 46 (72 %) человек, женщин — 18 (28 %) человек. Соотношение пациентов по половому признаку 1:2,55. Наибольшее число пациентов в возрастном диапазоне 30–39 лет (41 %). В подавляющем большинстве случаев травмы получены в результате дорожно-транспортного происшествия — 41 (64 %) человек. Остальными причинами переломов являлись: бытовая травма — 14 (22 %) человек, падение с

высоты — 8 (12,5 %) человек, спортивная травма — 1 (1,5 %) человек. Черепно-мозговая травма легкой степени тяжести диагностирована у 42 (65,6 %) пациентов, средней степени тяжести — у 17 (26,6 %) пациентов, тяжелой степени тяжести — у 5 (7,8 %) пациентов. План предоперационного обследования включал: общеклинические лабораторные исследования, КТ головного мозга и лицевого скелета, консультация узкопрофильных специалистов при необходимости (невролога/нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога).

Результаты исследования и их обсуждение

Сроки пребывания пациентов с переломами скулоорбитального комплекса в стационаре различались в зависимости от тяжести сочетанных повреждений. Реконструктивные вмешательства пациентам с ЧМТ легкой степени тяжести проводились на 1–3 сутки, со средней степенью тяжести — на 4–6 сутки. Отсроченный остеосинтез пациентам с черепно-мозговыми травмами тяжелой степени тяжести был проведен на 7–9 сутки после их стабилизации по нейрохирургическому статусу. Средняя продолжительность госпитализации с ЧМТ легкой степени тяжести — 9,3 койко-дней, со средней степенью тяжести — 12 койко-дней, с тяжелой — 15,6 койко-дней.

Выводы

Проведение реконструктивно-восстановительных операций на ранних сроках позволяет устранить не только функциональные, но и эстетические нарушения. При раннем хирургическом вмешательстве отмечается снижение длительности наркоза, риска кровопотери и уменьшение сроков госпитализации. Отсроченное хирургическое лечение позднее 9 суток с момента получения травмы затрудняет проведение репозиции костных отломков и их стабильной фиксации вследствие лизиса краев кости, потере анатомических ориентиров сопоставления отломков и развивающихся в последствии рубцово-атрофических изменений поврежденных мягких тканей. Сокращение сроков от получения травмы до проведения реконструктивной операции у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса позволяет ускорить реабилитацию пострадавших, что приводит к уменьшению времени нетрудоспособности, сокращению койко-дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. He, Y. An JG Correlation of types of orbital fracture and occurrence of enophthalmos / Y. He, Y. Zhang // — J. Craniofac. Surg. — 2012. — Vol. 23. № 4. — P. 1050–1053.

УДК 616.22-007.271-047.44(476.2)«2018»

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИИ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ ПАЦИЕНТОВ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2018 Г.

Гримашевич А. Б., Чигряй А. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лечение пациентов со стенозами гортани остается одной из самых сложных задач современной оториноларингологии. У пациентов со стенозом гортани нарушается одна из жизненно необходимых функций — дыхание через естественные дыхательные пути, что приводит к инвалидизации [1].

Под стенозом гортани понимают сужение просвета гортани и, или трахеи, которое нарушает поступление воздуха в дыхательные пути и легкие. Причинами стеноза гортани могут быть: врожденные заболевания (аплазия, гипокинезия и т. д.), инфекционные заболевания (дифтерия, корь), аллергические заболевания, попадание инородных тел, травмы, термические и химические ожоги гортани, постоперационные осложнения, в результате поражения возвратного гортанного нерва.

Немаловажную роль играют, образования гортани (полипы, папилломы, кисты, злокачественные образования и т. д.) [1, 2].

Цель

Проанализировать группу пациентов со стенозом гортани, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-стационаре с 1 января по декабрь 2018 г.: в зависимости от пола, возраста, этиологии, степени стеноза, жалоб, методов исследования, проводимому лечению.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 93 пациентов, с диагнозом, стеноз гортани, на фоне: новообразований гортани доброкачественной и злокачественной природы различной, болезни Рейнке-Гаека, паралича или пареза внутренних мышц гортани, которые являлись односторонними или двусторонними, в возрасте от 23 до 84 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было обнаружено, что мужчин было 57 (60 %) человек, женщин — 36 (40 %) человек, из них 54 (58 %) человека городского и 39 (42 %) человек — сельского населения.

Распределение пациентов по возрасту и полу: мужчины 20–29 лет (2 %), 30–39 лет (9 %), 40–49 лет (10 %), 50–59 лет (42 %), 60–69 лет (30 %), 70–79 лет (5 %), 80–89 лет (2 %); женщины 20–29 лет (0 %), 30–39 лет (6 %), 40–49 лет (25 %), 50–59 лет (39 %), 60–69 лет (14 %), 70–79 лет (11 %), 80–89 лет (5 %).

Этиология стеноза гортани была следующей: новообразования голосовых и (или) вестибулярных складок было у — 75 (81 %) человек, парез внутренних мышц гортани (после тиреоидэктомии) — 13 (14 %) человек; посттравматический стеноз — 2 (2 %) человека; острый флегмонозный ларингит — 1 (1 %) человек; идиопатический парез внутренних мышц гортани — зарегистрирован у 2 (2 %) человек. Среди жалоб выделяли: осиплость и охриплость — 73 (78 %) человека; одышка — 53 (58 %) человека; першение в горле — 28 (32 %) человек; ощущение инородного тела — 28 (32 %) человек; нарушение глотания — 14 (16 %) человек.

Степень стеноза гортани, была следующей: 0–1 степени — 69 (74 %) пациентов, 2 степени — 9 (9,5 %) пациентов, 2–3 степени — 12 (13 %) пациентов, 3 степени — 3 (3,5 %) пациента.

При диагностике: КТ-шеи было произведено — 24 (24 %) человекам, накопление контраста — 10 (41 %) человек; УЗИ ЛУ-шеи произведено 14 (16 %) человекам — с сохранением архитектоники было у 7 (50 %) человек, с нарушением архитектоники — 7 (50 %) человек.

Пациентам была произведена: непрямая ларингоскопия, эндоскопический осмотр, консультация фониатра. Было констатировано, что поражение обеих голосовых складок зарегистрировано у 47 (63 %) человек и одной — 28 (37 %) человек. Оперативному лечению подверглись 69 (75 %) человек, удаление новообразования гортани с восстановлением просвета гортани и трахеи, с последующим патогистологическим исследованием — 37 (39 %) пациентам, 15 (16 %) пациентам проведена биопсия новообразования под местной анестезией, при неяркой ларингоскопии 8 (9 %) пациентов, под контролем эндоскопа 7 (7 %) пациентов. Трахеостомия была выполнена — 16 (25 %) чело-

векам, гастростомия по Топореву — 1 (1,5 %) человек. Гистологическое исследование образования было произведено — 52 (55 %) пациентам, злокачественные новообразование гортани верифицировано — у 21 (22 %) пациента, у 12 (12 %) человек полип голосовой складки, у 6 (7 %) человек — болезнь Рейнке-Гаека, киста зарегистрирована — у 2 (2 %) человек, гиперплазия узелков голосовых складок — 3 (3 %) пациента, лейкоплакия — 2 (2 %) пациента, хондрома — 1 (1 %) человек, склерома — 1 (1 %) пациент, фиброма — 1 (1 %) пациент, ангиофиброма — 1 (1 %) пациент, ларингоцеле — 1 (1 %) пациент, липома — 1 (1 %) пациент.

Выводы

1. В период с 1 января по декабрь 2018 г. в ЛОР-отделении У «ГОКБ» находились на лечении и обследовании 93 пациента с диагнозом стеноз гортани: образования голосовых (вестибулярных складок) — 75 (81 %) человек, пареза или паралича внутренних мышц гортани, постоперационного — 13 (14 %) человек, идиопатического пареза внутренних мышц гортани — 2 (2 %) человека.

2. Данное заболевание встречается чаще среди мужчин (60 %) городского населения (58 %) в возрасте 50–59 лет (42 %). Степень стеноза гортани чаще наблюдалась 0–1 степени — 69 (74 %) пациентов.

3. Большинству пациентов было произведено оперативное лечение (75 %). Наиболее частой операцией являлось: удаление новообразования гортани с восстановлением просвета гортани и трахеи, с последующим патогистологическим исследованием (39 %).

4. Анализируя полученные данные, мы приходим к выводу, что тесное сотрудничество врачей смежных специальностей: оториноларингологов, терапевтов, врачей общей практики, стоматологов позволит на раннем этапе выявить онко-заболевание, т. к. на сегодняшний день эта проблема, к сожалению, остается актуальной.

5. Большинство пациентов — это люди трудоспособного возраста 50–59 лет (42 %). Данное заболевание приводит к ухудшению качества жизни, инвалидизации и экономическим затратам государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева, Е. П. Причины хронических стенозов гортани / Е. П. Николаева, Л. А. Гончарова, М. Н. Мельников // Сибирский научный медицинский журнал. — 2014. — № 5. — С. 1–2.
2. Солдатский, Ю. Л. Заболевания гортани / Ю. Л. Солдатский // Педиатрическая фармакология. — 2007. — С. 1–3.

УДК 616.322-089.87-053.2(476)

ТРЕНД ЧИСЛА ТОНЗИЛЛЭКТОМИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ГОРОДА МИНСКА

Дембицкая Е. Л.

Научный руководитель: д.м.н., доцент П. А. Затолока

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Среди очагов хронической инфекции по частоте встречаемости тонзиллит занимает одно из первых мест [1]. Проблема хронического тонзиллита в детском возрасте давно вышла за пределы детской оториноларингологии. По данным литературы, отмечен ежегодный рост заболеваемости хроническими болезнями глоточных миндалин и аденоидов, как среди взрослых, так и среди детского населения [2, 3].

Цель

Выявить закономерности распространенности декомпенсированной формы хронического тонзиллита у детей Минской области и г. Минска за последние 6 лет.

Материал и методы исследования

Исследование провели на базе оториноларингологического отделения для детей УЗ «Минская областная детская клиническая больница» (УЗ «МОДКБ») и УЗ «3-я городская детская клиническая больница г. Минска» (УЗ «3-я ГДКБ г. Минска»). Указанные учреждения являются стационарами, где выполняется тонзиллэктомия (ТЭ) пациентам детского возраста, проживающим на территории Минской области и города Минска соответственно. Выполнено ретроспективное исследование – проведен анализ медицинских карт стационарных пациентов (форма 003/у), госпитализированных для выполнения ТЭ в период с 2012 г. по 2017 г.

Результаты исследования и их обсуждения

Всего на базе УЗ «3-я ГДКБ г. Минска» и УЗ «МОДКБ» (оториноларингологическое отделение для детей) за 6-летний период (с 2012 по 2017 гг.) было выполнено 40953 операции, из них 2451 ТЭ (6 %). Непосредственно в УЗ «3-я ГДКБ г. Минска» было выполнено всего 32100 операции из них 1867 ТЭ (5,8 %), в УЗ «МОДКБ» — всего 8853, ТЭ — 584 (6,6 %).

Демонстративным является достоверное значительное ежегодное увеличение удельного веса ТЭ относительно общего числа операций, выполненных в оториноларингологическом отделении для детей УЗ «МОДКБ» и УЗ «3-я ГДКБ г. Минска» за 5-летний период (с 2012 по 2016 гг.): 230 % (с 4,16 до 9,6 %), ($\chi^2 = 26,6$, $p < 0,05$) и 170 % (с 4,4 до 7 %), ($\chi^2 = 26,15$, $p < 0,05$) соответственно. Однако в 2017 г. ситуация изменилась: доля выполненных ТЭ относительно общего числа операций уменьшилась по сравнению с 2016 г. В г. Минске в 2017 г. доля выполненных ТЭ уменьшилась до 6,4 % (по сравнению с 7 % в 2016 г.), что можно связать с уменьшением общего количества выполненных операций (уменьшилось до 93,5 %: в 2017 г. составляло 6510 операций, в 2016 г. — 6025 операций). В Минской области подобной закономерности не выявлено, не смотря на то, что общее количество выполненных операций в 2017 г. увеличилось на 9 % по сравнению с 2016 г., доля выполненных ТЭ уменьшилась на 40 %: в 2016 г. выполнено 152 ТЭ (9,6 %), в 2017 г. — 103 ТЭ (5,8 %), ($\chi^2 = 13,09$, $p < 0,05$).

При исследовании гендерных закономерностей выявлено следующее: в г. Минске на протяжении всего исследуемого периода ТЭ чаще выполнялась мальчикам: 57 % (1058 из 1867), ($\chi^2 = 66,42$, $p < 0,05$). В Минской области в целом выполнено ТЭ за 6 лет больше девочкам: 52 % (305 из 584), но при анализе за каждый год выявлено, что до 2016 г. в УЗ «МОДКБ» ТЭ чаще выполняли девочкам, а с 2016 г. — чаще мальчикам.

ТЭ выполнили пациентам в возрасте от 2 до 18 лет. Всех пациентов по возрасту разделили на три группы в соответствии с Международной классификацией возрастной периодизации (Квинн, 2000). В таблице 1 представлено абсолютное и относительное число детей, которым выполнены тонзиллэктомии, в разных возрастных группах.

Таблица 1 — Абсолютное и относительное число ТЭ в возрастных группах

Возрастная группа	Число наблюдений			
	г. Минск		Минская область	
	абс.	%	абс.	%
I (до 7 лет)	502	26,9	80	13,7
II (7–12 лет)	853	45,7	293	50,2
III (13–18 лет)	512	27,4	211	36,1
Итого	1867	100	584	100

Из представленных данных следует, что число выполненных ТЭ в младшем школьном возрасте достоверно превышает число таковых в дошкольном и старшем школьном возрасте.

Выводы

1. За 6-летний период (с 2012 по 2017 гг.) отмечается рост общего количества операций и выполненных ТЭ в оториноларингологических отделениях для детей относительно начального (2012) года исследования как в УЗ «МОДКБ», так и в УЗ «3-я ГДКБ г. Минска». В 2017 г. впервые отмечается уменьшение доли выполненных ТЭ относительно общего количества операций в обоих исследуемых регионах: в г. Минске — до 6,4 % (в 2016 г. — 7 %), в Минской области до 5,8 % (в 2016 г. — 9,6 %).

2. В г. Минске на протяжении всего исследуемого периода ТЭ чаще выполнялась мальчикам: 57 %. В Минской области в целом выполнено ТЭ за 6 лет больше девочкам: 52 % (305 из 584).

3. Число выполненных ТЭ в младшем школьном возрасте достоверно превышает число таковых в дошкольном и старшем школьном возрасте в обоих исследуемых регионах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, Л. А. Иммунологическая характеристика детей с хроническим тонзиллитом / Л. А. Данилов // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2013. — № 3. — С. 51–56.
2. Белов, В. А. Распространенность хронического тонзиллита у детей по данным Всероссийской диспансеризации / В. А. Белов, Я. В. Воропаева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2012. — № 1. — С. 85–89.
3. Затолока, П. А. Распространенность патологии ЛОР-органов у студентов Белорусского государственного медицинского университета / П. А. Затолока // Военная медицина. — 2009. — № 3. — С. 57–60.

УДК 616.212-089.844

**ПАЦИЕНТ ВЫБИРАЕТ МАТЕРИАЛ
ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ КАРКАСНЫХ СТРУКТУР НАРУЖНОГО НОСА**

Иванова Е. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

Устранение приобретенных дефектов наружного носа (НН) представляет собой сложную проблему современной реконструктивной хирургии [1]. Это связано с исключительной косметической значимостью и сложностью строения этой части тела. НН состоит из трех слоев тканей. Современная концепция реконструкции НН предполагает необходимость замещения каждого из утраченных слоев ткани [1–3]. Формирование каркасных структур (КС) НН обычно осуществляется хрящевыми аутографтами из ребра, ушной раковины, перегородки носа; реже используют материал искусственного происхождения или хрящ от трупных доноров [1–3]. Каждый из материалов имеет свои достоинства и недостатки, показания и противопоказания к применению в конкретной клинической ситуации. Выбор способа реконструкции осуществляется в первую очередь с учетом медицинских критериев. В то же время, нередко пациент высказывает свои предпочтения или негативное отношение к тому или иному материалу [3, 4]. Законодательство Республики Беларусь требует ознакомить пациента с диагнозом, способах лечения и их возможных последствиях. Окончательное решение о выборе принимает пациент после получения адекватной информации в доступной форме, а врач как

бы «представляет» достоинства и недостатки имеющихся вариантов. Исследование предпочтений пациентов при выборе пластического материала (ПМ) для реконструкции КС НН позволяет принять конструктивное решение о лечебной тактике [4].

Цель

Изучить позицию пациентов о выборе ПМ для реконструкции КС НН.

Материал и методы исследования

Выполнен опрос 32 пациентов с приобретенными дефектами НН, которым проводилось лечение в 2017–2019 гг. В их числе — 13 мужчин, 19 женщин, средний возраст 62,7 лет. Этиология дефектов: удаление опухоли кожи — 28, осложнения лечения рака кожи — 2, травматическое повреждение — 2. Опрос проводился при поступлении пациента в стационар для лечения. Пациенту надо было сделать выбор из имеющихся вариантов, не учитывая имеющиеся медицинские аргументы. Предлагаемый материал: хрящ ушной раковины, хрящ носовой перегородки, реберный хрящ, хрящевой материал от трупного донора, искусственный материал. Необходимо было ранжировать варианты от наиболее до наименее приемлемого. Если пациент высказывал определенные предпочтения, ему предлагали аргументировать выбор. Учитывали частоту пассивной и активной позиции при выборе. Исследовали влияние пола и возраста пациента на выбор активной и пассивной позиции при решении вопроса о ПМ. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ «Statistica» 8.0. Параметры, соответствующие нормальному распределению, представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением ($M \pm SD$). Сравнение непараметрических показателей выполнено с помощью точного двустороннего критерия χ^2 Фишера. Сравнение параметрических показателей выполнено с помощью критерия Манна Уитни для двух независимых групп. Критерий статистической значимости различия $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Все респонденты заявили о доступности полученной от исследователя информации о ПМ для реконструкции КС НН. Изначально пассивную позицию (оставить выбор материала лечащему врачу) заняли 14 (43,8 %) пациентов. В том числе 2 (6,3 %) человека высказывали безразличие к проблеме. Конкретные уточняющие вопросы после характеристики основных вариантов реконструкции были заданы 7 (21,9 %) пациентами. Они все касались вопросов безопасности искусственных и донорских материалов. Половое распределение среди «пассивных» респондентов: 4 мужчины, 10 женщин. Можно отметить меньшую пропорцию мужчин в этой группе по сравнению со всем коллективом. Средний возраст «пассивных» респондентов составил 63 ± 12 лет, что соответствует показателю всего коллектива. Активная позиция в выборе ПМ была проявлена большинством респондентов — 18 (56,3 %) человек. Можно отметить более значительную долю мужчин в этой группе (9:9) по сравнению со всем коллективом пациентов. Средний возраст «активных» респондентов составил 62 ± 12 лет. Статистически значимого различия в возрасте и половом распределении между группами не выявлено, $p = 0,759$ и $p = 0,289$, соответственно.

При выборе ПМ для КС получены следующие результаты. Собственный хрящ предпочли 16 (50 %) пациентов, аллогенный хрящ — 14 (43,8 %), искусственный материал — 2 (6,3 %). Не отмечено статистически значимого различия между избравшими аллохрящ и аутохрящ, $p = 0,621$. Доля избравших искусственный материал статистически значимо меньше, чем избравших аутохрящ и аллохрящ, $p = 0,010$ для каждой пары сравнения. Отказ от аллохряща обосновали предубеждением в отношении «чужой» ткани, «энергетикой» и подобными аргументами 5 респондентов — почти треть от тех, кто предпочел этот вариант. Это свидетельствует о значительной, но не преобладающей, доле пациентов, которые негативно мотивированы в отношении донорского мате-

риала вне связи с объективными характеристиками. Остальные приверженцы аутологичного материала полагали, что собственный хрящ лучше приживается и не лизируется со временем. Когда им задавали вопрос в форме: «Будете ли Вы согласны на использование хряща от трупного донора, если отсутствует разница в заживлении и стабильности аутологичного и аллогенного хряща в структуре носа?», респонденты соглашались на использование донорского материала.

Предпочтение донорских зон для получения аутохряща распределилось следующим образом: ребро — 21 (65,6 %) пациентов, аурикула — 7 (21,9 %), носовая перегородка — 4 (12,5 %). Доля пациентов, которые предпочли ребро в качестве донорского материала, статистически значимо больше, чем избравших аурикулу, $p = 0,001$, и хрящ носовой перегородки $p = 0,001$. Не отмечено статистически значимого различия между избравшими аурикулярный хрящ и хрящ носовой перегородки, $p = 0,328$. Все респонденты обосновали свой выбор степенью ущерба для косметически значимых анатомических единиц.

Выводы

Число пациентов с активной и пассивной позицией при выборе ПМ разделилось примерно поровну (56,3 и 43,8 % соответственно). Не отмечено статистически значимого различия в возрасте и половом распределении респондентов этих групп. Аутологичный хрящ предпочли 50 % респондентов, аллогенный — 43,8 %, искусственный материал — 6,3 %. Статистически значимое различие среди избравших аутохрящ и аллохрящ отсутствует. Пациенты чаще предпочитали в качестве аутологичного донорского материала реберный хрящ, чем аурикулярный или септальный, различие статистически значимое.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Austin, G. K.* Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches / G. K. Austin, W. W. Shockley // *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* — 2016. — Vol. 24. — P. 453–460.
2. The role of cartilage and bone allografts in nasal reconstruction / A. Grosu-Bularda [et al.] // *Romanian Journal of Rhinology.* — 2016. — Vol. 6, № 22. — P. 75–82.
3. *Kline, R. M.* Aesthetic reconstruction of the nose following skin cancer / R. M. Kline // *Clin. Plast. Surg.* — 2004. — № 31. — P. 93–111.
4. *Иванов, С. А.* Выбор способа лечения рака кожи: позиция пациента / С. А. Иванов, Н. М. Тризна, Д. В. Угольник // *Проблемы здоровья и экологии.* — 2009. — № 4 (22). — С. 51–53.

УДК 616.321-002.828:616.2-053.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ ОРОФАРИНГОМИКОЗА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Межейникова М. О., Абель И. С., Гуцева Ю. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема орофарингомикоза на фоне патологии дыхательных путей среди детей в настоящее время весьма актуальна, интересна и значима как в научном, так и клиническом, социальном аспектах. Среди всех микотических поражений организма человека на втором месте после онихомикоза стоит кандидамикоз слизистых оболочек, до 40 % случаев которого, в свою очередь, составляет орофарингеальный микоз [1]. В то же время, патология органов дыхания является ведущей в структуре заболеваний детского возраста на сегодняшний день. Среди приоритетных направлений пульмонологии ведущая роль отводится рецидивирующей бронхолегочной патологии, как наиболее сложной в

диагностике, прогнозе и непредсказуемой в исходе заболевания [2]. Это требует разработки и изучения новых современных алгоритмов диагностики для подбора правильной тактики лечения с целью снижения продолжительности заболевания у таких пациентов.

Цель

Произвести сравнительный анализ диагностических подходов в исследовании орофарингомикоза у детей с патологией дыхательных путей на современном этапе.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе детского пульмонологического отделения У «Гомельская областная клиническая больница» (У «ГОКБ») в период с октября по декабрь 2018 г. Основную группу составили 127 детей с патологией дыхательных путей, которым на протяжении указанного периода выполнялись следующие современные методы диагностики орофарингомикоза: микробиологическое, микологическое, микроскопическое исследования мазков области ротоглотки. Забор материала осуществлялся натошак при производстве орофарингоскопии с помощью цитощеток. В дальнейшем производился мазок-отпечаток на предметное стекло с целью проведения микроскопии. В последующем исследуемый материал помещался в стерильную пробирку с биосредой для проведения микробиологического и микологического исследований с идентификацией возбудителя. Все материалы были пронумерованы и в этот же день доставлены в микробиологическую лабораторию У «ГОКБ». В исследовании приняли участие примерно одинаковое количество мальчиков и девочек. Возрастная категория детей составила от 2 до 17 лет. Группу контроля составили 127 детей, находившихся на лечении в детском пульмонологическом отделении У «ГОКБ» с октября по декабрь 2017 г., которым забор материала осуществлялся медсестрой натошак без орофарингоскопии с помощью стерильного ватного тампона с последующим помещением в пробирку с питательной средой. Микроскопия нативных мазков исследуемого материала им не проводилась.

Результаты исследования и их обсуждение

В основной группе исследуемых было выявлено 49 (39 %) детей с микозом орофарингеальной локализации на фоне патологии дыхательных путей. При этом в группе контроля частота встречаемости орофарингомикоза составила лишь 8,7 % случаев. То есть, базируясь на результатах нашего исследования, каждый третий ребенок с патологией дыхательных путей в основной группе может быть поражен грибковой инфекцией орофарингеальной локализации. В результате сравнительного анализа основной и контрольной групп детей с орофарингомикозом на фоне патологии дыхательных путей выявлено, что грибковая инфекция области ротоглотки в обеих группах чаще встречалась при бронхиальной астме (более 50 % случаев). При проведении анализа биоты орофарингеальной локализации у 25 (51 %) исследуемых основной группы из 49 тематических клинических случаев выявлена исключительно грибковая биота области ротоглотки. При этом грибково-бактериальная биота области ротоглотки была выявлена у 24 (49 %) детей. В контрольной группе же процент встречаемости микобиоты орофарингеальной локализации составил 41,4 %, а показатель грибково-бактериальной биоты составил 58,6 %. Нужно отметить, что грибково-бактериальные ассоциации могут затруднять своевременную диагностику, усугублять течение и увеличивать длительность заболевания данной категории детей. При проведении анализа титра грибов рода *Candida* области ротоглотки среди детей основной группы нами получены следующие данные: грибы рода *Candida* в титре до 10^3 выявились у 29 (59,2 %) детей, в титре 10^3 и выше — 20 (40,8 %) детей. В группе же контроля частота грибов рода *Candida* в титре до 10^3 выявлена в 51,7 % случаев, а в титре 10^3 и выше — в 48,3 %. С помощью микроскопии была выявлена грибковая инфекция ротоглотки у 29 (59,2 %) детей в основной группе.

Выводы

В ходе проведенного анализа, при использовании современных методов диагностики, была обнаружена довольно высокая распространенность сочетанного течения

орофарингомикоза с патологией дыхательных путей (39 %) у детей. Когда при стандартном способе диагностики этот показатель составил лишь 8,7 %. Это может объясняться использованием ватного тампона для забора материала при стандартном способе диагностики, поскольку основная часть липкого патологического содержимого остается на тампоне, в связи с чем, при микроскопии или посеве возможен ложноотрицательный результат [3]. Довольно важным оказался микроскопический метод диагностики грибковой инфекции ротоглотки, который не использовался у детей группы контроля. Следовательно, предложенный нами способ забора материала из ротоглотки, а также обязательное включение в диагностический алгоритм орофарингомикоза микроскопии нативных мазков может оказаться достаточно эффективным. Нужно отметить, что преобладающей патологией дыхательных путей среди детей с орофарингомикозом явилась бронхиальная астма (более 50 %), что вызывает определенный научный интерес для углубленного изучения данного вопроса. Процент встречаемости грибов рода *Candida* в основной группе составил 51 %, что может свидетельствовать о высоком влиянии грибковой инфекции на особенности и длительность течения заболеваний дыхательных путей среди данной категории детей. Сочетанная грибково-бактериальная биота области ротоглотки среди детского населения составила 49 %, что может усугублять течение, а также увеличивать длительность заболевания. Полученные данные являются свидетельством колоссальной важности микотической настороженности врачей у данной категории детей для своевременной диагностики микоза глотки и определения правильной тактики ведения пациента, а также изменения подходов к способам и тактике забора патологического материала области ротоглотки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунельская, В. Я. Микозы в оториноларингологии / В. Я. Кунельская. — М.: Медицина, 1989. — 320 с.
2. Антипкин, Ю. Г. Рецидивирующий бронхит у детей: дискуссионные вопросы / Ю. Г. Антипкин, В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец // Здоровье Украины. — 2008. — № 18. — С. 19–21.
3. Блоцкий, А. А. Грибковые заболевания ЛОР-органов: рук-во / А. А. Блоцкий, С. А. Карпищенко, Е. Б. Катинас. — изд. 2-е. — Благовещенск – СПб.: ГБОУ ВПО АГМА, ГБОУ ВПО ПСПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова. — СПб.: Диалог, 2014. — 176 с.

УДК 616.322-002.828:616.233/.24-002]:612.017

ОЦЕНКА МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРОФАРИНГОМИКОЗОМ НА ФОНЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПУТЕМ АНАЛИЗА ИХ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА

Межейникова М. О., Терещенко Е. В., Максименко П. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. Д. Шляга*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ, 20 % населения всего мира поражено грибковой инфекцией [1]. На сегодняшний день микотическое поражение ротоглотки выходит на первое место среди микозов ЛОР-органов без тенденции к снижению. Основными возбудителями микотического поражения орофарингеальной локализации являются грибы рода *Candida* (70–90 %), реже, в 5–7 %, встречаются микозы, обусловленные нитчатými микромицетами (*Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*, *Mucor* др.) [3]. Особенно актуальна и значима проблема поражения грибковой инфекцией области ротоглотки среди детей с бронхолегочной патологией. На сегодняшний день респираторная патология у детей пред-

ставляет собой важнейшую проблему в связи с большой ее распространенностью и тенденцией к росту этих заболеваний. На протяжении полувека болезни бронхолегочной патологии в детском возрасте занимают первое место. О масштабах роста (ежегодно 5–7 %) свидетельствует показатель заболеваемости детей болезнями органов дыхания (которые составляют 66 на 100 тыс. населения, то есть более 50 %) [2]. Незавершенность формирования иммунитета; хронические и рецидивирующие заболевания дыхательных путей; бесконтрольное применение антибактериальных препаратов, топических кортикостероидов; аллергизация детского населения способствует развитию иммунодефицитных состояний, а следовательно и росту изучаемой категории патологии среди детского населения.

Цель

Оценка микогенной сенсibilизации детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии путем анализа их гуморального звена иммунитета.

Материал и методы исследования

На базе детского пульмонологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» нами в период с января по декабрь 2017 г. проведено исследование, в котором приняли участие 1050 детей с бронхолегочной патологией. Нами произведен анализ 121 тематических клинических случаев (орофарингомикоз на фоне бронхолегочной патологии) с последующей оценкой их гуморального иммунитета. Для оценки гуморального иммунитета определяли концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и E методом ИФА. В исследовании приняли участие примерно одинаковое количество мальчиков и девочек (65 к 56 соответственно). Возрастная категория детей составила от 2 до 17 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным проведенного нами исследования только у 3 (2,48 %) детей из 121 тематических клинических случаев встречается ларинготрахеобронхит, 7 (5,79 %) — ларинготрахеит, 15 (12,34 %) — трахеобронхит, 62 (51,24 %) — бронхиальная астма, 34 (28,1 %) — другие бронхолегочные заболевания. Из вышеизложенного следует, что орофарингеальный микоз чаще встречается при бронхиальной астме. При проведении оценки частоты встречаемости условно-патогенных грибов рода *Candida* области ротоглотки среди детей, а также анализа их титра нами получены следующие данные: частота условно-патогенного титра грибов рода *Candida* (до 10^3) выявляется у 70 детей, патогенного титра (10^3 и выше) у 49 детей; что составляет 58,8 и 41,2 % соответственно. Следовательно, грибковая инфекция ротоглотки может оказывать значительную роль на особенности и длительность течения бронхолегочной патологии среди детей. Анализ биоты ротоглотки среди детей с бронхолегочной патологией показал, что частота встречаемости грибково-бактериальной биоты составила 65 случаев, грибковой — 54, что равно 54,6 и 45,4 % в процентном соотношении соответственно. Из этого следует, что частота грибково-бактериальной ассоциации выше частоты грибковой, что в свою очередь может затруднять своевременную диагностику, усугублять течение и увеличивать длительность заболевания данной категории детей. При оценке гуморального звена иммунитета путем определения концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и E. методом иммуноферментного анализа выявлено, что отклонение Ig G наблюдается у 29,17 % детей, отклонение Ig E — у 72,6 %, отклонение Ig A — у 7,69 %, отклонение Ig M — у 5,43 %. Вышеизложенные результаты могут быть свидетельством высокой значимости Ig E и Ig G в особенностях иммунного ответа у данной категории детей.

Выводы

В ходе проведенного исследования обнаружена довольно высокая распространенность сочетанного течения бронхиальной астмы с орофарингомикозом у пациентов

детского возраста в пульмонологическом отделении учреждения «ГОКБ», что вызывает определенный научный интерес для углубленного изучения данного вопроса. Обнаружено, что процент встречаемости грибов рода *Candida* в исследуемой группе детей составил 41,2 %, что может свидетельствовать о высоком влиянии грибковой инфекции ротоглотки на особенности и длительность течения бронхолегочной патологии среди данной категории детей. Сочетанная колонизация ротоглотки грибково-бактериальной флорой среди детского населения в пульмонологическом отделении учреждения «ГОКБ» составила 53,7 %, что возможно может усугублять течение, а также увеличивать длительность заболевания в исследуемой группе детей. При оценке гуморального звена иммунитета у детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии выявлено, что отклонение от нормы Ig E составило 73 % случаев, что может свидетельствовать о высокой степени алергизации (сенсibilизации) детского организма в ответ на грибковую инфекцию ротоглотки на фоне заболевания дыхательных путей. Отклонение Ig G наблюдается у 29,17 % детей, что может говорить о высокой значимости Ig G в особенностях иммунного ответа у данной категория детей. Роль других иммуноглобулинов оказалась менее значительной.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аравийский, Р. А.* Диагностика микозов: пособие для врачей / Р. А. Аравийский, Н. Н. Климко, Н. В. Васильева. — СПб., 2004. — 185 с.
2. *Бурова, С. А.* Пневмоконоиозы / С. А. Бурова // Тер. архив. — 1998. — Т. 70. № 10. — С. 68–71.
3. *Шляга, И. Д.* Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты: учеб.-метод. пособие для врачей / И. Д. Шляга, В. П. Ситников, Д. Д. Редько. — Гомель, 2009. — 46 с.

УДК 616.714.1-06-036.2(476.2)

АНАЛИЗ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Нестерович А. И., Анисимова Е. И., Марченко В. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

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

Введение

Внутричерепные осложнения в оториноларингологии могут быть отогенными, риносинусогенными и тонзиллогенными.

Отогенные внутричерепные осложнения — это совокупное название всех поражений внутричерепных структур, которые возникают на фоне заболеваний среднего или внутреннего уха.

Риносинусогенные внутричерепные осложнения — это группа заболеваний, развивающихся при распространении инфекции из первичного очага в околоносовых синусах или полости носа в полость черепа.

Тонзиллогенные внутричерепные осложнения — это группа заболеваний, развивающихся при распространении инфекции из первичного очага локализованного в небных миндалинах.

Клиническая картина всех форм внутричерепных осложнений представлена интоксикационным синдромом, общемозговой и очаговой симптоматикой. Из-за большого количества проявлений и частой «стертости» симптоматики постановка диагноза затруднительна. При сборе анамнеза врач уточняет ранее установленный диагноз, динамику развития заболевания, наличие сопутствующих патологий. Используются резуль-

таты следующих исследований: общий осмотр, люмбальная пункция, микробиологическое исследование крови, спинномозговой жидкости, мазков взятых из синусов, полости носа, эхоэнцефалография, КТ или МРТ головного мозга.

Лечение больных с внутричерепными осложнениями проводится в условиях специализированного отоларингологического отделения или отделения реанимации и интенсивной терапии. Комплекс терапевтических мероприятий включает санацию первичного очага инфекции, дезинтоксикацию, устранение септических осложнений, массивную медикаментозную поддержку. Применяются следующие методики: оперативное вмешательство, антибактериальная терапия, патогенетические и симптоматические средства [1–4].

Цель

Проанализировать внутричерепные осложнения, в зависимости от причины заболеваний и вида осложнений, а также пола, сопутствующих заболеваний, проводимого лечения.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ 17 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении У «Гомельская областная клиническая больница» за период с 1 января 2015 по 31 декабря 2018 гг. с различными клиническими формами внутричерепных осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение

За указанный период времени обследовано и пролечено 17 пациентов в возрасте от 27 до 70 лет. Средний возраст пациентов составил 51 год.

По результатам исследования было обнаружено: лиц мужского пола — 8 (47,9 %) человек, женского — 9 (52,1 %) человек.

В оториноларингологическом отделении в 2015 г. находилось на лечении с внутричерепными осложнениями 4 (24 %) человека, в 2016 г. — 2 (12 %), в 2017 г. — 5 (29 %), в 2018 г. — 6 (35 %).

За анализируемый период времени продолжительность госпитализации составила от 11 до 97 дней.

Пациенты находились на лечении в результате осложнения следующих заболеваний: острый средний гнойный отит — 5 (29 %) человек, острый гнойный полисинусит — 3 (18 %) человек, паратонзиллярный абсцесс — 1 (6 %) человек, обострение хронического эпителимпано-антрального гнойного среднего отита — 5 (29 %) человек, туботимпанальный гнойный средний отит — 3 (18 %) человека.

В ходе нашего исследования было установлено, что у 17 пациентов наблюдались следующие осложнения: вторичный гнойный менингит — 9 (53 %) человек, тромбоз сигмовидного синуса — 1 (6 %) человек, вторичный энцефалит — 1 (6 %) человек, вторичный серозный менингит — 1 (6 %) человек, вторичный гнойный менингоэнцефалит — 5 (29 %) человек.

По результатам исследования было выявлено, что пациенты имели следующие сопутствующие заболевания: хронический периодонтит — 2 (9,53 %) человека, хронический тубоотит — 1 (4,8 %) человек, ВИЧ — 1 (4,8 %) человек, ИБС — 4 (19 %) человека, артериальная гипертензия — 4 (19 %) человека, герпетическая инфекция — 1 (4,8 %) человек, последствия черепно-мозговой травмы — 2 (9,53 %) человека, киста верхнечелюстной пазухи — 2 (9,53 %) человека, хронический полипозный полисинусит — 4 (19 %) человека.

Все пациенты с внутричерепными осложнениями лечились хирургически. Были проведены следующие операции: радикальная saniрующая операция на среднем ухе — 8 (28 %) человек, расширенная антростоидотомия — 5 (17 %) человек, верхнечелюстная синусотомия — 5 (17 %) человек, фронтотомия — 5 (17 %) человек, этмоидотомия — 3 (10,5 %) человек, сфенотомия — 3 (10,5 %) человек. Среди них превалировала радикальная saniрующая операция на среднем ухе.

Выводы

1. В ЛОР-отделении за период с 1 января 2015 г. по 31 декабря 2018 г. находилось на лечении 17 пациентов с различными внутричерепными осложнениями в возрасте от 27 до 70 лет. Заболеваемость среди мужчин (47,9 %) и женщин (52,1 %) — разница незначительна.

2. За анализируемый период времени отмечается рост числа пациентов с внутричерепными осложнениями (2015 г. — 4 (24 %) человека, 2016 г. — 2 (12 %) человека, 2017 г. — 5 (29 %) человек, 2018 г. — 6 (35 %) человек).

3. Среди наиболее частых причин внутричерепных осложнений, по нашим данным, является обострение хронического гнойного среднего отита (47 % случаев) и острый гнойный отит (29 % случаев).

4. Выявлено, что наиболее частой формой внутричерепных осложнений является вторичный гнойный менингит (53 % случаев).

5. Всем пациентам с внутричерепными осложнениями выполнялись saniрующие радикальные хирургические вмешательства со стороны очага инфекции. Среди них наиболее часто выполнялась радикальная saniрующая операция на среднем ухе — 8 (28 %) пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 659–712 (Серия «Национальные руководства»).

2. *Бабияк, В. И.* Оториноларингология: учебник для вузов / под ред. В. И. Бабияк. — СПб.: Питер, 2012. — С. 99–102.

3. Внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения отогенной этиологии / А. А. Кривопапов [и др.] // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2017.

4. *Янков, Ю. К.* Клинические особенности отогенных внутричерепных осложнений на современном этапе / Ю. К. Янов // Вестник оториноларингологии. — 2015. — № 5.

УДК 616.284-002-06(476.2)«2018»

АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2018 Г.

Рабцевич Р. В., Гримашевич А. Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

Проблема патологии органа слуха с каждым годом становится все более актуальной не только в медицинском, но и социально-экономическом отношении. Немаловажную роль играет наличие экссудативного среднего отита (ЭСО) — стойкое серозное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости, характеризующееся серозно-слизистым выпотом в барабанной полости [1].

У большинства пациентов с ЭСО следует обращать особое внимание на состояние глоточного устья слуховых труб, полости носа, околоносовых пазух, так как именно их патологические изменения чаще всего ведут к развитию заболевания [1, 3].

Цель

Проанализировать группу пациентов с диагнозом экссудативный средний отит, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-стационаре с 1 января по декабрь 2018 г.:

в зависимости от пола, возраста, сопутствующих заболеваний, осмотра сурдолога, методов консервативного и оперативного лечения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 51 пациента, с диагнозом экссудативный средний отит с наличием сопутствующих заболеваний, в возрасте от 18–81 года.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было обнаружено, что число мужчин составило 19 (38 %) человек, число женщин 32 (62 %) человека. Распределение пациентов по возрасту в зависимости от количества человек составило: менее 20 лет — 13 %, 20–29 лет — 24 %, 30–39 лет — 20 %, 40–49 лет — 14 %, 51–59 лет — 10 %, 60–69 лет — 15 %, 70–79 лет — 2 %, старше 80 лет — 2 %. Все пациенты консультированы сурдологом: кондуктивная тугоухость выявлена у 4 %, а в 76 % — выявлены изменения слуха по комбинированному типу. Сопутствующими заболеваниями, у пациентов с экссудативным средним отитом, были следующие: искривление носовой перегородки — 17 (33,3 %) человек; искривление носовой перегородки в сочетании с верхнечелюстным синуситом — 6 (13 %) человек; полисинусит был зарегистрирован у 2 (4 %) человек; эндоскопически обоснованный аденоидит — 3 (6 %) человека; ларинготрахеит — 3 (6 %); мастоидит был обнаружен у 2 (4 %) человек.

Хирургическому методу лечения подверглись: 21 (41 %) человек, а именно, парацентез барабанной перепонки — 19 (37 %) человек, антромастоидотомия — 2 (4 %) человека. Продувание слуховых труб через катетер производилось 13 (25 %) пациентам. Физиотерапевтическое лечение получали — 21 (41 %) человек, примерами которых являлись: сложные ингаляции, лазеротерапия эндоурально, массаж шейного отдела позвоночника и другие.

Выводы

1. В ЛОР-клинике УГОКБ в период с 1 января по декабрь 2018 г. находились на лечении 51 пациент с диагнозом: экссудативный средний отит, в возрасте от 18 до 81 года.
2. Данное заболевание встречается чаще среди женщин (62 %), в возрасте 20–29 лет (12 %).
3. По нашим данным наиболее частым сопутствующим заболеванием, у пациентов с экссудативным средним отитом, является искривление носовой перегородки (33,3 %), искривление носовой перегородки в сочетании с верхнечелюстным синуситом — 6 (13 %) человек, аденоидит — 3 (6 %) человека, полисинусит (4 %). Что указывает на необходимость проведения своевременной санации полости носа, околоносовых пазух, с целью предупреждения данной патологии.
4. Всем пациентам с наличием экссудативного среднего отита, наряду с сурдологическими методами исследования, в обязательном порядке необходимо выполнять эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки, а околоносовые пазухи исследовать с помощью методов лучевой диагностики, с целью исключения сопутствующей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурмистрова, Т. В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита / Т. В. Бурмистрова, Н. А. Дайхес // Российская оториноларингология. — 2004. — № 1. — С. 25–28.
2. Арефьева, Н. А. Обоснование выбора тактики лечения экссудативного среднего отита / Н. А. Арефьева, Ф. А. Хафизова // Вестник оториноларингологии. — 1998. — № 2. — С. 24–27.
3. Дмитриев, Н. С. Хирургическое лечение больных с экссудативным средним отитом / Н. С. Дмитриев // Вест. оториноларингология. — 2003. — № 6. — С. 49–51.

УДК 616.31/.321-006.04(476.2)«2014/2018»

**АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
РОТОГЛОТКИ ПО ДАННЫМ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» 2014–2018 ГГ.**

Рак А. Д., Гнедько К. А., Гримашевич А. Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

Ротоглотка представляет собой анатомически и топографически сложную область, границы которой начинаются за полостью рта, что, несмотря на визуальную локализацию, делает ее не всегда легко доступной осмотру. Это особенно ярко проявляется при ограничении открывания нижней челюсти, некоторых анатомических особенностях, выраженном рвотном рефлексе и гипертрофии небных миндалин [1].

К основным элементам глотки относятся следующие анатомические образования: мягкое небо, небно-язычная дужка, небно-глоточная дужка, небная миндалина, корень языка и задняя стенка глотки [2].

Канцерогенез ротоглотки — сложный, и не до конца изученный многоступенчатый процесс, характеризующийся прогрессивным накоплением генетических изменений, которые сопровождаются повышенной альтерацией эпителиальных клеток.

Рак ротоглотки наиболее часто встречающаяся форма злокачественных новообразований головы и шеи (50–65 %). Ежегодная заболеваемость плоскоклеточным раком органов головы и шеи в мире составляет около 500 тыс. случаев [3].

В Республике Беларусь наблюдается увеличение роста заболеваемости раком слизистой полости рта и ротоглотки, среди всех злокачественных новообразований, 60 % выявленных случаев рака слизистой полости рта и ротоглотки является местнораспространенными или метастатическими, что говорит о недостатках раннего выявления этого заболевания [3].

Наиболее часто образование локализуется в тонзиллярной области (58 %), реже — в корне языка (28 %), мягком небе (10 %) и задней стенке ротоглотки (4 %). Большинство злокачественных новообразований ротоглотки имеют строение инвазивного плоскоклеточного ороговевающего рака, возникновению которого могут предшествовать различные предраковые состояния (лейкоплакия, эритроплакия, красный плоский лишай, подслизистый фиброз) и интраэпителиальный рак (carcinoma in situ). Выделяют высокодифференцированные, умереннодифференцированные и низкодифференцированные формы плоскоклеточного ороговевающего рака [2].

Однако несмотря на достаточно эффективные методы диагностики, а также имеющиеся знания об этиологии данного процесса, число выявляемых случаев рака ротоглотки на достаточно поздних стадиях продолжает расти. Этому способствует скрытая симптоматика на ранних стадиях заболевания, а также низкая онкологическая настороженность как среди населения, так и среди врачей смежных специальностей.

Цель

Проанализировать группу пациентов с злокачественными новообразованиями ротоглотки, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-клинике в период с 2014 по 2018 гг., в зависимости от пола, возраста, методов исследования, проводимого лечения.

Материал и методы исследования

Для выполнения поставленных задач был проведен ретроспективный анализ стационарных историй 40 пациентов ЛОР-отделения с использованием данных УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период с 2014 по 2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами был проведен анализ историй болезни 40 пациентов с новообразованиями ротоглотки. В ходе исследования было выявлено, что пик заболеваемости приходится на возраст от 40 до 69 лет, что составило 85 %. У мужчин данная патология встречалась гораздо чаще, чем у женщин: 92,5 и 7,5 % соответственно. Также было выявлено, что рак ротоглотки наиболее распространен среди жителей сельской местности (82,5 %), что может быть связано с недостаточной осведомленностью населения о данной патологии, а также отсутствием специалистов данного профиля и медико-диагностического оборудования. Определенную роль играет и недостаточное внимание сельского населения к своему здоровью. При исследовании лимфатических узлов, распространенности заболевания использовались методы компьютерной томографии и ультразвукового исследования. КТ было проведено 22,5 %, УЗИ — 70 % пациентам. Поражение лимфатических узлов, с нарушением архитектоники, что свидетельствует о метастазировании образования, обнаружено у 57,5 % пациентов. Хирургическому лечению подверглись 35 (87,5 %) пациентов. Из них биопсию взяли 35 (87,5 %) пациентам. Остальные 5 (15 %) пациентов, поступали с верифицированным образованием, ввиду этого биопсия не проводилась. В виду начавшихся осложнений, пациентам проводились следующие хирургические вмешательства: трахеостомия — 4 (10 %) пациентам, гастростомия — 1 (2,5 %) пациенту, перевязка наружной сонной артерии — 1 (2,5 %) пациенту. Изучив гистологическую характеристику образований, было выявлено, что у 58,2 % пациентов диагностирован плоскоклеточный ороговевающий рак, у 31,5 % — плоскоклеточный неороговевающий, фрагмент лимфоидной ткани получен у 2,5 %, плоскоклеточная папиллома — у 2,5 %, у 5,3 % — морфологически не дифференцировано новообразование.

Выводы

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: преобладающий возраст пациентов был от 40 до 69 лет (85 %), преимущественно лица мужского пола 92,5 %, сельской местности — 82,5 %. Хирургическому лечению подверглись — 35 (87,5 %) пациентов. Наиболее частым методом хирургического лечения, было выполнение биопсии, с целью верифицирования природы новообразования. Морфологическое исследование новообразований ротоглотки показало преобладание плоскоклеточного рака с ороговением — 58,2 %, у 31,5 % — плоскоклеточный неороговевающий.

Главным условием раннего выявления и успешного лечения пациентов с онкопатологией, является участие и тесное взаимодействие врачей-клиницистов смежных специальностей, которые всегда должны работать с повышенной онкологической настороженностью, уделять большое внимание диспансерному осмотру, повышать онкологическую грамотность пациентов, что позволит повысить продолжительность и качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кропотов, М. А.* Хирургические аспекты лечения рака ротоглотки / М. А. Кропотов, А. В. Епихина // Опухоли головы и шеи. — 2011. — С. 5–13.
2. *Гладилина, И. А.* Современные подходы к терапии рака ротоглотки / И. А. Гладилина // Практическая онкология. — 2003. — № 1. — С. 45–50.
3. *Нейман, О. И.* Онкологический журнал / О. И. Нейман. — М., 2010. — Т. 4. — С. 76–79.

УДК 616.28-008.14

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА ПЕРИОД 2015–2018 ГГ.

Руденкова В. В., Суравьёва М. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

Сенсоневральная тугоухость (СНТУ) включает в себя поражение структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва или центрального отдела слухового анализатора [1].

Для СНТУ характерно 2 основных симптома: 1) субъективный шум в ушах различной высоты в результате воспалительно-дегенеративного процесса и сосудистых расстройств; 2) понижение слуха, которое сопровождается ухудшением разборчивости речи и плохим восприятием звуков, преимущественно высокой частоты при их воздушном и костном проведении [2].

В настоящее время проблема тугоухости приобретает все большую актуальность как в медицинском, так и в социальном аспекте. Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние годы в оториноларингологии, число лиц с нарушениями слуха возрастает в значительной степени за счет сенсоневральной тугоухости [3].

Данная патология поражает все возрастные группы населения. Именно этим определяется важность вопросов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с тугоухостью. Сенсоневральная тугоухость является профессиональной болезнью, что также определяет актуальность изучения данной проблемы [4].

Цель

Проанализировать группу пациентов с СНТУ, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2015–2018 гг.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 589 историй болезни пациентов с СНТУ в возрасте 17–85 лет, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2015–2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было выявлено, что число пациентов с СНТУ в период с 2015 по 2018 г. составило 589 человек, количество женщин — 334 (56,7 %) человека, мужчин — 255 (43,3 %) человек.

Распределение пациентов в зависимости от возраста и пола представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Двусторонняя СНТУ		Возраст, лет	Односторонняя СНТУ	
	женщины	мужчины		женщины	мужчины
17–25	10 (4,8 %)	11 (6,4 %)	17–25	15 (11,8 %)	12 (14,6 %)
26–40	23 (11,1 %)	25 (14,5 %)	26–40	13 (10,2 %)	20 (24,4 %)
41–60	96 (46,4 %)	94 (54 %)	41–60	67 (52,8 %)	32 (39 %)
61 и старше	78 (37,7 %)	43 (25,1 %)	61 и старше	32 (25,2 %)	18 (22 %)

Число пациентов с односторонней СНТУ — 209 (35,5 %) человек, с двусторонней — 380 (64,5 %) человек, среди двусторонней СНТУ с симметричным поражением — 315 человек, с асимметричным поражением — 65 человек.

Количество пациентов с СНТУ по степеням следующее: 1 степень — 321 (54,5 %) человек, 2 степень — 154 (26,1 %) человека, 3 степень — 33 (5,6 %) человека, 4 степень — 15 (2,6 %) человек.

Формы СНТУ приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Формы СНТУ

Острая	Двусторонняя	65	170 (28,9 %)
	Односторонняя	105	
Подострая	Двусторонняя	7	16 (2,7 %)
	Односторонняя	9	
Хроническая	Двусторонняя	308	403 (68,4 %)
	Односторонняя	95	

Причинами, вызвавшими СНТУ, являются: инфекционные заболевания (ОРИ, корь, краснуха, менингит, паротит, простой герпес) — 76 (12,9 %) человек, сосудистые расстройства (артериальная гипертензия, атеросклероз БЦА, цереброваскулярная недостаточность головного мозга) — 192 (32,5 %) человека, остеохондроз шейного отдела позвоночника (ШОП) — 138 (23,4 %) человек, травматические агенты (ЧМТ, акутравма, механическая травма) — 23 (3,9 %) человека, длительное пребывание в шумной среде — 14 (2,4 %) человек, воспалительные процессы в среднем и внутреннем ухе (острый средний отит, обострение хронического) — 86 (14,6 %) человек, токсические поражения (ототоксические антибиотики) — 2 (0,34 %) человека, новообразования (опухоль мостомозжечкового угла, объемное образование головного мозга) — 4 (6,8 %) человека. 30 (5 %) человек СНТУ имеют с детства.

В качестве лечения применялись сосудокорректирующие препараты (эмоксипин, винпоцетин, пирацетам), гистаминомиметики (бетагистин), физиотерапевтические процедуры (дарсонваль на заушную область, электрофорез с калия йодидом эндоурально, массаж ШОП), гипербарическая оксигенация.

Согласно исходу лечения из стационара было выписано: с улучшением — 501 (85 %) человек, с выздоровлением — 77 (13 %) человек, без перемен — 11 (2 %) человек.

Выводы

1. В ЛОР-отделении УГОКБ в 2015–2018 гг. с диагнозом СНТУ находилось на лечении 589 пациентов в возрасте 17–85 лет. СНТУ чаще встречается у женщин (56,7 %), чем у мужчин (43,3 %). 54,5 % пациентов страдают 1 степенью СНТУ.

2. Односторонняя СНТУ была выявлена у 35,5 %, двусторонняя — у 64,5 %, среди двусторонней СНТУ с симметричным поражением — 315 человек, с асимметричным — 65 человек.

3. СНТУ чаще встречается среди лиц трудоспособного возраста (41–60 лет) независимо от пола.

4. Преобладает хроническая СНТУ — 68,3 %. Острая СНТУ протекает чаще как односторонний процесс (17,8 %), хроническая СНТУ — как двусторонний процесс (52,3 %).

5. Наиболее частыми причинами являлись сосудистые расстройства — 32,5 %, остеохондроз ШОП — 23,4 %, воспалительные процессы в среднем и внутреннем ухе — 14,6 %, инфекционные заболевания — 12,9 %.

6. В качестве лечения применялись сосудокорректирующие препараты, гистаминомиметики, физиотерапевтические процедуры, гипербарическая оксигенация.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Солдатов, И. Б.* Лекции по оториноларингологии: учеб. пособие / И. Б. Солдатов. — М.: Медицина, 1990. — 288 с.
2. *Пальчун, В. Т.* Оториноларингология: руководство для врачей / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков. — М.: Медицина, 2001. — 616 с.
3. *Ростовцев, В. Н.* Применение аудиоинвита в лечении нейросенсорной тугоухости / В. Н. Ростовцев, Р. В. Кофанов, К. Д. Шадрова // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: матер. XVI съезда оториноларингологов РФ. — СПб.: РИА-АМИ, 2001. — С. 253–254.
4. *Остапкович, В. Е.* Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Е. Остапкович, А. В. Бروفман. — М.: Медицина, 1982. — 288 с.

УДК 616.211-005.1-036.87-092

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ
ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Селюкова И. В., Юркевич Л. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

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

Введение

По частоте обращаемости взрослого и детского населения за неотложной помощью по поводу заболеваний ЛОР-органов носовые кровотечения занимают пятое место после острых воспалительных процессов верхних дыхательных путей и уха, гнойно-воспалительных процессов глотки, инородных тел ЛОР-органов и механических травм. Если еще 10 лет назад частота носовых кровотечений колебалась в пределах 3–5 % от числа госпитализированных ЛОР-пациентов, то в настоящее время эта величина достигает 10 % [1].

По статистическим данным пациенты с носовыми кровотечениями наиболее часто обращаются в зимние (31,2 %) и весенние месяцы (29,1 %). На летний и осенний периоды приходится почти одинаковое количество больных, 18,7 и 20,9 % соответственно. Мужчины и женщины страдают данной патологией приблизительно одинаково (49,5 и 50,5 % соответственно). Средний возраст больных составляет 50–60 лет. В 25–50 % наблюдений носовые кровотечения связаны с местной патологией, в остальных — с общей [2].

Цель

Проанализировать современные статистические и литературные данные об этиопатогенезе носовых кровотечений, ведущих признаках возникновения рецидивирующих кровотечений в частности.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явились публикации, содержащие информацию об эпидемиологии и этиопатогенезе носовых кровотечений, опубликованные за период 2012–2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время причины носовых кровотечений принято делить на общие и местные.

Значимость изучения этиологии, патогенеза, диагностики и профилактики носовых геморрагий определяется не только широким распространением их, но и трудностями, нередко возникающими при лечении данной группы пациентов. Кровотечения на почве заболеваний сердечно-сосудистой системы, крови и кроветворной системы, геморрагических диатезов, а также патологии почек, печени, селезенки занимают лидирующее положение. На втором месте — кровотечения, вызванные травмами (бытовыми, дорожными и др.). У половины больных с носовыми кровотечениями на почве травмы,

преимущественно уличной, отмечено алкогольное опьянение, которое усугубляло клиническую картину геморрагии.

После перенесенной в прошлом черепно-мозговой травмы может сформироваться аневризма в зоне внутренней сонной артерии, разрыв которой в отдаленные сроки может стать причиной носового кровотечения. Прогрессирующая деструкция стенки аневризм и микроразрывы осложняются рецидивирующими кровотечениями. К группе травматических кровотечений следует отнести и кровотечения после операций в полостях носа, околоносовых пазухах и носоглотке. Кровотечения встречаются при острых инфекционных заболеваниях, особенно при гриппе, аденовирусной инфекции и др. Эндокринные нарушения у женщин могут привести к носовому кровотечению, имеющему викарный (заместительный) характер, при задержке месячных, при дискорреляции половых гормонов в период беременности, менопаузы. Такие заболевания, как болезнь Верльгофа, Рендю-Ослера, гемофилии (у мужчин), имеющие наследственный характер, часто осложняются упорно рецидивирующими носовыми кровотечениями [4].

Что касается местных причин носовых кровотечений, то к относятся геморрагии, вызванные опухолями (рак, ангиома, юношеская ангиофиброма), специфическими язвами, дистрофическими процессами слизистой оболочки носа (передний сухой ринит, субатрофический и атрофический риниты).

В работе М. Веран и В. Петрусон, которые исследовали полость носа у 120 пациентов с привычными (рецидивирующими) носовыми геморрагиями, были выделены следующие патологические изменения слизистой оболочки: варикозные сосуды в 60 % случаев, одиночные телеангиомы в 26 %, множественные телеангиомы — в 6 %, аномальные сосуды (включающее все вышеперечисленные патологические изменения сосудистой стенки) — в 84 %, сухой передний ринит — в 29 %, атрофия слизистой оболочки с аномальными сосудами — в 19 %, без таковых — в 15 %. Один из указанных видов патологии слизистой оболочки носа обнаружен у 99 % больных с привычными носовыми кровотечениями [4].

По данным многих авторов, от 85 до 95 % всех носовых кровотечений исходят из передних отделов полости носа, в частности из зоны Киссельбаха («кровоточивая зона», «сосудистое сплетение» перегородки носа). Сосудистая структура зоны Киссельбаха располагается в слизистой оболочке в три слоя: крупные сосуды — в перихондральном, сосуды среднего калибра — в железистом, капилляры — в подэпителиальном. При этом в большинстве случаев, кровотечение возникает из сосудов подэпителиального слоя [1]. Механизм возникновения носовых кровотечений, рецидивы их у больных с гипертонической болезнью не всегда понятны. Можно предполагать, что при повышении артериального давления кровотечение возникает в результате механического разрыва сосуда. Однако клиническая практика показывает, что нередки случаи рецидива носовых кровотечений на фоне стабилизированного артериального давления. По современным представлениям, основным фактором, предрасполагающим к возникновению рецидивирующих носовых кровотечений у больных, страдающих гипертонической болезнью, являются патологические изменения сосудистой стенки слизистой оболочки полости носа. В исследованиях, посвященных изучению гистоморфологических особенностей слизистой оболочки и сосудистой системы полости носа при гипертонической болезни, описаны такие изменения, как дистрофия эндотелия сосудов с наличием плазматического пропитывания и гиалинозом стенки. В эндотелии капилляров и венул появляются полости (аневризмы, варикоз), заполненные плотным материалом, схожим с плазмой. Со стороны слизистой оболочки носа выявляются очаги слущивания покровного эпителия с обнажением базальной мембраны и адгезией в этих местах эритроцитов. Носовые кровотечения чаще наблюдаются у пожилых людей, страдающих атеросклерозом. Геморрагии, вызванные атеросклерозом, возникают чаще

из задних отделов носовой полости, где проходят главные сосуды, питающие слизистую оболочку носа, поэтому такие кровотечения отличаются интенсивностью и угрожающим характером [2].

Выводы

Изучение морфо-функциональных характеристик и особенностей строения слизистой оболочки и сосудистого русла полости носа как в возрастном аспекте, так и при создании экспериментальной модели на животных в рамках обсуждаемой проблемы в настоящее время является приоритетным направлением, которое позволит уменьшить частоту встречаемости рецидивирующих носовых кровотечений, а также оптимизировать диагностику и лечение данного вида патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гаджимирзаев, Г. А.* Носовые кровотечения. Аналитический обзор и собственный опыт / Г. А. Гаджимирзаев, В. Н. Тулкин, Р. Г. Гаджимирзаева // Российская оториноларингология. — М., 2014. — С. 96–110.
2. Современные аспекты терапии носовых кровотечений (обзор литературы) / Н. С. Храппо [и др.] // Успехи современного естествознания. — Астрахань, 2012. — № 3. — С. 27–32.
3. *Beran, M.* Changes in the nasal mucosa of habitual nose-bleeders / M. Beran, B. Petruson // Acta Otolaryngol (stockh). — 2016. — Vol. 102. — P. 308–314.
4. *Петров, В. В.* Носовые кровотечения – современное состояние проблемы (обзор) / В. В. Петров // Современные наукоемкие технологии. — 2005. — № 2. — С. 13–16.

УДК 616.284-002.2-036.2(476.2)«1997+2017»

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В 1997 И В 2017 ГГ. ПО ДАННЫМ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Черняк А. Г., Романов Р. Г.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры *Е. С. Ядченко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальной проблемой современной оториноларингологии является проблема хирургического лечения пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом (ХГСО). ХГСО страдает от 1,5 до 4 % населения в мире, чаще болеют дети и люди трудоспособного возраста, что приводит в ряде случаев к инвалидизации за счет социальной дезадаптации из-за развития стойкой тугоухости. Основным методом лечения ХГСО — хирургический: одни виды операций направлены на санацию гнойного очага в полостях среднего уха, другие — для слухоулучшения [2, 3]. В случае неадекватного выбора варианта операции или выполнения ее в недостаточном объеме неизбежен рецидив заболевания [2, 3].

Цель

Сравнительный анализ клинических показателей и методов хирургического лечения пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу различных форм ХГСО на базе ЛОР отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) в 1997 и 2017 гг.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ 352 карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении УГОКБ в 1997 и 2017 гг. с диагнозом ХГСО (по

классификации МКБ-10 коды Н66.1; Н66.2; Н66.3) в возрасте от 16 до 75 лет (201 мужчина и 151 женщина). Исследование проводилось на базе УГОКБ в медицинском архиве в свободное от учебы время. Статистический анализ результатов исследования проведен с применением пакета прикладных программ «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Среди представленных пациентов 248 (70,5 %) человек пришлось на 1997 г. (составили I группу), в то время как в 2017 г. с указанным диагнозом проходили лечение 104 (29,5 %) пациента — II группа. Среди пациентов I группы в 60 % случаев встречались мужчины, в то время как среди пациентов II группы гендерных различий выявлено не было. В большинстве случаев пациенты обеих групп были городскими жителями (55,1 и 72,5 % соответственно). Повторно за исследуемые годы были госпитализированы 8 пациентов I группы (3,2 %) и 6 (5,8 %) — II группы.

В различных возрастных группах частота встречаемости ХГСО представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастное распределение пациентов

Количество человек (n, %)	Возраст						
	< 18 лет	18–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	> 70 лет
I группа	9 (3,6 %)	113 (45,6 %)	71 (28,6 %)	41 (16,5 %)	6 (2,4 %)	5 (2 %)	3 (1,2 %)
II группа	2 (1,9 %)	11 (10,6 %)	43 (41,35 %)	32 (30,7 %)	8 (7,6 %)	5 (4,8 %)	3 (2,8 %)

По частоте встречаемости различных форм ХГСО:

Хронический туботимпанальный гнойный средний отит (Н66.1): I группы — 111 (44,8 %), II группы пациентов — 26 (25 %). Хронический эптитимпаноантральный гнойный средний отит (Н66.2): I группы пациентов — 74 (29,8 %), II группы — 62 (60 %). Другой хронический гнойный средний отит (состояние после радикальной операции) (Н66.3): I группы пациентов — 63 (25,4 %), II группы — 16 (15 %). Сопутствующую патологию со стороны носа и околоносовых пазух в виде искривления носовой перегородки, вазомоторного ринита, различных форм хронического риносинусита имели 40 % пациентов I группы и 45 % пациентов II группы. Помимо этого 20 % пациентов I группы и 10 % пациентов II группы страдали такими общими заболеваниями как ИБС (40 и 10 %), сахарный диабет 2 типа (35 и 5 %, ХОБЛ (25 и 2 % соответственно) и прочими. Микробиологическое исследование ушного отделяемого до начала лечения согласно стационарным картам было проведено у всех пациентов. Положительные результаты посевов получены у 116 пациентов I группы (47 %) и у 62 пациентов II группы (60 %), в остальных случаях патогенной и условно-патогенной флоры выявлено не было. Среди ушного отделяемого пациентов I группы в 80 % случаев выделялся гемолитический стрептококк, в 15 % — грибковая флора, в 5 % — грамотрицательные бактерии. Среди ушного отделяемого пациентов II группы золотистый стафилококк в клинически значимом титре определялся в 70 % случаев, грибы и грамотрицательные бактерии одинаково часто — в 15 %. При этом грибково-бактериальные ассоциации выявлены у 30 % пациентов. 102 пациентам из I группы (41 %) была выполнена радикальная (общеполостная) операция на полостях среднего уха. Удаление грануляций из полостей среднего уха выполнялась у 9 (3,6 %) пациентов. У 55,4 % пациентов I группы оперативное лечение не выполнялось. Среди 102 пациентов, оперированных по поводу ХГСО, 32 (31,3 %) из них была выполнена подслизистая резекция носовой перегородки. Исключительно курс противовоспалительной терапии был проведен у 137 (55,4 %) пациентов. Среди пациентов II группы оперативное лечение выполнялось у 67 (64,4 %). При этом у 43 (64 %) пациентов выполнялись различные варианты тимпаноластики, и лишь у 36 % исключительно saniрующая общеполостная операция. При этом около 30 % операций были вы-

полнены с сохранением задней стенки наружного слухового прохода, что является более физиологичным по отношению к полостям среднего уха. Все операции были выполнены под операционным микроскопом. В качестве материала для тимпаноластики использовались аутофасция височной мышцы и аутохрящ ушной раковины или козелка пациента. Наряду с хирургическим лечением основного заболевания 22 (33 %) пациентам была выполнена подслизистая резекция носовой перегородки.

Выводы

Общее количество госпитализированных пациентов с ХГСО в 1997 г. было в 1,42 раза больше, чем в 2017 г. ХГСО в 1997 г. чаще встречался в возрасте от 16 до 30 лет, в 2017 г. — 30–50 лет. Деструктивные формы ХГСО в 2 раза чаще встречались в 2017 году по сравнению с 1997 г. В 2017 г. количество операций, выполненных по поводу ХГСО, выросло на 23,4 % по сравнению с 1997 г. За последние 20 лет в условиях ЛОР отделения УГОКБ изменился характер выполняемых операций по поводу ХГСО. Все операции выполняются с использованием операционного микроскопа. Предпочтение отдается реконструктивным операциям. Высокий процент (30 %) санирующих операций выполняется с сохранением задней стенки наружного слухового прохода по закрытому типу, что предотвращает развитие осложнений, связанных с большой послеоперационной полостью. Для выполнения различных вариантов тимпаноластики предпочтение отдается использованию аутоканеи пациента (аутофасция, аутохрящ), что является физиологичным и недорогим способом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Плужников, М. С.* Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха / М. С. Плужников, В. В. Дискаленко, Л. М. Курмашова // Вестник оториноларингологии. — 2006. — № 5. — С. 63–66.
2. *Ситников, В. П.* Эволюция взглядов на реконструктивную хирургию уха при хроническом гнойном среднем отите (обзор литературы) / В. П. Ситников, Х. Эль-Рефай, Е. С. Ядченко // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 2 (28). — С. 32–38.
3. *Тарасов, Д. И.* Заболевания среднего уха / Д. И. Тарасов, О. К. Федорова, В. П. Быкова. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

УДК 616.28-008.14(476.2)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Шкуратова Е. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сенсоневральная тугоухость — потеря слуха, вызванная поражением структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва или центральных отделов слухового анализатора [1]. Слуховая система является важнейшей сенсорной системой, так как она является средством межличностного общения. Акустические сигналы, представляющие собой колебания воздуха, возбуждают слуховые рецепторы, которые находятся в улитке внутреннего уха [2]. Поражение слухового анализатора способствует задержке формирования речевых, психических и, возможно, моторных функций [3].

Цель

Изучить особенности заболеваемости сенсоневральной тугоухостью у жителей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Работа была выполнена на базе Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ). Был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении с клиническим диагнозом сенсоневральная тугоухость. Диагноз устанавливался на основании анамнеза, жалоб и аудиометрии.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу пациентов составили 123 (61,5 %) женщины и 77 (38,5 %) мужчин.

Наиболее часто встречалась хроническая форма сенсоневральной тугоухости — у 186 (93 %). Острая и подострая формы встречались у 11 (5,5 %) и у 3 (1,5 %) пациентов соответственно.

Были обследованы пациенты возрастного диапазона 17–89 лет. Средний возраст составил 52 года. Частота встречаемости сенсоневральной тугоухости в разных возрастных группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов с сенсоневральной тугоухостью по возрасту (в %)

Острая форма		Подострая форма		Хроническая форма	
возраст, лет	количество пациентов (в %)	возраст, лет	количество пациентов (в %)	возраст, лет	количество пациентов (в %)
До 20	9,1	До 20	0	До 20	1,1
21–40	45,4	21–40	66,7	21–40	22
41–60	36,4	41–60	33,3	41–60	43
61 и старше	9,1	61 и старше	0	61 и старше	33,9

Двусторонняя локализация сенсоневральной тугоухости наблюдалась у 136 (68 %) пациентов, правосторонняя — у 30 (15 %), левосторонняя — у 34 (17 %).

Количество заболевших — 137 (68,5 %) среди городских жителей, причем среди них преобладали жители города Гомеля — 72 (53 %). Количество заболевших среди сельских жителей составило 63 (31,5 %).

Причины возникновения данной патологии распределились следующим образом: 151 (75,5 %) — развитие заболевания пациенты ни с чем не связывают; 12 (6 %) — ОРИ; 12 (6 %) — травма головы; 11 (5,5 %) — гнойный средний отит; 4 (2 %) — воздействие шума; 4 (2 %) — отогенный менингит; 1 (0,5 %) — паротит; 1 (0,5 %) — ТИА; 1 (0,5 %) — сильный стресс; 1 (0,5 %) — старческий возраст; 1 (0,5 %) — субдуральная гематома; 1 (0,5 %) — последствие проведения эндотрахеального наркоза.

У 69 (34,5 %) обнаружилась сопутствующая ЛОР-патология (хронический эпителиоантральный гнойный средний отит, хронический смешанный ринит, хронический тубоотит); у 65 (32,5 %) — цереброваскулярная патология (атеросклероз БЦА, артериальная гипертензия); у 57 (28,5 %) — сопутствующие неврологические патологии (остеохондроз, спондилез, дисциркуляторная энцефалопатия), среди них остеохондроз у 96,5 % пациентов; у 19 (9,5 %) — офтальмологические проявления (катаракта, ангиопатия сетчатки, дистрофия сетчатки).

I степень сенсоневральной тугоухости встречалась наиболее часто — у 109 (54,5 %) пациентов; II степень — у 48 (24 %); III степень — у 27 (13,5 %); IV степень — у 16 (8 %).

78 (39 %) пациентов страдали тугоухостью несколько лет; 56 (28 %) — более 10 лет; 25 (12,5 %) — с детства; 24 (12 %) — несколько месяцев; 11 (5,5 %) — несколько дней; 6 (3 %) — несколько недель.

Кроме снижения слуха, 143 (71,5 %) пациента жаловались на шум в ушах, 8 (4 %) — на головокружение.

Препаратами выбора являются винпоцетин и бетагистин. 125 (62,5 %) применяли винпоцетин и бетагистин в сочетании с физиолечением: гипербарической оксигенацией, Дарсонвалем, сложными ингаляциями с фурацилином и кофеин-новокаиновыми блокадами.

Выводы

1. Исследуемую группу пациентов составили 123 (61,5 %) женщины и 77 (38,5 %) мужчин. Средний возраст составил 52 года.

2. Наиболее часто встречалась хроническая форма сенсоневральной тугоухости — у 186 (93 %).

3. У 69 (34,5 %) обнаружилась сопутствующая ЛОР патология, у 57 (28,5 %) — сопутствующие неврологические патологии; у 19 (9,5 %) — офтальмологические проявления.

4. I степень сенсоневральной тугоухости встречалась наиболее часто — у 109 (54,5 %) пациентов.

5. Препаратами выбора являются винпоцетин и бетагистин. 125 (62,5 %) применяли винпоцетин и бетагистин в сочетании с физиолечением.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Азиева, З. О.* Сенсоневральная тугоухость с точки зрения этиологии и патогенеза / З. О. Азиева // Кубанский научный медицинский вестник. — 2016. — № 2. — С. 161.

2. *Жайсакова, Д. Е.* Нарушение слуховой функции у недоношенных детей в пренатальном и перинатальном периодах развития с отрицательным дефицитом неврологического статуса / Д. Е. Жайсакова, М. Б. Калтаева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. — 2016. — № 4. — С. 116.

3. Закономерности психомоторного развития у детей с тугоухостью / Д. С. Юрьева [и др.] // Педиатр. — 2017. — № 1. — С. 67.

СЕКЦИЯ 19
«ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

УДК 617.7-08-039.74-053.2(476.2+476.4) «2016/2018»
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ГОМЕЛЬСКОГО
И МОГИЛЕВСКОГО РЕГИОНОВ ЗА 2016–2018 ГГ.

Авласенко О. С., Руденко Ю. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

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

Введение

Глазной травматизм у детей является одной из важнейших проблем современной офтальмологии. Важным аспектом является профилактика и своевременное лечение травм органа зрения, т. к. последствия тяжелых травм ограничивают обучение, профориентацию, а иногда, и социализацию детей. По обобщенным данным литературы, травмы глаз в детском возрасте составляют в среднем 35–46,8 % всей офтальмопатологии детского возраста [1, 2, 3].

Цель

Провести сравнительный анализ эффективности оказания экстренной офтальмологической помощи детям Гомельского и Могилевского регионов за 2016–2018 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ журналов экстренной офтальмологической помощи, а также историй болезни детей, находящихся на стационарном лечении в детских офтальмологических отделениях в Учреждении здравоохранения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» (УЗ ГОСКБ) и в Учреждении здравоохранения «Могилевская областная детская больница» (УЗ МОДБ) в 2016–2018 гг. Объектом исследования являлись 2125 детей с травмами органа зрения в возрасте от 0 до 17 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования представлены в таблицах 1–5.

Таблица 1 — Сравнение показателей оказания офтальмологической помощи детям за 2016–2018 гг.

Показатели	г. Могилев	г. Гомель
	2016–2018гг.	2016–2018гг.
Детское население	204245	256860
Общее количество пациентов, пролеченных в стационаре	5593	5185
Количество прооперированных пациентов	2831 (экстр-х 1038)	2752 (экстр-х 927)
Общее количество пациентов с травмой	618	1507
Мальчики	414	1210
Девочки	204	297
Количество пациентов с травмой, пролеченных в стационаре	618	103
Количество пациентов нуждающихся в хирургическом вмешательстве в стационаре	553	35
Процент детского травматизма (на 100тыс населения)	302,5 ‰ (0,3 %)	586,7 ‰ (0,58 %)

Таблица 2 — Сравнение пациентов по возрасту, обратившихся за офтальмологической помощью за 2016–2018 гг.

Возраст, лет	0–2	2–3	4–5	6–7	8–9	10–11	12–13	14–15	16–17
Гомель	6,2 %	24,1 %	26,2 %	21,7 %	7,4 %	5,6 %	3,5 %	2,6 %	2,7 %
Могилев	8,9 %	20,7 %	22 %	11,2 %	12,1 %	8,7 %	5,9 %	4,2 %	6,3 %

Таблица 3 — сравнение количества повреждений органа зрения у детей за период 2016–2018 гг.

Травма		Могилев		Гомель	
		2016–2018 гг.		2016–2018 гг.	
Раны	Ушибленная	327	52,9 %	1035	66,73 %
	Рваная	112	18,11 %	223	14,79 %
	Резаная	9	1,46 %	27	1,79 %
	Оцарапанная	29	4,69 %	133	8,82 %
Контузия		48	7,76 %	64	4,24 %
Инородное тело		76	12,3 %	51	3,38 %
Ожог термический		7	1,13 %	1	0,06 %
Ожог химический		10	1,61 %	2	0,13 %
ИТОГО		618		1507	

Таблица 4 — Уровень травматизма в зависимости от времени года за 2016–2018 гг.

Травма по условиям получения	Могилев	Гомель
Бытовая	40,7 %	51,4 %
Спортивная	13,5 %	11,8 %
Школьная/детсадовская	31,8 %	28,2 %
Другие причины	14 %	8,6 %

Таблица 5 — Соотношение количества травм по условиям их получения за 2016–2018 гг.

Времена года	Могилев	Гомель
Зима	25,8 %	19,2 %
Весна	18,9 %	23,5 %
Лето	34,8 %	36,9 %
Осень	20,3 %	20,4 %

Выводы

1. Среди исследованного контингента детей, находившихся на стационарном лечении с травмой органа зрения, большую часть составили мальчики 67,1 и 79 % в МОДБ и ГОСКБ соответственно.

2. Наибольшее количество детей, обратившихся за помощью, в возрасте от 2 до 5 лет 42,7 и 50,3 % в МОДБ и ГОСКБ соответственно.

3. Наибольшее количество травм получено летом (34,8 % в Могилеве; 36,9 % — в Гомеле), что говорит о неорганизованном досуге детей во время каникул.

4. Бытовая травма является самой частой: 40,7 и 51,4 % в Могилеве и Гомеле соответственно.

5. Процент детского травматизма в Гомеле 0,58 % и в Могилеве 0,3 %. По сравнению с Могилевом, количество травм в Гомеле выше на 0,28 %.

6. Хирургическая активность стационаров за 2016–2018 гг. составляет 50,6 и 54 % в Могилеве и Гомеле соответственно.

7. Только 5 % пациентов госпитализируются в стационар ГОСКБ, в то время как в Могилеве подлежат госпитализации минимум на сутки практически все пациенты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галева, Г. 3. Особенности детской травмы глаза // Практическая медицина. — 2017. — № 9 (110). — С. 63–66.
2. Современная офтальмология: рук-во. — 2-е изд. / под ред. В. Ф. Даниличева. — СПб.: Питер, 2009. — 688 с. (Серия «Спутник врача»).
3. Травмы глаза у детей: монография / Н. Ф. Боброва. — М.: Медицина, 2003. — 191 с.

УДК 579:616 - 3.284

АКТИВНОСТЬ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЭКЗОПОЛИМЕРНОГО МАТРИКСА МИКРОБНОЙ БИОПЛЕНКИ

Алексейкова В. В., Пирогова В. М.

**Научные руководители: к.м.н., доцент В. В. Приступа,
к.м.н., доцент Н. К. Королькова, к.м.н., доцент С. А. Сенькович**

Учреждение образования

**«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Биопленки играют важную роль в острых и хронических инфекционных процессах в организме человека. В частности, в офтальмологической практике, интерес представляют инфекции, ассоциированные с применением интраокулярных и контактных линз, швов на роговице, приборов для интубации слезного канала [1, 2]. Данные устройства представляют собой поверхность, на которой может образовываться микробная биопленка. В результате чего глазные инфекции могут приобретать серьезный характер течения и резистентность к антибактериальной терапии.

Местный иммунитет глаза представлен слезной пленкой и содержащимися в ней субстанциями. Комплексные исследования по составу слезной жидкости показали, что она состоит из пептидов, метаболитов, электролитов, углеводов [3]. Также слезная железа выделяет большое количество разнообразных антимикробных и иммунологических факторов, благодаря которым слезная жидкость приобретает бактериостатические и бактериолитические свойства: лактоферрин (ЛФ), лизоцим, толл-лайн рецепторы (TLR), секреторный иммуноглобулин А (sIgA), белки комплемента, гликопротеины муцина, сурфактант белка-А и D (SP-A и SP-D) и дефенсин, антимикробные пептиды [4, 5].

Цель

Оценить активность слезной жидкости в отношении экзополимерного матрикса микробной биопленки.

Материал и методы исследования

Исследовали слезную жидкость 5 лиц без офтальмологической патологии. Забор слезной жидкости производили из конъюнктивального мешка в асептических условиях в количестве 0,5 мл.

Определение способности слезной жидкости к разрушению экзополимерного матрикса биопленки производили посредством разработанного нами метода. Для этого выращивали в лабораторных условиях на инертной полимерной мембране биопленку *S. aureus* в чашке Петри со средой Мюллера-Хинтона при 37 °С в течение 3 суток. Далее биопленку смывали с мембраны 0,9 % раствором NaCl. К полученной суспензии добавляли 0,5 % раствор конго-красного в избытке. Суспензию дважды отмывали 0,9 % NaCl, для удаления не связавшегося конго красного, с последующим осаждением матрикса центрифугированием при 1000 оборотов в минуту (200 g) в течение 75 мин после каждой отмывки. Суспензию замораживали и хранили при -25 °С до использования. Для приготовления рабочей суспензии матрикса биопленки разводили размороженную суспензию матрикса раствором 0,9 % NaCl до оптической плотности 2,5 единицы экстинкции на многоканальном спектрофотометре Ф300 ТП при длине волны 492 нм и 0,15 мл суспензии матрикса в лунке 96-луночного плоскодонного планшета для ИФА. Далее 0,1 М раствором фосфатного буфера с pH 7,4 доводили оптическую плотность суспензии до 2 Еоп. В 1 мл рабочей суспензии содержалось 12,2 мг сухого матрикса и 0,1 мг конго красного. В качестве консерванта в суспензию добавляли азид натрия до концентрации 2 мг/мл.

Реакцию ставили в пробирках типа эппендорф, пробы дублировались. Реакционная смесь состояла из 0,3 мл суспензии матрикса и 0,1 мл слезной жидкости. После инкубации в течение суток при 37 °С пробы центрифугировали при 10 000 оборотов 10 минут (7930 g) на центрифуге МІКRО 120 (Hettich) для осаждения не разрушенных компонентов матрикса и переносили по 0,15 мл надосадка в лунки полистиролового плоскодонного планшета. Оценку результатов реакции производили по увеличению оптической плотности надосадка на многоканальном спектрофотометре при длине волны 492 нм в сравнении с отрицательными контрольными пробами. Для сравнения достоверности различия опытных и контрольных проб использовали критерий Манна — Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

Оптическая плотность надосадка во всех опытных пробах значительно превышала оптическую плотность в контрольных пробах, причем это отличие было статистически значимо ($p < 0,05$), что свидетельствует о способности слезной жидкости разрушать экзополимерный матрикс бактериальной биопленки.

Таблица 1 — Значения, полученные при спектрофотометрическом измерении.

№ пробы	Активность (ед. экстинции)	
1	0,321	0,326
2	0,336	0,338
3	0,345	0,340
4	0,335	0,339
5	0,342	0,347
Контрольная	0,081	0,085

Ранее нами также было изучено действие антисептиков на матрикс биопленок при помощи данного метода [5], мы проводили сравнение между активностью слезной жидкости и активностью таких антисептиков как диметилсульфоксид 25 %, растворы хлоргексидина 0,5 и 2 %, перекись водорода 3 % (таблица 2).

Таблица 2 — Сравнение активности слезной жидкости с антисептиками

Исследуемое вещество	Активность (ед. экстинции) ($E_{\text{оптическая плотность пробы}} - E_{\text{оптическая плотность контроля}}$)
Слезная жидкость	0,32–0,35
Диметилсульфоксид 25 %	0,71–0,75
Хлоргексидин 2 %	0–0,089
Хлоргексидин 0,5 %	0–0,018
Перекись водорода 3 %	0–0,045

Среди антисептиков более высокой способностью к разрушению экзополимерного матрикса, по сравнению со слезной жидкостью, обладал 25 % диметилсульфоксид 2 %. 0,5 % растворы хлоргексидина и 3 % раствор перекиси водорода обладают значительно более низкой активностью в отношении экзополимерного матрикса биопленки *S. aureus*.

Выводы

1. Установлено, что слезная жидкость обладает способностью разрушать экзополимерный матрикс биопленки *Staphylococcus aureus*, что имеет значение в обеспечении местного антибактериального иммунитета глаза.

2. Показатели активности слезной жидкости в отношении матрикса биопленки превышают показатели активности распространенных в медицинской практике антисептиков.

3. Метод определения способности слезной жидкости расщеплять экзополимерный матрикс биопленки может быть использован для изучения изменений активности слезной жидкости при персистирующих бактериальных инфекциях органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Biofilm in implant infections: Its production and regulation / J. W. Costerton [et al.] // International Journal of Artificial Organs. — 2005. — Vol. 28, № 11. — P. 1062–1068.
2. *Butovich, I. A.* On the lipid composition of human meibum and tears: comparative analysis of nonpolar lipids / I. A. Butovich // Invest Ophthalmol. — 2008. — № 49. — P. 3779–3789.
3. Analysis of human tear fluid by Raman spectroscopy / J. Filik [et al.] // Analytica Chimica Acta. — 2008. — № 616. — P. 177–184.
4. *Lemp, M. A.* Advances in understanding and managing dry eye disease / M. A. Lemp // Am J Ophthalmol. — 2008. — № 146. — P. 350–356.
5. Определение чувствительности матрикса микробной биопленки к ферментам и антисептикам / Н. Э. Колчанова [и др.] // Журнал Современные проблемы инфекционной патологии человека. — 2017. — № 10. — 125 с.

УДК 617.735:616.8-091.93+[617.7:616.16-007.64]:617.7-007.681

**ЗАВИСИМОСТЬ ТОЛЩИНЫ СЛОЯ ПЕРИПАПИЛЛЯРНЫХ
НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ И ПАРАФОВЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ МАКУЛЫ
ОТ СТАДИИ ГЛАУКОМНОГО ПРОЦЕССА**

Андрейчик В. В.

**Научные руководители: к.м.н., доцент *Л. В. Дравица,*
врач-офтальмолог *Н. А. Ребенок***

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

Введение

В Республике Беларусь глаукома является причиной первичной инвалидности в 34,4 % (Т. А. Бирич, 2000 г.). В диагностике глаукомы оптическая когерентная томография (ОКТ) позволяет оценить структурные изменения, отражающие состояние и степень поражения слоя нервных волокон сетчатки (СНВС). Определение толщины СНВС перипапиллярной области на оптическая когерентная томография (ОКТ) является обязательным методом клинического исследования глаз с данной патологией. Но при глаукоме на ранней стадии происходит повреждение и нервных волокон макулярной области. Даже с внедрение в офтальмологическую практику новых поколений ОКТ, обладающих возможностью послойной оценки структурных изменений СНВС, продолжаются дискуссии о приоритетной значимости параметров толщины сетчатки в макуле и перипапиллярной зоне в ранней диагностике глаукомы [1].

Цель

Определить информативность изменений показателей толщины слоя перипапиллярных нервных волокон сетчатки и парафовеальной толщины макулы в выявлении и определении стадии развития глаукомной оптиконеуропатии (ГОН) по данным CIRRUS photo 600.

Материал и методы исследования

На базе РНПЦ радиационной медицины и экологии человека проведен ретроспективный анализ 69 (40 женщин и 29 мужчин) медицинских амбулаторных карт пациентов в возрасте от 41 до 89 лет (средний возраст составил $64,41 \pm 10,28$), состоящих на диспансерном учете по поводу первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ). Всем 69 пациентам (129 глаз) проводилась ОКТ макулярной области сетчатки и диска зрительного нерва (ДЗН) на приборе CIRRUS photo 600, фирмы Carl Zeiss Meditec заднего отрезка глазного яблока. Анализировали толщину СНВС в верхнем (Average Superior Thickness)

и нижнем квадрантах (Average Inferior Thickness). Так же исследована толщина парафовеальной зоны макулы в верхнем (parafovea Macular Superior Thickness) и нижнем квадрантах (parafovea Macular Inferior Thickness). Статистическая обработка данных проведена с помощью «Microsoft Exell 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования толщины перипапиллярного СНВС и парафовеальной зоны макулы представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели толщины перипапиллярного СНВС и парафовеальной зоны макулы (μм), (M ± σ)

Показатели толщины СНВС и макулы	Подозрение на глаукому (n = 23)	1 стадия глаукомы (n = 44)	2 стадия глаукомы (n = 30)	3 стадия глаукомы (n = 20)	4 стадия глаукомы (n = 12)
В верхнем квадранте толщины СНВС (μм)	117,2 ± 11,91 (96–134)	108,6 ± 12,6 (91–132)*	85,76 ± 15,2 (65–124)*	64,45 ± 16,21 (35–94)*	59,5 ± 15,39 (43–94)*
В нижнем квадранте толщины СНВС (μм)	119,2 ± 14,28 (95–145)	116,8 ± 17,3 (89–135)*	96,8 ± 17,94 (61–134)*	64,25 ± 4,94 (38–124)*	56,66 ± 10,84 (40–82)*
В верхнем квадранте толщина парафовеальной зоны (μм)	301,74 ± 31,9 (260–341)	291,54 ± 28,45 (255–345)	280,5 ± 29,58 (221–240)*	263,25 ± 36,55 (202–324)*	259,33 ± 24,21 (199–308)*
В нижнем квадранте толщина парафовеальной зоны (μм)	299,5 ± 29,47 (261–342)	286,95 ± 28,62 (257–338)	271,6 ± 26,51 (229–325)*	258,5 ± 27,56 (200–306)*	259 ± 25,13 (219–296)

*p < 0,05.

На основании проведенного исследования выявлено статистически значимое снижение толщины верхнего и нижнего квадрантов перипапиллярного СНВС при 1, 2, 3 и 4 стадии ПОУГ по сравнению с группой с подозрением на глаукому (p < 0,05). Выявлено статистически значимое истончение парафовеальной зоны макулы в верхнем и нижнем квадранте при 2 и 3 стадии ПОУГ и в верхнем квадранте при 4 стадии ПОУГ. Таким образом, в отдельных случаях, если невозможно провести исследование перипапиллярного СНВС, то можно проанализировать результаты истончения парафовеальной зоны макулы.

Выводы

1. Отмечается корреляция между стадией глаукомного процесса и объемом уменьшения толщины СНВС перипапиллярной области и толщины парафовеальной зоны макулы.

2. На основании проведенного исследования выявлено снижение толщины парафовеальной зоны макулы у пациентов с 1 стадией ПОУГ в верхнем квадранте на 3,38 %, 2 стадии — на 7,04 %, 3 стадии — на 12,76 % и 4 стадии — на 14,06 %. В нижнем квадранте у пациентов с 1 стадией на 4,19 %, 2 стадии — 9,32 %, 3 стадии — на 13,69 % и 4 стадии на 13,52 % по сравнению с группой с подозрением на глаукому.

3. Для 1, 2 и 3 стадии ПОУГ характерно истончение парафовеальной зоны макулы в нижнем квадранте на 1,57; 3,17 и 1,8 % соответственно, чем в верхнем квадранте.

4. ОКТ диагностика позволяет выявить и количественно оценить динамику изменений толщины слоя перипапиллярной области сетчатки и толщины парафовеальной зоны макулы, что увеличивает эффективность ранней диагностики ПОУГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Усман, А. Б. Ранняя диагностика первичной открытоугольной глаукомы по изменениям толщины слоя перипапиллярных нервных волокон сетчатки и перифовеальной зоны макулы / А. Б. Усман, Л. Н. Марченко, Т. В. Качан // Новые исследования молодых ученых — 2017: сборник рецензируемых научных работ / под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной. — Минск: БГМУ, 2017. — С. 128–134.

УДК 617.7-008.615:612.845.543

СИНИЙ СВЕТ И ЦИФРОВАЯ ЗРИТЕЛЬНАЯ УСТАЛОСТЬ

Буздалкина В.К.

Научный руководитель: ассистент *Альхадж Хусейн Анас*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Свет — это электромагнитное излучение, которое характеризуется длиной волны и связанной с ней энергией. Человеческому восприятию доступна только область видимого света в диапазоне 380–780 нм. Чем короче длина волны, тем выше их повреждающее действие на наш организм. Синие лучи лежат в коротковолновой части видимого спектра в диапазоне примерно от 400 до 500 нм. Естественным источником синих лучей является Солнце. Но сегодня нас окружает множество искусственных источников синих лучей: мониторы компьютеров, ноутбуки, смартфоны, планшеты, светодиодные лампы освещения, LED телевизоры.

Человеческий организм приспособлен к воздействию синих лучей естественного происхождения. Они являются необходимым нам сигналом, чтобы проснуться и вести активный образ жизни. Синие лучи оказывают положительное влияние на нашу память, помогают регулировать циркадные ритмы (сон/бодрствование) и необходимы для функционирования зрачкового рефлекса [1].

Однако высокоэнергетические синие лучи оказывают и негативное влияние на наш организм. Они ухудшают качество зрения, снижают зрительный контраст и остроту зрения, поскольку коротковолновые лучи синего спектра собираются не точно в фокусе на сетчатке, а перед ней, вызывая хроматические аберрации. Так же способны увеличивать риск развития возрастной макулодистрофии (ВМД), в связи повреждающим действием высокоэнергетических синих лучей на пигментный эпителий сетчатки (максимально опасный диапазон 415–455 нм) [2, 3]. Постоянное длительное воздействие синих лучей искусственного происхождения в вечернее и ночное время может приводить к нарушению циркадного ритма (подавляя секрецию мелатонина эпифизом), нарушению сна, ухудшению общего самочувствия и памяти.

В последние годы в литературе рассматриваются проблемы цифровой зрительной усталости (ЦЗУ). ЦЗУ — это физический зрительный дискомфорт, испытываемый после двух и более часов, проведенных перед цифровым монитором расположенном на близком или среднем расстоянии, сочетающийся с сухостью и (или) раздражением глаз вследствие уменьшения частоты моргания, болью в спине и шее. Вначале нарушения носят временный характер, но регулярные нагрузки на орган зрения могут привести к сохранению жалоб даже после окончания использования цифрового устройства [4].

Проведенное британской компанией MillwardBrown в 2014 г. многонациональное исследование показало, что люди в возрасте от 16 до 45 лет проводят за монитором в течение дня в среднем почти семь часов [5, 6].

По данным организации The Vision Council в Великобритании взрослые проводят перед медиа-устройствами в среднем по 8 часов 41 минуту в день, в течение дня 33 % человек проводят за экраном 3–5 часов, 32 % — 6–9 часов, а 28 % — 10 и более часов [6].

Цель

Исследовать длительность использования гаджетов (в часах) в течение дня при помощи анкетирования с целью выявления симптомов зрительной усталости и эффектив-

ности применения защитных устройств у студентов 4-го курса Гомельского государственного медицинского университета (ГомГМУ).

Материал и методы исследования

Проведен опрос в виде анкетирования у 150 студентов 4-го курса ГомГМУ. Средний возраст опрошенных составил 21,15 года, минимальный — 20 лет, максимальный — 28 лет. Из них девушек — 77 % (115 человек), юношей — 23 % (35 человек).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе данных выявлено, что в течение дня работают с гаджетами более 10 часов — 32 % (48 человек), от 6 до 9 часов — 36 % (54 человека), от 3 до 5 часов — 30 % (45 человек) и всего 2 % (3 человека) уделяют гаджетам менее 2 часов в день.

При этом жалобы на дискомфорт или усталость глаз в течение дня при работе с гаджетами предъявляют 74,7 % (112 человек).

Таблица 1 — Эффективность использования очков со специальными покрытиями или фильтрами

Критерий	Студенты, использующие очки со специальными покрытиями или фильтрами		Студенты, не использующие очки со специальными покрытиями или фильтрами	
	кол-во	%	кол-во	%
Размер группы	18	12	132	88
Предъявляют жалобы на дискомфорт или усталость глаз в течение дня при работе с гаджетами	14	78	98	74
Не имеют жалоб на дискомфорт или усталость глаз в течение дня при работе с гаджетами	4	22	34	26

Выводы

1. ЦЗУ имеет широкое распространение среди студентов — 74,7 %.
2. Длительное использование гаджетов (6 и более часов в течение дня) выявлено у 68 % опрошенных студентов.
3. Сопоставляя полученные данные с данными зарубежных исследований [6], можно сказать, что длительное использование гаджетов стало частью повседневной жизни всего населения планеты.
4. Согласно полученным данным, использование очков со специальными покрытиями или фильтрами малоэффективно и в 78 % не предотвращает развитие ЦЗУ.
5. Учитывая комбинацию различных факторов, связанных с использованием цифровых устройств, приводящих к развитию не только ЦЗУ, но и ВМД, можно предположить, что студенты из исследуемой группы будут подвержены более высокому риску развития ВМД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Researchers Use Blue Light to Treat Sleep Disturbances in the Elderly // Lighting Research Center [Electronic resource]. — 2005. — Mode of access: <http://www.lrc.rpi.edu/resources/news/enews/Apr05/general245.html>. — Date of access: 14.04.2005.
2. Algvere, P. V. Age-related maculopathy and the impact of blue light hazard / P. V. Algvere, J. Marshall, S. Seregard // Acta Ophthalmol Scand. — 2006. — Vol. 84, № 1. — P. 4–15.
3. Blue light hazard: New knowledge, new approaches to maintaining ocular health / K. Smick [et al.] // Report of a roundtable sponsored by Essilor of America [Electronic resource]. — 2013. — Mode of access: https://www.essilorusa.com/content/dam/essilor-redesign/product-resources/crizal/Blue-Light-Roundtable_White-Paper.pdf. — Date of access: 16.03.2013.
4. Цифровая зрительная усталость По материалам Digital Eye Strain Report 2016, подготовленного Vision Council of America (VCA) // Вестник оптометрии. — 2016. — № 2. — С. 40–41.
5. A comprehensive review of multiscreen marketing opportunities. Millward-Brown AdReaction-2014 report. [Electronic resource] / Mode of access: www.millwardbrown.com/adreaction/gender. — Date of access: 14.02.2019.
6. The Vision Council 2015 digital eye strain report [Electronic resource] / Mode of access: www.pcom.ph/sites/default/files/downloads/vc_digitaleyestrain_report2015. — Date of access: 14.02.2019.

УДК 617.753:[61:378-057.875(476.2-25)]

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ У СТУДЕНТОВ
ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Буздайкина В. К.

Научный руководитель: ассистент Альхадж Хусейн Анас

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

Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), одной из основных причин нарушения зрения являются некоррегированные аномалии рефракции [1]. Среди всех видов аномалий рефракции преобладает миопия. В 2011 г. в мире насчитывалось более 1,6 млрд человек с миопией [2]. В США 33 % населения в возрасте старше 12 лет имеют миопию, а в странах Юго-Восточной Азии доля миопии еще выше. Например, в Китае более 50 % населения имеют миопию, в Тайване — 83 % [3]. По данным ВОЗ, к 2020 г. диагноз миопия будет выставлен 2,89 млрд человек, что делает указанную патологию самым распространенным в мире офтальмологическим заболеванием. Ежегодно в Республике Беларусь диагноз миопия и миопический астигматизм впервые выставляется более чем 5 000 детей школьного возраста, в городе Минске в 2012 г. по поводу миопической рефракции наблюдалось у офтальмологов около 27 тыс. детей, что составляет 65 % всех несовершеннолетних пациентов с патологией зрения, находящихся на диспансерном учете [4]. В Гомельской области на диспансерном учете по поводу близорукости в 2000 г. находился 8201 пациент, в 2001 г. — 8704 [5]. В 2017 г. на диспансерном учете с аномалиями рефракции состояло уже 14706 детей, из них 11760 с диагнозом миопия, в 2018 эти цифры составили 15123 и 12063 соответственно. Эпидемиология миопии и миопического астигматизма у детей и подростков свидетельствует о том, что проблема помощи пациентам молодого, трудоспособного возраста в Республике Беларусь будет становиться актуальней с каждым годом, в том числе и в экономическом плане [4].

Цель

Изучить распространённость аномалий рефракции среди студентов 4-го курса Гомельского государственного медицинского университета и провести сравнительный анализ зрительных функций с данными при поступлении в вуз.

Материал и методы исследования

Проведено офтальмологическое обследование 150 студентов 4-го курса Гомельского государственного медицинского университета, включавшее в себя визометрию и рефрактометрию. Средний возраст обследованных составил 21,15 года, минимальный — 20 лет, максимальный — 28 лет. Из них девушек — 77 % (115 человек), юношей 23 % (35 человек).

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1 — Сравнительный анализ рефракции студентов 4 курса (2014–2018 гг.)

Вид рефракции	При поступлении		На 4 курсе	
	количество	%	количество	%
Эмметропия	80	53,33	56	37,33
Миопия	65	43,33	89	59,33
Гиперметропия	1	0,67	1	0,67
Астигматизм	3	2	3	2
Амблиопия	1	0,67	1	0,67
Итого	150	100	150	100

Число студентов с эмметропической рефракцией из 80 (53,33 %) человек при поступлении снизилось до 56, что составило 37,33 %. При поступлении миопическая рефракция наблюдалась у 65 (43,33 %), на 4-м курсе диагноз миопия был выставлен уже 89 (59,33 %) студентам. Количество студентов с гиперметропией, астигматизмом и амблиопией сохранилось неизменным, что составило 0,67; 2 и 0,67 % соответственно.



Рисунок 1 — Распределение миопии по степеням при поступлении и на 4 курсе

Таблица 2 — Динамика изменения миопической рефракции при поступлении и на 4 курсе

Степень миопии	При поступлении	На 4 курсе	Динамика
Слабая	48	66	+18 (↑16 %)
Средняя	13	18	+5 (↑3,33 %)
Высокая	4	5	+1 (↑0,67 %)

Выводы

1. Количество студентов с эмметропической рефракцией за четыре года обучения уменьшилось на 16 % и составило 37,33 % от общего числа.

2. Доля студентов с миопической рефракцией выросла на 16 % и составила 59,33 % от общего числа. Доля миопической рефракции среди всех аномалий рефракции составила 94,69 %.

3. Количество студентов с гиперметропией, астигматизмом и амблиопией сохранилось неизменным.

4. За четыре года обучения у 16 % студентов был впервые выставлен диагноз миопии слабой степени.

5. Выявлено прогрессирование миопии со слабой степени в среднюю в 3,33 %, и в 0,67 % со средней в высокую степень миопии.

6. Несмотря на увеличение числа студентов с миопической рефракцией, процентные соотношения между степенями сохранились постоянными и составили: 74 % — миопия слабой степени, 20 % — миопия средней степени и 6 % — миопия высокой степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарушение зрения и слепота // Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. — 2018. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>. — Дата доступа: 18.07.2018.

2. Лагасе, Ж. П. Теория изменения ретинального дефокуса и прогрессирование миопии / Ж. П. Лагасе // Вестник оптометрии. — 2011. — № 1. — С. 48–57.

3. Минаев, Ю. Л. Контроль миопии с помощью очковых и контактных линз / Ю. Л. Минаев // Вестник оптометрии. — 2011. — № 1. — С. 40–46.

4. Абельский, Д. Е. Хирургическое лечение миопии и миопического астигматизма методом фемто-ЛАСИК с использованием данных aberromетрии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.07 / Д. Е. Абельский; БелМАПО. — М., 2017. — 21 с.

5. Влияние учебного процесса на зрительные функции студентов Гомельского государственного медицинского университета / Л. В. Дравица [и др.] // Современные достижения отечественной офтальмологии: Тез. докл. науч. конф. — 2003. — С. 23–24.

УДК 617.7:612.84.014.32:373

**ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ НАГРУЗКИ
НА ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ**

Булавко Р. С., Батракова В. Ю.

Научные руководители: к.м.н., доцент Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова

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

Введение

Школа — это безусловно один из важнейших этапов в развитии ребенка. Именно в школе организм детей выходит на новый уровень в процессах обработки и анализа большого количества информации. Все отделы и структуры нервной системы работают на предельных скоростях с невероятно большими информационными нагрузками и орган зрения не исключение. Согласно современным представлениям, не менее 95 % информации о внешнем мире мы получаем благодаря зрению, которое приняло на себя огромные перегрузки, на которые в процессе эволюции не было запрограммировано [1]. Аномалии рефракции — важнейшая проблема детской офтальмологии. В течение последних десятилетий сохраняется тенденция роста числа детей с миопией и другими нарушениями рефракции. В исследованиях последних лет было установлено существенное увеличение распространенности миопии у школьников от начала до окончания школьного обучения, чему способствует интенсификация информационного обеспечения образовательного процесса, сопровождающегося дополнительными зрительными нагрузками [2].

Цель

Определить влияние уровня информационной нагрузки на зрительные функции детей в период обучения в школе.

Материал и методы исследования

Нами был проведен анализ данных из медицинских справок о состоянии здоровья 92 учащихся (184 глаза) 10–11 классов средней общеобразовательной школы в возрасте от 16 до 18 лет (средний возраст $16,8 \pm 0,7$ лет). Школьники были разделены на две группы, в зависимости от наличия аномалий рефракции. В 1 группу вошли 46 человек (84 глаза) с миопической рефракцией, 2 группу составили 46 учащихся (84 глаза) с эметропической рефракцией. Для оценки уровня информационной нагрузки на орган зрения были изучены средний балл успеваемости и средний уровень обученности детей исследуемых групп. При помощи анкетирования комбинированного типа опрошено 118 учащихся 6–8 классов от 11 до 15 лет (средний возраст $12,8 \pm 1,8$ лет). Для проведения корреляционного анализа использовали t-test для независимых выборок, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами была изучена динамика возникновений аномалий рефракции у учащихся 10–11 классов, по данным амбулаторных карт с момента их поступления в школу. (1 класс, до настоящего времени (10–11 класс). В ходе исследования было выяснено, что при поступлении в школу лишь у 3 из 92 школьников (5 глаз, 2,7 %) была выявлена миопия. К 10–11 классу количество детей с миопической рефракцией возросло до 46 человек (84 глаза, 50 %).

В 1 группе детей, к 10–11 классу клинически значимое снижение остроты зрения $\leq 0,6$, требующее коррекции, выявлено у 70 (83 %) глаз, 14 (17 %) глаз имели остроту зрения 0,7–0,9. Исходные средние значения некоррегированной остроты зрения равно $0,4 \pm 0,3$, средняя коррегированная острота зрения — $0,9 \pm 0,2$. Диагноз миопия слабой степени встречался у 82 % (69 глаз), миопия средней степени у 18 % (15 глаз). 97,8 % детей имело в анамнезе хотя бы одно сопутствующее заболевание: сколиоз — 82,6 %, плоскостопие — 50 %, заболевания щитовидной железы — 21,7 %, заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта — 10,9 %.

Средний балл успеваемости в 1 группе детей составил 7,8 балла, средний уровень обученности — 82,1 %.

Во 2-й группе школьников значения средней некоррегированной остроты зрения — 1,0. У 60,9 % детей выявлено наличие заболеваний других органов и систем: сколиоз — 45,7 %, плоскостопие — 13 %, заболевания щитовидной железы — 23,9 %, заболевавшая сердца — 1 %, болезни желудочно-кишечного тракта — 6,5 %.

Средний балл успеваемости 7,4 балла, средний уровень обученности — 77,6 %.

Для изучения зависимости между степенью снижения остроты зрения и способностью к обучению, был выполнен ранговый корреляционный анализ Спирмена, между показателями некоррегированной остроты зрения (НКОЗ) и среднего балла успеваемости, среднего уровня обученности, можно утверждать, что показатели НКОЗ и среднего балла успеваемости ($r = -0,24$, $p \leq 0,05$), НКОЗ и среднего уровня обученности ($r = -0,2$, $p \leq 0,05$) достоверно связаны умеренной отрицательной корреляционной зависимостью — чем ниже показатель НКОЗ, тем лучше учится школьник. Мы можем предположить, что существует прямая связь между успеваемостью ребенка и временем, которое ребенок затрачивает на обучение. Чем выше показатели успеваемости, тем тяжелее нагрузки на орган зрения при обучении.

По данным анкетирования, 12,7 % (15 детей) впервые познакомились и начали использовать гаджеты с 3–5 лет, 62,7 % (74 ребенка) начали пользоваться гаджетами в возрасте 6–8 лет, 24,6 % (29 детей), утверждают, что впервые начали пользоваться электронными устройствами в 9–11 лет. Ежедневно проводят за гаджетами около часа 17,8 % (21 ребенок), пользуются гаджетами в течение 1–3 часов 46,6 % (55 детей) и более 3 часов 35,6 % (42 ребенка). На вопрос, сколько по времени можно пользоваться гаджетами, без вреда для глаз: 13,6 % (16 детей) считают, что не более 1 часа, от 1 до 3 часов — 60,2 % (71 ребенок), от 3 до 6 часов — 18,6 % (22 ребенка) и 7,6 % (9 детей) уверены, что пользоваться электронными устройствами можно без ограничения по времени. 67 % (79 детей) используют интернет для частных поисков информации и общения, 22 % (26 детей) используют интернет для отдыха, 11 % (13 детей) не представляют жизни без интернета.

Данные анкеты позволили сделать вывод о том, что учащиеся школы предпочитают гаджеты чтению книг, но, между гаджетами и живым общением и играми на свежем воздухе, они выбирают живое общение и прогулки на свежем воздухе.

С помощью анкетирования мы оценили, насколько хорошо дети знают и соблюдают меры профилактики возникновения нарушений зрения. 68,6 % (81 ребенок) знают о пользе и периодически выполняют гимнастику для глаз. 24,6 % (29 детей) посещают офтальмолога 2 раза в год, 56,8 % (67 детей) посещают офтальмолога 1 раз в год, 18,6 % (22 ребенка) посещают врача реже 1 раза в год.

Выводы

Возрастающее влияние информационной нагрузки на орган зрения и образ жизни современного школьника приводят к росту близорукости за время обучения с 1 по 11 класс с 2,7 до 50 % соответственно. Выявлена достоверная умеренная отрицательная корре-

ляционная связь между показателями НКОЗ и среднего балла успеваемости ($r = -0,24$, $p \leq 0,05$), НКОЗ и среднего уровня обученности ($r = -0,2$, $p \leq 0,05$) — чем ниже показатель НКОЗ, тем лучше учится школьник. Такая зависимость увеличивает актуальность профилактических мер, которые необходимо проводить в период обучения в школе. После проведения изучения зрительных функций и анкетирования учащихся, нами были организованы профилактические занятия в 6–8 классах, на тему соблюдения основных правил необходимых для сохранения здоровья органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маркова, А. К.* Формирование мотивации учения / А. К. Маркова // Книга для учителя. — М.: Просвещение, 1990. — 192 с.
2. *Алексина, И. Л.* Заболевания глаз и успеваемость детей в школе / И. Л. Алексина, С. М. Чечельницкая // Детская больница. — М., 2010. — № 1. — С. 45–48.

УДК 617.7-071.2

ДИАГНОСТИКА ПО РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКЕ

Буробина А. Б., Шипилова О. С.

Научные руководители: д.м.н., доцент *А. Е. Апрелев*, ассистент *Р. В. Коршунова*

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

Введение

В настоящее время хорошо развита иридология — наука о распознавании патологических изменений в организме в результате исследования структуры и иридознаков радужки. Цвет, общие, секторные и локальные изменения структурных знаков радужки играют немаловажную роль в иридодиагностике и идентификации личности человека. Большая часть в исследовании радужки отводится ее плотности, которую классифицируют по Дженсону и Вельховеру в соавторстве с Шульпиной. Иридодиагностику отличают высокая информативность, возможность оценки эффективности терапии и лечения заболеваний, раннего обнаружения многих патологических отклонений и предотвращения заболеваний в начальной стадии.

Диагностика заболеваний и идентификации личности человека по характеристикам и параметрам конъюнктивы глаза может выполняться визуально и с помощью различных приборов. Основными методами иридодиагностики являются осмотр радужки — иридокопия. Для получения информации о характеристиках локальной области или наиболее грубых структурных знаков вначале выполняется осмотр и анализ при меньшем увеличении изображения радужки, а после перехода на большое увеличение проводится более точная оценка параметров малоразмерных знаков и других объектов интереса.

Цель

Выявление особенности отражения заболеваний на радужную оболочку глаза и возможность проведения данного метода при профосмотрах.

Материал и методы исследования

Исследование пациентов проводилось при боковом освещении на базе офтальмологического отделения ГБУЗ «ООКБ» № 1.

Результаты исследования и их обсуждения

С помощью щелевой лампы были обследованы 26 пациентов: 61 % женщин, 39 % мужчин которые в дальнейшем разделены по типу радужной оболочки на 3 группы по схе-

ме Вельховева. В первую группу входили обладатели радиального (38,4 %) и радиально-гомогенного (2,6 %) типа. Обладатели 1 и 2 типов плотности радужки имеют сильный тип конституции. При радиально-гомогенной плотности строма радужки очень плотная, поверхность гомогенная, гладкая, из-за плотного прилегания трабекул не видно их радиального расположения. При радиальной плотности строма радужки плотная, но в ней видны трабекулы. Ее обладатели имеют хорошую наследственность и устойчивость к заболеваниям и неблагоприятным условиям внешней среды. Во вторую группу входили люди среднего типа конституции, которые обладали радиально-волнистым (26,9 %) и радиально-лакунарным (15,3 %) типом радужной оболочки. Для радиально-волнистого типа характерна извитость, растянутость трабекул. При радиально-лакунарном типе плотности — трабекулы истончены, между ними наблюдаются щели. При данной конституции нормальное функционирование всех органов и систем организма возможно только при соблюдении всех мер профилактики. Однако острые заболевания имеют склонность переходить в хронические. При лакунарном типе (15,3 %) — радужка с множеством углубления и ямок, часто напоминающих большие незамкнутые лакуны. Обладатели данного вида стромы радужки имеют слабый тип конституции, плохую наследственность, они трудно адаптируются к неблагоприятным условиям жизни и труда, острые заболевания у них переходят в хронические.

Пигментные пятна коричневого цвета были обнаружены у 16 (61 %) обследуемых. Темные или коричневые пятна свидетельствуют о нарушении функций желудочно-кишечного тракта — гастроэнтериты, запоры, заболевания желчного пузыря, а также центральной нервной системы. У большинства обследуемых данные пятна локализовались на 6 или 7–8 часах, что обуславливается патологией почек, печени, аппендикса, матки, яичников, нижних конечностей.

Также было исследовано автономное кольцо, которое является зоной разделения зрачкового и цилиарного пояса. Оно служит индикатором всех висцеральных систем, определяет состояние симпатической и парасимпатической нервной системы. Его втяжение или выбухание в какой-то зоне указывает на наличие патологии органа, расположенного в этом секторе. Изменение автономного кольца встречается у обследуемых в 50 % случаев. Чаще всего выбухание или втяжение автономного кольца размещаются на 4–5 и 6 часах. Локализация на 4–5 часах говорит о возможной патологии мочевого пузыря, грудного и поясничного отдела позвоночника, на 6 — трахеи, щитовидной железы, грудного отдела позвоночника.

При обследовании пациентов было уделено внимание окрасу радужной оболочки. Британская ассоциация иридологов выделяет 3 типа радужки по цвету: лимфатический, кроветворный и желчный. Первый тип — лимфатический (34,6 %) свойственен людям с голубыми глазами, склонным к заболеваниям лимфатической системы (аппендицит, ангины и т. п.), акне и экземе, болезням дыхательных путей (бронхит, астма), диарее, артриту и раздражению глаз. Второй тип — кроветворный (34,6 %) присущ людям с карими глазами. Данная группа людей чаще болеют гепатитом, эндокринными заболеваниями, страдают от артрита, спазмов мышц, болезней желудочно-кишечного тракта и нарушений выработки ферментов, а также диабетом и аутоинтоксикацией. И последний тип — желчный (30,7 %), к которому относятся все остальные цвета глаз. Люди с 3 типом склонны к различным болезням поджелудочной железы, желчного пузыря и печени, а также диабету и заболеваниям крови.

По показателю — плотность радужной оболочки определили конституциональные особенности организма. В первую группу — сильный тип конституции вошли 41 % обследуемых, во вторую — средний тип — 42,2 %, в третью — слабый тип конституции — 15,3 %.

В нашем исследовании было выявлено с радиальным типом радужки 38,4 % обследуемых; радиально-волнистым — 19,2 %; радиально-гомогенным — 0 %; радиально-лакунарным — 15,4 %; лакунарным — 27 %.

Выводы

У 69,2 % исследуемых подтвердились заболевания, диагностируемые с помощью иридодиагностики. Поэтому иридологическое исследование можно рекомендовать в качестве дополнительного метода профосмотра и профотбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вэндер, Д. Ф. Секреты офтальмологии: пер. с англ. / Д. Ф. Вэндер, Д. А. Голт; под общ. ред. Ю. С. Астахова. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 464 с.
2. Мошетьева, Л. К. Офтальмология: клин. рек. / Л. К. Мошетьева, А. П. Нестеров, Е. А. Егоров; Межрегион. ассоц. офтальмологов России. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 242 с.

УДК 617.7:616.379-008.64

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Варганова К. М., Лапицкая Е. С.

Научные руководители: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет (СД) — глобальная медико-социальная и гуманитарная проблема XXI века, которая затронула сегодня все мировое сообщество. В 1965 г. в мире насчитывалось 30 млн пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), в 1972 г. — уже 70 млн, в настоящее время Всемирная организация здравоохранения насчитывает 150 млн человек. Ежегодно количество пациентов с СД возрастает на 5–7 млн. человек, и, по данным экспертов (IV Международная встреча по Сент-Винсентской декларации), к 2025 г. может достигнуть 250–300 млн, что составит 6–8 % населения планеты. Офтальмологический аспект проблемы пациентов с СД связан не только с активным участием офтальмологов в ранней диагностике и контроле за течением СД, но и с задачами по предупреждению развития и повышения эффективности лечения такого тяжелого и распространенного осложнения болезни, как диабетическая ретинопатия (ДР). Увеличение количества пациентов СД и продолжительности их жизни привело к тому, что ДР в развитых странах стала одной из основных причин слепоты и слабовидения у лиц трудоспособного возраста (от 25 до 65 лет). По данным разных авторов, ДР отмечается у 25–98,5 % пациентов с СД. Наиболее тяжелое поражение сетчатки — пролиферативная ДР — отмечается с частотой до 40 % от всех случаев СД [1, 2].

Цель

Исследовать зрительные функции у пациентов с СД.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 118 пациентов (236 глаз) в возрасте от 48 до 80 лет (средний возраст $60,9 \pm 8,2$) с диагнозом сахарный диабет тип II, находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ». Длительность заболевания СД составила $11,1 \pm 8,8$ лет. Для поддержания показателей сахара крови на оптимальном уровне 66 % (78 пациентов) использовали таблетированные формы сахароснижающих препаратов, инсулинотерапия проводилась у 34 % (40 пациентов). Для проведения корреляционного анализа использовали t-test для независимых выборок. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты впервые отмечали ухудшение зрения через $3,8 \pm 2,9$ лет после выставления диагноза СД. Некорригированная острота зрения при поступлении в отделение

микрохирургии глаза (МХГ) — $0,2 \pm 0,9$. Стадия ДР: непролиферативная (ДР I) — 33 % (39 человек), препролиферативная (ДР II) — 30 % (35 человек), пролиферативная (ДР III) — 37 % (44 пациента). Сопутствующая офтальмологическая патология: незрелая осложненная катаракта — 75% (88 пациентов), диабетическая макулопатия — 69 % (81 пациент), авитрия — 42 % (49 пациентов), глиоз I ст. — 11 % (13 человек), II ст. — 7 % (8 человек), III ст. — 18 % (21 человек), IV ст. — 2 % (3 человека), гемофтальм — 23 % (27 пациентов), вторичная неоваскулярная глаукома — 28 % (33 пациента).

Пациентам с офтальмологическими проявлениями сахарного диабета с целью хирургического лечения выполнялись: ИВВ ингибиторов VEGF — 37 (31 %) пациентов, фактоэмульсификация (ФЭК) незрелой осложненной катаракты — 42 (36 %) пациента, микрохирургическая операция на стекловидном теле и сетчатке с применением эндолазеркоагуляции — 39 (33 %) пациентов.

При клиническом обследовании у 32 (27 %) пациентов была диагностирована диабетическая энцефалопатия, проявлением которой явились жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, повышенную утомляемость, тревожность, нарушение концентрации внимания, снижение памяти. Дистальная полинейропатия встретилась у 18 (15 %) пациентов, при этом пациентов беспокоили покалывания, онемение стоп и кистей, чаще в ночное время. Ишемической болезнью сердца страдают 58 пациентов (49 %), 3 % (4 пациента) перенесли инфаркт миокарда, 64 % (76 пациентов) страдают артериальной гипертензией. Диабетическая нефропатия выявлена у 8 пациентов (7 %).

Выводы

У всех пациентов в ходе исследования была выявлена ДР (ДР I — 33 %, ДР II — 30 %, ДР III — 37 %).

Среди осложнений со стороны органа зрения чаще всего встречались: незрелая осложненная катаракта — 75 %, диабетическая макулопатия — 69 %, авитрия — 42 %, глиоз — 38 %, вторичная неоваскулярная глаукома — 28 %, гемофтальм — 23 %.

У пациентов с СД преобладают осложнения со стороны сердечно-сосудистой, нервной систем и органов мочевого выделения.

Ведущим фактором в профилактике, стабилизации и лечении диабетических поражений органа зрения является рациональная терапия СД, направленная на максимально стабильную компенсацию, жирового, белкового и водного обменов.

Для определения неблагоприятного прогноза клинического течения и оценки риска развития осложнений все пациенты с СД 2 типа нуждаются в комплексном обследовании специалистами офтальмологического, эндокринологического и терапевтического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов, Ю. С. Диабетическая ретинопатия / Ю. С. Астахов, Ф. Е. Шадричев // Клинические рекомендации «Офтальмология 2006». — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2006. — С. 139–163.
2. Балашевич, Л. И. Глазные проявления диабета / Л. И. Балашевич. — СПб.: СПбМАПО, 2004. — 383 с.

УДК 617.7-007.681-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШУНТА EX-PRESS И КЛАПАНА «АНМЕД» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНЫХ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Веремейчик А. В.

Научные руководители: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) является причиной необратимой слепоты и слабосвидения, занимая одно из ведущих мест в перечне инвалидизирующих

заболеваний органа зрения. На сегодняшний день ПОУГ поражено примерно около 90 млн человек в мире, и эта цифра неуклонно увеличивается [1]. В последнее время все большее внимание стало уделяться проблеме, так называемой, рефрактерной глаукомы. Для рефрактерной глаукомы характерны высокие цифры внутриглазного давления, неуклонно прогрессирующее течение и быстрый переход в терминальные стадии, что зачастую приводит к слепоте и инвалидизации пациента. Отличительной особенностью рефрактерных форм глаукомы служит выраженная фибропластическая активность тканей глаза, что ведет к быстрому рубцеванию и облитерации создаваемых в ходе традиционного гипотензивного вмешательства путей оттока внутриглазной жидкости, и, как следствие, неизбежному повторному повышению внутриглазного давления.

По мнению многих авторов научных публикаций, хирургические вмешательства остаются методом первого выбора в лечении глаукомы, так как обеспечивают наиболее выраженное и стабильное снижение офтальмотонуса [2, 3, 4]. «Золотым стандартом» хирургического вмешательства являются фистулизирующие операции, создающие новые пути оттока внутриглазной жидкости из передней камеры в субконъюнктивальное пространство. Однако не всегда хирургия позволяет добиться желаемого успеха по нормализации ВГД по причине патологически выраженной и быстрой фибропластической реакции. На сегодняшний день, наиболее перспективным направлением в лечении рефрактерных форм глаукомы представляется использование в ходе хирургического вмешательства различных вариантов имплантатов, шунтов, дренажей и клапанных устройств. По литературным данным, для успешного использования в хирургии глаукомы дренажи должны обладать следующими качествами: их структура должна обеспечивать проникновение ВГЖ от зоны фильтрации до сосудистой сети конъюнктивы, цилиарного тела и супрахориоидального пространства; материал дренажа должен обладать минимальным уровнем токсичности и иммуногенности; дренаж должен быть устойчив к воздействию клеточных элементов, так как в случае его резорбции происходит рубцевание зоны вмешательства; дренаж должен соответствовать по форме и размерам объему хирургического вмешательства [4]. В последние годы в хирургии глаукомы, многие офтальмохирурги предпочитают использовать шунт Ex-Press (фирма «Alcon») и клапан «Ahmed».

Цель

Оценить возможности применения шунта Ex-Press и клапана «Ahmed» в хирургическом лечении рефрактерных форм первичной открытоугольной глаукомы.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 18 пациентов (18 глаз) в возрасте от 46 до 81 лет (средний возраст $65,7 \pm 8,6$ лет), среди них 14 (78 %) мужчины и 6 (32 %) женщин, находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНЦРМ и ЭЧ» с диагнозом рефрактерная ПОУГ. В зависимости от метода хирургического лечения пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 14 пациентов, которым выполнялась имплантация шунта Ex-Press, 2 группу составили 4 пациента, которым проводилась имплантация фильтрационного устройства «Ahmed». Для проведения корреляционного анализа использовали t-test для независимых выборок. Сравнение количественных показателей в независимых группах проводилось с помощью критерия Манна — Уитни, зависимых — критерия Вилкоксона (Z). Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов 1 группы уровень внутриглазного давления (ВГД) до хирургического лечения составлял $30,57 \pm 4,8$ мм рт. ст. (от 22 до 38 мм рт. ст.). Уровень ВГД при поступлении у пациентов 2 группы наблюдался в пределах от 28 до 40 мм рт. ст., и со-

ставлял $31,8 \pm 5,6$ мм рт. ст. Значимых различий между группами по уровню исходного ВГД не было ($p > 0,05$).

После проведения имплантации шунта Ex-Press средний уровень ВГД составил $22,1 \pm 4,9$ мм рт. ст. (от 13 до 32 мм рт. ст.), что было достоверно ниже по сравнению с исходным уровнем ВГД ($p \leq 0,05$). Уровень ВГД после имплантации фильтрационного устройства «Ahmed» так же снизился до $22 \pm 4,5$ мм рт. ст. и стал в пределах от 16 до 27 мм рт. ст. ($p > 0,05$). Различий между группами по уровню ВГД после операций не наблюдалось ($p > 0,05$).

При поступлении остроту зрения 0,0 имели 2 (14 %) пациента 1 группы; у 2 (14 %) пациентов острота зрения была 0,01 и у 2 (14 %) пациентов — 0,1, остальные 8 (58 %) пациентов имели остроту зрения $> 0,2$. После проведения имплантации шунта Ex-Press только у 1 (7 %) пациента острота зрения улучшилась на 0,05 (с 0,4 до 0,45). Во второй группе у 4 (100 %) пациентов при поступлении остроты зрения была 0,0. После имплантации фильтрационного устройства «Ahmed» острота зрения у 4 пациентов осталась прежней.

В послеоперационном периоде у 1 (7 %) пациента 1 группы наблюдалась выраженная гипотония (снижение ВГД с 38 до 13 мм рт. ст.) и у 1 (25 %) пациента 2 группы в раннем послеоперационном периоде отмечался отек роговицы.

Выводы

1. Показанием к хирургическому лечению с использованием шунта Ex-Press и клапана «Ahmed» является рефрактерное течение глаукоматозного процесса.

2. Несмотря на возможные осложнения, имплантация дренажей является эффективным методом лечения пациентов, страдающих рефрактерной ПОУГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, Е. А. Патогенетические аспекты лечения первичной открытоугольной глаукомы / Е. А. Егоров, В. Н. Алексеев. — М., 2001. — 118 с.
2. Нестеров, А. П. Глаукома / А. П. Нестеров. — М.: Медицина, 1995. — 256 с.
3. Еричев, В. П. Рефрактерная глаукома: особенности лечения / В. П. Еричев // Вестник офтальмологии. — 2000. — № 5. — С. 8–10.
4. Способы микродренирования в хирургии глаукомы / В. В. Нероев [и др.] // Глаз. — 2010. — № 2. — С. 11–15.

УДК 617.73

ДИАГНОСТИКА ГЛАУКОМ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ПЕРИПАПИЛЛЯРНОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ

Горушко Е. С., Грейбо А. И., Белинская М. К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. В. Качан

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Глаукома — это большая группа глазных заболеваний, которые постепенно ухудшают зрение без каких-либо начальных признаков. По статистике, глаукомой в мире страдают порядка 70 млн людей. Прежде всего, это заболевание связано с прогрессирующей оптиконейропатией, а не только с повышением внутриглазного давления и нарушением оттока водянистой влаги. Глаукоматозная оптическая нейропатия коррелирует с рядом морфологических изменений в диске зрительного нерва, сетчатке и сосудистой оболочке глаза. К одному из них относится перипапиллярная хориоретинальная атрофия, разделенная в свою очередь на альфа-зону, представляющую

собой участок гипо- и (или) гиперпигментации, и бета-зону, представляющую собой участок атрофии, граничащий с краем оптического диска, показывающий видимую склеру и крупные сосуды при офтальмоскопии. На данный момент можно найти экспериментальные работы, демонстрирующие связь перипапиллярной атрофии с частотой возникновения глаукомы, однако, информация по данной теме скудна и требует подробного изучения [1, 2, 3].

Цель

Улучшить эффективность диагностики глаукомы на основе наличия перипапиллярной хориоретинальной атрофии.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 57 пациентов (112 глаз) в возрасте 62 ± 5 лет на базе УЗ «3-я городская клиническая больница г. Минска» с различными стадиями глаукомы. Проанализированы результаты офтальмоскопии и оптической когерентной томографии зрительного нерва и сетчатки. Оценивались такие показатели, как площадь диска зрительного нерва, локальное истончение нейроретинального ободка, площадь экскавации диска зрительного нерва. Из числа всех обследованных глаз ($n = 112$) были отобраны диски зрительных нервов с наличием альфа- и бета-зон, а также без перипапиллярной атрофии. Проведен сравнительный анализ полученных данных. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ Microsoft (Excel) и «Statistica» 10.0. Данные представлены в виде медиан и интерквартильных размахов.

Результаты исследования и их обсуждение

Перипапиллярной атрофии не выявлено в 33,9 % случаев (38 глаз), из них 76,3 % (29 глаз), 21,1 (8 глаз) и 2,6 % случаев (1 глаз) со Ia, IIa и IIб стадиями глаукомы соответственно (таблица 1). С перипапиллярной атрофией выявлено 66,07 % случаев (74 глаза) (таблица 1), из них бета-зона определена в 93,2 % случаев (69 глаз), альфа-зона — в 86,5 % случаев (64 глаза). У пациентов с бета-зоной были различные стадии глаукомы: Ia — 47,6 % (33 глаза), Ib — 1,45 % (1 глаз), IIa — 39,1 % (27 глаз), IIб — 2,9 % (2 глаза), IIIa — 5,8 % (4 глаза), IIIб — 1,45 % (1 глаз), IIIс — 1,45 % (1 глаз). Глаза пациентов только с альфа-зоной ($n = 5$) и Ia стадией глаукомы были в 40 % (2 глаза) случаев, и со IIa стадией глаукомы в 60 % (3 глаза) случаев.

Таблица 1 — Стадии глаукомы

Стадии	Глаза без перипапиллярной атрофии ($n = 38$) абс, (%)	Глаза с перипапиллярной атрофией ($n = 74$) абс, (%)
Ia	29 (76,3)	33 (47,6)
Iб	—	1 (1,45)
IIa	8 (21,1)	27 (39,1)
IIб	1 (2,6)	2 (2,9)
IIIa	—	4 (5,8)
IIIб	—	1 (1,45)
IIIс	—	1 (1,45)

Средняя площадь диска у данных глаз без перипапиллярной атрофии составила 2,54 (2,344; 2,317–2,848) мм² (Ме; 25–75 %), а также площадь экскавации — 1,067 (1,155; 1,032–1,178) мм² (Ме; 25–75 %). Средняя площадь диска и площадь экскавации у глаз пациентов с перипапиллярной атрофией составила 2,57 (2,589; 2,2575–2,96725) мм² (Ме; 25–75 %) и 1,09 (0,9275; 0,6915–1,19875) мм² (Ме; 25–75 %) соответственно (таблица 2).

Таблица 2 — Площади диска и экскавации диска зрительного нерва

Показатели	Глаза без перипапиллярной атрофии; среднее (Ме; 25–75 %)	Глаза с перипапиллярной атрофией; среднее (Ме; 25–75 %)
Площадь диска, мм ²	2,54 (2,344; 2,317–2,848)	2,57 (2,589; 2,2575–2,96725)
Площадь экскавации, мм ²	1,067 (1,155; 1,032–1,178)	1,09 (0,9275; 0,6915–1,19875)

Примечание: данные представлены в виде средних значений, медиан и интерквартильных размахов; различия считали значимыми при $P < 0,05$.

Выводы

1. Альфа- и бета-зоны хориоретинальной атрофии встречаются чаще у людей с далекозашедшей стадией, чем с начальной и развитой.
2. Наличие перипапиллярной атрофии коррелирует с увеличением площади диска и экскавации диска зрительного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Курьшева, Н. И.* Глаукомная оптическая нейропатия / Н. И. Курьшева. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 47–58.
2. *Нестеров, А. П.* Глаукома / А. П. Нестеров. — 2-е изд., перераб. — М.: Медицинское информационное агентство, 2014. — С. 217–224.
3. *Khurana, A. K.* Comprehensive Ophthalmology / A. K. Khurana. — 5th edition. — New Delhi: Newage International (P) Limited, Publishers, 2012. — P. 216–221.

УДК 616.832-004.2:617.7-009

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Грищенко И. Б., Шабетник А. Н.

Научные руководители: доцент, к.м.н. *Л. В Дравица*¹,
ассистент *О. В. Ларионова*¹, врач-офтальмолог *Е. В. Костюкова*²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время в мире насчитывается около 3 млн пациентов с рассеянным склерозом (РС) [1]. По данным ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2016 г. на 100 тыс. населения приходится 51,9 случаев РС, в Гомельской области на учете на 2016 г. состоял 601 пациент.

Цель

Определить нейроофтальмологические особенности клинического течения рассеянного склероза.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 169 пациентов (320 глаз) в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст $42,5 \pm 11,8$), среди них 127 (75 %) женщин и 42 (25 %) мужчины находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в период с 2016 по 2018 гг. с диагнозом рассеянный склероз, у всех пациентов диагноз РС подтвержден данными МРТ.

Все пациенты, в зависимости от продолжительности заболевания, были разделены на 4 группы (таблица 1).

Таблица 1 — Характеристика групп пациентов в зависимости от длительности заболевания (M ± m)

Длительность заболевания РС, лет	Количество человек в группе	Средний возраст, лет	Средняя длительность заболевания, лет
1–5	45 (26,6 %)	34,2 ± 10,2	3,5 ± 1,2
6–10	44 (26 %)	40,8 ± 10,8	7,7 ± 1,5
11–15	38 (22,5 %)	44,7 ± 11,4	13,0 ± 1,4
16 и более	42 (24,8 %)	51,3 ± 8,4	21,6 ± 3,2

Пациентам при поступлении на стационарное лечение проводилось нейроофтальмологическое обследование. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica 10.0».

Результаты исследования и их обсуждение

В 1 группе при офтальмологическом обследовании у 17 (38 %) пациентов не было выявлено офтальмологических проявлений РС, у 28 (62 %) пациентов спектр зрительных расстройств был следующим: ретробульбарный неврит (РН) — 7 (25 %) человек, частичная атрофия зрительного нерва (ЧАЗН) — 21 (75 %), нистагм — 15 (54 %), ограничение подвижности глазных яблок — 6 (21 %), у 2 (7 %) пациентов — диплопия и жалобы на боль за глазами. Патологические изменения при периметрии выявлены у 21 (75 %) пациента: сужение полей зрения с носовой и височной сторон на 10–15° — 8 (29 %) пациентов, инверсия синей метки — 13 (46 %), инверсия красной метки — 12 (43 %), парацентральные скотомы — 1 (4 %). Результаты критической частоты слияния мельканий (КЧСМ) — 34,6 ± 4,9 Гц. Неврологические осложнения: слабость и нарушение координации — 31 (69 %) человек, вестибулярная атаксия — 23 (51 %), парезы (параличи) — 13 (29 %), изменение психоэмоциональной сферы — 4 (9 %), нарушение функции тазовых органов — 9 (20 %), нарушение вибрационной чувствительности или мышечно-суставного чувства — 2 (4 %), сенсорные нарушения — 2 (4 %). У 5 (11 %) пациентов не было выявлено неврологических проявлений РС.

При офтальмологическом обследовании пациентов 2 группы у 21 (48 %) пациента не было выявлено офтальмологических проявлений РС, у 23 пациентов (52%) спектр зрительных расстройств был следующим: РН — 6 (26 %) человек, ЧАЗН — 16 (70 %), нистагм — 18 (78 %), ограничение подвижности глазных яблок — 5 (22 %), диплопия — 3 (13 %), жалобы на боль за глазами — 2 (9 %). Патологические изменения при периметрии выявлены у 18 (78 %) пациентов: сужение полей зрения с носовой и височной сторон на 15–20° — 3 (13 %) пациента, инверсия синей метки — 11 (48 %) человек, инверсия красной метки — 4 (17 %) человека парацентральные скотомы — 2 (9 %) пациента. Результаты КЧСМ — 34,3 ± 3,3 Гц. Неврологические осложнения: слабость и нарушение координации — 32 (73 %) человека, вестибулярная атаксия — 25 (57 %), парезы (параличи) — 22 (50 %), изменение психоэмоциональной сферы — 10 (23 %), нарушение функции тазовых органов — 11 (25 %), сенсорные нарушения — 5 (11 %), бульбарные нарушения и повышение глубоких сухожильных рефлексов — 1 (2 %). У 2 (5 %) пациентов не было выявлено неврологических проявлений РС.

В 3 группе при офтальмологическом обследовании у 20 (53 %) пациентов не было выявлено офтальмологических проявлений РС, у 18 (47 %) пациентов спектр зрительных расстройств был следующим: РН — 3 (17 %) человека, ЧАЗН — 15 (83 %), нистагм — 18 (100 %), ограничение подвижности глазных яблок — 5 (28 %), диплопия — 3 (17 %), жалобы на боль за глазами — 2 (11 %). Патологические изменения при пе-

риметрии выявлены у 17 (94 %) пациента: сужение полей зрения с носовой и височной сторон на 15–20° — 5 (28 %) пациентов, инверсия синей метки — 8 (44 %), инверсия красной метки — 5 (28 %), парацентральные скотомы — 3 (17 %). Результаты КЧСМ — $32,9 \pm 3,5$ Гц. Неврологические осложнения: слабость и нарушение координации — 30 (79 %) человек, вестибулярная атаксия — 25 (66 %), парезы (параличи) — 33 (87 %), изменение психоэмоциональной сферы — 6 (16 %), нарушение функции тазовых органов — 23 (61 %), нарушение вибрационной чувствительности или мышечно-суставного чувства — 1 (3 %), сенсорные нарушения и нарушения самообслуживания и передвижения 1 (3 %).

При офтальмологическом обследовании пациентов 4 группы у 26 (62 %) пациента не было выявлено офтальмологических проявлений РС, у 16 (38 %) пациентов спектр зрительных расстройств был следующим: РН — 2 (13 %) человека, ЧАЗН — 14 (87 %), нистагм — 14 (87 %), ограничение подвижности глазных яблок — 4 (25 %), диплопия — 5 (31 %), жалобы на боль за глазами — 2 (13 %). Патологические изменения при периметрии выявлены у 16 (100 %) пациентов: сужение полей зрения с носовой и височной сторон на 15–20° — 6 (38 %) пациентов, инверсия синей метки — 9 (56 %) человек, инверсия красной метки — 3 (19 %) человека парацентральные скотомы — 2 (13 %) пациента. Результаты КЧСМ — $32,3 \pm 3,2$ Гц. Неврологические осложнения: слабость и нарушение координации — 32 (76 %) человека, вестибулярная атаксия — 28 (67 %), парезы (параличи) — 34 (81 %), изменение психоэмоциональной сферы — 7 (17 %), нарушение функции тазовых органов — 22 (52 %), бульбарные нарушения — 3 (7 %), сенсорные нарушения — 2 (5 %), нарушения самообслуживания и передвижения 2 (5 %).

Выводы

Зрительные нарушения выявляются у 38–62 % пациентов с РС. Одной из причин нарушения зрительных функций при РС выступает РН, который диагностируется у 13–26 % пациентов. Преходящее двоение развивается на ранних стадиях РС у 7% пациентов, при дальнейшем течении болезни — у 31 % пациентов. Классическим глазодвигательным нарушением при РС является нистагм, встречающийся в 54–100 % случаев, в зависимости от длительности течения РС. Таким образом, выявленные изменения зрительного анализатора отражают степень диффузного дегенеративного поражения белого вещества головного мозга при РС, отражая взаимосвязь между нарастанием инвалидизации и прогрессирования заболевания. Учитывая частое вовлечение органа зрения в демиелинизирующий и нейродегенеративный процессы при РС, оценка состояния зрительного анализатора имеет особое значение как при диагностике, так и при динамическом наблюдении за пациентами с РС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно, Н. Н. Болезни нервной системы: рук-во для врачей / Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульман. — М.: Медицина, 2001. — С. 443–458.

УДК 617.735-002-02:615.849.19:616.633.66

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ В ЛЕЧЕНИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Дорощенко А. А., Колесник Д. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы сахарный диабет (СД) рассматривается не только как серьезное хроническое заболевание, но и как важная медико-социальная проблема, приобретаю-

щая все большую актуальность. В Беларуси, по данным республиканского регистра «Сахарный диабет», ДР зарегистрирована у 15,9 % всех пациентов с СД, в том числе у 44,36 % пациентов с СД 1 и 14,14 % с СД 2 типа [1].

Многочисленными клиническими исследованиями установлено, что одной из основных причин снижения зрения у больных СД является макулярный отек. Риск возникновения отека макулы выше у пациентов с СД 2-го типа. С увеличением тяжести ДР частота макулярного отека возрастает, достигая 70 % при пролиферативной стадии данного осложнения.

Единственным общепринятым методом лечения диабетической ретинопатии (ДР) и диабетического макулярного отека, эффективность которого доказана многоцентровыми исследованиями, является лазерная фотокоагуляция сетчатки. Установлено также, что принципиально важным условием успеха является ранее лазерное лечение.

Цель

Оценить эффективность использования лазерной коагуляции сетчатки при лечении диабетической ретинопатии.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 24 пациента, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» с диагнозом пролиферативная диабетическая ретинопатия. Всем пациентам проводилась лазерная коагуляция сетчатки. Также перед этим была проведена оптическая когерентная томография на аппарате «Stratus – 3000» фирмы Karl Zais, Германия. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы «Microsoft Exel 2013».

Результаты исследования и их обсуждения

В работе были проанализированы данные 24 пациента (45 глаз) из них 18 женщин и 6 мужчин, их средний возраст составил $65,11 \pm 7,15$ и $56,17 \pm 10,83$ соответственно.

Пациенты были разделены на 4 группы исходя из диагноза:

1. Диабетическая препролиферативная ретинопатия. Диабетическая макулопатия (15).
2. Диабетическая пролиферативная ретинопатия. Диабетическая макулопатия (7).
3. Диабетическая непролиферативная ретинопатия. Диабетическая макулопатия (2).
4. Пациенты с другим диагнозом (1 — Постромбическая ретинопатия. Макулопатия. миопия высокой степени. 2 — Частичный гемофтальм, субретинальное кровоизлияние ОУ: начальная осложненная катаракта, диабетическая ретинопатия, диабетическая стадия. СД 1. 3 — ОД: диабетическая ретинопатия 1–2. Начальная возрастная катаракта. Открытоугольная 3а глаукома ОС: диабетическая ретинопатия 2 ст. Диабетическая макулопатия. Незрелая возрастная катаракта. Открытоугольная 2–3а глаукома. СД 2).

Значения внутриглазного давления (ВГД) измеренного методом пневмотонометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Средние значения ВГД

1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
$17,88 \pm 2,57$	$18,75 \pm 1,06$	$17,25 \pm 1,5$	$16,17 \pm 3,25$

Как видно из таблицы 1 ВГД входит в норму, однако в некоторых случаях оно достигает его верхней границы.

Значения оптической когерентной томографии проведенной до лазеркоагуляции сетчатки занесены в таблицу 2.

Как видно из таблицы у пациентов во всех трех группах, имеющих диабетическую ретинопатию значения ОКТ превышают норму, что свидетельствует о наличие макулярного отека.

Таблица 2 — Средние значения оптическая когерентная томография (ОКТ)

	Средняя толщина сетчатки в центре макулы, мкм	Средний объем сетчатки, мм ³	Средняя толщина сетчатки, мкм
1 группа	295,04 ± 76,93	11,27 ± 1,62	427,13 ± 559,21
2 группа	439,82 ± 212,54	15,07 ± 5,55	424 ± 160,05
3 группа	314,75 ± 18,79	10,9 ± 0,24	302,75 ± 7,09
4 группа	264,2 ± 83,43	9,72 ± 0,98	270,4 ± 27,34
Норма	249,41 ± 15,50 (220–284)	10,14 ± 0,34 (9,3–10,7)	281,66 ± 9,34 (259–298)
Отклонение от нормы	79,04 ± 77,1	1,6 ± 2,316	74,41 ± 81,34

Таблица 3 — Средние значения остроты зрения

Среднее значение остроты зрения до операции		Среднее значение остроты зрения после операции	
Корригированное	Некорригированное	Корригированное	Некорригированное
1 группа			
0,83 ± 0,23	0,34 ± 0,34	0,83 ± 0,23	0,4 ± 0,396
2 группа			
0,35 ± 0,21	0,13 ± 0,24	0,36 ± 0,39	0,14 ± 0,26
3 группа			
0,75 ± 0,07	0,8	0,75 ± 0,07	0,8
4 группа			
0,4 ± 0,1	0,35 ± 0,30	0,4 ± 0,1	0,42 ± 0,28

Как следует из таблицы 3 во всех группах в послеоперационном периоде получено значимое улучшение как корригированной, так и некорригированной остроты зрения.

Пациентам была проведена одна или несколько операций: сложная микрохирургическая операция с применением оптических систем. Транспупиллярная паравазальная лазеркоагуляция сетчатки.

До операции состояние глазного дна было следующим: диск зрительного нерва (ДЗН) имел бледно-розовый цвет или был деколорирован, границы четкие, экскавация была физиологическая до 0,4 ДД. Артерии сужены на всем протяжении, вены четкообразные, умеренно извитые и полнокровные. Паравазально интратретиальные геморрагии, твердые и влажные экссудаты, интратретиальные микрососудистые аномалии, макулярный отек. По ходу сосудистых аркад парапапиллярноплоскостной глиоз с новообразованными сосудами, макулярная зона сглажена, отечна, с геморрагиями. После операции на глазном дне наблюдали проявление свежих лазеркоагулятов 2 степени.

Выводы

После проведенной хирургии получено уменьшение макулярного отека, что способствовало улучшению остроты зрения в среднем на 0,02. Лазеркоагуляция также способствует снижению развития дегенеративных изменений сетчатки глаза у пациентов, имеющих диабетическую ретинопатию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Распространенность хронических осложнений сахарного диабета в Республике Беларусь (по данным республиканского регистра «Сахарный диабет») / О. Б. Салко [и др.] // Лечебное дело. — 2016. — № 5(51). — С. 31–34.
2. Романенко, И. А. Диабетический макулярный отек. Классификация, клиника, лечение / И. А. Романенко, В. В. Черкасова, Е. А. Егоров // Клиническая офтальмология. — 2010. — № 1. — С. 30.

УДК 617.741-004.1-089.853-089.87-77

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
КАТАРАКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ИТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ**

Дробышевская М. Р., Шабатина Д. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

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

Введение

Катаракта — одна из основных причин слабовидения и обратимой слепоты в мире — поражает каждого шестого человека старше 40 лет и подавляющую часть населения в возрасте 80 лет и старше. Учитывая постоянно возрастающую продолжительность жизни в развитых странах, ученые-эпидемиологи прогнозируют увеличение численности больных катарактой к 2020 г. с 20 до 40 млн человек.

Очевидно, что снижение зрительных функций в любом возрасте существенно сказывается на качестве жизни пациента. Вопрос оптимальных сроков проведения оперативного вмешательства является дискуссионным, взаимно увязываясь со степенью падения зрительной функции. Следует иметь в виду, что последняя имеет сложную, многокомпонентную структуру, в том числе включающую центральное зрение на различных расстояниях (острота зрения). Единственным действенным способом лечения катаракты является хирургическое вмешательство, которое заключается в замене помутневшего хрусталика путем ультразвуковой (УЗ) факоэмульсификации (ФЭ) на искусственный.

Первые мультифокальные интраокулярные линзы (МИОЛ) для коррекции пресбиопии появились в США в 1997 г. Под понятием «мультифокальность» интраокулярные линзы (ИОЛ) понимают чередование оптических зон для дали и для близи с определенной частотой, что дает возможность для пациента получить зрение на различных расстояниях (вблизи, на средней дистанции и вдали). Одно из первых клинических исследований по результатам имплантации МИОЛ проводилось в 1980-х гг. по линзе, разработанной Allen L. Cohen. Это была твердая заднекамерная ИОЛ с пятью рефракционными зонами. На территории Российской Федерации одна из первых мультифокальных линз — ИОЛ «Градиол» — была разработана коллективом авторов из МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова.

У каждой мультифокальной линзы есть свои недостатки и преимущества, но крупнейшая фирма — производитель офтальмологического оснащения Alcon постоянно совершенствуется и стремится разработать новые ИОЛ, наиболее приближенные по своим свойствам к хрусталику глаза. ИОЛ AcrySof IQ ReSTOR (модели SN6AD1 и SND1T3) — это моноблочные двояковыпуклые асферические линзы, изготовленные из гидрофобного акрила с полным УФ-фильтром. Конструкция аполизированных ИОЛ AcrySof IQ Restor обеспечивает дифракционные свойства оптики за счет наличия концентрических кругов с четкими краями, которые формируют зоны для коррекции остроты зрения на различных расстояниях. Асферичность линзы позволяет адаптироваться к разным уровням освещения и снизить интенсивность сферических aberrаций — бликов, засветов, ореолов. ИОЛ Alcon AcrySof IQ PanOptix (модель TFNT00) обладает всеми преимуществами вышеперечисленных линз, но в отличие от них является не би-, а трифокальной, что дает возможность отлично видеть на среднем расстоянии (60 см).

Цель

Оценить эффективность хирургического лечения катаракты с применением мультифокальных ИОЛ модели AcrySof® IQ PanOptix® (TFNT00) и AcrySof® ReSTOR® (SN6AD1 и SND1T3) по данным визометрии.

Материал и методы исследования

Для исследования была взята группа из 17 пациентов (21 глаз), находившихся на лечении в отделения «Микрохирургия глаза» ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в 2018 г., которым была проведена факоэмульсификация с имплантацией мультифокальной ИОЛ монокулярно, а четырем пациент — бикулярно. При этом 15 пациентам имплантирована модель AcrySof® IQ PanOptix® (TFNT00), которые составили 1 группу, 6 пациентам — ИОЛ семейства AcrySof® ReSTOR® (SN6AD1 и SND1T3), которые составили, в свою очередь, 2 группу. Проведен сравнительный анализ остроты зрения вдаль до и после имплантации с помощью выкопировки данных из операционных журналов отделения и историй болезней пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

Средняя острота зрения вдаль у всех пациентов после операции составила 0,75, что в 5 раз выше средней остроты зрения всех пациентов до операции, которая составляла 0,15. Средняя острота зрения вдаль у пациентов 1 группы, которым были имплантированы мультифокальные ИОЛ модели AcrySof® IQ PanOptix®, составила 0,8. Во 2 группе, которую составили пациенты с мультифокальными ИОЛ AcrySof® ReSTOR®, — 0,62. Острота зрения вдаль без коррекции статистически значимо выше у пациентов первой группы по сравнению с пациентами второй группы ($p = 0,05$).

Среднее количество койко-дней пребывания в стационаре в 1-й группе пациентов составило 3 дня, а во 2-й группе пациентов — 5 дней. В первой группе 5,9 % (1 человек) предъявляли жалобы на появление ореола вокруг точечных источников света (гало-эффект). Никто из пациентов второй группы данные оптические феномены не отмечал.

Минимальная острота зрения без коррекции вдаль у 100 % пациентов достигла 0,4. Максимальная острота зрения вдаль у 24 % пациентов (5 человек) составила 1,0, причем данные пациенты относятся к 1 группе, в то время как в группе 2 таковая не превысила 0,8.

Нами была прослежена взаимосвязь между оптическими свойствами линзы и остротой зрения вдаль после имплантации ИОЛ, которая численно выражается в приросте остроты зрения. Прирост остроты зрения вдаль среди всех пациентов составил 0,59. В 1-й группе пациентов прирост остроты зрения вдаль составил 0,65 ($p = 0,01$), во 2-й группе — 0,47 ($p = 0,05$). Прирост остроты зрения 1-й группы в 1,4 раза превышает прирост остроты зрения 2-й группы.

Выводы

1. Имплантация мультифокальной ИОЛ модели AcrySof® IQ PanOptix® обеспечивает высокие показатели остроты зрения по сравнению с ИОЛ модели AcrySof® ReSTOR®, а наличие нежелательных оптических феноменов не оказывают значительного влияния на удовлетворенность пациентов качеством зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Чередник, В. И.* Трифокальная дифракционно-рефракционная интраокулярная линза — первые результаты / В. И. Чередник, В. М. Треушников // *Успехи современного естествознания*. — 2007. — № 12-3. — С. 126–128.
2. Клинические результаты коррекции афакии мультифокальными интраокулярными линзами / Г. В. Воронин [и др.] // *Вестник офтальмологии*. — 2015. — № 131(2). — С. 32–37.
3. *Brian, G.* Cataract blindness — challenges for the 21 century / G. Brian, H. Taylor // *Bulletin of the World Health Organization*. — 2001. — № 79. — P. 249–256.

УДК 616.65-006.04-08(476.2-25)«2013–2017»

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В 2013–2017 ГГ.**

Костина Ю. М., Михальченко В. А.

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

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

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологических заболеваний ряда стран, тем самым привлекая пристальное внимание клиницистов мира. За последние годы в РБ наблюдается значительный рост числа ежегодно регистрируемых случаев РПЖ. [1] Следовательно, РПЖ является одной из важных проблем онкоурологии. Получили широкое применение при обследовании пациентов с подозрением на РПЖ современные диагностические клиничко-лабораторные и клиничко-инструментальные методы исследований. В последние годы тактика лечения РПЖ претерпела значительные усовершенствования. [2] В настоящее время способами радикального лечения локализованного РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ), дистанционная лучевая терапия, брахитерапия. В связи с многообразием методов лечения является актуальной проблемой выбора конкретной технологии лечения, оценки ее эффективности.

Цель

Проанализировать группу пациентов с РПЖ, находившихся на обследовании и лечении в учреждении «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» (ГОКОД) за 2013–2017 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 826 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ГОКОД за 2013–2017 гг. с диагнозом РПЖ. Все пациенты были разделены согласно типу лечения на 4 группы. Для статистической обработки все данные о больных и результатах их лечения формализованы с помощью разработанного кодификатора и внесены в базу данных, созданную на основе электронных таблиц «Excel». Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью непараметрических методов при помощи программы «Statistica» 8.0. Выборочные характеристики представлены в виде средней \pm ошибка средней. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

Нами были обработаны данные 826 пациентов с диагнозом РПЖ с установленной 1–2 стадией. Из них 669 (81 %) пациентов городского населения, 157 (19 %) пациентов — сельского. Умершие от интеркуррентных заболеваний ($n = 52$) приравниваются к выжившим из-под наблюдения.

Диагноз у всех пациентов гистологически верифицирован. Встречались: светлоклеточная аденокарцинома — у 343 (44 %) пациентов, ацинарно-клеточная карцинома — у 244 (32 %) пациентов, аденокарцинома — 152 (20 %) пациентов, малодифференцированная форма — у 24 (4 %) пациентов.

Был произведен анализ результатов лечения пациентов и разделение их на 4 группы по данному признаку. Распределение больных в группах в зависимости от стадии и возраста было сопоставимым. В 1-ю группу входили пациенты, получившие только хирургическое лечение ($n = 414$) — орхэктомия, радикальная простатэктомия либо комбинация двух операций; во 2-ю группу вошли пациенты, которым была проведена ди-

станционная лучевая терапия ($n = 59$); в 3-ю группу ($n = 19$) вошли пациенты, которым была проведена брахитерапия; в 4-ю группу ($n = 120$) вошли пациенты, получившие комплексное лечение: хирургическое + лучевая терапия.

Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $67,4 \pm 3$ года, во 2-й группе — $70,2 \pm 2,9$ лет, в 3-й группе — $62,2 \pm 3,2$ года, в 4-й группе — $68,7 \pm 2,1$ лет.

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 1-й группы составила: $97,18 \pm 3,27$; $95,5 \pm 3,5$; $84,3 \pm 4,7$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2-, 5-летняя выживаемость составила $98,1 \pm 3,2$; $97,2 \pm 3,27$; $90,7 \pm 3,2$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 2-й группы составила: $95,4 \pm 2,9$; $92 \pm 4,1$; $79,08 \pm 3,3$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2-, 5-летняя выживаемость составила $95,8 \pm 2,7$; $93,01 \pm 4,2$; $80,31 \pm 3,1$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1- и 2-летняя выживаемость для 3-й группы составила: $97,28 \pm 1,7$ и $96,98 \pm 2,3$ % соответственно. Скорректированная 1- и 2-летняя выживаемость составила $98,01 \pm 1,9$ и $97,1 \pm 2,5$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 4-й группы составила: $96,34 \pm 2,1$; $95,3 \pm 1,9$; $94,2 \pm 2,2$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2- 5-летняя выживаемость составила: $96,9 \pm 2,2$; $96 \pm 2,1$; $95,1 \pm 3$ % соответственно ($p < 0,05$).

Выводы

1. В ГОКОД с 2013 по 2017 гг. находилось на обследовании и лечении 826 пациентов с РПЖ 1–2 стадией.

2. По нашим данным, РПЖ чаще встречался среди городского населения (81 % случаев).

3. Диагноз у всех пациентов гистологически верифицирован. Преобладает светлоклеточная аденокарцинома — у 343 (44 %) пациентов.

4. По типу лечения все пациенты были разделены на 4 группы. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $67,4 \pm 3$ года, во 2-й группе — $70,2 \pm 2,9$ лет, в 3-й группе — $62,2 \pm 3,2$ года, в 4-й группе — $68,7 \pm 2,1$ лет.

5. По нашим данным доказана эффективность применения хирургического метода лечения, дистанционной лучевой терапии, брахитерапии и комплексное лечение РПЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ № 60 от 6 июля 2018 об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». — Минск, 2018. — 549 с.

2. Зырянов. А. В. Брахитерапия в лечении больных локализованным раком предстательной железы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / А. В. Зырянов, А. А. Баженов, А. В. Машковцев // Уральский медицинский журнал. — 2009. — № 11 (65). — С. 3536.

УДК 617.753:617.753.2

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Куликова В. И., Мозгова Д. Р., Холявко А. Д.

Научные руководители: М. Ю. Куликов, Г. В. Солонец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, в мире живет 153 млн человек с нарушением зрения, вызванным нескорректированными аномалиями рефрак-

ции. В это число не входят люди, живущие с нескорректированной пресбиопией, число которых, согласно некоторым предварительным данным, видимо, достаточно велико.

По данным Министерства здравоохранения одно из ведущих мест в структуре инвалидности по зрению в Республике Беларусь занимает миопия (близорукость).

В реформах отечественного здравоохранения приоритетным направлением считается разработка государственных мер по сохранению и укреплению здоровья молодежи. Основное место в данной системе мер занимает профилактика снижения остроты зрения. Поэтому профилактика снижения зрительных функций у детей, подростков, студенческой молодежи приобретает особую актуальность.

Цель

Выявить количество учащихся медицинского колледжа, имеющих в анамнезе заболевания органов зрения, привлечь внимание широкой аудитории к проблеме нарушений рефракции в среде учащихся и студентов.

Материал и методы исследования

Изучение научно-практической литературы по данной проблематике, анализ медицинских заключений о состоянии здоровья учащихся учреждения образования «Гомельский государственный медицинский колледж», проведение анкетирования среди учащихся.

Результаты исследования и их обсуждение

Высокий уровень распространенности аномалий рефракции, в частности миопии в настоящее время ставит под угрозу здоровье и качество жизни детей, учащейся и студенческой молодежи и лиц работоспособного возраста всего мира.

Анализ медицинской документации учащихся, имеющих заболевания органов зрения (миопия и периферическая дистрофия сетчатки (ПДС) и отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, подготовительной группе, группе лечебной физической культуры (ЛФК) и полностью освобожденных от занятий физической культурой представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Анализ заболеваемости миопией и ПДС учащихся учреждения образования «Гомельский государственный медицинский колледж»

Учебный год	Общее кол-во уч-ся	Кол-во уч-ся подгот. группы	Кол-во уч-ся СМГ	Учащиеся с диагнозом миопия и ПДС			
				кол-во	% от общего кол-ва уч-ся	% от кол-ва уч-ся подгот. группы	% от кол-ва уч-ся СМГ
2010–2011	709	160	165	37	5,2	23,1	22,4
2011–2012	718	170	172	47	6,5	27,6	27,3
2012–2013	723	168	158	54	7,5	32,1	34,2
2013–2014	703	173	107	81	11,5	46,8	75,7
2014–2015	674	158	103	77	11,4	48,7	74,8
2015–2016	707	131	102	61	8,6	46,6	59,8
2016–2017	720	102	103	58	8,1	56,7	56,3
2017–2018	711	135	108	65	9,1	48,2	60,2

Полученные данные показывают, что процент учащихся, имеющих в анамнезе заболевания органов зрения на протяжении ряда лет достаточно высок — от 5,2 до 11,5 % от общего количества учащихся. Порядка половины учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к подготовительной и специальной медицинской группе, имеют в анамнезе заболевания органов зрения. Так в 2017–2018 учебном году у 48,2 % учащихся подготовительной группы и у 60,2 % учащихся специальной медицинской группы диагностирована миопия и ПДС.

В анкетировании приняли участие учащиеся медицинского колледжа, имеющие в анамнезе диагноз миопия и ПДС.

Мы выяснили, что подавляющее большинство опрошенных знают факторы, оказывающие влияние на сохранность зрения и выделяют как положительные: специальную гимнастику для глаз, активные занятия физкультурой и спортом, плавание, массаж и самомассаж, занятия ЛФК, рациональное питание, соблюдение режима дня, правильно организованное рабочее место.

Противопоказания при нарушениях рефракции знают 65,5 % опрошенных, не знают о противопоказаниях 20,5 % опрошенных, имеют только приблизительное представление 14 % респондентов. К сожалению лишь 21,5 % опрошенных самостоятельно систематически делают гимнастику для глаз и выполняют упражнения ЛФК, рекомендованные при миопии и других нарушениях рефракции, а 49 % не выполняют их вовсе, хотя и знают о пользе подобных занятий. Лишь 3,8 % опрошенных учащихся периодически делают массаж и самомассаж.

Выводы

Проведенное исследование показало, что тема исследования действительно весьма актуальна, т.к. достаточно высок процент учащихся колледжа, имеющих в анамнезе заболевания органов зрения и снижения зрительных функций. Наиболее распространенной проблемой является миопия и ПДС. Кроме того нами выявлена проблема несоответствия в понятиях «знаю» и «применяю на практике» относительно основных показаний и противопоказаний при заболевании органов зрения среди учащихся медицинского колледжа.

У студентов и учащихся большая зрительная нагрузка, зачастую недостаточная двигательная активность, несбалансированное питание, нарушение гигиенических условий труда и быта, что, несомненно, оказывает крайне негативное влияние на состояние здоровья органов зрения, ведет к возникновению и прогрессированию миопии. Огромную значимость в этой связи приобретает профилактика нарушений рефракции.

Из методов профилактики и не медикаментозного лечения миопии можно выделить три основных: систематические физические упражнения (занятия специальной гимнастикой для глаз, оздоровительной физкультурой и ЛФК), сбалансированное витаминизированное питание, правильно организованное рабочее место и эргономичность в работе.

В данном направлении запланирован ряд мероприятий и начала проводится информационная, разъяснительная и оздоровительная работа с учащимися колледжа.

УДК 617.711-004.1

ИЗУЧЕНИЕ СКОРОСТИ РАЗРЫВА СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ У СТУДЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ МЯГКИМИ КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ

Кульгавчук В. В.

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

**Учреждение образования
«Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время проблема синдрома «сухого глаза» (ССГ) приобретает все большее значение, его симптомы все чаще выявляются среди лиц молодого возраста, составляющих основной контингент пользователей мягкими контактными линзами (МКЛ). Симптомы сухости глаз достаточно многочисленны. К наиболее распространенным относятся: ощущение «песка» или инородного тела в глазу, раздражение, резь

и жжение в сочетании со слезотечением, сменяющимся чрезмерной сухостью, плохая переносимость недостаточно влажного воздуха, ветра и дыма, покраснение при ношении контактных линз. Синдром ССГ представляет собой изменения, происходящие на поверхности роговицы и конъюнктивы по причине отсутствия или изменения качества слезной жидкости. В результате, поверхность глаза плохо увлажняется, что может вызывать дискомфорт, проблемы со зрением и травмы роговицы и конъюнктивы. Использование препаратов искусственной слезы является начальным этапом лечения ССГ [1, 2].

Цель

Определить влияние МКЛ на скорость разрыва слезной пленки.

Материал и методы исследования

Для исследования было отобрано 48 студентов (96 глаз), обучающихся в ВГМУ, из них 17 (35,4 %) мужчин и 31 (64,6 %) женщин в возрасте от 17 до 25 лет (средний возраст 20,9 лет). Было проведено офтальмологическое обследование, включающее определение остроты зрения, рефракции, высоты слезного мениска и постановку пробы Норна.

Все студенты были разделены на 2 группы: исследуемую (26 человек, 52 глаза) и контрольную (22 человека, 44 глаза). В исследуемую группу вошли студенты, которые пользуются МКЛ с целью коррекции остроты зрения, а в контрольную — практически здоровые студенты с остротой зрения равной 1,0. Исследуемая группа была разделена на подгруппы по составу МКЛ: гидрогелевые МКЛ (6 человек, 12 глаз) и силикон-гидрогелевые МКЛ (20 человек, 40 глаз).

Рефракция глаза проверялась с помощью автореф/кератометра HRK-7000 HUVITZ (Корея), для коррекции использовали набор пробных очковых линз. Правильность подобранной коррекции проверяли с помощью таблицы Сивцева.

Высота слезного мениска и проба Норна исследовались с помощью щелевой лампы SL-120 Carl Zeiss (Германия) с кобальтовым фильтром, предварительно окрасив слезную пленку 0,2 % раствором флуоресцина натрия. Для оценки результатов пробы Норна, полученные данные сравнивались с принятой нормой времени образования разрыва в слезной пленке в возрастной группе 16–35 лет (21 ± 2 с) [1].

Статистический анализ данных проведен с использованием программы «Statistica» 10.0. Для оценки достоверности различий между зависимыми группами использовался критерий Вилкоксона, а между независимыми группами – критерий Манна-Уитни. Границей достоверности считалось $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В контрольной группе острота зрения составила 1,0, рефракция глаза находилась в диапазоне от $-0,5$ до $+0,5$ Д. Высота слезного мениска 42 глаз (95,5 %) соответствовала норме, на 2 глазах (4,5%) была увеличена. Показатели пробы Норна составили от 6 до 25 с (в среднем — 17 с), медиана ряда составила 19 с при интерквартильном размахе 14–21 с, при этом на 22 глазах (50 %) показатели соответствовали норме, на 20 глазах (45,5 %) — снижены, на 2 глазах (4,5 %) — повышены.

В исследуемой группе острота зрения находилась в диапазоне от 0,01 до 0,4 с коррекцией 0,8–1,0. Рефракция глаза находилась в диапазоне от $-8,0$ до $-1,5$ Д. Высота слезного мениска 24 глаз (46,2 %) соответствовала норме, на 28 глазах (53,8 %) была увеличена. Показатели пробы Норна составили от 8 до 43 с (в среднем — 18 с) с медианой 14 с и интерквартильным размахом 12–17 с, при этом на 11 глазах (21,2 %) показатели соответствовали норме, на 34 глазах (65,4 %) были снижены, на 7 глазах (13,4 %) — повышены.

Оказалось, что в исследуемой группе достоверно преобладает повышение разрыва слезной пленки ($p = 0,0039$), а в контрольной — достоверного преобладания того или иного направления не было ($p = 0,6726$).

Анализ показателей пробы Норна показал, что у обеих групп студентов нет статистически достоверных различий ($p = 1$).

В группе студентов, которые носят гидрогелевые МКЛ, результаты следующие: высота слезного мениска 3 глаз (25 %) соответствовала норме и 9 глаз (75 %) — увеличена; показатели пробы Норна составили от 8 до 37 с (в среднем — 17 с): на 3 глазах (25 %) показатели соответствовали норме, на 7 глазах (58,3 %) — снижены, на 2 глазах (16,7 %) — повышены.

В группе студентов, которые носят силикон-гидрогелевые МКЛ, результаты следующие: высота слезного мениска 21 глаз (52,5 %) соответствовала норме и 19 глаз (47,5 %) — увеличена; показатели пробы Норна составили от 8 до 43 с (в среднем — 17 с): на 8 глазах (20 %) показатели соответствовали норме, на 27 глазах (67,5 %) — снижены, на 5 глазах (12,5 %) — повышены.

После сравнения показателей двух последних групп выявлено: по показателям пробы Норна обнаруженные симптомы чаще встречались в группе студентов, которые носят силикон-гидрогелевые МКЛ.

Причинами, влияющими на развитие ССГ в данной выборке студентов, также могут быть: экологические факторы, особенно среда с большим количеством испарения (ветер, кондиционер, обогреватели и др.); длительное чтение и работа на компьютере, поскольку снижается количество моргания и слезная жидкость не распределяется должным образом в глазу, увеличивая ее испарение; побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов системного и местного применения: гипотензивных средств, гормональных контрацептивов, транквилизаторов и антипсихотических препаратов, диуретиков, противоаллергических и др.

Всем студентам были даны рекомендации по предупреждению развития ССГ при помощи использования препаратов искусственной слезы, таких как Хило-КОМОД, Ателак Всплеск, Оптинол.

Выводы

1. В исследуемой и контрольной группах студентов, по показателям пробы Норна, статистически достоверных различий не выявлено.

2. При использовании силикон-гидрогелевых линз отмечена большая вероятность развития ССГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бржеский, В. В.* Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение) / В. В. Бржеский, Е. Е. Сомов. — СПб.: САГА, 2002. — 142 с.
2. Глазные болезни. Основы офтальмологии: учебник / под ред. В. Г. Копаевой. — М.: Медицина, 2012. — 560 с.

УДК 617.7:611.844:612.821.8-047.44-053.5

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СЛОЖНЫХ СЕНСОМОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК В ОРБИТЕ

Ларионова О. В.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица

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

Введение

Содружественное косоглазие — один из наиболее распространенных видов зрительной патологии в детском возрасте. Заболевание характеризуется различными по

происхождению и топике поражениями зрительных и глазодвигательных систем, вызывающими периодическое или постоянное отклонение зрительной оси одного или двух глаз от точки фиксации и утрату бинокулярного зрения. Особенности зрительного восприятия детей с косоглазием проявляются в некоторой фрагментарности, искаженности, замедленности, нечеткости узнавания, в появлении трудностей в восприятии, как единичных предметов окружающего мира, так и в отражении сразу нескольких логически связанных между собой предметов [1]. Совершенно очевидно, что перечисленные недостатки зрительного восприятия детей с косоглазием в свою очередь отрицательно влияют на развитие таких мыслительных операций, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, восприятие [2].

Проблема оценки функциональных состояний является одной из важнейших в областях науки, изучающих динамику адаптационных процессов при взаимодействии с внешней средой. Функциональное состояние оказывает значительное влияние на характеристики нервной ткани: возбудимость (способность отвечать на воздействие раздражителя), проводимость (способность проводить возбуждение от клетки к клетке), лабильность (способность при проведении возбуждения воспроизводить такую частоту сигналов, которая соответствует частоте раздражения) и т. д., и в связи с этим на особенности протекания нервных процессов.

Цель

Сравнительный анализ сложных сенсомоторных реакции у детей младшего школьного возраста в зависимости от положения глазных яблок в орбите.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 50 глаз (25 детей), в возрасте от 6 до 11 лет, находившихся на лечении в УЗ «Гомельская областная детская больница медицинской реабилитации» в 2018 году. Сформированы 2 группы, сопоставимые по возрасту и полу. Критериями формирования групп явились: вид рефракции и положение глазных яблок в орбите. В 1-ю группу вошли 13 детей (26 глаз) с ортофорией на фоне гиперметропической рефракции, 2-ю группу составили дети с диагнозом содружественного сходящегося косоглазия на фоне гиперметропической рефракции — 12 детей (24 глаза). Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Для изучения свойств нервной системы использовался аппаратно-программный комплекс «НС-Психотест» (ООО «Нейрософт», г. Иваново, <http://neurosoft.com/ru>). Были изучены сложные сенсомоторные реакции по методике «Реакция выбора», «Реакция различения», «Реакция на движущийся объект». Для проведения корреляционного анализа использовали t-test для независимых выборок. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В 1-й группе среднее время реакции выбора — $437,5 \pm 3,2$ мс, во 2-й группе — $486,1 \pm 2,9$ мс. Среднее время реакции выбора во 2-й группе детей было больше на 48,6 мс, чем у детей 1-й группы ($p < 0,05$), что указывает на снижение подвижности нервных процессов у детей с диагнозом содружественного сходящегося косоглазия. Показатель среднеквадратичного отклонения в 1-й группе — $155,7 \pm 2,7$ мс, во 2-й группе — $170,6 \pm 3,2$ мс. Более стабильной скоростью сенсомоторной реакции была у детей 1-й группы (показатель среднеквадратичного отклонения у детей 2-й группы — на 14,9 мс больше, чем у детей 1-й группы), что указывает на уравновешенность нервных процессов у детей 1-й группы.

В 1-й группе среднее время реакции различения — $405,5 \pm 2,8$ мс, во 2-й группе — $439,4 \pm 2,3$ мс. Среднее время реакции различения во 2-й группе детей было больше на

34 мс, чем у детей 1-й группы ($p < 0,05$), что указывает на снижение подвижности нервных процессов у детей 2-й группы. Показатель среднеквадратичного отклонения в 1-й группе — $127,8 \pm 3,1$ мс, во 2-й группе — $155,5 \pm 2,2$ мс. Более стабильной скоростью сенсомоторной реакции была у детей 1-й группы (показатель среднеквадратичного отклонения у детей 2-й группы на 28 мс больше, чем у детей 1-й группы), что указывает на инертность нервных процессов у детей 2-й группы.

В 1-й группе среднее время реакции на движущийся объект — $-30 \pm 2,7$ мс, во 2-й группе — $41,1 \pm 3,1$ мс. Положительное значение среднегруппового показателя времени реакции на движущийся объект у детей 2-й группы является следствием преобладания тормозных процессов в центральной нервной системе (ЦНС) у большинства обследуемых. Отрицательное значение среднегруппового показателя времени реакции на движущийся объект у детей 1-й группы является свидетельством доминирующей реакции нервной системы в виде дисбаланса течения нервных процессов в сторону возбуждения в ответ на предложенную нагрузку.

Выводы

Сложные сенсомоторные реакции являются объективными критериями текущего функционального состояния ЦНС. Данный вид реакций помимо сенсорного и моторного периодов включает период относительно сложной обработки сенсорного сигнала ЦНС.

Наличие гетерофории у детей 2-й группы приводит к увеличению среднего времени реакции выбора и реакции различения на 48,6 и 34 мс соответственно ($p < 0,05$), в сравнение с группой детей с симметричным положением глазных яблок что указывает на снижение подвижности нервных процессов в группе детей с гетерофорией.

Положение глазных яблок в орбите имеет не только косметический дефект, но и приводит к снижению подвижности нервных процессов и преобладанию тормозных процессов в ЦНС у детей 2-й группы.

Время сенсомоторных реакций является одним из наиболее простых, доступных и в то же время достаточно точных нейрофизиологических показателей, отражающих динамику скорости нервных процессов и их переключения, моторную координацию и активность ЦНС у детей младшего школьного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайлене, И. П. Особенности выделения признаков воспринимаемых предметов детьми с нарушениями зрения / И. П. Гайлене // Дефектология. — 1990. — № 2. — С. 13–17.
2. Рудакова, Л. В. Психолого-педагогическое обоснование коррекционной работы по развитию зрительного восприятия детей с нарушениями зрения / Л. В. Рудакова // Реабилитационная работа со слепыми и слабовидящими. — Л.: ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1988. — С. 53–61.

УДК 617.713-002-053.2

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, СТРУКТУРЫ И ИСХОДОВ КЕРАТИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Лебедева И. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Не менее 25 % всей глазной патологии приходится на долю заболеваний роговицы. Постоянное наличие микрофлоры в конъюнктивальной полости часто становится опасным даже при минимальной травме роговой оболочки. Характер и течение процесса

обусловлены видом микроорганизма, его вирулентностью. Герпетические кератиты — наиболее часто встречающаяся патология роговицы. Офтальмогерпес привлекает к себе внимание во всем мире ввиду особой тяжести и рецидивирующего течения. Что касается кератитов вызванных цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ), сведения о них практически отсутствуют в офтальмологической литературе [1]. ЦМВИ — сложная для диагностики инфекция, вследствие разнообразия клинических проявлений; трудностей в дифференциации первичной, латентной, рецидивирующей инфекции; несоответствия выраженности клиники и состояния иммунного ответа [2].

Цель

Проанализировать госпитализированную заболеваемость кератитом у детей Гомельского региона по материалам детского отделения ГЦМХГ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, пролеченных в детском отделении ГЦМХГ за 2014–2018 гг. с диагнозом «острый кератит». Исследуемую группу составили 65 пациентов (77 глаз), из них 36 (55,4 %) мальчиков и 29 (44,6 %) девочек. Возраст пациентов от 9 месяцев до 15 лет (средний возраст $8,7 \pm 1,03$ лет). Пациенты получали лечение соответственно клинико-диагностическим стандартам. В лечении бактериальных кератитов преобладающим было использование препаратов в виде инстилляций глазных капель: флоксал, тобрекс, вигадекса. В лечении вирусных кератитов чаще использовались инстилляции офтальмоферона, мазь ацикловир или вирган. Из эпителизирующих средств — корнерегель, солкосерил. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы «Excel 2010» и «MedCalc» с расчетом средних величин и их ошибки ($M \pm m$), t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

За исследуемый период в общей структуре пролеченной патологии выявлено увеличение доли кератитов с 0,72 % в 2014 г., до 1,05 % в 2018 г.

Отмечено некоторое снижение случаев кератита у детей дошкольного возраста: в 2014 г. пациенты в возрасте до 5 лет составляли 31,25 % от общего количества детей госпитализированных с диагнозом острый кератит, в 2018 г. их количество снизилось до 18,75 %.

Из факторов, способствующих развитию кератитов, отмечены в порядке убывания частоты: ОРВИ — 10 (15,4 %), синуситы — 6 (9,2 %), хронические тонзиллиты — 5 (7,7 %), фарингиты — 2 (3,1 %), состояние после экстракции зуба — 2 (3,1 %).

Этиологическая структура кератитов имела следующий вид: вирусные кератиты — 29 (44,62 %) случаев; бактериальные — 20 (30,77 %) случаев; посттравматические — 11 (16,92 %) случаев; кератиты неясной этиологии — 5 (7,69 %) случаев.

По виду возбудителя вирусные кератиты распределились следующим образом (по данным ИФА): Herpes simplex virus — 12 (41,38 %), Herpes simplex virus + Cytomegalovirus — 9 (31,03 %), Cytomegalovirus — 6 (20,69 %), Herpes simplex virus + Toxoplasma gondii — 1 (3,45 %), Cytomegalovirus + Toxoplasma gondii — 1 (3,45 %).

За исследуемый период заметно возросла доля кератитов вирусной этиологии в общей структуре воспаления роговицы с 33 % в 2014 г., до 55 % в 2018 г.

Отмечен один случай кератита, спровоцированный ношением контактных линз (ортокератологические линзы).

По локализации очага: 23 (35,38 %) пациента с инфильтратом в оптической зоне роговицы, 19 (29,23 %) пациентов с расположением очага в параоптической зоне, 17 (26,15 %) пациентов с паралимбальным расположением, у 6 (9,23 %) пациентов имело место тотальное поражение роговицы.

Средняя некорригированная острота зрения при поступлении составляла $0,3 \pm 0,16$, корригированная — $0,42 \pm 0,12$ и колебалась от 0,1 до 0,9. По восстановлению остроты

зрения после лечения у 34 (52,31 %) пациентов острота зрения при выписке была равна 1.0; 25 (38,46 %) пациентов имели остроту зрения — от 0,5 до 0,9; у 6 (9,23 %) пациентов — от 0,4 до 0,1, ниже 0,1 нет. Помутнения роговицы различной степени, в исходе перенесенных кератитов, за исследуемый период отмечены в 9 (13,8 %) случаях. В структуре данной патологии преобладали помутнения в виде облачка. Имеющиеся помутнения не требовали хирургического лечения.

Выводы

1. За исследуемый период возросла доля кератитов в структуре пролеченной патологии на 0,33 %.
2. Количество случаев кератита у детей дошкольного возраста снизилось на 12,5 %.
3. Увеличилась доля кератитов вирусной этиологии с 33 % в 2014 г., до 55 % в 2018 г. Преобладают возбудители Herpes simplex virus — 41,38 %, и ассоциации Herpes simplex virus + Cytomegalovirus — 31,03 %.
4. Основными факторами, способствующими развитию кератитов, являются ОРВИ — 15,4 %, синуситы — 9,2 %, хронические тонзиллиты — 7,7 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, Е. А. Клинические лекции по офтальмологии / Е. А. Егоров, С. Н. Басинский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 67–69.
2. Бондаренко, А. Л. Цитомегаловирусная инфекция: учеб. пособие / А. Л. Бондаренко, Т. В. Егорова, Т. И. Калужских. — Киров: Кировская гос. мед. академия, 2011. — С. 72.

УДК 612.84:617.7-007.681-053.2

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМОЙ

Лукьянченко Т. С.

Научные руководители: к.м.н., доцент Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Врожденные заболевания глаз в настоящее время являются главной причиной слепоты и слабовидения у детей. Врожденная глаукома — это относительно редкое заболевание и, по данным литературы, составляет 0,01–0,04 % всей глазной патологии, однако удельный вес врожденной глаукомы среди причин слепоты — до 10 % [1]. Врожденная глаукома характеризуется своеобразными клиническими проявлениями, обусловленными возрастными особенностями глаза у детей. В основе этого заболевания лежат врожденные аномалии угла передней камеры и дренажной системы глаза, возникающие в результате задержки в развитии и дифференциации этих структур, и создающие препятствия оттоку внутриглазной жидкости или в значительной степени затрудняющие его, что приводит к повышению внутриглазного давления. У 60 % детей врожденная глаукома проявляется в первые 6 месяцев жизни, у 80 % — на первом году жизни. У 75 % детей заболевание двустороннее. Чаще болеют мальчики. Изучение клиники, патогенеза, этиологии, а также разработка методов ранней диагностики и лечения врожденной глаукомы является актуальной и важной проблемой офтальмологии [1, 2].

Цель

Изучить клиничко-функциональные особенности органа зрения у детей с врожденной глаукомой.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 14 пациентов (24 глаза) в возрасте от 1 до 16 лет (средний возраст $8,1 \pm 5,2$ года), находящихся на диспансерном учете в детском офтальмологическом отделении УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница». Среди них 7 девочек и 7 мальчиков, которые проживают в г. Гомеле — 7 (50 %) человек и Гомельской области — 7 (50 %) человек. Среди них 13 (93 %) пациентов — дети с диагнозом врожденной глаукомы и диагнозом подозрение на глаукому, 1 (7 %) ребенок с диагнозом вторичной постувеальной глаукомы. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 7 детей (12 глаз) с диагнозом врожденная глаукома (средний возраст $10 \pm 5,2$ лет), 2-я группа — 6 пациентов (10 глаз) с диагнозом подозрение на глаукому (средний возраст $5,2 \pm 3,8$ лет). Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции t-test для независимых выборок. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст, в котором был выставлен диагноз врожденной глаукомы в 1-й группе пациентов: до 6 месяцев — 2 (29 %) ребенка, до 1 года — 4 ребенка (57 %) и после года — 1 (14 %) ребенок. Средние значения некорригированной остроты зрения составили $0,1 \pm 0,08$, средняя корригированная острота зрения — $0,2 \pm 0,09$. Результаты статической рефракции: миопия слабой степени М-2Д — 2 (16,7 %) глаза, миопия средней степени М-4,5Д — 3 (25 %) глаза, миопия высокой степени М-11,5Д — 7 (58,3 %) глаз. Внутриглазное давление — $22,8 \pm 3,7$ мм рт. ст. Внутриглазное давление было компенсированным на 9 глазах (75 %), субкомпенсированным — на 3 глазах (25 %). Переднезадний размер глаза — $26,7 \pm 2,5$ мм. Офтальмоскопически диски зрительного нерва: бледно-розовые у 25 % детей (3 глаза), 33 % (4 глаза) — со смещением сосудистого пучка в носовую сторону, 42 % (5 глаз) бледно-серые. Экскавация $0,45 \pm 0,27$ ДД. Встречающаяся сопутствующая патология: синдром Ригера — 2 глаза (16,7 %), синдром Стердж-Вебера — 2 глаза (16,7 %), гидрофтальм — 3 глаза (25 %), аниридия — 2 глаза (16,7 %), нистагм — 2 глаза (16,7 %), врожденная катаракта — 2 глаза (16,7 %), сублюксация хрусталика — 1 глаз (8,3 %), дистрофия сетчатки — 2 глаза (16,7 %). Для лечения в 1 группе пациентов используются: Sol. Timololi 0,5 % 5 глаз (41,6 %), Sol. Tafluprosti 15 мкг/мл — 2 глаза (16,7 %), Sol. Brinzolamidi 10 мг/мл — 3 глаза (25 %), 2 глаза (16,7 %) не используют антиглаукомных препаратов для лечения. Синустрабекулэктомия с базальной иридотомией выполнена на 3 глазах (25 %).

Во второй группе впервые диагноз подозрение на глаукому выставлен: до 6 месяцев — 2 (33 %) ребенка, до 1 года — 1 (17 %) ребенок и после года — 3 (50 %) ребенка. Средние значения некорригированной остроты зрения составили $0,6 \pm 0,4$, средняя корригированная острота зрения — $0,7 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Результаты статической рефракции: миопия слабой степени М -2,5 Д — 3 глаза (30 %), гиперметропия слабой степени Нм +0,75Д — 7 глаз (70 %). Внутриглазное давление — $20,8 \pm 2,7$ мм рт. ст. Переднезадний размер глаза — $22,2 \pm 1,5$ мм. Офтальмоскопически диски зрительного нерва: бледно-розовые у 60 % детей (6 глаз), 40 % (4 глаза) бледно-серые. Экскавация $0,42 \pm 0,04$ ДД. Встречающаяся сопутствующая патология: синдром Стердж-Вебера — 1 глаз (10 %), аниридия — 2 глаза (20 %). Для лечения во 2 группе пациентов используются: Sol. Tafluprosti 15 мкг/мл — 1 глаз (10 %), 90 % (9 глаз) не используют антиглаукомные препараты.

Выводы

Успех лечения детей с врожденной глаукомой в значительной степени зависит от ранней диагностики заболевания. При несвоевременно начатом лечении заболевание

быстро прогрессирует и приводит к необратимым изменениям всех структур глазного яблока. Так, в 1-й группе пациентов у 86 % (6 детей) диагноз врожденной глаукомы выставлен до года, во 2-й группе пациентов до года диагноз подозрение на глаукому выставлен у 50 % (3 ребенка).

Диспансерное наблюдение является необходимым для детей и подростков с врожденной глаукомой. Очень важен регулярный контроль за внутриглазным давлением (ВГД), размерами глаза, остротой зрения. Дети с подозрением на врожденную глаукому также ставятся на диспансерный учет. Всем детям проводят комплекс обследований включающий: оценку состояния переднего и заднего отрезков глаза, ВГД, диаметра роговицы, ширины лимба, определение рефракции и зрительных функций (по возможности).

Врожденная глаукома может быть одним из проявлений целого ряда синдромов и системных заболеваний, наиболее часто у пациентов 1-й группы встречались: синдром Ригера — 2 глаза (16,7 %), синдром Стердж-Вебера — 2 глаза (16,7 %), гидрофтальм — 3 глаза (25 %), аниридия — 2 глаза (16,7 %), нистагм — 2 глаза (16,7 %), врожденная катаракта — 2 глаза (16,7 %), сублюксация хрусталика — 1 глаз (8,3 %), дистрофия сетчатки — 2 глаза (16,7 %), у детей 2 группы — синдром Стердж-Вебера — 1 глаз (10 %), аниридия — 2 глаза (20 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Катаргина, Л. А. Федеральные клинические рекомендации «Диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение детей с врожденной глаукомой» / Л. А. Катаргина, Е. В. Мазарова // Российская педиатрическая офтальмология. — М., 2016. — № 11. — С. 33–51.
2. Maida, J. M. Pediatric ophthalmology in the developing world / J. M. Maida, K. Mathers // Curr Opin Ophthalmol. — 2008. — № 19. — P. 403–408.

УДК 617.741-004.1-08

СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Луцук А. С., Олещик С. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Г. Р. Семак*

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, катаракта является одной из главных причин слепоты и слабовидения в мире. С катарактой связано около половины (47,9 %) от общего количества случаев слепоты, что составляет в настоящее время 18 млн человек. По прогнозам количество слепых вследствие катаракты к 2025 г. составит 40 млн человек в мире. Приведенный факт подтверждает важность всестороннего исследования социальных особенностей данной проблемы. Наибольшие возможности для этого предоставляют исследования качества жизни (КЖ). Оценка КЖ позволяет получить полную и достаточно объективную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека.

Цель

Проанализировать значения показателей КЖ у пациентов с катарактой, выявить его особенности после хирургического лечения.

Материал и методы исследования

В офтальмологическом корпусе 3 ГКБ, в отделении микрохирургии глаза было проведено социологическое исследование КЖ с помощью анкетирования с использова-

нием опросника SF-36. Объем выборки составил 47 человек. Проведена оценка влияния остроты зрения на КЖ пациентов с катарактой. Обработку полученных данных проводили с использованием компьютерной программы «Statistica» 10.0 for Windows. У всех пациентов для подтверждения диагноза проводилось диагностическое исследование: визометрия с коррекцией, биомикроскопия, гониоскопия, прямая офтальмоскопия, тонометрия, исследование центрального и периферического полей зрения.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняло участие 27 мужчин, и 20 женщин. Средний возраст мужчин составил 69 (63–74) лет. Средний возраст женщин составил 75 (71–80) лет. Всем пациентам, была выполнена фakoэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ФЭК с ИОЛ). У 42 (89 %) пациентов на оперированном глазу катаракта находилась в незрелой стадии. У 23 (49 %) пациентов имеется артефакция другого глаза, а у 24 (51 %) пациентов имеется катаракта на оба глаза, на втором глазу в 12 (52 %) случаях — начальная стадия. У мужчин после лечения катаракты физический компонент здоровья (ФКЗ) составляет 50 (44–51) балл, а психологический компонент здоровья (ПКЗ) — 56 (53–60). У женщин ФКЗ ниже и составляет 42 (39–48), а ПКЗ ниже и составляет 54 (51–56). У мужчин так же выше значение физического функционирования (ФФ), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.) — 85 (60–100). У женщин ФФ ниже — 68 (48–85). Рольное функционирование (РФ), отражающее влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей) у мужчин — 75 (50–100), у женщин — 63 (25–75). Общее состояние здоровья (ОСЗ), то есть оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, у мужчин — 77 (40–87), у женщин — 64 (41–80). Интенсивность боли (ИБ) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома у мужчин — 100 (72–100), у женщин — 64 (71–80). Жизненная активность (ЖА), подразумевающая ощущение себя полным сил и энергии, у мужчин — 75 (65–90), у женщин — 68 (65–78). Социальное функционирование (СФ) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение) и у мужчин составляет 100 (75–100), а у женщин — 67 (67–100). Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭС) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.), у мужчин — 100 (67–100), у женщин — 67 (67–100). Психическое здоровье (ПЗ), характеризующее настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций, у мужчин — 80 (76–92), у женщин — 84 (70–84).

Медиана остроты зрения на глазу до операции составляет 0,1, а медиана зрения после операции (на оперированном глазу) — 0,5. Достоверно выявлены статистические различия в уровне остроты зрения до и после операции ($T = 5,5$, $p = 0,0001$). У мужчин была установлена зависимость между остротой зрения и физическим функционированием ($p = 0,4$, $p = 0,03$), рольным функционированием ($p = 0,38$, $p = 0,008$), общим состоянием здоровья ($p = 0,37$, $p = 0,009$), социальным функционированием ($p = 0,41$, $p = 0,004$). У женщин зависимость компонентов остроты зрения и показателей качества жизни не установлена.

Выводы

Огромное значение в оценке эффективности лечения пациентов с катарактой имеет степень повышения остроты зрения, что значительно влияет на их КЖ. Именно изучение физического и психического компонентов здоровья является доказательством улучшения их социальной адаптации и физического функционирования.

У мужчин выше, чем у женщин уровень как физического, так и психического компонента здоровья. У мужчин после лечения катаракты больше всего на качество жизни влияют интенсивность боли, социальное функционирование и РФ, связанное с эмоциональным состоянием. У женщин после лечения катаракты на КЖ и больше всего влияет СФ и психическое здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Борищук, Е. Л.* Сравнительная оценка критериев качества жизни у пациентов с офтальмопатологией / Е. Л. Борищук, А. Е. Воронина // Вестник ОГУ. — 2014. — № 12 (173). — С. 73–78.
2. *Бирич, Т. А.* Офтальмология: учебник / Т. А. Бирич, Л. Н. Марченко, А. Ю. Чекина. — Минск: Выш. шк., 2007. — 555 с.
3. *Гущин, А. В.* Концептуальные основы исследований качества жизни в офтальмопатологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Гущин. — Волгоград, 2013. — 49 с.
4. *Копеева, В. Г.* Глазные болезни. Основы офтальмологии: учебник / В. Г. Копеева. — М.: Медицина, 2012. — 560 с.
5. *Khurana, A. K.* Comprehensive Ophthalmology / A. K. Khurana. — 5th edition. — New Delhi: Newage International (P) Limited, Publishers, 2012. — 637 p.

УДК 617.7-007.681-039.31-002.1-08(476.2) «2017/2018»

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПРИСТУПОМ ГЛАУКОМЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ЗА ПЕРИОД 2017–2018 ГГ.

Марченко Н. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Л. В. Дравица*

Учреждение образования

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

Введение

Глаукома является одной из актуальных проблем современной офтальмологии. Это группа хронических заболеваний глаз, характеризующихся нарушением гидродинамики глаза с повышением внутриглазного давления (ВГД) и развитием глаукомной оптической нейропатии (ГОН) и соответствующими необратимыми изменениями зрительного нерва и поля зрения [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения, число глаукомных больных в мире колеблется от 60,5 до 105 млн человек, при этом прогнозируется увеличение числа заболевших еще на 10 млн в течение ближайших 10 лет. В настоящее время около 10–15 % больных глаукомой, даже при адекватном лечении, обречены на слепоту.

По происхождению выделяют первичную и вторичную глаукомы, первичная в свою очередь подразделяется на открытоугольную и закрытоугольную глаукомы. Отдельно в классификации первичной глаукомы выделяется острый приступ глаукомы.

Острый приступ глаукомы (ОПГ) — циклическое заболевание чаще встречается у женщин. ОПГ имеет следующие фазы: пусковая, фаза компрессии прикорневой зоны радужки, реактивная фаза, фаза странгуляции сосудов и воспаления и фаза обратного развития. При наличии острого приступа не следует выставлять стадию заболевания, уровень ВГД и стабильность процесса. Указанные критерии оцениваются после купирования приступа [1].

Лечение острого приступа глаукомы начинают немедленно с назначения средств, снижающих внутриглазное давление, и отвлекающих процедур. С целью купирования приступа назначаются инстилляциии холиномиметиков (пилокарпина гидрохлорида 1 %) по схеме: каждые 15 минут в течение часа, затем каждые 30 минут в течение 3 часов,

затем 1 раз в час. Параллельно назначаются внутрь ингибиторы карбоангидразы (диакарб 0,25 г 2 раза в день в сочетании с препаратами калия). Указанная медикаментозная терапия проводится на фоне отвлекающих процедур: горячие ножные ванны, пиявки на область виска, горчичники на икроножные мышцы. При не купировании явлений острого приступа глаукомы в течение 24 часов выполняется хирургическое лечение [1].

Цель

Изучить частоту обращений в экстренный кабинет центра микрохирургии глаза (ЦМХГ) пациентов с диагнозом «острый приступ глаукомы», также изучить их половозрастную структуру и тактику дальнейшего лечения за период 2017–2018 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 68 пациентов, обратившихся в Гомельский областной центр микрохирургии глаза (ГЦМХГ) в 2017–2018 гг. с диагнозом «острый приступ глаукомы». Из них: 26 (38,2 %) мужчин, женщин — 42 (61,8 %). Средний возраст пациентов 62 ± 10 лет и колебался от 47 до 83 лет. Жители г. Гомеля и Гомельского района — 38 (55,9 %), из остальных районов Гомельской области — 30 (44,1 %) пациента.

Купировать приступ медикаментозно в условиях экстренного кабинета удалось у 54,4 %. Госпитализированная заболеваемость составила 45,6 %.

Клиническая картина ОПГ: жалобы на существенное ухудшение зрения, появление радужных кругов вокруг источников света, сильную боль в пострадавшем глазу, возможна иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва (верхний край орбиты, лоб, висок, скуловая область), а также реактивное повышение артериального давления (вплоть до гипертонического криза), тошнота, рвота, брадикардия; застойная инъекция (гиперемия) глазного яблока, блефароспазм, возможен реактивный отек век; отек роговицы: она теряет характерный блеск, гладкость и зеркальность, выглядит полупрозрачной, шероховатой (контроль по здоровому глазу); мелкая/ щелевидная передняя камера глаза оценивается при освещении переднего отрезка глаза источником света, находящимся с височной стороны от пострадавшего глаза (контроль по здоровому глазу); неравномерное расширение зрачка с резким замедлением или отсутствием прямой и содружественной реакции на свет (контроль по здоровому глазу); пальпация глазного яблока резко болезненна, глаз плотный, как камень (контроль по здоровому глазу) [2].

Статистический анализ данных проведен с помощью программы «Microsoft Excel 2010» методами выборки, построения вариационных рядов.

Дизайн офтальмологического обследования: визометрия, биомикроскопия на щелевой лампе NIDEK SL-1600, аппланационная тонометрия (по Маклакову), офтальмоскопия (если позволяет состояние оптических сред), гониоскопия 3х зеркальной линзой Гольдмана (после купирования острого приступа или на фоне проводимой гипотензивной терапии).

Результаты исследования и их обсуждение

В кабинет экстренной офтальмологической помощи ГЦМХГ за период 2017–2018 гг. обратилось 68 пациентов с диагнозом острый приступ глаукомы, из них 37 (54,4 %) случаев — острый приступ был купирован в условиях экстренного кабинета. На момент обращения в экстренный кабинет до купирования приступа средняя некорректированная острота зрения составила $0,18 \pm 0,1$; значение ВГД в среднем составило $39,2 \pm 5$. После разгрузки средняя некорректированная острота зрения составила $0,46 \pm 0,1$; значение ВГД в среднем составило $23,1 \pm 2$. После купирования острого приступа пациенты были направлены в поликлинику по месту жительства для дальнейшего лечения.

Из 31 пациента, которые были госпитализированы: 17,5 % — получали медикаментозную терапию в условиях стационара, лазерное либо хирургическое лечение для купирования приступа не требовалось. 33 % — была проведена лазерная иридэктомия,

приступ купирован; 21 % — было проведено лазерное лечение с последующим хирургическим; 28,5 % — исключительно хирургическое лечение (из них 41,3% — была выполнена синустрабекулэктомия (СТЭ), 33,1 % — факоемульсификация (ФЭК) хрусталика с постановкой ИОЛ; 16,8 % — имплантация шунта ANMED; 8,8 % — имплантация шунта Ex-PRESS).

Выводы

1. Среди исследуемых пациентов преобладают женщины в возрасте от 52 до 72 лет.
2. В основном острый приступ глаукомы купируется в условиях экстренного кабинета (54,4 %) без необходимости в госпитализации.
3. Из пациентов, госпитализированных в стационар, 82,5 % было проведено оперативное лечение (лазерное либо хирургическое).
4. Восстановление зрительной функции пораженного глаза зависит от сроков обращения пациентов и своевременного купирования ОПГ, исходного уровня развития ГОН, а также объема и сроков оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Межнациональное руководство по глаукоме / Е. А. Егоров [и др.]. — М., 2016. — С. 183.
2. Руководство по клинической офтальмологии / под ред. А. Ф. Бровкиной, Ю. С. Астахова. — М.: МИА, 2014. — 208 с.
3. *Пр. Нееру Гупта*. Руководство по лечению глаукомы Международного совета по офтальмологии (МСО) / Пр. Нееру Гупта. — М., 2016. — 29 с.

УДК 616.322-002.2 (476.2-25) «2016 – 2018»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА (2016–2018 ГГ.)

Михальченко В. А., Костина Ю. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема хронического тонзиллита (ХТ) продолжает оставаться в центре внимания ученых и практических врачей на протяжении многих лет [1].

ХТ — это общее инфекционное заболевание с периодическими обострениями и локализацией хронического очага инфекции в небных миндалинах (НМ). Особую роль в хронизации занимает снижение иммунной резистентности и (или) активизация условно-патогенной микрофлоры. [3]

Наиболее удобной, из большого количества классификаций ХТ, является классификация И. Б. Солдатов, которая делит ХТ на компенсированную и декомпенсированную формы [2].

Клиническое течение хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) в настоящее время изменилось и в большинстве своем характеризуется стертым началом заболевания и полиморфностью жалоб со стороны глотки, внутренних органов и систем. При фарингоскопии обращают внимание на величину НМ, окраску и состояние слизистой оболочки глотки, дужек, лакун и состояние регионарных лимфатических узлов. Диагноз ставится на основании наличия, по крайней мере, двух местных признаков, а также характерных жалоб и данных анамнеза [2].

Прогноз при ХДТ зависит от своевременности и эффективности лечения. При адекватной терапии исход заболевания благоприятный, но это не исключает развитие опасных осложнений. Поэтому одной из основных задач врачей является тщательный и своевременный отбор пациентов для тонзилэктомии (ТЭ) [1].

Цель

Проанализировать группу пациентов с декомпенсацией ХТ, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) за 2016–2018 гг. и изучить особенности клинического течения ХДТ в современных социально-экономических условиях.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 489 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении УГОКБ за 2016–2018 гг. с диагнозом ХДТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были обработаны 489 медицинских карт пациентов ЛОР-отделения с диагнозом ХДТ. Среди обследуемых 288 (59 %) пациентов женского пола, 201 (41 %) — мужского. Распределение пациентов с ХДТ по возрасту: до 20 лет — 54 (11 %) человека; 21–40 лет — 337 (69 %) человек; 41 и старше — 98 (20 %) человек.

У пациентов с ХДТ наблюдались следующие клинические проявления: боль в горле — 465 (95 %) человек, лакунарные пробки с неприятным запахом — 303 (62 %), рецидивирующие ПТА — 270 (55 %) человек, частые ангины — 161 (33 %) человек, боль в суставах летучего характера — 101 (21 %), субфебрильная температура — 88 (18 %), боль в сердце — 73 (15 %).

У 191 (39 %) пациента, которые в своем анамнезе имеют жалобы на боль в суставах, боль в сердце, субфебрилитет, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

Микробиологическое исследование материала из глотки было проведено 351 пациенту с ХДТ. По результатам исследования были выделены следующие возбудители: бактерии рода *Staphylococcus* (*St. aureus* — 10^5 – 10^7), *Streptococcus* (*Streptococcus haemolyticus* (10^5)), *Klebsiella* (*Klebsiella pneumoniae* (10^5)) — у 126 (36 %) пациентов; грибы рода *Candida* — у 105 (30 %); смешанная биота (*St. aureus* — 10^5 – 10^6 и *Candida albicans* (10^3 – 10^4)) — у 78 (22 %) пациентов; у 42 (12 %) пациентов возбудитель не был выявлен. По данным гистологического исследования, которое было проведено 423 пациентам, грибы рода *Candida* были выделены у 237 (56 %) пациентов, смешанная биота (*Actinomyces israelii* (10^3 – 10^4) и *Candida albicans* (10^3 – 10^5)) — у 33 (8 %) пациентов.

423 (87 %) пациентам была выполнена двусторонняя ТЭ. Консервативная терапия была рекомендована 66 (13 %) пациентам в связи с наличием противопоказаний к оперативному лечению. Из числа прооперированных, у 66 (4 %) пациентов в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: инфекционно-воспалительные процессы у 57 человек, кровотечение у 9 человек. У 96 % пациентов послеоперационный период проходил без особенностей. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

Выводы

1. В ЛОР-отделении УГОКБ за 2016–2018 гг. находилось на лечении 489 пациентов с диагнозом хронический декомпенсированный тонзиллит, который чаще встречался в возрасте 21–40 лет.

2. По нашим данным, хронический декомпенсированный тонзиллит встречается чаще у женщин (59 %), чем у мужчин (41 %).

3. Наиболее характерной является безангинная форма хронического тонзиллита, которая подтверждена в 67 % случаев.

4. У 39 % пациентов, которые в своем анамнезе имеют жалобы на боль в суставах, боль в сердце, субфебрилитет, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

По результатам микробиологического исследования материала из глотки была получена бактериальная биота — в 36 % случаев, грибковая — в 30 %, смешанная — в 22 % случаев. По данным гистологического исследования грибковая биота высеяна у 56 % пациентов, смешанная биота — 8 % пациентов.

Двусторонняя тонзилэктомия была выполнена 423 пациентам. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арзамасов, С. Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 1. — С. 55–57.
2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — М.: Медицина, 2011. — 649 с.
3. Солдатов, И. Б. Оториноларингология / И. Б. Солдатов, В. Р. Гофман. — СПб., 2000. — 472 с.

УДК 617.758.13

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СМЕШАННОМ КОСОГЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

Подголина Е. А.

Научный руководитель: *О. Л. Поболь-Солонко*

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Косоглазие является не только косметическим недостатком, но и сопровождается выраженным расстройством монокулярных и бинокулярных зрительных функций, глубинного зрения, диплопией. В настоящее время среди самых распространенных форм этого заболевания выделяют смешанное косоглазие [1–3].

Цель

Проанализировать основные методы хирургического вмешательства при различных формах смешанного косоглазия.

Материал и методы исследования

Проанализировано 90 протоколов операций за 2016–2017 гг. В исследование были включены дети в возрасте от 3 до 17 лет с различными видами смешанного косоглазия, где вертикальная девиация была обусловлена гипофункцией верхней косой и (или) гиперфункцией нижней косой мышц, а также нижней и верхней прямых мышц. В 1-ю группу вошли 6 (6,67 %) детей с сочетанием вертикального косоглазия и расходящегося (экзотропии). 2-ю группу — 84 (93,2 %), у которых вертикальная девиация сочеталась со сходящимся косоглазием (эзотропией). Всем детям проводилось комплексное диагностическое обследование.

Результаты исследования и их обсуждение

Смешанный вариант косоглазия чаще был представлен гипертропией со сходящейся девиацией. Хирургическое вмешательство начинали с устранения преобладающего компонента в случае вертикальной девиации. Для лечения горизонтального косоглазия выполнялась рецессия/резекция внутренней прямой мышцы.

Выводы

Вовремя проведенное хирургическое лечение вертикального компонента косоглазия позволяет достичь правильного расположения глаз у детей в самом раннем возрасте. Примерно в 85 % случаев косоглазия у детей, даже независимо от его вида и причины возникновения, хирургическое лечение было оправданным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Канский, Дж. Джек Клиническая офтальмология / Дж. Канский. — М., 2006. — С. 517–556.
2. Guidelines for the Management of Strabismus in Childhood. The Royal College of Ophthalmologists. — London, March 2012.
3. Kenneth W. Wright Color atlas of strabismus surgery / W. Kenneth. — USA, 2007.

УДК 617.726:617.753-053.2

**ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗЕРВОВ АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ,
НА ФОНЕ МИОПИЧЕСКОЙ И ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ**

Романова В. О., Шевченко Е. А., Кириченко О. Г.

Научные руководители: к.м.н., доцент Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Современный образовательный процесс предполагает высокий уровень информатизации детей, изменения условий обучения с внедрением электронных устройств в школе и дома привело к тому, что увеличилась нагрузка на орган зрения, в частности на его рефракционно-аккомодационный аппарат. Нарушение аккомодации у детей, если его не выявить своевременно, способно усугубить уже имеющиеся зрительные расстройства: близорукость, дальнозоркость, астигматизм и амблиопию [1].

Цель

Изучить резервы аккомодации у детей, находившихся на лечении в детском офтальмологическом отделении УЗ «Гомельская областная детская больница медицинской реабилитации».

Материал и методы исследования

Нами был выполнен офтальмологический осмотр и анализ амбулаторных карт 57 пациентов (104 глаза) в возрасте от 7 до 15 лет (средний возраст $11,5 \pm 2$ года), находившихся на лечении в детском офтальмологическом отделении УЗ «Гомельская областная детская больница медицинской реабилитации» в 2018 г. Среди них 35 (61,5 %) девочек и 22 (38,5 %) мальчика, которые проживали в г. Гомеле — 27 (47,25 %) человек и Гомельской области — 30 (52,5 %) человек. Пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от вида рефракции: 1-я группа — 46 пациентов с миопической рефракцией, 2-я группа — 11 пациентов с гиперметропией. Каждая группа была разделена на 3 подгруппы в зависимости от степени рефракции. В 1 группе: миопия слабой степени — 28 (61 %) детей, миопия средней степени — 16 (35 %) детей, миопия высокой степени — 2 (4 %) ребенка. Во 2-й группе: гиперметропия слабой степени — 5 (46 %) детей, гиперметропия средней степени — 4 (36 %) ребенка, гиперметропия высокой степени — 2 (18 %) ребенка. Всем пациентам был проведен курс консервативной терапии, который включал психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия, кинезотерапию, аппаратный тренинг, тренировки аккомодации по Волкову, физиотерапевтические мероприятия, компьютерный тренинг Relax, диетотерапия — стол Б, а также дозированная климатотерапия. Продолжительность лечения составила 21 день. Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходные средние значения некоррегированной остроты зрения (НКОЗ) у детей 1-й группы составили $0,2 \pm 0,2$, средняя корригированная острота зрения (КОЗ) — $0,94 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Рефракционная амблиопия слабой степени выявлена у 13 (28 %) детей. Исходные средние значения НКОЗ у детей 2-й группы составили $0,6 \pm 0,2$, средняя КОЗ — $0,93 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). У 4 (36 %) детей была выявлена рефракционная амблиопия слабой степени. Резервы абсолютной и относительной аккомодации в зависимости от силы статической рефракции имели следующие значения (таблица 1).

Было выявлено, что у 25 (53 %) детей 1-й группы было хотя бы одно сопутствующее заболевание. Чаще всего встречался сколиоз — 14 (30 %) детей, диффузный зуб — 6 (13 %) детей, малые аномалии развития сердца (МАРС) — 4 (8 %) ребенка, болезнь Кёнига — 1 (2 %) ребенок. У 4 (36 %) детей 2 группы сопутствующие заболевания встречались в виде МАРС.

У 16 (34 %) детей 1-й группы один из родителей страдал миопией, у детей 2-й группы родители не имели аномалий рефракции.

Таблица 1 — Резервы аккомодации детей 1-й и 2-й группы до и после лечения

Резервы аккомодации / Степень рефракции	Резервы абсолютной аккомодации, Д			Резервы относительной аккомодации, Д		
	до лечения	после лечения	$\delta, M \pm m$	до лечения	после лечения	$\delta, M \pm m$
	Вблизи			Вблизи		
Миопия сл.ст.	$9,5 \pm 3,0$	$11,0 \pm 2,6$	$1,5 \pm 2,8$	$8,3 \pm 2,4$	$9,9 \pm 2,4$	$1,6 \pm 2,4$
Миопия ср.ст.	$9,1 \pm 3,0$	$10,6 \pm 3,0$	$1,5 \pm 3,0$	$9,0 \pm 3,0$	$10,6 \pm 2,6$	$1,6 \pm 2,8$
Миопия выс.ст.	$9,2 \pm 0,7$	$10,5 \pm 1,0$	$1,3 \pm 0,8$	$8,3 \pm 1,8$	$9,3 \pm 1,2$	$1,1 \pm 1,5$
	Вдали			Вдали		
Миопия сл.ст.	$6,0 \pm 2,8$	$8,0 \pm 2,7$	$2,0 \pm 2,7$	$5,3 \pm 2,6$	$7,0 \pm 2,6$	$1,7 \pm 2,6$
Миопия ср.ст.	$5,9 \pm 2,5$	$7,1 \pm 2,5$	$1,2 \pm 2,5$	$6,0 \pm 2,7$	$7,2 \pm 2,9$	$1,2 \pm 2,8$
Миопия выс.ст.	$5,5 \pm 2,2$	$5,8 \pm 2,7$	$0,5 \pm 2,4$	$4,5 \pm 1,0$	$5,3 \pm 1,2$	$0,8 \pm 1,1$
	Вблизи			Вблизи		
Гиперметропия сл.ст.	$8,6 \pm 1,6$	$10,7 \pm 2$	$2,1 \pm 1,8$	$10,0 \pm 1,4$	$10,0 \pm 3,0$	$0 \pm 2,2$
Гиперметропия ср.ст.	$8,1 \pm 3,1$	$9,5 \pm 3,4$	$1,4 \pm 3,2$	$8,7 \pm 2,3$	$10,5 \pm 2,3$	$1,8 \pm 2,3$
Гиперметропия выс.ст.	$4,8 \pm 0,8$	$7,25 \pm 1,2$	$2,45 \pm 1$	$4,5 \pm 0,5$	$6,5 \pm 0,5$	$2,0 \pm 0,5$
	Вдали			Вдали		
Гиперметропия сл.ст.	$7,4 \pm 2,0$	$9,0 \pm 2,4$	$2,6 \pm 2,2$	$9,0 \pm 2,8$	$9,3 \pm 3,6$	$0,3 \pm 3,2$
Гиперметропия ср.ст.	$3,7 \pm 1,6$	$5,9 \pm 1,5$	$2,2 \pm 1,5$	$5,5 \pm 1,5$	$7,3 \pm 1,3$	$1,7 \pm 1,4$
Гиперметропия выс.ст.	$2,9 \pm 0,8$	$4,0 \pm 1,3$	$1,1 \pm 1,0$	$3,7 \pm 1,2$	$4,7 \pm 1,3$	$1,0 \pm 1,2$

После лечения значения НКОЗ у детей 1-й группы $0,3 \pm 0,2$, средняя КОЗ — $0,98 \pm 0,02$ ($p < 0,05$). Рефракционная амблиопия слабой степени характеризовалась достоверным уменьшением на 21,5 % (с 28 % (26 глаз)) до 6,5 % (6 глаз) ($p < 0,05$). Средние значения НКОЗ детей 2-й группы — $0,64 \pm 0,2$, средняя КОЗ — $0,96 \pm 0,04$ ($p < 0,05$). Рефракционная амблиопия слабой степени также характеризовалась достоверным уменьшением на 18 % (с 36 % (8 глаз)) до 18 % (4 глаза)) ($p < 0,05$). Резервы абсолютной и относительной аккомодации у детей 1-й и 2-й группы после лечения улучшились и в зависимости от силы статической рефракции имели следующие значения (таблица 1).

Выводы

При анализе эффективности консервативного комплексного лечения выяснено, что в 1-й и 2-й группах детей показатели средней НКОЗ характеризовались достоверным увеличением на 0,1 и 0,04 соответственно ($p < 0,05$). Показатели КОЗ также характеризовались достоверным увеличением на 0,04 в 1-й и 0,05 во 2-й группе ($p < 0,05$). Показатели рефракционной амблиопии слабой степени в 1-й и 2-й группе детей достоверно уменьшилась ко дню выписки на 21,5 и 18 % соответственно ($p < 0,05$).

Объем абсолютной и относительной аккомодации характеризовался уменьшением средних значений, при увеличении степени гиперметропической рефракции ($p < 0,05$), в группе пациентов с миопической рефракцией данной закономерности не выявлено ($p > 0,05$). После проведенного лечения, показатели абсолютной и относительной аккомодации характеризовались увеличением их средних значений, причем наибольший прирост резервов абсолютной аккомодации для дали и для близи был у детей с гиперметропической рефракцией, а резервы относительной аккомодации для дали и для близи были выше у детей с миопической рефракцией. Комплексная терапия улучшения резервов аккомодации является перспективным направлением детской офтальмологии. Только комплексный подход и постоянное выполнение упражнений позволяет добиться положительных результатов. Простота, доступность, эффективность открывают возможность широкого применения данного способа для увеличения резервов аккомодации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камаев, И. А. Здоровье и образ жизни школьников, студентов и призывной молодежи: состояние, проблемы, пути решения / И. А. Камаев, Т. В. Поздеева. — Нижний Новгород: Изд-во НГМА. — 2005. — С. 183–185.

УДК 617.7:616.833.115-007.23-056.7

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ЛЕБЕРА

Савчиц Н. А., Буздалкина В. К.

Научный руководитель: ассистент Аль Хадж Хусейн Анас

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Болезнь Лебера (атрофия зрительных нервов Лебера) — наследственное заболевание, обусловленное точковыми мутациями митохондриальной ДНК, приводящими к замене одной аминокислоты другой. Передается по материнской линии и характеризуется нарастающим снижением зрения, как правило, на оба глаза. Болезнь дебютирует у мужчин в возрасте 8–30 лет быстро нарастающим стойким, чаще двусторонним снижением остроты зрения и появлением центральной скотомы.

Потеря зрения может быть как внезапной 60–66 % случаев, так и начинаться постепенно и прогрессировать в течение 2 лет и более [1].

Заболевание описано Т. Leber в 1871 г. и только в 1988 г. D. Wallace впервые была идентифицирована мутация митохондриальной ДНК в нуклеотидной позиции 11778.

В результате этой мутации происходит замещение аргинина на гистидин в кодоне 340 гена субъединицы 4 НАДФ-дегидрогеназы (50–60 % случаев). У больных с данной мутацией одновременно отмечается поражение обоих глаз в 55–75 % случаев. У 72 % снижение остроты зрения сопровождается головной и (или) периферической болью.

Так же были выявлены мутации в положении 3460 мтДНК — происходит замена аланина треонином (8 %) и другие. В настоящее время известно более 20 точковых мутаций [2].

При атрофии зрительных нервов Лебера поражаются преимущественно ганглиозные клетки сетчатки с сохраненным пигментным эпителием и слоя фоторецепторов. При заболевании обнаруживают аксональную дегенерацию, демиелинизацию и атрофию зрительных путей: от зрительных нервов до латеральных колленчатых тел. Показано, что при болезни происходит ухудшение транспорта глутамата с нарушением рабо-

ты митохондрий, что приводит к гибели и апоптозу ганглиозных клеток сетчатки. Однако, избирательное повреждение отдельных волокон сетчатки пока до конца не изучено [3].

Обнаружение у больного мутации в позиции 11778 является неблагоприятным прогностическим признаком в отношении зрения [2].

Цель

Проанализировать особенности клинического течения болезни Лебера на примере клинического случая.

Материал и методы исследования

В качестве материала для исследования послужили выписки из стационарной карты пациента С., 1996 г.р. с результатами клинических и лабораторных методов обследования за 2011–2014 гг., а также за 2019 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент в апреле 2011 г. предъявлял жалобы на резкое снижение зрения в течение 2-х недель сначала на правом, а затем на левом глазу. Обратился к офтальмологу по месту жительства, откуда был направлен в детское офтальмологическое отделение № 3 г. Гомеля.

Направлен для дообследования и проведения молекулярно-генетического исследования в г. Минск (таблица 1).

Таблица 1 — Молекулярно-генетический анализ ДНК пациента С

ДНК	m.11778 G > A	m.14484 T > C	m.3460 G > A
LD220	Mut	N	N

Заключение: обнаружена мутация митохондриальной ДНК в нуклеотидной позиции 11778. Установлен диагноз болезни Лебера.

VIS (15.04.2011) OD = 0.03 н.к.; OS = 0.04 н.к.

Периметрия: (15.04.2011) (объект 1.0, белый цвет) заключение: OU: Отмечается концентрическое сужение полей зрения до 15°. Центральная скотома 15°.

Критическая частота слияния мельканий (КЧСМ): (19.12. 2011) OD/OS: 37/37.

Оптическая конкурентная томография (ОКТ) (15.04.2011) заключение: OD: Э/Д гориз./вертик. -0,2/0,2. Слой нервных волокон утолщен в носовом отделе, истончен во всех отделах. OS: Слой нервных волокон истончен во всех отделах кроме верхнего. AVGTH 73,38/71,95 (резкое истончение).

ЭРГ (19.12. 2011) заключение: Негативная ЭРГ в центральных отделах. Признаки гипоксии.

VIS (12.12.2014) OD = 0.06 н.к.; OS = 0.08 н.к.

Периметрия: (12.12.2014) (объект 1.0, белый цвет) заключение: OU: Отмечается концентрическое сужение полей зрения до 15°. Центральная скотома 15°.

ОКТ (15.04.2014) заключение: OD: Э/Д гориз./вертик. -0,2/0,2. Слой нервных волокон утолщен в носовом отделе, истончен во всех отделах. OS: Слой нервных волокон истончен во всех отделах кроме верхнего. AVGTH 73,38/71,95 (резкое истончение).

ЭРГ (19.12. 2014) заключение: Негативная ЭРГ в центральных отделах. Признаки гипоксии.

VIS (21.01.2019) OD=0.02 н.к.; OS=0.06 н.к.

Периметрия: (21.01.2019) (объект 1.0, белый цвет) заключение: OU: Отмечается концентрическое сужение полей зрения до 15°. Центральная скотома 15°.

ОКТ (21.01.2019) заключение: OD: Э/Д гориз./вертик. -0,2/0,2. Слой нервных волокон утолщен в носовом отделе, истончен во всех отделах. OS: Слой нервных волокон истончен во всех отделах кроме верхнего. AVGTH 73,38/71,95 (резкое истончение).

ЭРГ (21.01. 2019) заключение: Признаки гипоксии в колбочковой пробе.

Выводы

Болезнь Лебера — сложнодиагностируемое заболевание, являющееся одной из причин прогрессирующей безболевого атрофии зрительных нервов у лиц молодого возраста. Для диагностики данного заболевания чрезвычайно важным является подробный сбор анамнеза, в том числе наследственного, данные неврологического и офтальмологического осмотра, использование методов визуализации (прежде всего МРТ, ОКТ) в сочетании с функциональными методами исследования (периметрией, хронометрией, исследованием зрительных вызванных потенциалов, исследований электрической чувствительности и лабильности зрительного нерва) и молекулярное генетическое исследование, которое является основным методом в постановке диагноза. А также позволит своевременно выставить верный диагноз, избежать излишних назначений лекарственных средств, своевременно провести медико-генетическое консультирование и назначить патогенетически обоснованное лечение [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезнь Лебера, клиническое наблюдение [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezni-lebera-klinicheskoe-nablyudenie>. — Дата доступа: 22.02.2019.
2. Руководство по клинической офтальмологии / под ред. академика РАН, профессора А. Ф. Бровкиной и профессора Ю. С. Астахова. — 2014. — 960 с.
3. Редкие болезни / Энциклопедия заболеваний / Атрофия зрительных нервов Лебера [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа. — <http://www.rare-diseases.ru/rare-diseases/encyclopediadiseases/125-2010-07-03-18-31-09>.

УДК 617.7-007.681+617.753.2]:615.216.84

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЭМОКСИПИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ПРИ МИОПИИ

Сковородко В. А., Макаров А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. В. Конопляник*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

С учетом изученных к настоящему времени этиопатогенетических факторов, глаукома представляет собой мультифакторное нейродегенеративное заболевание, характеризующееся прогрессирующей оптиконейропатией, патологическими изменениями полей зрения и гибелью ганглиозных клеток сетчатки (Е. А. Егоров с соавт., 2014). Единственной стратегией лечения глаукомы с доказанной эффективностью в настоящее время является снижение внутриглазного давления (ВГД) [1], однако снижение ВГД в ряде случаев не служит гарантией стабилизации зрительных функций, что было подтверждено рядом крупных многоцентровых исследований [2]. В связи с этим продолжается поиск препаратов, обладающих защитным действием на нервную ткань, а также улучшающих глазной кровоток. Нейропротекторные свойства описаны у целого ряда антиглаукомных препаратов. В частности, аналоги простагландинов, обладают указанными свойствами в первую очередь, за счет выраженного гипотензивного эффекта, кроме того, отмечено их антиапоптотическое действие [3]. Отдельные исследования указывают на улучшение аналогами простагландинов кровотока в головке зрительного нерва [4]. Согласно Руководству по вопросам глаукомы Европейского глаукомного общества, до сегодняшнего дня ни один препарат не показал уровня эффек-

тивности, достаточного для применения в качестве нейропротектора при лечении глаукомы [2]. Одним из препаратов с нейропротекторными свойствами, рекомендованным Национальным руководством по диагностике и лечению глаукомы в Республике Беларусь для лечения пациентов с глаукомой, является эмоксипин [5].

Цель

Изучить нейропротекторные свойства эмоксипина у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой при миопии.

Материал и методы исследования

Нами были изучены амбулаторные карты и консультативные заключения 42 пациентов (78 глаз), находившихся под наблюдением на курсе офтальмологии УО «Гомельский государственный медицинский университет» за 2012–2016 гг., у которых при поступлении была впервые диагностирована первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ). Для обследования были отобраны пациенты с I стадией глаукомного процесса и средней степенью миопии. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование. Статистический анализ был проведен для показателей некоррированной остроты зрения (НКОЗ), ВГД, а также показателей стандартной автоматизированной периметрии MD (характеризует общую светочувствительность сетчатки) и PSD (характеризует наличие локальных дефектов в поле зрения), полученных на периметре Humphrey (Carl Zeiss Meditec) по программе порогового теста 30 — 2 с использованием алгоритма SITA-Standard. Всем пациентам после установления диагноза была назначена местная гипотензивная терапия аналогом простагландинов F 2 α (Тафлупрост 0,0015 % — по 1 капле 1 раз в день вечером). Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и величине рефракции. Пациенты группы 1 получали только гипотензивное лечение. Пациентам группы 2 дополнительно назначался эмоксипин 3 % по 5 мл № 10 внутривенно курсами 2 раза в год. Результаты лечения оценивались при первичном обращении, через 1, 6 и 12 месяцев наблюдения. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ («Statistica» 13.0, StatSoft, USA). Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов группы 1 рефракция составила $-4,0 [-3,5; -5,0]$ D, ВГД — 27 [24; 30] мм рт.ст., в группе 2 — соответственно $-4,15 [-3,5; -5,25]$ D и 27,4 [24,3; 29,9] мм рт. ст. Через 1 месяц после начала лечения ВГД в группе 1 снизилось на 5 мм рт. ст. (18,52 %), в группе 2 — на 5,2 мм рт. ст. (18,98 %). Через 6 месяцев и 1 год ВГД оставалось стабильным в обеих группах, статистически значимых различий по уровню ВГД между группами обнаружено не было ($p > 0,05$).

Величины НКОЗ и показатели периметрии MD и PSD у пациентов исследуемых групп представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 — Величина НКОЗ у пациентов исследуемых групп при обращении, через 1, 6 и 12 месяцев наблюдения

Группа	НКОЗ			
	При обращении	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
1	0,1 [0,08; 0,18]	0,12 [0,09; 0,2]	0,12 [0,09; 0,2]	0,11 [0,08; 0,2]
2	0,1 [0,06; 0,2]	0,12 [0,07; 0,21]	0,12 [0,07; 0,21]	0,12 [0,07; 0,2]

Таблица 2 — Показатели стандартной автоматизированной периметрии MD и PSD при обращении, через 1 и 12 месяцев наблюдения

Группа	MD, dB			PSD, dB		
	при обращении	через 1 месяц	через 12 месяцев	при обращении	через 1 месяц	через 12 месяцев
1	-3,04 [-4,49; -0,92]	-2,89 [-4,07; -0,64]	-2,92 [-4,1; -0,72]	2,19 [1,63; 2,8]	2,15 [1,57; 2,6]	2,17 [1,63; 2,65]
2	-3,1 [-4,5; -1,01]	-2,9 [-4,1; -0,7]	-2,93 [-4,22; -0,8]	2,22 [1,7; 2,87]	2,18 [1,6; 2,7]	2,19 [1,64; 2,71]

Через 1 месяц после начала лечения как в группе 1, так и в группе 2 отмечалось повышение НКОЗ и показателей светочувствительности сетчатки. Через 6 месяцев и 1 год данные показатели оставались стабильными в обеих группах и не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Выводы

1. Величина снижения ВГД через 1 месяц применения препарата тафлупрост 0,0015 % в группе 1 составила 5 мм рт. ст. (18,52 %), в группе 2 — 5,2 мм рт. ст. (18,98 %), ($p < 0,05$).

2. Через 1 месяц после начала лечения НКОЗ, а также показатели компьютерной периметрии незначимо улучшились в обеих группах ($p > 0,05$), что может быть объяснено снижением ВГД и восстановлением функции обратимо измененных ганглиозных клеток сетчатки.

3. Статистически значимых различий по уровню ВГД, НКОЗ и показателям компьютерной периметрии через 1, 6 и 12 месяцев лечения между исследованными группами пациентов обнаружено не было, что указывает на отсутствие заметного влияния препарата эмоксипин 3 % на функциональное состояние глаза в проведенном исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Interim clinical outcomes in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study comparing initial treatment randomized to medications or surgery / P. R. Lichter [et al.] // *Ophthalmology*. — 2001. — Vol. 108 (11). — P. 1943–1953.
2. EGS Terminology and Guidelines for Glaucoma (3rd Edition). — Italy, DOGMA, 2008. — 184 p.
3. Latanoprost rescues retinal neuro-glial cells from apoptosis by inhibiting caspase-3, which is mediated by p44/p42 mitogen-activated protein kinase / Y. Nakanishi [et al.] // *Exp. Eye Res.* — 2006. — Vol. 83. — P. 1108–1117.
4. Effect of latanoprost on choroidal blood flow regulation in healthy subjects / A. Boltz [et al.] // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* — 2011. — Vol. 52. — P. 4410–4415.
5. Руководство по диагностике и лечению глаукомы в Республике Беларусь / Республиканское общество офтальмологов Республики Беларусь; редкол.: Л. Н. Марченко [и др.]. — Минск, 2011. — 183 с.

УДК 617.735-007.281-089

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Стальмашко Т. С., Козловский Д. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л. Н. Марченко

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Отслойка сетчатки (ОС) — это патология, при которой происходит отделение сетчатой оболочки глаза от сосудистой и скопление между ними жидкости. Распространенность заболевания в мире составляет примерно 1 на 10 тыс. человек (около 9 % всех причин инвалидности по зрению), из них 84 % — это люди трудоспособного возраста. В Республике Беларусь ежегодно около 2 тысяч человек становятся инвалидами по зрению. Подавляющее большинство всех случаев нарушений зрения предотвратимы и благополучно поддаются коррекции. Следовательно, актуальность ранней диагностики и рационального лечения отслойки сетчатки не вызывает сомнений.

Регматогенная ОС (с разрывом) требует хирургического лечения, которое заключается в блокировании обнаруженных нарушений целостности ретинальной ткани. Этой цели можно достигнуть, используя два вида вмешательств: экстрасклеральную или интравитреальную операции. Достижения современной офтальмологии постепенно

смещают выбор хирургов в пользу применения внутриглазных вмешательств при первичной отслойке сетчатки. Это связано с меньшим числом интраоперационных осложнений. Однако до сих пор существуют разногласия в тактике оперативного лечения при одноклассных проявлениях ОС.

Цель

Установить частоту проведения интравитреальных и экстрасклеральных операций при первичной регматогенной отслойке сетчатки, определить критерии выбора вариантов хирургического лечения.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 257 глаз, прооперированных в отделениях микрохирургии УЗ 3 ГКБ им. Е. Клумова в период с 1 января 2014 по 31 декабря 2017 г. Среди 257 проанализированных случаев 136 (52,9 %) составили мужчины и 121 (47,1 %) — женщины. Средний возраст пациентов равнялся $60 \pm 0,9$ года.

В 2014 г. был прооперирован 31 пациент, в 2015 г. — 58, в 2016 г. — 66 и в 2017 г. — 102 пациента с первичной регматогенной ОС. Все они были разделены на 2 группы в зависимости от предпринятого варианта хирургического лечения: экстрасклеральная (1 группа) и интравитреальная (2 группа) операция. Проведена статистическая обработка результатов в «Excel» и «IBM SPSS Statistics» 23.0. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Экстрасклеральная хирургия была выполнена у 166 (64,6 %) пациентов, интравитреальная — у 91 (35,4 %) пациента ($X^2 = 17,053$; $p = 0,0036$).

Основная часть всех обследованных пациентов (62,3 % или 160 лиц) находилась в возрастном диапазоне 54–72 года (1947–1964 годы рождения). Возраст является одним из основных факторов риска, предрасполагающих к регматогенной ОС. К другим общепризнанным факторам относятся миопия, афакия, артификация, травмы.

В 2014 г. частота проведения экстрасклеральных операций составила 61,3 %, интравитреальных — 38,7 %. В 2015 г. наблюдались схожие статистические данные: 1-я группа — 65,5 %, 2-я — 34,5 %. В 2016 г. экстрасклеральное воздействие было выполнено у 60,6 % пациентов, а интравитреальная операция — у 39,4 %, в 2017 г. значительно увеличилось число самих пациентов, но тактика лечения существенно не изменилась: процент пациентов, которые перенесли внеглазную операцию составил 68,6 %, закрытую витректомию — 31,4 %. Результаты представлены на рисунке 1.

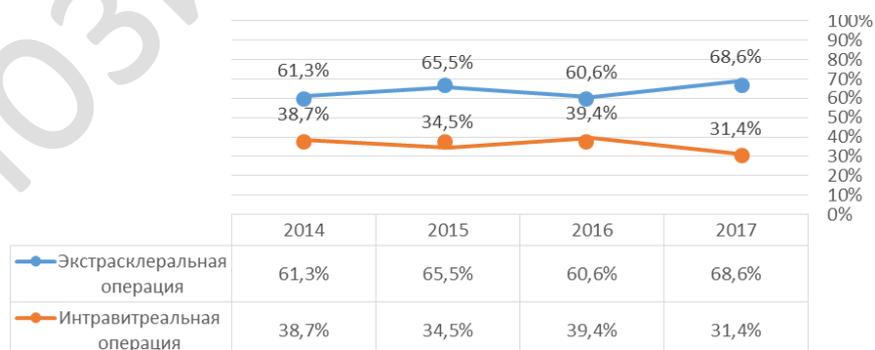


Рисунок 1 — Частота экстрасклеральных и витреоретинальных операций в 2014–2017 гг.

Выводы

1. В хирургии первичной регматогенной ОС в УЗ 3 ГКБ г. Минска доминируют экстрасклеральные воздействия (64,6 %), что, согласно критериям выбора оперативного вмешательства, свидетельствует о том, что преобладающее число пациентов обращает-

ся в ранний период развития заболевания, у них диагностируются единичные разрывы и выполнение операции пломбирования не влечет за собой клинических проявлений витреоретинальных пролиферативных процессов и снижает риск формирования тракций стекловидного тела.

2. Первичная регматогенная ОС чаще возникает у лиц трудоспособного возраста в возрастном диапазоне от 50 до 70 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. E. Incidence of rhegmatogenous retinal detachments after intravitreal antivascular endothelial factor injections. / С. Н. Meyer [et al.] // Acta Ophthalmol. — 2011. — № 89 (1). — С. 70–75.

2. Van de Put, M. A. Dutch Rhegmatogenous Retinal Detachment Study Group. The incidence of rhegmatogenous retinal detachment in the Netherlands / M. A. Van de Put, J. M. Hooymans, L. I. Los // Ophthalmol. — 2013. — № 120 (3). — С. 616–622.

3. Худяков, А. Ю. К вопросу о применении витрэктомии в лечении неосложненной регматогенной отслойки сетчатки [Электронный ресурс] / А. Ю. Худяков, А. В. Жигулин // Хабаровский филиал НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава РФ, 2010. — Режим доступа: <http://www.eyepress.ru/article.aspx?7348>. — Дата доступа: 26.01.2019.

УДК 617.736

МАКУЛЯРНОЕ ОТВЕРСТИЕ

Сулима Я. А., Макоед Л. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Далидович

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Макула является центральной частью сетчатки глаза. Она обеспечивает четкое, центральное зрение, необходимое для чтения, вождения и просмотра мелких деталей. Формирование макулярного отверстия приводит к появлению серых пятен, размытого и искаженного центрального зрения. Основными причинами его формирования являются возрастные изменения стекловидного тела, травмы, близорукость, отслоение сетчатки. Наиболее частой причиной являются возрастные дегенерации стекловидного тела, его сокращения и отслоение от сетчатки. Подобные сокращения и приводят к формированию отверстия в макуле.

Существует три стадии развития макулярного отверстия. На зрение влияет размер макулярного отверстия и его расположения на сетчатке. При развитии макулярного отверстия третьей стадии, центральное зрение может быть потеряно. Если макулярное отверстие сформировалось на одном глазу, то риск развития его на втором составит от 5 до 15%. По статистике, макулярное отверстие формируется у людей старше 60 лет и чаще встречается у женщин, чем у мужчин [1, 2].

Цель

Изучить макулярное отверстие как патологию сетчатки глаза и выяснить основные методы обследования и лечения пациентов с данной патологией.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов диагностических исследований и лечения пациентов, находившихся на лечении в отделении лазерной микрохирургии УЗ «3 ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска в период с января 2015 г. по январь 2019 г. Всем обследованным пациентам было проведено исследование сетчатки глаза оптическим когерентным томографом Stratus OCT. За указанный период всего было обследовано 50 пациентов. Результаты их обследований и лечения проанализированы с помощью программы «Microsoft Office Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Из 50 обследованных пациентов, 86 % составили женщины и всего 14 % — мужчины. Возраст пациентов находился в пределах от 53 до 80 лет. Средний возраст пациентов — $66 \pm 1,3$ года. От размера отверстия и наличия сопутствующих патологий зависит дальнейшая тактика ведения пациентов (рисунок 1а, б).

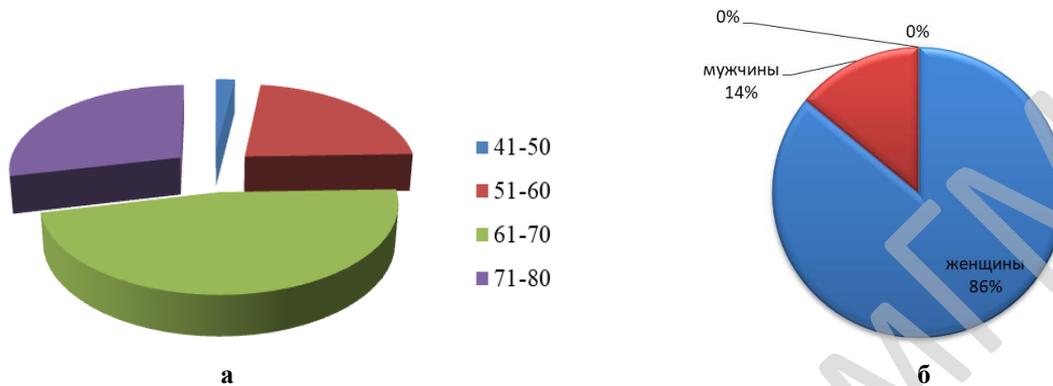


Рисунок 1 — Распределение пациентов: а — по возрасту; б — по полу

Размер отверстия в целом составил 350 ± 190 мкм. Хирургическое лечение проводилось с целью улучшения зрения. Основным хирургическим методом лечения было проведение витрэктомии. После извлечения стекловидного тела производилась его замена раствором или воздухом. Операция успешна в 90 % случаев у людей, имевших данное заболевание менее 6 месяцев, и в 60 % случаев у людей, у которых данное заболевание наблюдалось уже больше года.

Выводы

Таким образом, результаты оперативного лечения коррелируют с длительностью заболевания макулярного отверстия и его размерами. Для решения вопроса о перспективности оперативного вмешательства необходимо проведение оптической когерентной томографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Preoperative prognostic factors for macular hole surgery: Which is better? / E. Unsal [et al.] // *Oman J Ophthalmol.* — 2017. — Vol. 247. — P. 20–24.
2. Current Management of Macular Hole / R. Narayanan [et al.] // *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina.* — 2018. — Vol. 112. — P. 61–68.
3. *Chen, M.* Impact of automated OCT in a high-volume eye urgent care setting / M. Chen // *BMJ Open Ophthalmol.* — 2018. — Vol. 20. — P. 4–6.

УДК 617.753.29-089.884

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Суравьёва А. В., Парасевич М. Г.

Научные руководители: к.м.н., доцент *Л. В. Дравица.*, ассистент *О. В. Ларионова*

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

Введение

В настоящее время аномалии рефракции и, в первую очередь, близорукость, занимают одно из ведущих мест среди заболеваний органа зрения. В офтальмологической практике применяют очковую, контактную и хирургическую (радиальная кератотомия,

фоторефракционная хирургия роговицы и др.) коррекцию близорукости. При этом с клинической точки зрения основной целью коррекции всегда является достижение оптимальной остроты зрения, позволяющей пациенту успешно выполнять повседневную зрительную работу.

Одним из методов выбора хирургической коррекции миопии высокой степени признается имплантация интраокулярных линз (ИОЛ), которая является эффективной и безопасной операцией с низким процентом интра и послеоперационных осложнений, а также позволяет быстро реабилитировать пациентов и сократить время их нетрудоспособности. По данным статистики, среди пациентов, обращающихся по поводу катаракты, ее сочетание с близорукостью встречается в 10–25 % случаев [1].

Формирование катаракты в миопическом глазу происходит в среднем на 10 лет раньше, а ее хирургическое лечение сопряжено с повышенным в 1,5–2 раза риском осложнений. Истончение, растянутость оболочек глаза и связочного аппарата хрусталика, деструкция и разжижение стекловидного тела, а также нарушение гемо- и гидродинамики характеризуют глаз при миопии [2].

Цель

Анализ результатов интраокулярной коррекции миопии высокой степени.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 132 пациентов (132 глаз) с диагнозом незрелая осложненная катаракта с миопией высокой степени, в возрасте от 17 до 87 года (средний возраст $62,4 \pm 11,3$ года), находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНЦРМ и ЭЧ». Средняя продолжительность лечения составила $4,1 \pm 1,8$ дня.

Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Вилкоксона, t-test для независимых выборок. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При поступлении средние значения некорректированной остроты зрения составили $0,04 \pm 0,04$, средняя скорректированная острота зрения — $0,2 \pm 0,25$ ($p < 0,05$).

Клиническая картина течения катарактального процесса у пациентов осложнялась наличием: миопической стафиломы — 43 (32,6 %) пациента, миопического конуса — 13 (9,9 %) пациентов, периферической дегенерации сетчатки — 24 (18,2 %) пациента, псевдоэкзофалиативного синдрома (ПЭС) — 12 (9,1 %) человек, макулопатии — 10 (7,6 %) пациентов, первичной открытоугольной глаукомы — 9 (6,8 %) человек, ретиношизисом — 6 (4,5 %) человек, возрастной макулярной дегенерацией — 4 (3 %) человека, макулярным разрывом — 2 (1,5 %) человека.

Средние значения оптической силы имплантируемой линзы у пациентов составили — $11,5 \pm 4,7$ Д.

После хирургического лечения катаракты средние значения некорректированной остроты зрения составили $0,3 \pm 0,3$, средняя скорректированная острота зрения — $0,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Низкую некорректированную и скорректированную остроту зрения, можно объяснить наличием у пациентов морфометрических изменений структур глаза.

В послеоперационном периоде лишь у 6 пациентов (6 глаз, 4,5 %) в раннем послеоперационном периоде отмечался отек роговицы и легкая складчатость десцеметовой мембраны.

Стабильное положение ИОЛ и нормальные цифры внутриглазного давления отмечались у всех пациентов.

Выводы

У всех пациентов в результате проведенного хирургического лечения катаракты получено достоверное улучшение некоррегированной остроты зрения на 0,3 ($p < 0,05$) и коррегированной остроты зрения на 0,2 ($p < 0,05$).

Факоэмульсификация катаракты позволила быстро реабилитировать пациентов и сократить время их нетрудоспособности до $4,1 \pm 1,8$ дней.

Применение технологии малых разрезов в экстракции хрусталиков у пациентов с миопией высокой степени является эффективной и безопасной операцией при низком проценте послеоперационных осложнений (6 глаз — 4,5 %) в раннем периоде наблюдения.

Способ интраокулярной коррекции миопии высокой степени является оптимальным для достижения анатомического и функционального результата, а также для повышения «качества зрительной жизни» пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ceschi, G. P.* Clear lens extraction (CLE) for correction of high grade myopia / G. P. Ceschi, L. G. Artaria // *Klin Monatsbl Augenheilkd.* — 1998. — № 212. — P. 280–282.

2. *Мамиконян, В. Р.* Факоэмульсификация катаракты у пациентов с высокой степенью миопии / В. Р. Мамиконян, Ю. Н. Юсеф // *Вестник офтальмологии.* — 2004. — № 6. — С. 3–5.

УДК 617.735-002-02:616.633.66+617.753]:617-089

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ РЕЦИДИВОВ ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ

Фокин А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние десятилетия сахарный диабет (СД) является одной из важнейших медико-социальных проблем, в связи с высокой инвалидизацией и летальностью. Согласно данным Международной федерации диабета (IDF), в настоящее время в мире зарегистрировано 425 млн человек, которые болеют СД. К 2040 г. прогнозируется рост числа людей больных диабетом до 642 млн чел [1]. Увеличение количества больных СД, а также успех в лечении, приведший к повышению продолжительности жизни пациентов, послужили причиной роста числа поздних осложнений. К числу наиболее тяжелых из них относится диабетическая ретинопатия (ДР), которая является одной из ведущих причин слепоты среди трудоспособного населения развитых стран [2]. Мета-анализы масштабных исследований показывают, что 1 из 3 (34,6 %) больных СД будут иметь ДР, и приблизительно одна треть из них (или 10 % из всех больных СД) будут иметь угрожающую зрению ДР, которая потребует лечение. В 2010 г. из числа общего количества пациентов с СД, более чем 92 млн имели ДР [3]. В то же время, проведено достаточно мало исследований касающихся особенностей ДР у пациентов с различными видами рефракции, в частности при миопии. Если учесть анатомические особенности миопического глаза, можно предположить наличие ряда особенностей, а также специфику клинического течения заболевания [4].

Цель

Оценить зависимость частоты повторных витреоретинальных хирургических операций по поводу диабетической ретинопатии от вида рефракции.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ операционных журналов за 2016–2018 гг. и в последующем амбулаторных карт пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» с диагнозом ДР, которым было проведено микрохирургическое вмешательство на стекловидном теле и сетчатке глаза с применением эндолазеркоагуляции, закрытая витрэктомия с применением по показаниям тампонирующих веществ (перфторорганическое соединение, силиконовое масло). Исследуемую группу составили 118 пациентов (129 глаз) с СД и различными стадиями диабетической ретинопатии (ДРП) в сочетании с разными видами клинической рефракции. Офтальмологическое обследование включало визометрию, тонометрию, биомикроскопию, ультразвуковое В-сканирование. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакетов прикладных программ «Statistica» 10.0 и «Microsoft Office Excel 2010»

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняли участие 118 пациентов (129 глаз), среди которых было 48 (40,68 %) мужчин и 70 (59,32 %) женщин. По структуре типа диабета 26 пациентов (33 глаза) были с диагнозом СД 1 типа, 92 пациента (96 глаз) с СД 2 типа. Возраст пациентов колебался от 25 до 73 лет. Средний возраст составил $53 \pm 13,4$ года. Давность заболевания варьировала от 8 до 34 лет. Был проведен анализ структуры оперированных пациентов с разными видами рефракции. Результаты представлены на рисунке 1.

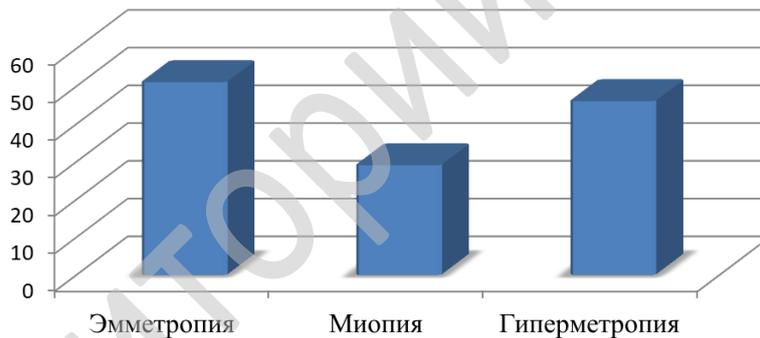


Рисунок 1 — Структура оперированных глаз по виду рефракции

По полученным данным 52 глаза (40,31 %) имел эмметропическую рефракцию, 30 глаз (23,26 %) миопическую и 47 глаз (36,43 %) гиперметропическую. Анализ частоты рецидивов требующих повторных витреоретинальных операций за последние 3 года показал, что рецидивы наблюдались в 9 глазах с эмметропией (17,31 %), 4 глазах с миопией (13,3 %), 15 глазах с гиперметропией (31,91 %). Коэффициент корреляции Спирмена (ρ) для исследуемых признаков равен 0,5. Связь между исследуемыми признаками — прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока — заметная. Зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, полученные данные показывают, что у пациентов с миопической рефракцией реже случаются рецидивы, требующие повторной витреоретинальной хирургии, что подтверждает литературные данные о защитных свойствах миопии в отношении тяжести течения ДРП. В то же время наблюдается достаточно высокий процент рецидивов у пациентов, имеющих гиперметропическую рефракцию, что требует дальнейшего изучения патофизиологических аспектов комбинации данного вида рефракции с ДРП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diabetes: facts and figures // International Diabetes Foundation [Electronic resource]. — 2018. — Mode of access: <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>. — Date of access: 02.03.2019.
2. *Миленская, Т. М.* Диагностика диабетической ретинопатии / Т. М. Миленская // Новое в офтальмологии. — 2004. — № 2. — С. 50–51.
3. *Leasher, J. L.* Global estimates on the number of people blind or visually impaired by diabetic retinopathy: a meta-analysis from 1990 to 2010 / J. L. Leasher, R. R. Bourne, S. R. Flaxman // Diabetes Care. — 2016. — Vol. 1. — P. 1643–1649.
4. *Марголис, М. Г.* Диабетическая ретинопатия и рефракция / М. Г. Марголис, Т. Я. Ровенская // Офтальмологический журнал. — 1975. — № 8. — С. 596–598.

УДК 617.7-001.31-053.2(476.2)

**АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТУПЫХ ТРАВМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА
У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Харитоненко К. А., Деркач Е. В., Фей Е. В.

Научный руководитель: ассистент Альхадж Хусейн Анас

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

Введение

Травма органа зрения до настоящего времени остается одной из важнейших проблем офтальмологии, приводящих к слепоте и инвалидности по зрению в различных возрастных категориях. В общей структуре глазного травматизма доля детской травмы составляет 10–20 % [1]. Наиболее часто встречаются травмы придаточного аппарата глаза и контузии глазного яблока, составляющие в структуре повреждений 30–35 % и 30–40 % случаев соответственно [2]. Удельный вес детей с травмами глаза среди стационарных пациентов детских глазных отделений по данным литературы составляет от 27,3 до 86,7 % [3]. Травма глаза может стать причиной выраженного косметического дефекта и ограничить будущий профессиональный выбор ребенка [4].

Цель

Анализ частоты встречаемости и причин тупых травм глазного яблока у детей в Гомельской области за период 2016–2018 гг. по данным кабинета экстренной офтальмологической помощи и детского офтальмологического отделения № 3 УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница».

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ данных журналов кабинета экстренной офтальмологической помощи и 5150 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за период 2016–2018 гг. Всего за данный период времени в экстренный кабинет обратилось 1507 детей с различными травмами глаза. Из них 117 (7,7 %) человек госпитализированы для стационарного лечения. Диагноз тупая травма глазного яблока выставлен у 26 (22,2 %) человек.

При обследовании больных применяли следующие методы: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия и ультразвуковое исследование глаз.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования из 26 детей с тупыми травмами глазного яблока на стационарном лечении находилось 21 (80,7 %) мальчиков и 5 (19,3 %) девочек. Больше число больных были младшего школьного возраста (7–12 лет) — 15 (57,6 %) и

старшего школьного возраста (12–18 лет) — 7 (26,9 %), реже — дети дошкольного возраста — 4 (15,3 %). Средний возраст составил 9,5 лет.

Контузии в 16 (61,5 %) случаях встречались у городских жителей и 10 (38,5 %) — у сельских.

Из изученных историй болезни 2 (7,6 %) человека с контузией легкой степени тяжести, 19 (73 %) человек — со средней степенью тяжести, 5 (19,2 %) человека — с тяжелой степенью.

Рассматривая сезонность контузий, можно сделать вывод, что наиболее часто контузии глаз встречались летом в июне 13 (50 %) и весной в мае 6 (23 %), наиболее редко зимой — 2 (7,6 %).

Чаще дети получали травмы на улице — 20 (76,9 %) случаев, в собственной квартире — 4 (15,3 %) случаев, реже в школе — 2 (7,6 %) случаев.

С большей частотой дети получали травмы органа зрения в результате ударов палкой — 4 (15,3 %), мячом — 3 (11,5 %), пальцем — 3 (11,5 %), камнем — 2 (7,69 %), пулей игрушечного пистолета — 2 (7,69 %), неизвестным предметом — 3 (11,5 %), при падении — 2 (7,69 %). Единичные случаи тупой травмы глаза щепкой, подтяжками, снежком, грецким орехом, игрушечным самолетиком, виноградом, линейкой — 1 (3,8 %).

В преобладающем большинстве дети с контузией глазного яблока госпитализировались в первые сутки — 19 (73 %) детей, на вторые сутки после травмы — 4 (15,3 %) детей, на третьи сутки и позже — 3 (11,5 %) детей.

У пациентов с контузией глазного яблока легкой степени диагностировано: берлинское помутнение сетчатки (1 случай), посттравматический конъюнктивит (1 случай), посттравматическая диплопия (1 случай). При этом острота зрения при поступлении и при выписке оставалась неизменной (от 0,8 до 1,0).

При контузии средней степени тяжести выявлены: гифема (13 случаев), гемофтальм (9 случаев), эрозия роговицы (5 случая), непроницающие раны роговицы (4 случая), посттравматический кератит (3 случая), иридодиализ (4 случая), контузия сетчатки (2 случая), деформация зрачка (8 случаев), посттравматический конъюнктивит (1 случай), посттравматическая катаракта (2 случая). В 5 случаях контузия сочеталась с ранениями век и конъюнктивы, в 4 случаях с гематомой век. При поступлении острота зрения была снижена у 18 пациентов: 1 случай до неправильной светопроекции; 4 случая — до правильной светопроекции, 4 случая — до 0,1, 3 случая — до 0,16, 1 случай — до 0,5, 1 случай — до 0,7, 1 случай — до 0,8, 2 случая — до 0,9. После проведенного лечения острота зрения восстановилась у 5 детей до 1,0, у 6 — до 0,85–0,95, у 3 — до 0,4–0,5; у 4 — до 0,2–0,3.

Контузии глазного яблока тяжелой степени характеризовались следующими изменениями: субтотальный гемофтальм (4 случая), отслойка сетчатки с отрывом от зубчатой линии (1 случай), разрыв склеры (1 случай), иридодиализ (1 случай), деформация зрачка (1 случая), посттравматический конъюнктивит (1 случай), которые сопровождались ранениями придаточного аппарата глаза (в 2 случаях), гематомой век (в 1 случае), гифемой (в 5 случаях). При поступлении острота зрения у 2 детей — неправильная светопроекция; 1 случай — 0,01; 1 случай — 0,15, 1 случай — 0,4. Несмотря на лечение у 4 детей с контузией тяжелой степени острота зрения осталась как при поступлении. У 1 пациентки острота зрения была восстановлена до 1,0.

Выводы

По данным проведенного исследования контузия глазного яблока составляет 22,2 % в общей структуре травматизма.

Контузия глазного яблока в 4,2 раза чаще встречались у мальчиков, причем у 57,6 % детей младшего школьного возраста.

Наиболее частотой причиной тупой травмы являлись удары палкой — 15,3 %, мячом — 11,5 %, пальцем — 11,5 %. Преобладали тупые травмы средней степени тяжести — 61,5 %.

Отмечена ранняя обращаемость за медицинской помощью и оказание стационарного лечения в первые сутки (73 %) после травмы, что способствовало более благоприятным исходам контузионных травм глаза у детей.

Степень снижения остроты зрения при контузии средней и тяжелой степени была более значительна, в отличие от контузии легкой степени и частично восстанавливалась после проведенного лечения.

При анализе сезонности контузий глазного яблока выявлено преобладание травм преимущественно в период каникул.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Тейлор, Д.* Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт; пер. с англ. А. В. Овчинникова. — М.: БИНОМ, 2007. — 248 с.

2. *Пятышина, О. В.* Структура и динамика ургентной детской заболеваемости органа зрения в Хабаровском крае. Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе: сб. науч. работ / О. В. Пятышина, Е. Л. Сорокин. — Хабаровск, 2012. — № 24. — С. 22–28.

3. *Аксенова, С. В.* Состояние органа зрения после контузий глазного яблока у детей в Республике Мордовия / С. В. Аксенова, М. П. Куликова, К. А. Тремасова // Огарёв-Online. — 2016. — № 15 (80). — С. 8.

УДК 617.7 (476.6)

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГРОДНЕНСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Чембрович В. В.

Научный руководитель: ассистент А. И. Онощенко

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

По данным литературы менее чем через 10 лет число незрячих жителей Земли составит 75 млн человек, таковы данные Всемирной организации Здравоохранения. Каждые пять секунд в мире слепнет один взрослый человек, каждую минуту ребенок. Ученые связывают увеличение числа слепых и слабовидящих людей с возрастающими нагрузками на зрение, прежде всего за счет распространения разнообразных гаджетов и технических новинок. Люди подвергаются их воздействию с детства, а заболевания глаз обычно зарождаются именно в раннем возрасте [1].

В настоящее время на нашей планете около 1,4 млн детей являются необратимо слепыми. Система обучения и воспитания слепых и слабовидящих является неотъемлемой частью общеобразовательного процесса в стране [2]. В Республике Беларусь обучение слепых и слабовидящих детей осуществляется в специализированных школах, где для детей создаются специальные условия для проживания, лечения, обучения и приобретения будущих профессий [3].

Цель

Нами проанализированы причины слепоты и слабовидения учащихся специализированной школы интерната в г. Гродно.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт учащихся этой школы.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время в школе обучается 68 человек. Возрастной состав от 3 до 18 лет, девочек — 34, мальчиков — 34. Среди них:

- инвалидами по зрению являются 41 (60 %) ученик;
- тотально слепыми (острота зрения 0 — свето-ощущение) являются 9 (13 %) человек;
- частично зрячими (острота зрения 0,005–0,04) — 8 (12 %) человек;
- глубокое слабовидение (острота зрения 0,05–0,08) отмечено у 13 (19 %) учеников;
- слабовидение (0,09–0,3) — у 38 (56 %) учеников.

Из 68 учащихся врожденная патология органа зрения наблюдалась у 42 (61 %) человек. Среди них, аномалии развития: микрофтальм, гипоплазия зрительного нерва составили 7 (17 %) человек, врожденная катаракта — 9 (21 %), глаукома — 3 (7 %) случая, дистрофия сетчатки — 6 (14 %) случаев, аномалии рефракции — 17 (41 %). С приобретенной патологией органа зрения — 21 (31 %) учащийся; среди них атрофия зрительного нерва отмечена у 17 (81 %) учеников.

Группа тотально слепых составляет 9 учеников, среди которых 6 человек с ретинопатией недоношенных, в которой 5 девочек и 1 мальчик. Несмотря на малое количество детей с этой патологией, именно эти дети составляют группу тотально слепых.

Выводы.

1. По нашим данным ведущее положение среди причин слепоты и слабовидения принадлежит врожденной патологии органа зрения.

2. Профилактические мероприятия этой патологии должны быть направлены на своевременное и эффективное устранение инфекционных заболеваний женщины в период беременности, а также исключение воздействия химических, токсических и лучевых факторов и бытовых ядов (курение, алкоголь) на их организм.

3. Офтальмологическая помощь слепым и слабовидящим детям в современных условиях должна оказываться в соответствии с научными современными данными и закрепляться нормативными актами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международный день слепых. К 2020 году на Земле будет 75 миллионов незрячих людей: [Электронный ресурс] / Аргументы и факты. AIF.RU. — Режим доступа: www.aif.ru/life/37895.
2. Всемирный день зрения: [Электронный ресурс] / РИА Новости. — Режим доступа: <https://ria.ru/20161013/1478940323.html>.
3. Горчакова, Н. Ю. Ретинопатия недоношенных / Н. Ю. Горчакова // Практическая медицина. — 2012. — № 7–1(63) ноябрь. — С. 31–35.

УДК 617.731-06

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ТОЛОСА — ХАНТА

Шарова А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. В. Конопляник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром Толоса-Ханта (СТХ) — это односторонняя орбитальная или периорбитальная боль, сочетающаяся с парезом одного или нескольких черепно-мозговых нервов (III, IV и (или) VI), гранулематозным воспалением кавернозного синуса, верхнеглазничной щели или орбиты (International Headache Society, 2018). Этиология СТХ

окончательно не установлена. Ведущая роль в патогенезе заболевания отводится аутоиммунным механизмам [1]. Согласно The International Classification of Headache Disorders (2018), диагностические признаки СТХ включают одностороннюю орбитальную или периорбитальную боль, гранулематозное воспаление кавернозного синуса, верхнеглазничной щели или орбиты, выявленное при МРТ или биопсии, парез одного или более черепно-мозговых нервов (III, IV и (или) VI), при постановке диагноза должны быть исключены другие причины, вызывающие сходную клиническую картину (опухоль, сосудистая патология, базальные менингиты, саркоидоз), боль и парез успешно поддаются лечению кортикостероидами [2]. Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов за 2014–2018 гг. указывают на то, что при наличии клинической картины, соответствующей положению патологического очага в области кавернозного синуса или верхнеглазничной щели, от 10 до 60 % пациентов имели нормальную картину МРТ, при этом во всех случаях отмечены четкие временные рамки развития офтальмоплегических симптомов после появления боли, а также успешность лечения кортикостероидами [3, 4]. В связи с этим отмечается, что СТХ может быть выставлен как диагноз исключения — после исключения заболеваний со сходной симптоматикой. Предложены формулировки: «СТХ с нормальной МРТ» [4], «идиопатический СТХ» (Б. Н. Бейн, К. Б. Якушев, 2018).

Цель

Изучить вариант течения СТХ на примере клинического случая.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные анамнеза, результаты клинического обследования и лечения пациента с признаками дисфункции глазодвигательных нервов и болевым синдромом орбитальной и периорбитальной локализации.

Результаты исследования и их обсуждение

Под нашим наблюдением находилась пациентка К., в возрасте 71 года. Жалобы при поступлении: интенсивная боль жгучего характера в области правого глаза, надбровной дуги, виска справа, двоение перед глазами (при взгляде прямо и во все стороны), опущение верхнего века справа, нарушение подвижности правого глаза. Появлению жалоб предшествовала внегоспитальная правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, от которой пациентка проходила лечение в инфекционном стационаре. Через 2 недели после начала пневмонии появилась вышеописанная боль, которая нарастала в течение суток. Через 2 дня после появления боли появились офтальмоплегические жалобы. В инфекционной больнице выставлен диагноз: миастения, глазная форма (?) и назначена консультация невролога и офтальмолога. Пациентка была госпитализирована в неврологическое отделение УО «ГГКБ № 2» г. Гомеля, выставлен диагноз СТХ и назначено лечение кортикостероидами. Офтальмологический статус: острота зрения правого глаза (OD) 0,3 н.к., левого глаза (OS) — 0,2 н.к. Внутриглазное давление по Маклакову: OD/OS = 22/23 мм рт. ст. Поля зрения симметричны, границы поля зрения на белый цвет сужены концентрично на 10–20°. Границы поля зрения на красный и зеленый цвета — в пределах нормы. Правый глаз: опущение верхнего века на 1/2 роговицы, отклонен кнаружи на 2–5°, подвижность ограничена кверху, кверху-кнутри, кнутри, книзу-кнутри, книзу, книзу-кнаружи, кверху-кнаружи (движения глазного яблока ограничены в сторону мышц, иннервируемых глазодвигательным и, возможно, блоковым нервом, возможная локализация патологического процесса — верхне-наружный отдел кавернозного синуса или верхне-внутренний отдел верхнеглазничной щели). Положение и подвижность левого глаза в норме, отмечена легкая ретракция верхнего века. На обоих глазах состояние переднего отрезка в норме. Радужки рельефны, обычного цвета, зрачки округлые, диаметром 3 мм, реакция зрачка на свет сохранена, сим-

метрична на обоих глазах. Хрусталики с начальным помутнением. Картина глазного дна соответствует гипертонической ангиопатии, возрастной макулярной дегенерации. При проведении МРТ головного мозга и орбит изменений в области кавернозного синуса и глазницы не обнаружено. Заключение: признаки сосудистой лейкоэнцефалопатии. Отсутствие гранулематозных изменений на МРТ обусловило необходимость исключения других заболеваний со сходной клинической картиной. Неполная клиническая картина, изменения со стороны глазодвигательных мышц потребовали дифференциальной диагностики с эндокринной офтальмопатией (ЭОП). Диплопия у пациентки (при взгляде во все стороны) характерна для СТХ, в то время как при ЭОП двоение возникает чаще всего при взгляде кверху и кнаружи, при взгляде прямо — нехарактерна и наблюдается только при тяжелом поражении орбит с выраженными интра- и экстраорбитальными проявлениями. Наличие болевого синдрома также ставит под сомнение диагноз ЭОП. К тому же у пациентки отсутствовали такие характерные ранние проявления ЭОП как чувство засоренности глаза, светобоязнь, отек периорбитальной клетчатки, инъекция конъюнктивы, экзофтальм (экзофтальмометрия по Гертелю: 12/14 мм, basis = 89 мм). В анамнезе не отмечено изменения массы тела. УЗИ глазниц показало нормальную толщину экстраокулярных мышц, зрительного нерва, не выявило патологических изменений ретробульбарного пространства. Проведено УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), взят анализ на гормоны ЩЖ, пациентка консультирована эндокринологом — патологических изменений не обнаружено, диагноз ЭОП не подтвержден. Необходимо, однако, помнить, что изменения со стороны ЩЖ могут быть зафиксированы позже. Неврологом исключена миастения и другая неврологическая патология, объемные образования головного мозга, сосудистые мальформации, подтвержден диагноз СТХ. Исследование спинномозговой жидкости не выявило патологических отклонений. Серологические анализы исключили лайм-боррелиоз, цитомегаловирусную и герпетическую инфекцию. Терапевтом, ревматологом исключены саркоидоз, гранулематоз Вегенера. Пациентке назначено лечение метпрезоном по 500 мг в сутки внутривенно, № 5. Боль исчезла в течение 72 часов после начала лечения. Через 2 недели после проведенного лечения птоз уменьшился до 1/3 роговицы, через 1 месяц исчезли диплопия, отклонение глазного яблока кнаружи, началось восстановление функции глазодвигательных мышц.

Выводы

1. Диагноз СТХ выставлен на основании анамнеза, характерной клинической картины, результатов инструментальных исследований, исключения других заболеваний со сходной клинической картиной, а также положительной динамики при лечении кортикостероидами.
2. Возможность отсроченного появления изменений со стороны щитовидной железы создает необходимость дальнейшего наблюдения пациентки эндокринологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jovanovic, M. Mechanical injuries of the eyeball: frequency, structure, and possibility of the prevention / M. Jovanovic // Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. — 2006. — Vol. 134, № 1–2. — P. 11–21.
2. Пономарев, В. В. Синдром Толоса — Ханга: дефиниции, клиника, диагностика, лечение / В. В. Пономарев // Медицинские новости. — 2015. — № 1. — С. 6–9.
2. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // Cephalalgia. — 2018. — Vol. 38(1). — P. 1–211.
3. Tolosa-Hunt syndrome: is it really necessary to show granuloma? — The report on eight cases / Ana Podgorac [et al.] // Vojnosanit. Pregl. — 2017. — Vol. 74(3). — P. 287–293.
4. Probable Tolosa-Hunt syndrome with a normal MRI / M. Abdelghany [et al.] // Cephalalgia. — 2015. — Vol. 35(5). — P. 449–452.

СЕКЦИЯ 20
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»

УДК 616.5 - 006.6 - 076

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ПО ДАННЫМ БИОПСИЙ**

Антипина Е. О.

Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель И. Я. Лагодская

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В мире ежегодно диагностируется более двух миллионов случаев рака кожи и 200 тыс. случаев меланом, которые являются причинами 80 % летальных случаев, связанных со злокачественными новообразованиями кожи (ЗНК). ЗНК занимают одно из лидирующих мест в структуре онкологической заболеваемости мужского и женского населения в Республике Беларусь, Российской Федерации, в США и странах Западной Европы [1, 2]. Так, за последние 20 лет заболеваемость раком кожи в Республике Беларусь увеличилась в 2,5 раза.

Цель

Дать клинико-морфологическую характеристику злокачественных новообразований кожи на основании данных биопсий.

Материал и методы исследования

Материалом исследования стали данные гистологических заключений за 2017 г. из архива УЗ «ГОКПАБ».

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Было проанализировано 436 гистологических заключений со случаями ЗНК. Выявлены 3 основные группы ЗНК, а также их разновидности. Проведена оценка частоты локализации новообразований, а также пола и возраста пациентов, страдающих ЗНК.

Базальноклеточный рак (БКР) встречался в 300 случаях (69 % всех случаев ЗНК), из них солидная базалиома — в 233 наблюдениях (78 % всех случаев БКР); поверхностная базалиома — в 35 (12 %); базалиома без дополнительных уточнений — в 18 (5 %); базально-плоскоклеточный рак (метатипическая карцинома) — в 5 (2 %); пигментный БКР — в 3 (1 %); склеродермоподобная (морфеоподобная) базальноклеточная карцинома — в 3 (1 %); аденоидная базалиома — в 3 (1 %). В 155 (52 %) случаях локализацией БКР была кожа лица, в 47 (16 %) — кожа волосистой части головы, в 46 (15 %) — туловище, в 25 (8 %) — околоушная область и ушная раковина, в 17 (6 %) — конечности, в 10 (3 %) — шея. Среди пациентов с БКР преобладали лица женского пола — 176 (59 %) человек, мужчины — 124 (41 %) человека, пик заболеваемости наблюдался в возрасте 60–80 лет (61 %).

Плоскоклеточный рак (ПКР) регистрировался в 79 случаях (18 % всех случаев ЗНК). ПКР с ороговением выявлялся в 32 наблюдениях (41 % всех случаев ПКР); ПКР без

ороговения — в 28 (35 %); ПКР in situ — в 19 (24 %). В 41 (52 %) случае локализацией ПКР была кожа лица, в 16 (20 %) — кожа туловища, в 11 (14 %) — кожа околоушной области и ушной раковины, в 6 (8 %) — кожа конечностей, в 5 (6 %) — кожа волосистой части головы. ПКР встречался приблизительно с одинаковой частотой у лиц обоего пола: женщины — 39 (49 %) человек, мужчины — 40 (51 %) человек. Большинство пациентов (82 %) составили лица в возрасте 70–90 лет.

Меланома кожи (МК) по частоте встречаемости заняла 3-е место (57 (13 %) случаев) после БКР и ПКР. Нодулярная МК регистрировалась в 38 случаях (67 % всех случаев меланомы), поверхностно-распространяющаяся МК — в 18 (32 %), веретенноклеточная МК — в 1 случае. Преимущественная локализация МК — нижняя конечность (22 (39 %) случая), в 15 (26 %) случаях опухоль локализовалась на коже спины, в 13 (23 %) — на коже верхней конечности, в 7 (12 %) — на коже лица. Большая часть пациентов с МК — женщины (40 (70 %) человек), мужчины — 17 (30 %) человек. Более половины пациентов (58 %) — лица возрастной группы 50–70 лет.

Выводы

1. Из всех ЗНК наиболее часто выявлялся базальноклеточный рак — 300 (69 %) случаев, реже встречался плоскоклеточный рак — 79 (18 %) наблюдений, наименее часто — меланома кожи (МК), в 57 (13 %) случаях.

2. Самой частой локализацией БКР и ПКР была кожа лица — по 52 %, а МК — нижние конечности (39 %).

3. Среди пациентов с БКР преобладали женщины — 59 %, а пик встречаемости опухоли пришелся на возраст 60–80 лет (61 %).

4. ПКР встречался приблизительно с одинаковой частотой у мужчин (51 %) и женщин (49 %); у большинства пациентов (82 %) — в возрасте 70–90 лет.

5. МК чаще поражала женщин (70 %), а возраст большинства пациентов (58 %) составил 50–70 лет.

6. МК выявлялась в более молодом возрасте по сравнению с БКР и ПКР.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гагил-Оглы, Г. А.* Дерматоонкология / Г. А. Гагил-Оглы, В. А. Молочков, Ю. В. Сергеев. — М.: Медицина для всех, 2005. — 872 с.

2. Рак кожи: современное состояние проблемы / Е. А. Шляхтунов [и др.] // Вестник ВГМУ. — 2014. — Т. 13, № 3. — С. 20–26.

УДК 618.14-006.6-0918

ВЗАИМОСВЯЗЬ MELF-ПАТТЕРНА И СТРОМАЛЬНО-СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ТЕЛА МАТКИ

Бильский И. А., Змушко В. А.

Научный руководитель: ассистент Д. А. Зиновкин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

MELF-паттерн (Microcystic, elongated and fragmented pattern — микрожелезистые, удлиненные и фрагментированные структуры) часто наблюдается в зоне поражения эндометрия аденокарциномами. На сегодняшний день MELF-паттерн используется как показатель неблагоприятного исхода заболевания для пациента, однако его истинное прогностическое значение до сих пор не выяснено [1]. Существуют работы, указываю-

щие на особенности экспрессии иммуногистохимических маркеров мезенхимально-эпителиального перехода в эндометриоидных аденокарциномах (ЭА) тела матки [2].

Однако корреляционные взаимосвязи между стромально-сосудистыми реакциями, наблюдающиеся при развитии ЭА тела матки, изучены мало и данные о них противоречивы.

Цель

Оценить взаимосвязь MELF-паттерна и сосудистой инвазии, изучить проявление стромально-сосудистых реакций в перитуморозной зоне ЭА тела матки.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе научно-исследовательской лаборатории УО «Гомельский государственный медицинский университет». Исходным материалом для формирования групп пациенток с ЭА стал анализ данных Белорусского республиканского канцер-регистра. Для проведения патоморфологического и иммуногистохимического исследования использовался архивный материал УЗ «Гродненское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Материалом для исследования стали гистологические блоки 96 случаев ЭА I–III стадии, диагностированных у жительниц Гродненской области в 2008–2010 гг. На основании проведенного анализа выживаемости ЭА все пациентки основной подгруппы были разделены еще на 2 группы: в 1-ю вошли случаи, имевшие неблагоприятный исход (пациентки умершие и имевшие рецидивы в течение 3 лет после установления диагноза ЭА), во 2-ю — случаи с благоприятным исходом (пациентки не имевшие прогрессии заболевания и прожившие более 3 лет с момента установления ЭА). Для статистического анализа использовался тест Манна — Уитни, ROC-анализ и анализ выживаемости (log-rank тест). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием тау Кендалла (τ). Анализ проводился с использованием пакета программ «Statistica» 9.0, «GraphPad Prism» 8.0 и «MedCalc 15.6.1». За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Наличие MELF-паттерна значительно влияет на площадь и количество сосудов в перитуморозной зоне ЭА тела матки ($p < 0,0001$). Согласно результатам исследования, наблюдалась прямая корреляция между наличием MELF-паттерна и площадью сосудов в перитуморозной зоне ЭА тела матки (0,296), а также количеством сосудов в той же области (0,278), ($p < 0,003$). Взаимосвязь была выявлена при помощи анализа Спирмана. Пороговое значение для площади сосудов в перитуморозной зоне клеток составило 4406; количество сосудов — 105,6. Распределение вероятностей для площади и количества сосудов в перитуморозной зоне ЭА тела матки представлены на рисунке 1.

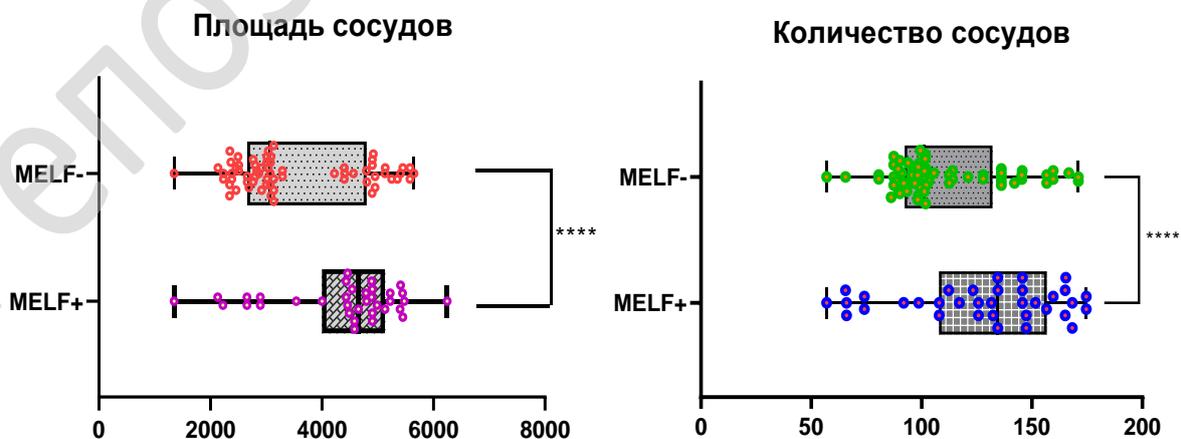


Рисунок 1 — Распределение значений площади и количества сосудов в перитуморозной зоне ЭА тела матки для MELF-положительных и MELF-отрицательных случаев

Выводы

Наличие MELF-паттерна является значимым прогностическим показателем для диагностики эндометриоидных аденокарцином. Определение количества сосудов и их площади может быть использовано как прогностический признак течения ЭА тела матки. Полученные данные позволяют разработать новые методы прогнозирования течения данного заболевания и определить вероятность неблагоприятного исхода после проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clinicopathologic Association and Prognostic Value of Microcystic, Elongated, and Fragmented (MELF) Pattern in Endometrial Endometrioid Carcinoma / A. Kihara [et al.] // Am J Surg Pathol. — 2017. — № 47 (7). — P. 1–10.
2. Tumor-Infiltrated Lymphocytes, Macrophages, and Dendritic Cells in Endometrioid Adenocarcinoma of Corpus Uteri as Potential Prognostic Factors / D. A. Zinovkin, Z. I. Pranjol // International Journal of Gynecological Cancer. — 2016. — № 7. — P. 1207–1212.

УДК 618.3-006.2:611.012.9

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАТОМ У ПЛОДОВ

Бубен А. Д., Фролова А. С.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тератома — опухоль, состоящая из тканей нескольких типов, производных одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль [1].

По современным представлениям, тератома относится к группе герминогенных опухолей [2].

Герминогенные опухоли развиваются из полипотентного (являющегося источником развития любых тканей организма), высокоспециализированного герминогенного эпителия гонад, способного подвергаться соматической и трофобластической дифференцировке и быть гистогенетическим источником разнообразных по строению опухолей [3]. Тератома является одним из наиболее часто встречаемых типов опухоли у плода или ребенка, достигая 40–50 % от всех выявленных новообразований перинатального периода. Распространенность этих опухолей, по некоторым оценкам, составляет от 1:30000 до 1:70000 новорожденных [4].

Цель

Изучить варианты локализации и морфологические особенностей строения тератом у плодов.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили результаты патологоанатомических вскрытий плодов, абортированных по медико-генетическим показаниям в сроке от 17 до 22 недель беременности, проведенных в 2006–2018 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

В работе использовались антропометрические, органометрические и гистологические методы. Антропометрические и органометрические методы исследования проводились с целью установления гестационного возраста плода. Патологоанатомические

вскрытия проводились по общепринятым методикам в соответствии с особенностями вскрытия плодов 1 и 2 триместров беременности, с последующим изготовлением гистологических препаратов. Гистологическое исследование внутренних органов и тканей плодов проводилось на парафиновых препаратах по общепринятой методике с окрашиванием гематоксилином и эозином.

Результаты исследования и их обсуждение

За период 2006–2018 гг. у абортированных плодов было выявлено 16 случаев тератом, из них 14 — с локализацией в крестцово-копчиковой области и 2 случая — с локализацией в области головы и шеи (экстракраниальные).

Крестцово-копчиковые тератомы в 13 случаях имели постсакральный тип локализации и в 1 случае — постсакральный и пресакральный тип с преобладанием постсакрального компонента. Тератомы головы и шеи были представлены одним случаем с локализацией в ротовой полости и одним — с локализацией в шейно-нижнечелюстной области с прорастанием в среднюю черепную ямку и корень языка.

Макроскопически тератомы были представлены образованиями плотной либо плотно-эластичной консистенции, покрытые гладкой или морщинистой кожей (при локализации в крестцово-копчиковой и шейно-нижнечелюстной области), размерами от 2 до 26 см. На разрезе тератомы солидного строения (6 случаев) имели неоднородный вид, и были представлена очагами тяжистой, белесовато-серой либо белесовато-красной ткани, содержащей очаги хрящевой и костной плотности. Тератомы солидно-кистозного типа строения (9 случаев), кроме того, имели кисты различных размеров, заполненные прозрачной или мутной серо-желтой жидкостью, слизью и кашицеобразным, сальным содержимым.

Тератома кистозного строения (1 случай) на разрезе была представлена несколькими кистами, заполненными мутной белесовато-серой жидкостью и слизистыми полупрозрачными массами.

Микроскопически как при солидных, так и при солидно-кистозных тератомах определялись фрагменты фиброзной соединительной ткани, в которой беспорядочно чередовались участки тканей, являющихся производными всех трех первичных зародышевых листков: эктодермы, мезодермы и энтодермы (таблица 1).

Таблица 1 — Гистологические структуры в тератомах

Вид ткани	Число случаев	%
Производные мезодермы		
Микроглия	16	100
Гладкие мышцы	12	75
Соединительная ткань	16	100
Хрящевая ткань	11	69
Костная ткань	9	56
Поперечно-полосатые мышцы	9	56
Производные энтодермы		
Желудочный эпителий	14	87
Кишечный эпителий	14	87
Ткань печени	13	81
Ткань поджелудочной железы	13	81
Производные эктодермы		
Эпидермис и его производные	16	100
Нейроциты и нейроглия головного мозга	16	100
Эпителий трахеи, бронхов и легких	16	100

Тератомы крестцово-копчиковой области во всех случаях сочетались с пороками развития и вторичными деформациями костей таза, и нарушениями строения органов мочеполовой системы и аноректальной зоны.

Выводы

1. По данным ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2006 по 2018 гг. в структуре тератом у плодов преобладают тератомы крестцово-копчиковой локализации.

2. Крестцово-копчиковые тератомы чаще имели постсакральную локализацию и солидно-кистозный тип строения.

3. При гистологическом исследовании тератом в 100 % случаев были обнаружены элементы эктодермального происхождения, в 56–100 % — мезодермального и в 81–87 % — энтодермального.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей / под ред. Е. Д. Черствого, Г. И. Кравцовой, А. В. Фурманчука. — Минск: ООО «Асар», 2002. — 400 с.
2. Случай рецидива врожденной тератомы крестцово-копчиковой области в виде опухоли желточного мешка / М. В. Мушинская [и др.] // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. — 2012. — № 4. — С. 34–40.
3. Горелова, Е. М. Крестцово-копчиковая тератома (ККТ) / Е. М. Горелова // Детская хирургия. — 2016. — № 20 (4). — С. 194–199.
4. *Friedman, N. B., Moore R. A.* // *Milit. Surgeon.* — 1946. — Vol. 99. — P. 573.

УДК 616.832+616.711

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗРАФИЧЕСКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СПИННОГО МОЗГА И ПОЗВОНОЧНИКА

Бычик М. А., Ясинская А. С.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время, по данным ВОЗ, 20 % детской заболеваемости и инвалидности, а также 15–20 % детской смертности вызваны врожденными пороками развития (ВПР), среди которых пороки центральной нервной системы (ЦНС) занимают одно из первых мест [1].

Среди ВПР ЦНС ведущую роль занимают дизрафические состояния, связанные с незакрытием медуллярной трубки. Частота встречаемости этой группы пороков развития зависит от географического региона. В некоторых районах Великобритании и Ирландии частота этого порока составляет 9 случаев на 1000 новорожденных, в Финляндии — 0,7 случая на 1000 рождений, в Республике Беларусь — 0,8 случая на 1000.

Большинство ВПР ЦНС обусловлены мультифакториальной этиологией, то есть взаимодействием генетических и средовых факторов. Отсюда непосредственно возникает необходимость разностороннего изучения ВПР ЦНС у детей. До сих пор еще не существует надежных критериев диагностики отдельных видов ВПР ЦНС. Эти и другие постулаты делают изучаемую проблему теоретически и практически актуальной [1].

Цель

Изучение морфологических особенностей дизрафических пороков развития спинного мозга и позвоночника по данным патологоанатомических вскрытий.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили протоколы 799 патологоанатомических вскрытий плодов со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. в ГУЗ

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро», у которых были выявлены ВПР.

Результаты исследования и их обсуждения

За данный период было выявлено 76 случаев дизрафических ВПР спинного мозга и позвоночника (таблица 1).

Таблица 1 — Частота встречаемости дизрафических ВПР среди вскрытий абортированных плодов

Год	Количество вскрытий абортированных плодов	Число случаев дизрафических пороков развития	
		абс.	%
2014	165	12	7,2
2015	140	16	11,4
2016	175	13	7,4
2017	173	23	13,3
2018	146	12	8,2

Классификация дизрафических пороков развития учитывает характер нарушения спинного мозга и степень повреждения кожных покровов и мягких тканей в области дефекта. Различают несколько типов таких пороков.

1. Полный рахисхиз — расщелина позвонков с дефектом мозговых оболочек и мягких покровов, не сопровождающаяся кистозным компонентом и выпячиванием образования над кожей. Спинной мозг лежит в области дефекта открыто и имеет вид деформированной тонкой пластинки или желоба. Локальный рахисхиз обычно характеризуется вовлечением в патологический процесс 3–5 позвонков, тотальные и субтотальные формы могут затрагивать почти все позвонки [3].

2. Кистозная расщелина позвоночника (spina bifida cystica). В области расщелины имеется грыжевой мешок различных размеров, стенка которого представлена кожей и мягкой мозговой оболочкой. Твердая мозговая оболочка сохранена лишь у основания мешка и плотно сращена в этой области с подлежащими тканями. Если в грыжевом мешке находится спинномозговая жидкость, то такой порок называется менингоцеле, а при наличии и спинного мозга — менингомиелоцеле. Менингоцеле обычно характеризуется вовлечением в патологический процесс 2–3 позвонков, менингомиелоцеле — от 3 до 6–8 позвонков [3].

3. Скрытая расщелина позвоночника (spina bifida occulta). При этой форме грыжевидного выпячивания нет, а дефект закрыт неизменными мышцами и кожей [2].

Структура и локализация дефектов при полных формах рахисхиза и скрытых и кистозных расщелин позвоночника была представлена следующим образом (таблица 2).

Таблица 2 — Частота встречаемости различных типов дизрафических ВПР

Тип дизрафического порока	Число случаев (n = 76)	
	абс.	%
Рахисхиз		
Шейный отдел	5	6,6
Шейно-грудной отдел	2	2,6
Шейно-поясничный отдел	3	3,9
Грудо-поясничный отдел	4	5,3
Грудо-пояснично-крестцовый отдел	10	13,2
Пояснично-крестцовый отдел	25	32,9
Тотальный рахисхиз	7	9,2
Кистозная расщелина позвоночника		
Менингоцеле	17	22,4
Менингомиелоцеле	1	1,3
Скрытая расщелина позвоночника	2	2,6

Варианты рахисхиза с локализацией изменений в шейном, шейно-грудном, и шейно-грудно-поясничном отделах во всех случаях сочеталась с анэнцефалией, тотальная форма — в 5 случаях с анэнцефалией и в 2 — с экзэнцефалией, остальные формы в 16 случаях с врожденной внутренней гидроцефалией и в 1 случае — с черепно-мозговой грыжей (менингоэнцефалоцеле).

Кистозные и скрытые расщелины позвоночника во всех случаях локализовались в пояснично-крестцовых отделах, в 6 случаях сочетались с врожденной внутренней гидроцефалией и в 1 случае — с диастематомиелией.

Выводы

1. По данным ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2014 по 2018 гг. в структуре всех ВПР дизрафические пороки спинного мозга и позвоночника занимают одно из ведущих мест, составляя около 13,3 % от всех случаев прерывания беременности по медико-генетическим показаниям.

2. В большинстве случаев локализация кистозных расщелин позвоночника и полного рахисхиза отмечалась в нижних отделах позвоночного столба.

3. Дизрафические пороки позвоночника и спинного мозга в 53,9 % сочетались с другими пороками ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кашина, Е. В.* Клинико-функциональные особенности ВПР ЦНС у плодов / Е. В. Кашина. — Владивосток, 2007.
2. *Лазюк, Г. И.* Тератология человека / Г. И. Лазюк. — М.: Медицина, 1991. — 480 с.
3. *Недзьведь, М. Н.* Врожденные пороки ЦНС / М. Н. Недзьведь. — М.: Наука и техника, 1996. — 250 с.

УДК 616.33-006.6-036.22:611.33(476.2) «2015/2017»

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ЖЕЛУДКА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2015–2017 ГГ.

Голоенко Е. С.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы отмечен значительный рост заболеваемости и смертности от новообразований желудка, среди которых остается наименее изученным перстневидно-клеточный рак (ПКР). Перстневидно-клеточный рак желудка — это одна из форм онкологии, которая поражает внутренние стенки органа и под микроскопом можно видеть скопления злокачественных клеток со слизью. Агрессивный рост и деление клеток приводят к быстрому росту карциномы и ее распространению на соседние органы [1]. Для него характерно: высокий процент раннего рака, низкая частота метастазов в лимфатические узлы при опухолях T1–2, высокая частота метастазирования непосредственно в перигастральную клетчатку, по брюшине и в яичники, низкая частота метастазов в печень. При опухолях T1–2 выживаемость после хирургического лечения перстневидно-клеточного рака лучше, чем при других морфологических формах, и резко ухудшается, если опухоль прорастает в серозную оболочку желудка [3].

Цель

Изучить эпидемиологию и морфологию перстневидно-клеточного рака желудка за период 2015–2017 гг.

Материал и методы исследования

Анализ зарубежной и отечественной литературы, данные онкологического диспансера, а также было обследовано около 1400 заключений из истории болезни пациентов, у 62 из которых был обнаружен ПКР желудка. Были построены таблицы с помощью «Microsoft Word».

Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-морфологические особенности перстневидно-клеточного рака изучены у 62 из 1423 больных раком желудка за период 2015–2017 гг. По данным регистра онкологического диспансера и по данным исследований было выявлено, что перстневидно-клеточный рак желудка преобладает больше у мужчин, чем у женщин. У мужчин заболеваемость составляет 55 % (34 мужчины), у женщин составляет 45 % (28 женщин).

Также был проведен анализ среди пациентов по процентному соотношению возрастных групп. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Структуры ПКР по возрасту: 2015, 2016, 2017 гг.

Возраст, лет	Частота заболеваемости в %		
	2015 г.	2016 г.	2017 г.
30–40	0	0	0
41–50	8	15	15
51–60	8	23	8
61–70	42	31	46
71–80	8	23	31
Старше 80	34	8	0

По результатам анализа видно, что за период 2015–2017 гг. перстневидно-клеточный рак желудка наиболее распространен среди мужского населения в возрасте 61–70 лет.

Кроме того, был проведен анализ наиболее распространенных областей поражения желудка при перстневидно-клеточном раке.

Выявлено, что тело желудка поражалось в 34,18 % — 2015 г., 28,05 % — 2016 г., и 35,22 % — 2017 г. Было выявлено, что чаще всего поражались верхняя и нижняя трети желудка 38,25 и 25,39 % соответственно. Поражения, выходящие за пределы одной локализации, встречались в 38,22 % — 2015 г., 31,17 % — 2016 г. и 30,41 % — 2017 г. В меньшей степени ПКР обнаруживался в преддверии привратника — 17,34; 15,26 и 20,76 % — в 2015–2017 гг. соответственно.

Помимо этого, была оценена степень дифференцировки. Низкая дифференцировка была наиболее распространенной и составила: 91,32; 93,54 и 96,77 % в 2015–2017 гг. соответственно. В меньшей степени встречалась средняя дифференцировка и составила 8,68; 6,46 и 3,23 % в 2015–2017 гг. соответственно. Была проведена оценка стадии ПКР за период 2015–2017 гг., которые встречались чаще всего. Пациентов с I стадией не выявлено. II стадия — 8,06 % из всех обследованных; III стадия — 24,19 %. Пациентов с IV стадией было большинство и составило 67,75 % от общего количества пациентов. На основании результатов анализа, можно сделать вывод, что наиболее часто заболевание выявлено уже на поздних стадиях. Это связано с тем, что на ранних стадиях перстневидно-клеточный рак не вызывает развитой клинической картины, в результате чего приводит к позднему выявлению заболевания. Метастазы выявлены в 68,55 % наблюдений. Наиболее часто наблюдались метастазы в регионарные лимфатические узлы, реже в малый и большой сальники, еще реже в печень и легкие [2].

Выводы

Исходя из выше перечисленных факторов, можно сделать вывод, что перстневидно-клеточный тип рака желудка считается наиболее опасной опухолью пищеварительного тракта. Агрессивный рост и деление клеток приводят к быстрому росту карцино-

мы и ее распространению на соседние органы. Характерными эпидемиологическими особенностям этой формы рака являются: преимущественное поражение лиц мужского пола (55 %), частая встречаемость в возрастных группах (42; 31 и 46 % в 2015–2017 гг. соответственно, у пациентов, находящихся в возрасте от 61 до 70 лет. ПКР в Гомеле и Гомельской области остается чрезвычайно острой проблемой. Смертность за последние годы не снизилась. Выявляемость ранних форм, с одной стороны низкая, однако, с другой стороны является единственным шансом на выздоровление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патологическая анатомия: учебник : в 2 т. / под ред. В. С. Паукова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — Т. 2. Частная патология. — 528 с.
2. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 880 с.
3. Белоус, Т. А. Начальный перстневидноклеточный рак желудка / Т. А. Белоус, Г. А. Франк, К. К. Пугачев // Архив патологии. — 1995. — № 3. — С. 35–40.

УДК 616.831.33-021.3-05.616.24-002-036.11]-091

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕГО СТРОЕНИЯ ОБОНЯТЕЛЬНЫХ ЛУКОВИЦ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОНИИ

Гринько Р. Н., Шкодина А. Д.

Научный руководитель: д.м.н., профессор. *И. И. Старченко*

Украинская медицинская стоматологическая академия
г. Полтава, Украина

Введение

Обонятельные луковички (ОЛ) являются одной из древнейших структур головного мозга, которые необходимы для полноценного восприятия информации окружающей среды и ориентации в ней. Основной функциональной единицей в структуре ОЛ является митральный тип нейронов, которые в то же время являются самыми крупными ее клетками [1]. Клетки обонятельного анализатора, как и вся нервная ткань, весьма восприимчивы к состояниям, которые сопровождаются дефицитом кислорода. Известно, что в норме головной мозг потребляет около 20 % кислородного объема организма, при этом острая гипоксия, длительностью 5–6 минут, приводит к гибели нервных клеток. Стоит заметить, что некоторые заболевания приводят к длительной, постепенно развивающейся хронической гипоксии и гиперкапнии, которые вызваны нарушениями вентилиации и газообмена в легких [2]. Примером подобных патологических состояний является пневмония, в наше время занимающая не последнее место в структуре общей заболеваемости и смертности. В современной научной литературе довольно подробно описаны патологические процессы в нервной ткани полушарий головного мозга и мозжечка при хронических гипоксических состояниях, поражения элементов вегетативной нервной системы при воспалительных заболеваниях лёгких, в то же время, изменения в обонятельном мозге, при данных патологических состояниях изучены недостаточно.

Цель

Изучение особенностей клеточного состава и структурной организации кровеносного микроциркуляторного русла обонятельных луковичек людей при тяжелых формах пневмонии.

Материал и методы исследования

Материалом исследования стали обонятельные луковички 11 трупов, женского и мужского пола в возрасте от 30 до 90 лет. Полученные образцы были разделены на 2 группы: 1-я — ОЛ людей, причиной смерти которых была пневмония (в соответствии с па-

тологоанатомическим заключением) ($n = 5$); 2-я — ОЛ людей, причина смерти которых не была связана с интоксикацией, нарушениями вентиляции и газообмена в легких ($n = 6$). После фиксации в 10 % нейтральном формалине материал обезвоживали и заключали в парафин по общепринятой методике. С парафиновых блоков на ротационном микротоме изготавливали гистологические срезы, которые окрашивались гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван Гизону. Изучение микропрепаратов и проведение морфометрических показателей проводили с помощью светового микроскопа ВХ-41 компании «Olympus» с набором соответствующих лицензионных программ. С целью объективизации полученных данных на микропрепаратах определяли следующие морфометрические показатели: 1) относительное количество митральных нейроцитов во всей клеточной популяции; 2) удельную плотность расположения клеточных элементов ($S = 50000 \text{ мкм}^2$); 3) процентное соотношение между клеточными и фибриллярными структурами. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics с применением U-критерия Манна — Уитни при условии $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе исследования выявлено, что относительная площадь клеточных элементов в 1-й группе составляла $6,17 \pm 1,29 \%$, а во 2-й — $4,75 \pm 1,06 \%$, кровеносных сосудов в 1-й — $1,44 \pm 0,34 \%$, а во 2-й — $1,1 \pm 0,51 \%$, фибриллярных структур — $92,3 \pm 1,35 \%$ и $93,1 \pm 3,98 \%$ соответственно. В структуре ОЛ обеих групп определялись круглые, гомогенные эозинофильные образования: 1-я группа — $0,09 \pm 1,16 \%$, 2-я группа — $1,05 \pm 1,47 \%$ (рисунки 1, 2).

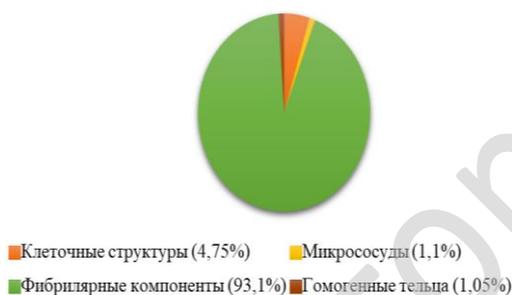


Рисунок 1 — Соотношение между структурными компонентами ОЛ контрольной группы

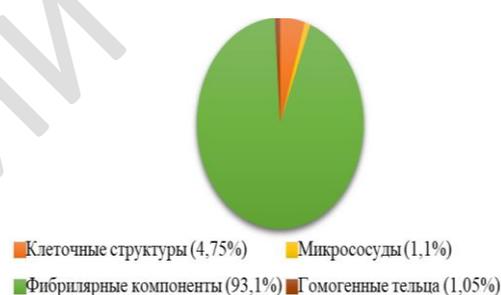


Рисунок 2 — Соотношение между структурными компонентами ОЛ людей, умерших от пневмонии

При этом удельная плотность клеток в контрольной группе была равна $100,15 \pm 23,64$ на 50000 мкм^2 , а в исследуемой — $104,6 \pm 19,58$ на 50000 мкм^2 . Относительное количество митральных нейронов во всей клеточной популяции группы контроля — $3,51 \pm 3,83 \%$, а во 2-й — $2,76 \pm 1,93 \%$. Установлено достоверное снижение относительного количества митральных нейронов в клеточной популяции на 23,02 % относительно контрольной группы и повышение удельной плотности «клеток-теней» во второй группе в 11,67 раз.

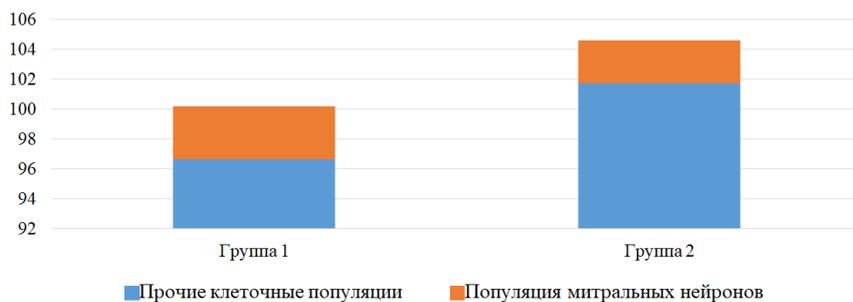


Рисунок 3 — Относительное количество митральных нейроцитов в общей клеточной популяции

Выводы

Выявленные изменения клеточного состава свидетельствуют о относительно высокой чувствительности митральных клеток к гипоксическому состоянию. Полученные результаты дают возможность предположить, что выявленные при исследовании гомогенные эозинофильные структуры могут являться следствием апоптотического нейроцитолита в результате гипоксического состояния и являются аналогами «клеток-теней», описанных в полушариях головного мозга и мозжечка. Таким образом, данные структуры в обонятельном мозге являются маркерами гипоксического повреждения, что, однако, требует дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. A biophysical signature of network affiliation and sensory processing in mitral cells / K. Angelo [et al.] // Nature. — 2012. — Vol. 488. — P. 375–378.
2. Дельва, I. I. Клінічні особливості енцефалопатії у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень / I. I. Дельва // Вісник проблем біології і медицини. — 2013. — Т. 2 (103), Вип. 3. — С. 135–138.

УДК 616.345-006.04:577.21

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Жур А.С.

Научные руководители: к.м.н. В. А. Ермоченко, Е. В. Филипенко

**Учреждение здравоохранения
«Могилевское областное патологоанатомическое бюро»
г. Могилев, Республика Беларусь**

Введение

Рак толстой кишки (РТК) занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в мире. Развитие молекулярной биологии привело к расшифровке механизмов канцерогенеза и прогрессирования опухоли. Канцерогенез РТК характеризуется накоплением мутаций в генах, контролирующих рост и дифференцировку эпителиальных клеток, что приводит к их генетической нестабильности. Одним из вариантов данных генетических изменений является микросателлитная нестабильность (МСН), которая характеризуется нарушением механизма репарации неспаренных оснований ДНК [2]. Система репарации неспаренных оснований ДНК ответственна за распознавание и удаление неправильно спаренных оснований, образованных в результате ошибок в процессе репликации ДНК. В клетках с недостаточностью данной системы репарации отмечена более высокая частота мутаций в сравнении с нормальными клетками. За работу системы репарации неспаренных оснований ДНК отвечают 6 генов: MSH2, MLH1, PMS2, MSH3, MSH6 и MLH3.

Высокая МСН характеризует генетическую изменчивость многих опухолей, имеющих как наследственное, так и ненаследственное происхождение. Потеря МСН — неотъемлемая стадия онкогенеза. В случае дефицита белков данной репаративной системы и диагностируется МСН.

Цель

Анализ клинических и морфологических критериев МСН при колоректальном раке.

Материал и методы исследования

Отечественная и зарубежная литература последних 3 лет по данной теме, а также материалы препаратов, ИГХ исследование предоставленные УЗ «Могилевское областное патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

Амстердамские критерии II [2]:

1. Должно быть, по крайней мере, 3 родственника с колоректальным раком (КРР) или с опухолево-ассоциированным синдромом Линча: раком эндометрия, раком тонкой кишки, раком мочеточника или раком почки.
2. Один родственник должен быть родственником первой линии родства по отношению к двум другим.
3. Как минимум два последующих поколения должны быть поражены.
4. По крайней мере, один случай обнаружения опухоли должен быть диагностирован до 50-летнего возраста.
5. В любом случае возникновения КРР необходимо исключить семейный аденоматозный полипоз (САП).

Исправленные рекомендации Бетезда [1]:

1. КРР диагностируется у пациентов моложе 50 лет.
2. Наличие синхронного, метакронного колоректального рака или опухолево-ассоциированного* синдрома Линча, независимо от возраста.
3. КРР с фенотипом МСН в высокой степени, диагностированным у пациентов в возрасте до 60 лет.
4. Пациент с КРР и родственником первой линии родства, страдающим синдромом Линча, ассоциированным с опухолью, диагностированной после 50 лет.
5. Пациент с КРР с двумя или более родственниками первой или второй линии родства, страдающими синдромом Линча, ассоциированным с опухолью, независимо от возраста.

* опухоли, ассоциированные с синдромом Линча: колоректальный рак, рак эндометрия, рак желудка, рак яичников, рак поджелудочной железы, рак мочеточника, рак почки, опухоли билиарного тракта, опухоли головного мозга, аденомы сальных желез, кератоакантомы, рак тонкой кишки.

Гистологические критерии МНС [1].

1. Внутриопухолевая Т-лимфоцитарная инфильтрация (не менее 3 в 1 поле зрения на большом увеличении).
2. Внеопухолевая лимфоцитарная кроноподобная реакция.
3. Муцинозная/перстневидноклеточная дифференцировка опухоли.
4. Медуллярная морфология аденокарциномы.

Внутриопухолевая лимфоцитарная инфильтрация (рисунок 1) тесно связана с МСН. Хотя точные критерии здесь отсутствуют, значимым рекомендуют считать наличие трех и более интраэпителиальных лимфоцитов на одно поле зрения при большом увеличении. Для повышения точности верификации можно использовать иммуногистохимическую реакцию на Т-лимфоциты (анти-CD3 антитела).

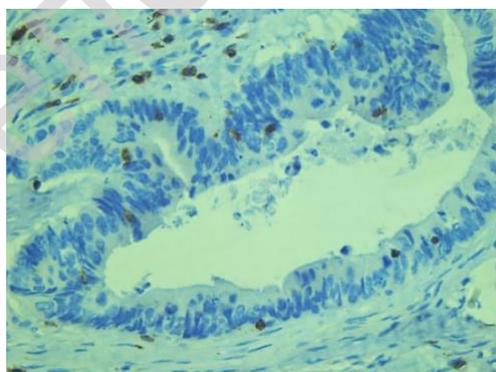


Рисунок 1 — Внутриопухолевая лимфоцитарная инфильтрация

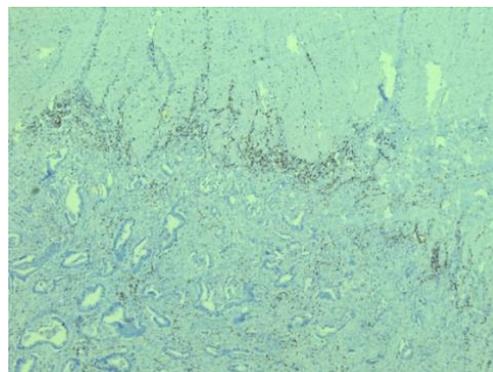


Рисунок 2 — Перитуморозной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией

Кроноподобная реакция характеризуется перитуморозной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией (рисунок 2) вплоть до формирования лимфоидных фолликулов, не ассоциированных с лимфоузлами.

Муцинозная и перстневидноклеточная аденокарциномы (рисунок 3) толстой кишки диагностируются, когда более 50% объема новообразования составляет внеклеточная слизь/перстневидные клетки. Опухоли, где этот показатель менее 50 % (но более 10 %) обозначают как аденокарциномы с муцинозным/перстневидноклеточным компонентом (или муцинозной дифференцировкой). Прогноз при этих опухолях неоднозначен, обычно они протекают более агрессивно, но при наличии высокого уровня МСН ведут себя как высокодифференцированные.

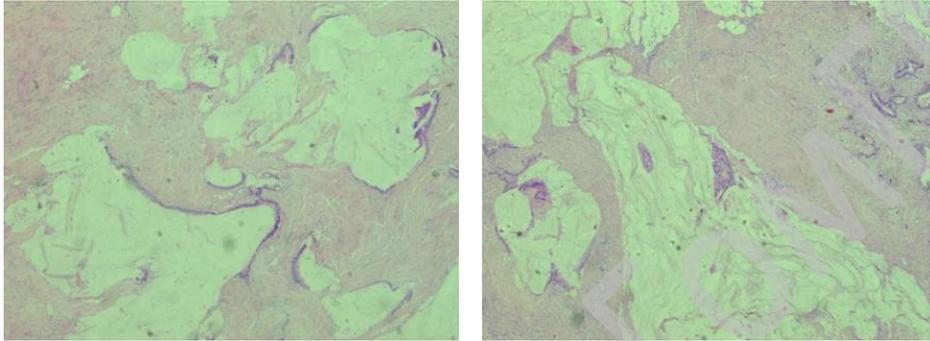


Рисунок 3 — Муцинозный компонент аденокарциномы

Лимфососудистая и периневральная инвазия (ЛСИ и ПНИ). ЛСИ — важный независимый фактор прогноза колоректальных карцином (рисунок 4). Ее разделяют на микрососудистую и макрососудистую (венозную), а также на интрамуральную (в собственной пластинке слизистой) и экстрамуральную (в подслизистом слое).

С. Liebig et al. изучив 269 карцином толстой кишки без лимфогенных метастазов, обнаружили при пересмотре препаратов ПНИ в 22 % случаев (при первичных исследованиях она была отмечена только в 0,5 % протоколов). 5-летняя безрецидивная выживаемость без ПНИ оказалась в 4 раза выше (65 против 16 %), а 5-летняя общая выживаемость — почти в 3 раза выше (72 и 25 %, соответственно). А. М. Alotaibi et al. привели аналогичные данные: 5-летняя общая выживаемость без ПНИ — 88 %, при ее наличии — 65 %. В одном из последних мета-анализов Y. Yang et al. заключили, ПНИ при колоректальном раке ухудшает прогноз заболевания. Однако, согласно их данным, основанным на 38 работах, объединивших 12661 наблюдение, показатели послеоперационной выживаемости при колоректальном раке II стадии с наличием ПНИ не отличались от таковых при раке III стадии [3].

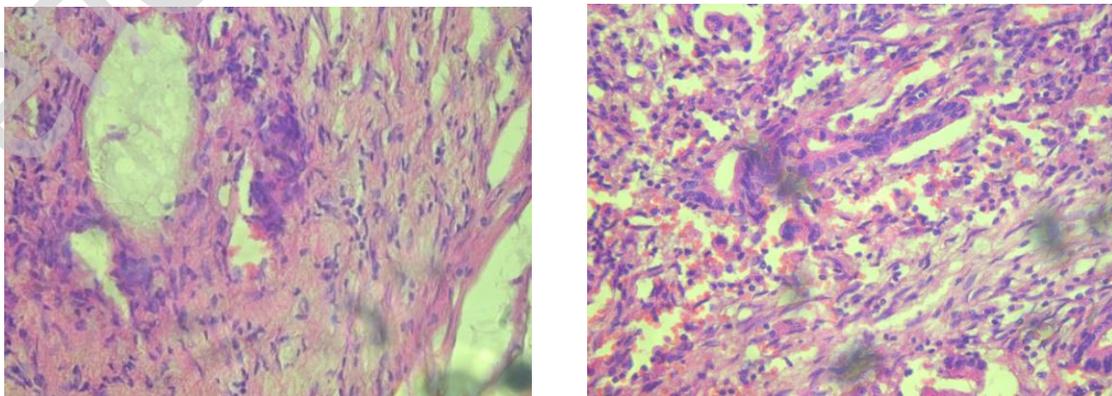


Рисунок 4 — Сосудистая инвазия

Выводы

Прогностическая роль МСН: при II стадии КРР МСН выявляется в 22 % случаев, при III стадии — в 12 %, при IV — в 2 %. Эти данные доказывают, что опухоли с высоким уровнем МСН не склонны к метастазированию и имеют благоприятный прогноз. Так же в большинстве ретроспективных исследований высокий уровень МСН ассоциирован с более высокими показателями выживаемости при КРР. Эти находки были подтверждены результатами мета-анализа 32 исследований, доказавших прогностическое значение уровня МСН у 7642 больных. При этом в исследовании РЕТАСС-3 данное прогностическое значение было выше у больных со II стадией, чем с III стадией заболевания [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности патолого-анатомической диагностики колоректального рака в онкохирургической клинике (обзор литературы) / Д. П. Ковтун [и др.] // Поволжский онкологический вестник. — 2018. — № 1(33). — С 61–64.
2. Федянин, М. Ю. Роль микросателлитной нестабильности при раке толстой кишки / М. Ю. Федянин, А. А. Трякин // Онкологическая колопроктология. — 2012. — № 3. — С. 24–28.
3. Loughrey, M. B. Standards and datasets for reporting cancers Dataset for histopathological reporting of colorectal cancer / M. B. Loughrey, P. Quirke, N. A. Shepherd // The royal college of pathologists. — 2018. — P. 18–21.
4. Microsatellite Instability in Colorectal Cancer / M. D. Francesca Battaglin // Overview of Its Clinical Significance and Novel Perspectives Clinical Advances in Hematology & Oncology. — 2018. — Vol. 16, Is. 11. — P. 32–37.
5. Prognostic factors in colorectal cancer / C. C. Compton College of American Pathologists Consensus Statement 1999 // Arch Pathol Lab Med. — 2000. — Vol. 124, № 7. — P. 979–994

УДК 616.379-008.64:616.41

ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Каминская Т. Д., Андросова А. А.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет (СД) является актуальной медико-социальной проблемой для большинства стран мира. По данным Международной федерации диабета, распространенность СД среди взрослого населения планеты достигла 8,3 %, а общая смертность на долю заболевания 8,2 %. Реальная заболеваемость в 3–4 раза превышает официальную и удваивается каждые 10–15 лет. Сосудистые осложнения — основная причина ранней инвалидизации и смертности больных СД [1]. Различные исследования направлены на изучение механизмов ангиогенеза (Анг) при СД. Анг — процесс образования новых кровеносных сосудов из предшествующих капилляров, который в физиологических условиях ограничивается только репродуктивным циклом у женщин и циклическими процессами в волосяных фолликулах. Анг играет ключевую роль при многих патологических состояниях, в том числе при СД, поэтому исследование Анг стало актуальным в последние годы. Разногласия авторов по поводу механизмов Анг являются стимулом для проведения дальнейших исследований.

Цель

Изучить особенности ангиогенеза при сахарном диабете.

Материал и методы исследования

Для проведения исследования были использованы научные статьи и монографии.

Результаты исследования и их обсуждение

В физиологических условиях процесс Анг находится под контролем регуляторных систем организма, которые обеспечивают баланс между ингибиторами и стимуляторами Анг. Основными иницирующими факторами Анг являются гипоксия и ишемия, которые стимулируют образование проангиогенных молекул. К ним относятся: сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF), фактор роста фибробластов (FGF), плацентарный фактор роста (PLGF), тромбоцитарный ростовой фактор (PDGF), фактор некроза опухолей- α , интерлейкины (ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-13, ИЛ-8), интерфероны и др. Среди всех факторов роста основным является VEGF. В физиологических условиях он слабо продуцируется мезенхимальными и стромальными клетками, но для фетальных тканей, плаценты и желтого тела характерна высокая продукция VEGF.

Действие VEGF опосредованно тирозинкиназными рецепторами: VEGFR-1, VEGFR-2, VEGFR-3, которые находятся на поверхности клеток кровеносных сосудов, стволовых клетках крови, макрофагах, моноцитах, мегакариоцитах, эндотелии лимфатических капилляров. Взаимодействие с рецепторами снижает силу межклеточных контактов и как следствие повышает проницаемость сосудов, обеспечивает миграцию эндотелиальных клеток в интерстиций [2]. Ростовой фактор PDGF выступает в качестве митогена для эндотелиальных клеток, стимулирует синтез и секрецию VEGF, незаменим для стабилизации формирующейся сосудистой сети.

У больных СД обнаружена корреляция уровня VEGF с наличием микрососудистых осложнений [1]. При гипергликемии снижается выработка NADPH, который необходим для реакции превращения окисленного глутатиона в восстановленный. Последний обеспечивает поглощение активных форм кислорода (АФК). Таким образом, при гипергликемии повышается содержание АФК в цитозоле и митохондриях клетки, что приводит к окислительному стрессу. Как следствие активизируется метаболизм глюкозы по сорбитоловому пути, еще больше снижается содержание NADPH. \downarrow NADPH и \uparrow АФК индуцируют экспрессию ростовых факторов, что ведет к прогрессированию сосудистой дисфункции [4, 5].

Пролиферативная диабетическая ретинопатия (ДР) — классический пример патологического процесса, в основе которого лежит неадекватный Анг. Вызываемая ишемией избыточная пролиферация сосудов сетчатки, зрительного нерва, прорастание сосудов в стекловидное тело являются основной причиной снижения зрения у пациентов с СД. В некоторых работах описано, что снижение содержания ингибиторов Анг: эндостатина и фактора роста пигментного эпителия (PEDF) приводит к прогрессированию ДР. Другие авторы, напротив, отмечают повышенное содержание PEDF в стекловидном теле при ДР. Это подтверждает, что развитие ДР провоцируется нарушение баланса между активаторами и ингибиторами Анг в сетчатке [1]. Согласно одному из исследований [2], VEGF способствует переходу клеток из фазы G0 клеточного цикла в фазу G1, вследствие чего нарушается созревание новообразованных сосудов, и они имеют более хрупкую конституцию. Повышение уровня VEGF было также выявлено при диабетическом отеке макулы. Этот факт в сочетании с повышением ИЛ-6 способствует прогрессированию отека. Подтверждением роли VEGF в развитии ДР и отека макулы является эффективность терапевтической блокады VEGF с помощью моноклональных антител к VEGF [1, 7].

Другое микрососудистое осложнение СД — диабетическая нефропатия (ДН). Для данной патологии характерен усиленный Анг в почках, сосудистых тельцах и капсулах клубочков, где образуются добавочные выносящие сосуды со множествами анастомозов. Структурная незрелость новообразованных сосудов способствует повышенной проницаемости для компонентов плазмы и росту альбуминурии [1]. Стоит отметить, что степень неоваскуляризации клубочков коррелирует с экспрессией VEGF [8]. Доказано, что гипоксия способствует повышению синтеза VEGF в эпителии канальцев и гладкомышечных клетках сосудов почек. Выявлено стимулирующее действие ангиотен-

зина II на секрецию VEGF клетками сосудов. В клинических исследованиях доказано снижение уровня VEGF в почках у больных СД при применении ингибиторов АПФ [2].

Выводы

Анализ литературных данных свидетельствует о сложных изменениях в системе Анг при СД. Проллиферативная ДР является следствием избыточного ангиогенеза в сетчатке глаза. Усиленный Анг в почках характерен для начальных этапов ДН. Причины нарушения формирования сосудов при СД окончательно не ясны. Имеющиеся данные указывают на тесную связь этих нарушений с гипергликемией, приводящей к развитию окислительного стресса и повышенному образованию VEGF. Механизмы изменения Анг в различных органах при СД требуют дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Коненков, В. И.* Ангиогенез и васкулогенез при сахарном диабете: новые концепции патогенеза и лечения сосудистых осложнений / В. И. Коненков, В. В. Климонтов // Сахарный диабет. — 2012. — № 4. — С. 17–27.
2. *Северина, А. С.* Система ангиогенеза в норме и при патологии / А. С. Северина, М. В. Шестакова // Сахарный диабет. — 2004. — № 2. — С. 38–42.
3. Endothelial cell metabolism in normal and diseased vasculature / G. Eelen [et al.] // *Circ Res.* — 2015. — Vol. 116. — P. 1231–1244.
4. *Zhang, Z. Stanton RC.* Increasing glucose 6-phosphate dehydrogenase activity restores redox balance in vascular endothelial cells exposed to high glucose / Z. Zhang // *PLoS One.* — 2012. — № 7.
5. Redoxmediated signal transduction by cardiovascular Nox NADPH oxidases / R. P. Brandes [et al.] // *J Mol Cell Cardiol.* — 2014. — Vol. 73, № 4. — P. 70–79.
6. *Rangasamy S.* A potential role for angiopoietin 2 in the regulation of the blood-retinal barrier in diabetic retinopathy / S. Rangasamy [et al.] // *Invest Ophthalmol Vis Sci.* — 2011. — Vol. 52, № 6. — P. 3784–3791.
7. The role of angiogenesis in the development of proliferative diabetic retinopathy: Impact of intravitreal anti-VEGF treatment / S. Rangasamy [et al.] // *Experimental Diabetes Research.* — 2012.
8. Local VEGF activity but not VEGF expression is tightly regulated during diabetic nephropathy in man / B. Hohenstein [et al.] // *Kidney Int.* — 2006. — Vol. 69, № 9. — P. 1654–1661.
9. Antiangiogenic Therapy for Diabetic Nephropathy / T. Katsuyuki [et al.] // *Journal of Biomedicine and Biotechnology.* — 2017. — № 2. — P. 1–12.

УДК 616.65-006-36.22(476.2) «2015/2018»

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014–2018 ГГ.

Касько М. И., Никонова Ю. А.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Злокачественные новообразования предстательной железы являются наиболее частыми онкологическими заболеваниями мужчин. Увеличение частоты встречаемости данного заболевания в последние годы наблюдается во многих странах мира, в том числе и в Беларуси.

Общепризнанными факторами Рисунка рака простаты признаются: пожилой возраст, этническая принадлежность (темный цвет кожи) и семейная предрасположенность. Основным патогенетическим фактором Рисунка в развитии рака простаты считается повышенный уровень андрогенов, которые играют роль предрасполагающего и стимулирующего агента в развитии злокачественной опухоли. Также отмечено, что употребление пищи, богатой животными жирами, а также дефицит витамина D, могут стимулировать рост раковых клеток предстательной железы [1].

Цель

Проанализировать статистические данные об актуальности возникновения рака предстательной железы.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ информации, полученной на основе изучения медицинских карт пациентов Гомельского областного клинического онкологического диспансера г. Гомеля за 2014, 2015, 2016, 2017 и 2018 гг. Статистический анализ проводился с использованием Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

На основе анализа таблиц было установлено, что наиболее часто встречающийся вид злокачественного новообразования предстательной железы — это ацинарно-клеточная карцинома (37 %), на втором месте светлоклеточная аденокарцинома БДУ (35 %), далее аденокарцинома БДУ (17 %). Наиболее часто встречаемая 3 клиническая стадия (34 %), далее 2 (26 %), 4 (23 %) и 1 (17 %). По стадии дифференцировки актуальна 4 стадия (23 %), далее 3б (22 %), 3а (20 %). Чаще встречались опухоли, у которых отсутствовали отдаленные метастазы (58 %), наличие метастазов нельзя оценить (28 %), и наконец, наличие метастазов (14 %).

Хирургическое лечение применялось в 68 % случаев, химиотерапия проводилась реже — 32 %.

Проанализировав возрастные рамки, мы сделали вывод, что практически у всех (98 %) лиц мужского пола в возрасте более 73 лет присутствуют злокачественные опухоли предстательной железы. Самый молодой возраст составил 52 года, а самый страшный — 91 год.

Выводы

Резюмируя приводимые данные, следует сделать вывод о том, что основным направлением, которое позволит добиться уменьшения смертности от рака предстательной железы, является его раннее выявление.

Актуален активный скрининг, однако он ставит ряд дополнительных сложностей, связанных с определением тактики лечения и диспансенризацией. По некоторым данным считают, что не менее 50 % вновь выявленных пациентов, страдающих раком предстательной железы, имеют Рисунок прогрессирования болезни и нуждаются только в наблюдении. Такие пациенты имеют опухоль Т2а, т. е. она затронула только одну долю, и уровень ПСА (простатспецифический антиген) < 10–15. Учитывая, что уровень выявления рака при скрининге базируется на величине ПСА более 4 нг/мл, а возрастная норма для лиц старше 60 лет превышает этот уровень, следует ожидать еще более высокой частоты выявления благоприятных в прогностическом плане новообразований предстательной железы. Это обстоятельство ставит в число приоритетных задач скрининга создание системы первичной сортировки пациентов на группы, нуждающихся в незамедлительном лечении, и пациентов, подлежащих специальной системе диспансеризации [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. 25 лет против рака. Успехи и проблемы противораковой борьбы в Беларуси за 1990–2014 годы / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко / РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова. — Минск: ГУ РНМБ, 2016. — 415 с.
2. Красный, С. А. Результаты скрининга рака предстательной железы и проблема гипердиагностики заболевания в Республике Беларусь / С. А. Красный, Д. Т. Тарендь, С. А. Семёнов // Онкоурология. — 2016. — 205 с.

УДК 616.831-006-039

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
У ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

Кругликова А. В.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

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

Введение

Количество людей, страдающих злокачественными опухолями, с каждым годом растет. Опухоли головного мозга сложно диагностировать, так как симптомы проявления заболевания разнообразны и зависят от того, в каком месте головного мозга возникло новообразование.

Достижения современной онкологии, в том числе и нейроонкологии, во многом обусловлены современными методами исследования с помощью рентгеновской компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. Рутинный метод гистологической верификации опухолей по-прежнему остается решающим для определения, как тактики (объем оперативного вмешательства), так и стратегии (прогноз, лучевая и иная терапия, повторные вмешательства и т. д.) в лечении этой группы больных. Тщательно собранный анамнез, возраст пациента, локализация опухоли, ее КТ и МРТ изображение (число очагов, распространенность, кистозные и перифокальные изменения, отложения солей кальция), мнение нейрохирурга во время операции (консистенция, наличие некрозов, кровоизлияний, связь с окружающими тканями и т. д.) макроскопический вид удаленного материала и его микроскопическое строение в подавляющем большинстве случаев позволят установить адекватное патогистологическое заключение [1].

Цель

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования, а также сравнительный анализ частот встречаемости опухолей головного мозга у людей различного возраста.

Материал и методы исследования

Объектом анализа стали результаты обследования головного мозга пациентов на компьютерном томографе «Simens Somatom Emotion 6» 2007 года выпуска (Германия) на базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3».

Результаты исследования и их обсуждение

Опухоли головного мозга (ГМ) — внутричерепные новообразования, происходящие из ткани, из оболочек или из сосудов головного мозга.

В Беларуси по данным Белорусского канцер-регистра за 2013 г. зарегистрировано 528 первичных злокачественных опухолей ЦНС. Стандартизированный показатель заболеваемости опухолями ЦНС составил 4,4 на 100 тыс. населения, а отношение смертности и заболеваемости — 63,6 %. В структуре онкологической патологии доля злокачественных новообразований ЦНС составила 1,2 %. Как и в большинстве других стран в Беларуси отмечается более высокий показатель заболеваемости у мужчин, чем у женщин. В возрастной структуре заболеваемости 59 % опухолей ЦНС диагностировано в возрасте до 60 лет, при пике заболеваемости в группе 65–69 лет [2].

По результатам исследования подсчитана частота встречаемости опухолей ГМ у людей различного возраста. Для этого были изучены данные компьютерной томогра-

фии 2683 пациентов. Опухоли ГМ обнаружены у 62 (2,3 %) пациентов в возрасте от 25 до 90 лет. Из них пациентов молодого возраста (18–44 года) — 9 (14,5 %) человек, среднего возраста (45–59 лет) — 18 (29 %) человек, пожилого возраста (60–74 года) — 23 (37,1 %) человека, старческого возраста (75–90 лет) — 12 (19,4 %) человек (в соответствии с возрастной градацией человека, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ в 2016 г.). По возрастным группам результаты исследования представлены на рисунке 1.

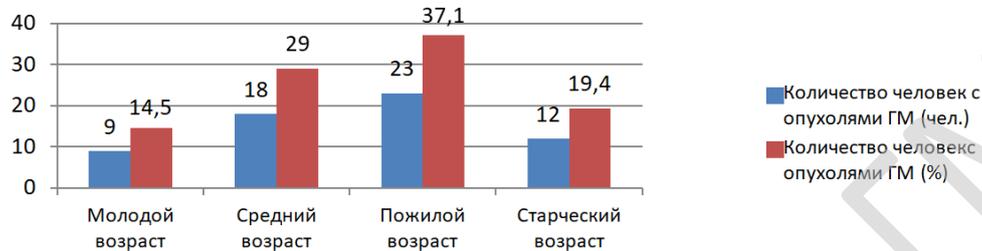


Рисунок 1 — Результаты исследования

Опухоли ГМ обнаружены у 19 мужчин и у 43 женщин. Однако в процентном выражении в молодом возрасте у мужчин выявление опухолей ГМ в 2,8 раза выше, чем у женщин; в среднем возрасте — в 1,4 раза выше. Ситуация меняется с увеличением возраста: в пожилом возрасте у женщин обнаружены опухоли ГМ в 1,6 раза чаще, чем у мужчин; в старческом — в 2,2 раза чаще. Частота встречаемости опухолей ГМ у мужчин и женщин приведена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости опухолей ГМ у мужчин и женщин

Пол	Частота встречаемости, чел.	Частота встречаемости у лиц разного возраста			
		18–44 года (молодой возраст), чел/%	45–59 лет (средний возраст), чел/%	60–74 года (пожилой возраст), чел/%	75–90 лет (старческий возраст), чел/%
Мужской	19	5 / 26,3	7 / 36,9	5 / 26,3	2 / 10,5
Женский	43	4 / 9,3	11 / 25,6	18 / 41,8	10 / 23,3

Иммуногистохимия (ИГХ) — метод, позволяющий выявить точную локализацию как клеточного, так и тканевого антигена с единовременным иммунологическим анализом тканей или клеток при сохранении морфологии изучаемых объектов [3]. В нейроонкологии применение ИГХ крайне обязательно, так как данный метод позволяет определить гистогенез опухолей, нозологический вариант новообразования, выявить первичную опухоль по метастазу, определить прогноз опухолевого заболевания, злокачественную трансформацию клеток, возможность таргетной терапии, выявить чувствительность опухоли к химиопрепаратам и лучевой терапии [1].

В 2016 г. Всемирная организация здравоохранения рекомендовала несколько иной подход к опухолевой классификации. Была подчеркнута необходимость использования молекулярно-генетических методов для диагностики и точного прогноза заболеваний онкологической направленности. Так, в основу новой классификации положено не только гистологическое строение того или иного новообразования, но и, в обязательном порядке, его наиболее значимая молекулярно-генетическая характеристика или хромосомная aberrация. В частности, вышеперечисленные нововведения касаются трех позиций: нейроэктодермальных опухолей, эмбриональных бластом и лимфом [3].

Выводы

1. Показатель заболеваемости опухолями ГМ составил 3,71 на 100 тыс. населения, что близко к литературным данным.

2. Новообразования ГМ по данным компьютерной томографии обнаруживаются как у мужчин, так и у женщин с молодого возраста. В связи с изменением возрастной градации человека, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ в 2016 г., пик заболеваемости по результатам исследования наблюдается в пожилом возрасте (60–74 года) — 37,1 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жетписбаев, Б. Б. Иммуногистохимическое исследование опухолей центральной нервной системы / Б. Б. Жетписбаев // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2012. — № 2, 3. — С. 77–79.
2. Руководство по онкологии. В 2 т. Т II. В 2 кн. Кн. 2 / под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. — Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. — 440 с.
3. Иммуногистохимические и молекулярно-генетические методы диагностики онкологических заболеваний (обзор литературы) / В. М. Семенов [и др.] // Вестник ВГМУ. — 2017. — Т. 16, № 2. — С. 15–25.

УДК 618.3:618.333(476.2) «2016/2017»

ПРИЧИНЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016 и 2017 ГГ.

Крылова А. А., Мосина Д. О.

Научный руководитель: ассистент *А. С. Терешковец*

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

Введение

Невынашивание беременности и преждевременные роды в данное время все еще являются актуальной медицинской и социальной проблемой, так как определяют высокий уровень заболеваемости новорожденных и перинатальной смертности и непосредственно связаны со здоровьем населения. Несмотря на успехи, достигнутые в этой области, частота преждевременных родов не имеет устойчивой тенденции к снижению и составляет 4,5–6 %. Но все еще в структуре заболеваемости и смертности 1-е место занимают недоношенные дети.

Цель

Изучение причин антенатальной гибели плода за 2016 и 2017 гг.

Материал и методы исследования

Материалами исследований явились данные протоколов вскрытий детского патологоанатомического отделения УЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро», в эпикризе которых было указано мертворождение. Был проведен сравнительный анализ статистических данных за 2016 г. (48 случаев) и 2017 г. (38 случаев).

Результаты исследования и их обсуждение

Из 86 случаев антенатальных смертей основной причиной стала отслойка нормально расположенной плаценты (38,4 %), однако во всех случаях отмечается ее гипоплазия. Из них 55 % было с патологически незрелой плацентой (вариант диссоциированного созревания ворсин). Данный вариант созревания связан с неравномерным развитием отдельных котиледонов. В плаценте вместе со зрелыми участками есть группы или целые поля эмбриональных, гиповаскуляризованных ворсин и участки компенсаторной гиперплазии капилляров.

Таблица 1 — Отслойка нормально расположенной плаценты.

Гипоплазия плаценты		
Патологически незрелая плацента с вариантом диссоциированного созревания ворсин	Патологически незрелая плацента с вариантом эмбрионального созревания ворсин	Зрелая плацента
55 %	15 %	30 %

В 30 % случаев отслойки плаценты — она была зрелой. В 15 % случаев отслойки нормально расположенной плаценты, была выявлена патологическая незрелость с эмбриональным созреванием ворсин. Это возникает из-за остановки развития плаценты на ранних стадиях эмбриогенеза. Характеризуется персистенцией эмбриональных ворсин в плацентах II–III триместра беременности. Микроскопически: преобладают многолопастные ворсины с рыхлой стромой, множеством клеток Кашенко — Гофбауэра и стромальными каналами.

Таблица 2 — Варианты патологии пуповины

Патология пуповины	Процент (%)
Абсолютно короткая пуповина	9,1
Полный перекрут патологически извитой пуповины	45,5
Полный перекрут патологически длинной извитой пуповины	13,65
Полный перекрут патологически длинной пуповины	13,65
Аплазия пупочной артерии	4,55
Тромбоз вены пуповины	9,1
Выпадение петель	4,55

В 25,6 % антенатальной смерти причиной стала различная патология пуповины. В связи с нарушением фетоплацентарного кровообращения, из-за полного перекрута патологически длинной пуповины — 13,65 %, патологически извитой — 45,5 %, патологически длинной извитой — 13,65 % случаев. В 9,1 % данной патологии была выявлена абсолютно короткая пуповина, 4,55 % — аплазия пупочной артерии, 9,1 % — тромбоз вены пуповины, 4,55 % — выпадение петель пуповины.

14 % случаев антенатальной смерти были из-за нарушения ФПК, в том числе вследствие сдавления петель пуповины подлежащей частью плода (8 %), тугого обвития вокруг тела (25 %), тугого обвития вокруг шеи (67 %). Из них только 28 % были с патологически длинной пуповиной.

Таблица 3 — Морфологические варианты нарушения фетоплацентарного кровоснабжения

Нарушения ФПК		
Сдавления петель пуповины подлежащей частью	Тугое обвитие вокруг шеи	Тугое обвитие вокруг тела
8 %	67 %	25 %

17,5 % — внутриутробная асфиксия вследствие хронической плацентарной недостаточности. При этом было выявлено 5 вариантов патологии последа: патологически незрелая плацента (вариант диссоциированного созревания ворсин) (47 %) с выраженными воспалительными изменениями; патологически незрелая плацента (вариант эмбриональных ворсин) (20 %), в данном случае также наблюдались воспалительные изменения; патологически незрелая плацента (вариант гиповаскуляризированных хаотичных ворсин) (7 %); патологически незрелая (13 %) и гипоплазия плаценты (13 %).

Врожденные инфекции — 2,3 %. В первом случае наблюдалась интранатальная гибель плода вследствие генерализованной внутриутробной инфекции смешанной вирусно-бактериальной этиологии (бактериологическое исследование — *Enterococcus faecium*) с преимущественным поражением печени (фетальный гепатит), головного мозга — продуктивный лептоменингит, внутриутробный асцит (250 мл) с разлитым серозно-фиброзным перитонитом, венозным полнокровием вещества головного мозга и внутренних органов. Второй случай — гибель из-за врожденной пневмонии бактериальной этиологии (*Escherichia coli*) на фоне выраженных воспалительных изменений в последе.

Еще 2 других случая, то есть 2,3 % антенатальной смерти причиной стала идиопатическая водянка плода (наблюдался отек кожных покровов, гидрперикард, гидрото-

ракс, асцит) и синдром фетофетальной трансфузии (погиб реципиент) на фоне хронической плацентарной недостаточности.

Выводы

По результатам проведенного исследования установлено, что в исследуемой группе наиболее частыми причинами антенатальной гибели плода, со стороны патологии плаценты явилось патологически незрелая плацента с вариантом диссоциированного созревания ворсин; со стороны патологии пуповины — полный перекрут патологически извитой пуповины; вследствие недостаточности фетоплацентарного кровоснабжения — из-за тугого обвития пуповины вокруг шеи. Врожденные инфекции занимают незначительную часть среди причин смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баринова, И. В.* Клинико-морфологическая характеристика фетоплацентарного комплекса при антенатальной смерти плода / И. В. Баринова, Н. И. Кондриков, Ю. Б. Котов // Рос вестн акуш-гин. — 2013. — № 3. — С. 14–19.
2. Микрофлора влагалища, плаценты и околоплодных вод у женщин при антенатальной гибели плода / А. Н. Рымашевский [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. — М., 2012. — Т. 7, № 2. — С. 60–62.
3. Патогенез, диагностика, перинатальные исходы при критическом состоянии плода / И.В. Игнатко [и др.] // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. — 2015. — Т. 2, № 4. — С. 43–44.
4. *Гунин, А. Г.* Методы оценки состояния плода в родах / А. Г. Гунин, М. М. Милованов, Т. Г. Денисова // Здоровоохранение Чувашии. — 2014. — № 3 (39). — С. 39–48.
5. *Прохоров, В. Н.* Морфология тканей пуповины человека при некоторых патологических состояниях беременных / В. Н. Прохоров, О. В. Прохорова, С. Ю. Медведева // Уральский медицинский журнал. — 2014. — № 4 (118). — С. 30–33.
6. *Веропотвелян, Н. П.* Пренатальная диагностика истинного узла пуповины с применением объемной эхографии / Н. П. Веропотвелян, Н. С. Русак // Пренатальная диагностика. — 2014. — Т. 13, № 2. — С. 149–153.
7. *Костюков, К. В.* Диагностика синдрома селективной задержки роста плода, синдрома обратной артериальной перфузии при монохориальной многоплодной беременности / К. В. Костюков, К. А. Гладкова // Акуш. и гин. — 2016. — № 2. — С. 14–18.

УДК [611.811.012+611.817.1]-007

СИНДРОМ ДЕНДИ — УОЛКЕРА В СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Лапицкий Н. А., Мозговая Л. И.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

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

Введение

Синдром Денди — Уолкера — это врожденный порок развития (ВПР) центральной нервной системы (ЦНС). Ключевыми проявлениями этого синдрома являются внутренняя гидроцефалия, частичная или полная агенезия червя мозжечка и кистозное расширение IV желудочка головного мозга [1]. По литературным данным, среди живорожденных детей частота синдрома Денди — Уолкера невелика — от 1:5000 до 1:25 000; чаще страдают мальчики. Между тем среди детей с врожденной гидроцефалией частота встречаемости синдрома колеблется от 3,5 до 12 % [3].

Цель

Оценить морфологические особенности синдрома Денди — Уолкера, частоту его встречаемости как в изолированном виде, так и сочетающегося с другими ВПР.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили протоколы 799 патологоанатомических вскрытий плодов со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро», у которых были выявлены ВПР.

Результаты исследования и их обсуждение

За данный период было выявлено 9 случаев синдрома Денди — Уолкера, из которых 1 (11,1 %) плод был мужского пола и 8 (88,9 %) — женского (таблицы 1, 2).

Таблица 1 — Частота встречаемости синдрома Денди — Уолкера среди вскрытий абортированных плодов

Год	Количество вскрытий абортированных плодов	Число случаев синдрома	
		абс.	%
2014	165	1	0,61
2015	140	1	0,71
2016	175	1	0,57
2017	173	4	2,31
2018	146	2	1,37

Таблица 2 — Частота встречаемости синдрома Денди-Уолкера среди ВПР ЦНС

Год	Количество ВПР ЦНС	Число случаев синдрома	
		абс.	%
2014	18	1	5,6
2015	14	1	7,1
2016	17	1	5,9
2017	21	4	19,1
2018	15	2	13,3

В 1989 г. А. J. Barkovich и соавт. предложили классификацию ликворных скоплений в задней черепной ямке, основанную на данных магнитно-резонансной томографии (МРТ). Согласно этой классификации, они выделяют четыре разновидности аномалии:

1. Аномалия Денди — Уолкера (АДУ) (классическая) — характеризуется увеличением задней черепной ямки с кистозной дилатацией IV желудочка; для нее типично высокое расположение намета мозжечка; отмечаются частичная или полная агенезия червя мозжечка, гипоплазия полушарий мозжечка; гидроцефалия присуще в 80 % случаев.

2. Вариант Денди — Уолкера — характерны менее грубые структурные изменения: гипоплазия нижней части червя мозжечка и сообщение IV желудочка с большой затылочной цистерной через перфорированную мембрану, закрывающую выход из IV желудочка; гидроцефалия встречается редко.

3. Киста кармана Блейка — отличительные признаки кисты кармана Блейка: тетра-вентрикулярная гидроцефалия, инфра- или ретроцеребеллярная локализация кисты, сравнительно хорошо развитый червь мозжечка, кистозное расширение IV желудочка без сообщения его с большой затылочной цистерной;

4. Mega cisterna magna (фокальное увеличение субарахноидального пространства в нижних и задних отделах задней черепной ямки) — наблюдается увеличение размера большой затылочной цистерны; при этом цистерна свободно сообщается с IV желудочком и со смежными отделами субарахноидального пространства [4].

Кроме того, специалисты пренатальной диагностики выделяют полную и неполную формы синдрома Денди — Уолкера. Полная форма характеризуется агенезией червя мозжечка, а неполная форма — это частичная агенезия нижней части червя мозжечка [2].

В проанализированных нами случаях синдрома Денди — Уолкера всегда имела место частичная агенезия червя мозжечка и во всех случаях наблюдалось его сочетание с другими ВПР ЦНС, либо данный синдром был проявлением множественных врожденных пороков развития и хромосомных болезней (таблица 3).

Таблица 3 — Сочетание синдрома Денди-Уолкера с ВПР и другими синдромами

Случай	Синдромы и ВПР	Морфологические проявления
1	ВПР ЦНС	Гипоплазия мозжечка
2	ВПР ЦНС	Агенезия мозолистого тела
3	ВПР ЦНС	Артерио-венозная ангиодисплазия сосудов мозжечка
4	ВПР ЦНС	Агенезия мозолистого тела, гипоплазия полушария мозжечка, ложная порэнцефалия
5	МВПР	ДМЖП
6	Синдром Эллиса-Ван Кревьельда	ДМЖП, гипоплазия грудной клетки, постаксиальная и преаксиальная полидактилия кистей и стоп, укорочение длинных трубчатых костей конечностей
7	Синдром Патау	ДМЖП, постаксиальная полидактилия кистей, многодольчатые почки, хейлогнатопалатосхиз
8	Синдром триплоидии	ДМЖП
9	Синдром триплоидии	ДМЖП, ДМПП, синдактилия кистей

Выводы

1. Результаты анализа показали, что частота синдрома Денди — Уолкера составляла от 0,57 до 2,31 % среди всех аутопсий и от 5,6 до 19,1 % среди ВПР ЦНС с преобладанием плодов женского пола.

2. Во всех случаях наблюдалось сочетание синдрома Денди — Уолкера с другими ВПР ЦНС, либо он входил в комплексы МВПР или хромосомной патологии.

3. В исследуемом материале все случаи наблюдения были представлены неполными формами синдрома, характеризовавшиеся частичной аплазией червя мозжечка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Недзьведь, М. Н. Врожденные пороки ЦНС / М. Н. Недзьведь. — М.: Наука и техника, 1996. — 250 с.
2. Юдина, Е. В. Перинатальные исходы при врожденных пороках развития. Синдром Денди — Уолкера / Е. В. Юдина, М. В. Медведев // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 2000. — № 4. — С. 266–271.
3. Reith, W. Dandy — Walker malformation / W. Reith, A. Haussmann // Radiologe. — 2018. — Vol. 58(7). — P. 629–635. doi: 10.1007/s00117-018-0403-7. Review. German. PubMed PMID: 29797040.
4. Revised classification of posterior fossa cysts and cystlike malformations based on the results of multiplanar MR imaging / A. Barkovich [et al.] // AJNR. — 1989. — № 10. — P. 977–988.

УДК 618.33:616-007

ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПЛОДОВ С АУТОСОМНЫМИ ТРИСУНОКОМИЯМИ

Литвинова Т. А., Михалькевич К. С.

Научный руководитель: ассистент *А. В. Мишин*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хромосомные болезни — это сборная группа болезней, основой развития которых является нарушение числа или структуры хромосом, возникающее в гаметах или на

ранних стадиях дробления зиготы [1]. Аутосомная трисомия — это вид генетической патологии, при которой в клетках присутствуют три гомологичные хромосомы вместо двух. Наиболее частыми аутосомными трисомиями являются 21-трисомия (синдром Дауна), 18-трисомия (синдром Эдвардса) и 13-трисомия (синдром Патау) [2]. Частота новорожденных с трисомией по 21 хромосоме в европейских странах в 1990–2009 гг. составляла 11,2 случаев на 10 тыс. новорожденных, по 18 хромосоме — 1,04 случая на 10 тыс., по 13 хромосоме — 0,48 случая на 10 тыс. [3]. Поскольку на сегодняшний день не существует эффективных методов излечения таких заболеваний, крайне важная роль отводится пренатальной диагностике данной патологии [4].

Цель

Изучить морфологические особенности врожденных пороков развития (ВПР) внутренних органов по данным патологоанатомических вскрытий у абортированных плодов с синдромами Дауна, Эдвардса и Патау.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили протоколы 799 патологоанатомических вскрытий плодов, абортированных по медико-генетическим показаниям, со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро

Результаты исследования и их обсуждения

При анализе протоколов патологоанатомических вскрытий за данный период было выявлено 127 случаев синдрома Дауна (таблица 1).

Таблица 1 — Частота ВПР внутренних органов при синдроме Дауна

Локализация порока	Число случаев (n = 127)	
	абс.	%
Мозговой череп и лицо	119	93,7
Сердечно-сосудистая система	77	60,6
Костно-мышечная система	41	32,3
Мочевая система	8	6,3
Желудочно-кишечный тракт	3	5,3
Центральная нервная система	3	5,3
Дыхательная система	1	0,8

При синдроме Дауна фенотипические изменения в основном проявлялись дисплазией ушных раковин (112 случаев) и уплощением профиля лица (98 случаев). Из ВПР сердечно-сосудистой системы чаще выявлялись дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — 35 случаев и предсердно-желудочковая коммуникация — 33 случая. ВПР костно-мышечной системы были представлены поперечной линией ладони — 38 случаев и клинодактилией мизинцев кистей.

Синдром Эдвардса был выявлен у плодов в 25 случаях (таблица 2).

Таблица 2 — Частота ВПР внутренних органов при синдроме Эдвардса

Локализация порока	Число случаев (n = 25)	
	абс.	%
Мозговой череп и лицо	19	76
Сердечно-сосудистая система	20	80
Костно-мышечная система	18	72
Мочевая система	8	32
Желудочно-кишечный тракт	7	28
Центральная нервная система	3	12
Половая система	1	4

Фенотипические изменения при синдроме Эдвардса характеризовались микрогенией (17 случаев), низко расположенными и деформированными ушными раковинами (16 случаев), хейлогнатопалатисхизом (4 случая). Из ВПР сердечно-сосудистой системы наиболее ча-

сто выявлялись ДМЖП — 16 случаев. ВПР костно-мышечной системы чаще были представлены флексорным положением кистей (11 случаев), короткими и широкими 1 пальцами стоп (8 случаев) и лучевой косорукостью (3 случая) и клинодактилией мизинцев кистей.

Синдром Патау был выявлен в 15 случаях (таблица 2).

Таблица 3 — Частота ВПР внутренних органов при синдроме Патау

Локализация порока	Число случаев (n = 15)	
	абс.	%
Мозговой череп и лицо	10	66,6
Сердечно-сосудистая система	10	66,6
Костно-мышечная система	9	60
Мочевая система	8	53,3
Желудочно-кишечный тракт	3	20
Центральная нервная система	4	26,7
Половая система	3	20

Внешние изменения лица при синдроме Патау характеризовались низко расположенными и деформированными ушными раковинами (6 случаев) хейлогнатопалатосхизом (6 случаев), гипертелоризмом и микрогенией (по 3 случая). Из ВПР сердечно-сосудистой системы чаще были выявлены ДМЖП — 7 случаев. ВПР костно-мышечной системы были представлены различными вариантами постаксиальной полидактилии (8 случаев) и флексорным положением кистей (2 случая). Из ВПР центральной нервной системы были выявлены лобарная и алобарная голопроэнцефалия – по 2 случая. Пороки мочевой системы наблюдались в виде многодольчатых почек (6 случаев) и наличием микрокист в корковом слое почек (2 случая).

Выводы

Для всех форм хромосомных болезней общим признаком является множественность ВПР. Патологоанатомическая верификация диагнозов у плодов, абортированных по генетическим показаниям, является неотъемлемой составляющей пренатальной диагностики ВПР. Диагностика хромосомных болезней, основанная на морфологических методах исследования, позволит более целенаправленно проводить анализ кариотипа при подозрении на хромосомную патологию плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазюк, Г. И. Тератология человека / Г. И. Лазюк. — М.: Медицина, 1991. — 480 с.
2. Козлова, С. И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование / Н. С. Демикова, Е. И. Семанова, О. Е. Бенникова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Практика, 1996. — 416 с.
3. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / под ред. акад. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна, чл.-корр. РАМН, проф. В. С. Баранова. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 416 с.
4. Prenatal Diagnosis of Congenital Anomalies / P. Gianluigi [et al.]. — N.Y.: McGraw-Hill Education, 1997. — P. 238.

УДК 616.5-006-07-091.5

АНАЛИЗ СОВПАДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ

Лобан Д. С., Волощик Е. С., Демченко А. В.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Опухоли кожи являются часто встречающиеся новообразованиями человека. На амбулаторном приеме у дерматолога они составляют 20–24,9 % в структуре первичной

обращаемости по поводу кожных заболеваний. Огромное число нозологических форм новообразований кожи затрудняет их систематизацию. В настоящее время причины и механизм развития большинства поражений кожи не известны. Для верификации диагноза часто используют гистологическое исследование [1, 2].

Меланоцитарные невусы (родинки) — это врожденные или приобретенные доброкачественные образования на коже, состоящие из скопления меланоцитов. Зачастую они появляются на теле человека в течение жизни. Количество и рост невусов могут увеличиваться до 25–30 лет. Некоторые виды невусов имеют высокую вероятность к перерождению в злокачественное заболевание [4]. По данным разных авторов трансформация в меланому может произойти в 50–80 % случаев сложного пигментного невуса, поэтому он классифицируется как меланомоопасный и требует онконастороженности.

Опухоли кожи встречаются с разной частотой: эпидермальные в 55,4–61,7 % случаев, меланоцитарные — в 12,6–13,2 %, опухоли придатков кожи — в 1–7,7 %, кожные лимфопролиферативные — в 2,8–3 %, опухоли мягких тканей — в 20,9–21,7 % [2]. В структуре онкологической заболеваемости мужского населения злокачественные болезни кожи занимают третье место — 14,3 % без меланомы, у женщин — первое — 21,8 % без меланомы [3].

Цель

Проанализировать частоту совпадения клинических диагнозов и патологоанатомических заключений при новообразованиях кожи, их локализацию, размер, частоту встречаемости у мужчин и женщин.

Материал и методы исследования

Изучено 84 медицинских карты пациентов, обратившихся по поводу новообразований кожи в У «ГОККВД». Проведен анализ литературных данных, медицинской документации, 160 патологоанатомических заключений, частота встречаемости в разных возрастных группах и зависимость от гендерной принадлежности. Данные обработаны статистически. Так как распределение данных большинства изученных параметров не соответствовало нормальному закону, данные представлены в виде среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Сравнение качественных признаков проводили с использованием критерия χ^2 . Результаты статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В группу I вошло 28 (33 %) мужчин, в группу II — 56 (67 %) пациенток с новообразованиями кожи. Возраст пациентов колебался от 14 до 76 лет, но большинство респондентов имели возраст 25–48 (54 %) лет. Средний возраст пациентов I группы составил $40,2 \pm 3,1$ лет, II группы $44,1 \pm 2,1$ года ($p > 0,05$). На возрастную категорию 50–69 лет пришлось 29,7 % обратившихся. Значимых отличий между I и II группами по возрасту не установлено ($p = 0,206$). Абсолютное большинство респондентов проживали в городе 73 (87 %), что можно объяснить доступностью данного вида медицинской помощи жителям города. В 160 (100 %) случаях проводилось иссечение новообразования кожи с последующим гистологическим исследованием.

Среднее количество элементов, подлежащих удалению, у пациентов I группы составило $1,9 \pm 0,4$ штук, II группы — $2,1 \pm 0,4$ ($p = 0,772$). Наибольшее количество элементов отмечалось у женщин в возрасте 14–24 года — $2,8 \pm 1,3$ штук и в возрасте 25–48 лет — $2,6 \pm 0,7$ штук. Количество новообразований кожи от 4 до 19 штук встречалось у 9 (10,7 %) человек: у 6 женщин в возрасте 21–41 год и у 3 мужчин в возрасте 29–35 лет, что подтверждает литературные данные. Чаще всего элементы локализовались в

области туловища — 119 (74,4 %) случаев. Локализация на лице отмечалась в 31 (19,4 %) случае, на верхней конечности — 7 (4,4 %), на нижней конечности — 3 (1,8 %). Средний диаметр образований составил $3,2 \pm 0,6$ мм, диапазон размеров от 1 до 8 мм. Невусы диаметром свыше 5 мм встречались в 29 (18,1 %) случаях, преимущественно коричневого цвета — 91 (57 %) элемент. Однако 68 (42,5 %) элементов имели цвет кожи.

Результаты патологоанатомических исследований: эпителиальные опухоли представлены себорейным кератозом — 6 (3,8 %) случаев; опухоли придатков кожи — по 1 (0,6 %) случаю эпидермис с роговой кистой, гиперплазия сальных желез; опухоли мягких тканей: гемангиома — 3 (1,9 %) случая, нейрофиброма — 1 (0,6 %) случай; папиллома — 21 (13,1 %) случай от всех удалений. Меланоцитарные невусы эпидермального происхождения составили 127 (79,4 %) случаев: меланома — 1 (0,6 %) случай; внутридермальный невус — 32 (20 %); внутридермальный пигментный невус — 1 (0,6 %); сложный (пигментный) невус — 93 (58,1 %). В 19 (11,9 %) случаях диагностирована меланоцитарная дисплазия 1–3 степени, трансформировавшаяся из сложного невуса.

Из 160 элементов новообразований кожи в 30 (18,75 %) случаях отмечалось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов: из них 20 (66,7 %) элементов были цвета кожи и располагались на туловище. В 22 (73,3 %) случаях не совпавших диагнозов отмечалось выставление клинического диагноза невус (внутридермальный, пограничный, папиллярный, сложный, пигментный). При этом гистологические заключения были следующими: 1 меланома, 2 сложных невуса, 2 гемангиомы, 1 гиперплазия сальных желез, 1 нейрофиброма, 11 папиллом, 4 себорейных кератоза. В 8 (26,7 %) случаях выставлялся клинически себорейный кератоз, папиллома. Гистологическое заключение констатировало: 2 сложных невуса, 3 папилломы, 2 себорейных кератоза, 1 внутридермальный невус. Гипердиагностика новообразований кожи отмечалась в 23 (14,4 %) элементах из 160, однако во всех случаях, вне зависимости от выставленного клинического диагноза данные элементы подлежали удалению.

Выводы

Значимых гендерных отличий по возрасту ($p = 0,206$) и количеству элементов ($p = 0,772$) не выявлено. Наиболее часто по поводу новообразований кожи пациенты обращались в возрасте 25–48 (54 %) лет. Среднее количество элементов, подлежащих удалению, составило около 2 и значимо не отличалось по гендерному признаку. Чаще локализовались на туловище, преимущественно коричневого цвета (57 %) или цвета кожи (42,5 %).

Меланоцитарные невусы эпидермального происхождения составили 127 (79,4 %) случаев. В 19 (11,9 %) случаях диагностирована меланоцитарная дисплазия 1–3 степени, трансформировавшаяся из сложного невуса. Из 160 элементов новообразований кожи в 30 (18,75 %) случаях отмечалось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Гипердиагностика отмечалась в 23 (14,4 %) случаях, однако во всех случаях, вне зависимости от выставленного клинического диагноза данные элементы подлежали удалению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольцов, С. В. Дерматовенерология. Наблюдения в фотографиях / С. В. Гольцов. — Екатеринбург: Уральский рабочий, 2013. — 368 с.
2. Ламоткин, И. А. Клиническая дерматоонкология: атлас / И. А. Ламоткин. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. — 449 с.
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.] / под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — 286 с.
4. Трапезников, Н. Н. Пигментные невусы и новообразования кожи / Н. Н. Трапезников [и др.]. — М.: Медицина, 1976. — 177 с.

УДК 616.33-006-036.22-021.272(476.2) «2016/2018»

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
РАКОМ ЖЕЛУДКА В 2016–2017 ГГ. ПО СРАВНЕНИЮ С 2018 Г.
НА ТЕРРИТОРИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Медведев М. А., Панчук А. А.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

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

Введение

В общей популяции, рак желудка находится в тройке по смертности среди злокачественных неоплазий и входит в шестерку по численности среди онкозаболеваний в целом [1]. Этиологической основой возникновения опухолей желудка являются: пернициозная анемия, аденоматозные полипы желудка, атрофический гастрит, хроническую язвенная болезнь желудка, болезнь Менетрие [2].

Цель

Провести сравнительный анализ заболеваемости раком желудка за 2016–2017 гг. по сравнению с 2018 г., у пациентов в Гомельской области учитывая морфологическую форму данной патологии.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы 1507 медицинских карт стационарных пациентов за период 2016–2018 гг., с установленным диагнозом: рак желудка различных локализаций. При исследовании учитывался морфологический вариант злокачественного новообразования желудка. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждения

При анализе медицинских карт были выявлены следующие варианты рака желудка: 1) аденокарциномы; 2) солидные карциномы; 3) плоскоклеточный рак; 4) атипичный карциноид; 5) неуточненные формы.

За период 2016 г. рассмотрены 493 истории болезней, из которых 277 лиц мужского пола и, соответственно, 216 — женского. В данной группе умерло от основного заболевания 305 (61,46 %) пациентов. За период 2017 г. было рассмотрено 503 карты стационарных пациентов, из которых 340 пациентов мужского пола, 163 — женского. Умерло 250 (49,7 %) пациентов. За период 2018 г. рассмотрены 511 историй болезней, из которых 342 — лица мужского пола и, соответственно, 169 — женского. В данной группе умерло от основного заболевания 211 (41,29 %) пациентов. За 2018 г. пациенты были в возрастных группах от 40–90 лет.

Наиболее чаще встречающейся гистологической формой является различные варианты аденокарцином. При сопоставлении основных группы пациентов 2016 г. было выявлено 323 (65,56 %) случая, а в группе сравнения за 2017 г. — 357 (72,41 %) пациентов. При изучении медицинских карт чаще всего встречался низкодифференцированный вариант опухоли, он же является самым злокачественным и хуже поддается лечению. В результате отмечается большая летальность от этих опухолей. Отмечается тенденция к заболеванию у мужчин в 2017 г., по сравнению с 2016 г. Наиболее чаще встречающейся гистологической формой в 2018 году является различные варианты аденокарцином, как и в 2016–2017 гг. При сопоставлении основных группы пациентов 2018 г. было выявлено 406 (79 %) случаев, а в группе сравнения за 2017 г. — 357

(72,41 %) пациентов. При изучении медицинских карт чаще всего встречался низкодифференцированный вариант опухоли, он же является самым злокачественным и хуже поддается лечению. В результате отмечается большая летальность от этих опухолей. Отмечается тенденция к заболеванию у мужчин в 2018 г.

Выводы

Наиболее частый вариант рака желудка за период 2016–2018 гг. — аденокарцинома, которая составила 65,56 % в 2016 г. и 72,41 % — в 2017 г., но большая заболеваемость составила в 2018 г. — 406 (79 %) случаев. Чаще всего встречалась у пациентов старше 60 лет (средний возраст 63 года) с преобладанием у мужчин. При сопоставлении основных группы пациентов 2018 г. было выявлено 406 (79 %) случаев, а в группе сравнения за 2017 г. — 357 (72,41 %) пациентов. Клинически заболевание проявляется быстро увеличивающимися опухолевыми массами, которые могут быть локализованы в разных анатомических областях желудка. Клиническая практика требует точного патоморфологического диагноза опухолей на основании использования всех доступных для клиники способов диагностики, а также усовершенствование диагностических методов с целью раннего выявления опухолей и предраковых состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Официальный Интернет-портал ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. — Дата доступа: 01.02.2019.
2. Черноусов, А. Ф. Ранний рак и предопухолевые заболевания желудка / А. Ф. Черноусов, С. А. Поликарпов, Э. А. Годжело. — М., 2002. — 256 с.
3. Bosman WHO Classification of Tumors of the Digestive System. — Lyon: International Agency for Research on Cancer International Agency for Research on Cancer, 2010. — № 3. — P. 219–225.

УДК 618.146-006.6-036.22(476.2) «2017»

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017 Г.

Мироненко Е. С.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова¹,
ассистент А. С. Терешковец²**

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

Введение

Рак шейки матки — широко распространенное во всем мире заболевание, которое согласно последним данным занимает второе место по частоте злокачественных образований у женщин [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения в Республике Беларусь частота встречаемости заболевания составляет 17,4 зарегистрированных случаев на 100 тыс. женщин на 2015 г.

Общепризнанно, что причиной развития рака шейки матки практически во всех случаях является инфекция, передающаяся половым путем, вызванная онкогенными штаммами вируса папилломы человека. К сожалению, это не единственная причина, развитию рак шейки матки предшествуют процессы дисгормональной или воспалительной природы.

Предраковыми заболеваниями шейки матки являются: посттравматические и родовые изменения, дисплазия, лейкоплакия, эритроплакия, эндоцервикоз, полипы, эндоцервикоз, кондиломы, цервицит и некоторые другие.

Также известно, что выявление и лечение на ранних стадиях болезни, которой является цервикальная дисплазия, служат эффективными мерами для снижения уровня заболеваемости и смертности от рака шейки матки [1].

Для указания степени тяжести рака шейки матки используется стандартная TNM-классификация злокачественных новообразований, которая представлена ниже.

1. T_x — недостаточно данных для оценки опухоли.
2. T₀ — первичная опухоль не определяется.
3. T_{is} — карцинома преинвазивная. Стадия по FIGO 0.
4. T₁ — Рак, ограниченный шейкой матки (без учета тела матки). Стадия по FIGO 1.
5. T₂ — Опухоль шейки матки с распространением за пределы матки, но без прорастания стенки таза или нижней трети влагалища. Стадия по FIGO 2.
T_{2a} — Без инвазии в параметрий. Стадия по FIGO 2a.
T_{2b} — С инвазией в параметрий. Стадия по FIGO 2b.
6. T₃ — Рак шейки матки с распространением на стенку таза, поражение нижней трети влагалища, нарушение функции почки. Стадия по FIGO 3.
7. T₄ — Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и (или) выходит за пределы малого таза. Стадия по FIGO 4a [4].

Цель

Изучение эпидемиологических особенностей рака шейки матки среди пациенток Гомельской области за период 2017 года.

Материал и методы исследования

Материалами исследований явились данные историй болезни 129 пациенток Гомельской области, в анамнезе которых указано заболевание рака шейки матки за 2017 г. Был проведен анализ статистических данных

Результаты исследования и их обсуждение

В результате интерпретации полученных данных было установлено, что рак шейки матки (далее РШК) встречается у женщин различного возраста, а именно с 26 до 96 лет.

Выявлены различные морфологические варианты рака шейки матки, рассчитана частота их встречаемости среди данной выборки женского населения Гомельской области и представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Морфологические варианты рака шейки матки и частота их встречаемости среди выборки

Морфологический вариант	Количество (пациентов)	Процент (%)
Всего пациентов	129	100
Плоскоклеточная карцинома БДУ	93	72
Аденокарцинома БДУ	18	13,9
Тубулярная аденокарцинома	2	1,55
Фибросаркома	1	0,78
Светлоклеточный тип	2	1,55
Солидная карцинома БДУ	2	1,55
Опухолевые клетки злокачественные	11	8,5

Также было произведена интерпретация данных по стандартной TNM-классификации рака шейки матки и выявлено, что наиболее встречаемой формой является T_{2b} — с инвазией в параметрий. На рисунке 1 представлен более подробный анализ данных.

У 4 пациенток было в истории описано T_{is} — преинвазивная карцинома, которая позже перешла в другую, более тяжелую стадию.

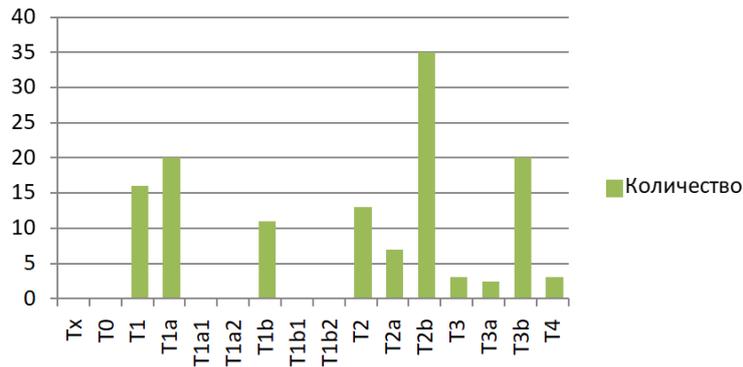


Рисунок 1 — Классификация выборки по TNM-классификации РШК

Выводы

По результатам проведенного исследования было выявлено, что:

1. Наиболее встречающимся морфологическим вариантом рака шейки матки является плоскоклеточная карцинома, которая составляет в данной выборке 72 % (93 пациента).

2. По классификации TNM злокачественное новообразование с инвазией в параметрий (T2b) встречается в 27,1 % из всех случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрипкин, Ю. К. Инфекции, передающиеся половым путем: практ. рук-во / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, Г. Я. Шаропова. — М.: Медпресс, 2001. — 364 с.
2. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis / M. Plummer // Lancet Glob Health. — 2016.
3. Всемирная организация здравоохранения / Комплексная борьба с раком шейки матки. Краткое практическое руководство, 2010. — 290 с.
4. Мейскенс, Ф. М. Рак шейки матки. Причина и профилактика / Ф. М. Мейскенс, Д. Пател. — М.: Медицина и здравоохранение, 2010.

УДК 618.146-006.6:611.633(476.2) «2018»

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018 Г.

Миронова К. А., Бернацкая Е. Н.

Научный руководитель: ассистент *А. С. Терешковец*

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

Введение

Рак шейки матки (РШМ) — важная проблема репродуктивного здоровья женщин. По частоте заболеваемости раком у женщин он занимает четвертое место [2].

По оценкам ВОЗ, в 2018 г. было выявлено 570 тыс. новых случаев, что составляет 6,6 % всех случаев рака среди женщин. Высокий уровень смертности от рака шейки матки во всем мире можно снизить с помощью комплексного подхода, который включает программы профилактики, ранней диагностики, эффективного скрининга и лечения.

В зависимости от локализации РШМ различают: экзофитную (рак расположен на экзоцервиксе), эндофитную (в эндоцервиксе) и смешанную (злокачественный процесс локализуется одновременно на шейке и в цервикальном канале) анатомические формы роста опухоли. Из гистологических форм РШМ наиболее часто встречаются два: пло-

скоклеточный (80 %) и аденогенный (10 %) раки. Группа прочих карцином составляет всего 10 % [1].

Цель

Провести анализ заболеваемости раком шейки матки у пациентов в Гомельской области 2018 г., учитывая возраст и морфологическую форму данной патологии.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациенток с раком шейки матки, которые были включены в канцер-регистр ГОКОД за 2018 г. Проанализирована структура заболеваемости РШМ, а именно: клинко-анатомическая форма, стадия опухоли, ее гистологическое строение, анализ методов подтверждения диагноза. Статистический анализ данных проведен с помощью методов сравнительного анализа на базе программы «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

За 2018 г. в канцер-регистр ГОКОД включены 119 пациенток с раком шейки матки.

По данным исследования раку шейки матки в 2018 г. в Гомельской области чаще были подвержены женщины в возрасте 52–57 лет.

Далее была проведена оценка методик подтверждения диагноза. Гистологический метод составил 93,3 %, цитологическо-гематологический метод — 6,7 %.

Гистологические варианты РШМ в исследуемых данных распределились следующим образом: плоскоклеточная карцинома БДУ — 62,2 %, аденокарцинома БДУ — 10,9 %, плоскоклеточная карцинома — 7,6 %, аденокарцинома — 2,5 %, смешанная форма — 1,7 %, эндометриоидная карцинома — 1,7 %, солидная карцинома БДУ — 1,7 % и единичные опухолевые злокачественные клетки выявлены у 1,7 %.

Распределение клинко-анатомических форм выглядит следующим образом: внутренняя часть шейки матки (эндоцервикс) — 29,4 %, наружная часть шейки матки (экзоцервикс) — 27,7 %, а также неуточненная форма — у 42,9 %.

Поражение, выходящее за пределы одной локализации, наблюдалось у 24,6 % пациенток и чаще всего с прорастанием опухоли в мочевого пузырь.

Кроме гистологических форм были проанализированы степени дифференцировки опухоли: средней степени — 42,9 %, низкой степени — 10 %, высокой степени дифференцировки — 4,2 % и осталась неуточненной степень у 42,9 % пациенток.

Необходимо учесть, что при определении степени дифференцировки и морфологии часть материала шла без указания степени и форм, что приводит к потере статистических данных и не полному представлению о данном заболевании.

Чаще всего встречались следующие стадии РШМ: I стадия — у 43,6 % пациенток, II — 22,6 %, III — 18,4 %, IV — 15 %. Из результатов анализа, видно, что наиболее часто заболевание выявляется ранних стадиях, что может быть связано с множеством факторов, включая особенности скрининга, возможности диагностики и своевременной обращаемостью пациентов.

У 81,5 % обследованных пациенток не было выявлено отдаленных метастазов, у 13,4 % — отдаленные метастазы, с преимущественной локализацией в тазовых, подвздошных, аортальных, надключичных лимфатических узлах. Но следует учитывать, что у 4,2 % группы недостаточно объективных данных для установления факта наличия отдаленных метастазов.

Выводы

На основании проведенного исследования можно сделать выводы, что в Гомельской области за 2018 г. раку шейки матки чаще были подвержены женщины в возрасте 52–57 лет. Среди клинко-анатомических форм наибольшую долю составляет эндоцервикс — 29,4 %, а из гистологических форм — плоскоклеточная аденокарцинома, что соответствует распределению в мировой статистике по раку шейки матки. Впервые

установленная: I стадия у 43,6 % обследованных и отсутствие отдаленных метастазов у 81,5 % могут свидетельствовать о хорошем развитии ранней диагностики и скрининга.

Однако необходимо учесть, что при определении степени дифференцировки часть материала шла без указания степени и стадии, что приводит к потере статистических данных и не полному представлению о данном заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинова, Т. М. Рак шейки матки: учеб.-метод. пособие / Т. М. Литвинова, С. Е. Шелкович. — Минск: БГМУ, 2013. — С. 30–31
2. Онкология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чисова, М. И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>. — Дата доступа: 02.03.2019.

УДК 616.33-002

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОСТРЫХ АДРЕНАЛИНОВЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА ПОД ДЕЙСТВИЕМ МЕТАБОЛИТОВ БАКТЕРИЙ *BACILLIS SUBTILIS*, ШТАММ 804

Муханов Ж. Ж.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *В. С. Полякова*

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

Введение

Болезни органов пищеварения имеют довольно широкий спектр разнообразия и входят в тройку основных заболеваний уступая по количеству летальных исходов лишь сердечно-сосудистой патологии и онкологическим заболеваниям.

В настоящее время установлено, что применение антацидных и других препаратов малоэффективно при лечении острых язвенных поражений и кровотечений, возникающих при этих поражениях [1, 2]. Поэтому актуальной задачей является поиск новых лекарственных средств, позволяющих оптимизировать процесс заживления острых язв желудка.

Цель

Выявить особенности репаративного гистогенеза острых язв желудка в условиях адреналинового стресса при использовании метаболитов бактерий *Bacillus subtilis*, штамм 804 и его влияние на процессы заживления в эксперименте.

Материал и методы исследования

Проводилось исследование на 45 половозрелых крысах-самцах линии Wistar. Для создания «стрессовых» язв была использована методика Н. И. Белостоцкого (2002). Выделены 4 группы животных, получавших ежедневно со 2-х по 5-е сутки после воспроизведения адреналиновых язв перорально препарат «Винфар» (1-я группа), метилурацил (2-я группа), облепиховое масло (3-я группа) физиологический раствор (4-я, контрольная группа). Животных выводили из эксперимента на 1-, 5-, 10-е сутки с помощью передозировки эфирного наркоза. Для исследования брали участки стенки желудка с язвенными дефектами, исключая пограничные и неизмененные зоны.

Материал фиксировали в нейтральном 10 % растворе формалина. В работе использовались методы световой микроскопии и иммуногистохимии; выявляли Ki-67 и коллаген I–IV типов (Collagen I–IV), для визуализации использовалась система фирмы

«BioGenex», США. Экспрессия коллагенов оценивалась визуально по бальной системе от 0 до 4. Производили подсчет клеток, экспрессирующих Ki-67 в области краев язв.

Результаты исследования и их обсуждение

Слизистая оболочка желудка на 1 сутки эксперимента во всех экспериментальных группах имела множественные зоны некроза, достигающие мышечной пластинки слизистой. На 5-е сутки у животных, получавших метаболиты бактерий *Bacillus subtilis*, штамм 804 зона бывших язв покрыта 1 слоем призматических клеток, по сравнению с контролем в эпителии желудка повышена в 3 раза экспрессия Ki-67, свидетельствующая о влиянии данных метаболитов бактерий на процессы пролиферации эпителия желудка и эпителизации язв. Под эпителием у животных первой группы на 5-е сутки выявлен активный ангиогенез, о чем свидетельствует увеличение относительной плотности сосудов в формирующейся грануляционной ткани. Исследование экспрессии коллагенов на 1 и 3 типов на 5-е сутки эксперимента у животных первой группы показало их повышение по сравнению с контрольной группой, при этом преобладал коллаген 3 типа. У первой группы животных в новообразующейся соединительной ткани увеличивается количество фибробластов на условной единице площади. У животных второй группы на 5 сутки обнаруживались глубокие дефекты слизистой, в третьей группе дефекты так же были обнаружены, но менее глубокие, в контрольной группе они не исчезли и на 10-е сутки эксперимента. При лечении метилурацилом и облепиховым маслом язвы не обнаруживались на 10-е сутки, зоны бывших дефектов были покрыты одним слоем призматических эпителиоцитов. При метилурациле в подлежащей соединительной ткани преобладает коллаген 1 типа, а при лечении облепиховым маслом преобладает коллаген 3 типа. На 10-е сутки у животных первой экспериментальной группы в подлежащей соединительной ткани идет новообразование желез, чего не наблюдается во второй и третьей экспериментальных группах.

Выводы

Таким образом, при использовании метаболитов бактерий *Bacillus subtilis*, штамм 804 в ходе лечения адреналиновых язв повышается индекс пролиферации эпителия покрова и желез слизистой оболочки желудка, ускоряются сроки их эпителизации, кроме того, оптимизируется процесс синтеза коллагенов 1–3 типов фибробластами в зоне язвенного дефекта и органотипическое восстановление слизистой оболочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничков, Н. Н. Морфология заживления ран / Н. Н. Аничков, К. Г. Волков. — М.: Медгиз, 1951. — 123 с.
2. Гончарова, В. П. Факторы роста фибробластов / В. П. Гончарова // Физиологический журнал им. Сеченова. — 1994. — Т. 80, Вып. 9. — С. 163.

УДК 618.11-006.314.04(476.2)

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Надточеева Е. П., Авраменко М. Е., Войтюк М. А.

Научный руководитель: Д. А. Зиновкин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак яичников (РЯ) является одним из наиболее распространенных и неблагоприятно протекающих опухолевых заболеваний у женщин, лидирующий по числу смертных

случаев среди новообразований женских половых органов. В мире ежегодно у 225 тыс. 500 женщин диагностируется РЯ и более 140 тыс. из них умирают [1, 2].

Среди злокачественных эпителиальных опухолей яичников главенствующая роль принадлежит серозному раку. Как известно, у большинства больных (около 80 %) гистологическая форма опухоли представлена серозной аденокарциномой. В новой классификации опухолей яичников (ВОЗ, 2013) злокачественные серозные карциномы подразделены на опухоли низкой степени злокачественности (lowgrade серозная карцинома) и карциномы высокой степени злокачественности (highgrade серозная карцинома). При описании опухолей наряду с эпидемиологической характеристикой, молекулярно-генетическими нарушениями, клинико-морфологическими данными и иммунопрофилем большое внимание уделяется прогнозу и прогнозирующим признакам [3]. Опухоли low- и highgrade серозных карцином развиваются по разным молекулярным путям, отличаются друг от друга по своей биологии, молекулярно-генетическим особенностям, клиническому течению, прогнозу и ответу на проводимое лечение [4, 5, 6].

Мы предположили, что степень дифференцировки опухоли G серозного рака яичников у пациенток Гомельской области влияет на степень развития опухоли, интенсивность метастазирования, частоту проводимого хирургического и химиотерапевтического лечения.

Цель

Выявление морфологических особенностей серозного рака яичников у пациенток Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследовании использовались данные медицинской документации пациенток У «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Stat Soft Statistica 10.0» (USA) и «Microsoft Excel 2013». Статистически значимым считался результат при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего для поиска зависимости степени дифференцировки опухоли G от процесса метастазирования было проанализировано 236 пациентов, из которых у 71,19 % ($n = 168$) не было метастазов и у 28,8 % ($n = 68$) были выявлены метастазы. Среди пациентов с высокой степенью дифференцировки G1 у самого большого количества пациенток 25,42 % ($n = 60$) не выявлено явлений метастазирования, а также у самого маленького количества человек 3,39 % ($n = 8$) обнаружены метастазы.

Среди людей с низкой степенью дифференцировки G3 у самого большого количества человек 13,56 % ($n = 32$) обнаружены явления метастазирования. Также данную гипотезу мы подтвердили с помощью критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 24,04$; $p < 0,05$).

Также мы сравнили частоту проведения хирургического лечения и химиотерапии в зависимости от степени дифференцировки опухоли. Всего подверглись хирургическому лечению 97 % ($n = 229$) пациенток, причем на долю каждой степени пришлось примерно одинаковое количество человек 27 % ($n = 66$), кроме 2 степени 13 % ($n = 33$). Значение критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 10,37$; $p < 0,015$). Химиотерапии подверглись 76,27 % ($n = 180$) пациенток, из которых самое большое число пришлось на G3 26,27 % ($n = 64$). Разбежка в процентах между остальными степенями не превышает 11 %. Значение критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 36,24$; $p < 0,00001$).

Также был проведен сравнительный анализ степени дифференцировки опухоли и стадии ее развития. Стадия 1 чаще встречается у пациенток с G0 и G1 — 17 % ($n = 40$), стадия 2 с G1 и G3 — 5 % ($n = 13$), стадии 3 и 4 с G3 — 2,5 % ($n = 6$) и 15,7 % ($n = 37$) соответственно. Значение критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона ($\chi^2 = 42,34$; $p < 0,00001$).

Выводы

В ходе статистической обработки мы подтвердили наше предположение о наличии влияния степени дифференцировки опухолей G на интенсивность метастазирования и

степень развития серозного рака яичников. Чем ниже степень дифференцировки, тем интенсивнее развивается опухоль и активнее идет процесс метастазирования. Но предполагаемое наличие влияния степени дифференцировки на хирургическое лечение и химиотерапию не подтвердилось, т. к. химиотерапия была проведена 76 % пациенткам, а оперативное лечение 97 %, причем вне зависимости от степени дифференцировки опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель, Е. М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы / Е. М. Аксель // Онкогинекология. — 2012. — № 1. — С. 18–23.
2. Cancer statistics / A. Jemal [et al.] // CA Cancer J Clin. — 2010. — Vol. 60. — P. 277–300.
3. Ожиганова, И. Н. Морфология рака яичников в классификации ВОЗ 2013 г. / И. Н. Ожиганова // Практическая онкология. — 2014. — Т. 15, № 4. — С. 143–152.
4. Rubin, S. C. Clinical and pathological features of ovarian cancer in women with germ-line mutations of BRCA1 / S. C. Rubin, I. Benjamin, K. Behbakht // N. Eng. J. Med. — 1996. — Vol. 335. — P. 1413–1416.
5. Демидова, И. А. Наследственно обусловленный рак яичников / И. А. Демидова // Современная онкология. — 2015. — Т. 17, № 3. — С. 70–75.
6. Yang, B. Association of BRCA1 and BRCA2 mutations with survival, chemotherapy sensitivity, and gene mutator phenotype in patients with ovarian cancer / B. Yang, S. Khan, Y. Sun // JAMA. — 2011. — Vol. 306, № 14. — P. 1557–1565.

УДК 616.441-006.6(476.2) «2018»

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018 Г.

Неброва А. С., Макаричкова Ю. Ю.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

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

Введение

В настоящее время проблема злокачественных новообразований щитовидной железы остается в числе приоритетных в связи с высоким уровнем заболеваемости в трудоспособном возрасте. Меры по раннему выявлению новообразований щитовидной железы достаточно эффективны, хотя остается некоторое число случаев, регистрируемых на поздних стадиях заболевания [1].

На начальных этапах заболевание протекает бессимптомно, развитие дифференцированных опухолей может продолжаться длительное время. В зависимости от формы злокачественного образования первым симптомом может оказаться небольшое уплотнение в области шеи. Но довольно часто в этот период также обнаруживаются увеличенные шейные лимфоузлы. Фактически, этот признак присутствует у 30 % пациентов. У дифференцированных опухолей между размером метастазов и самой опухоль нет соответствия: не пальпируемые образования зачастую сопровождаются увеличенными лимфоузлами больших размеров. Регионарные метастазы при раке щитовидной железы обладают малой тенденцией к прорастанию в близлежащие ткани, такое существование может длиться годами [1, 2].

Чаще всего при раке щитовидной железы поражаются находящиеся рядом лимфатические узлы. Отдаленные метастазы встречаются достаточно редко. В основном поражению метастазами подвергается костная ткань, печень, надпочечники, головной мозг. Распространение опухоли происходит лимфогенным и гематогенным способом.

При лимфогенном метастазировании пораженными оказываются лимфоузлы, находящиеся в боковом треугольнике шеи и в яремной впадине. Далее поражаются предгортанные и околотрахеальные лимфоузлы. У 60 % больных раком щитовидной железы метастазы обнаруживаются в зоне сосудисто-нервного пучка или в околотрахеальной области шеи [3].

При гематогенном метастазировании метастазы распространяются в легкие, печень, головной мозг, костную систему и другие органы. Наиболее часто поражаются позвоночник, плечевые, тазовые кости, кости бедер, а также реберные кости. При появлении метастазов в костной системе наблюдается боль и хрупкость костей, отмечается высокий уровень кальция в крови, тошнота и снижение аппетита, запоры, нарушение сердечного ритма, психологическая неуравновешенность. Появление метастазов в легких сопровождается появлением затрудненного дыхания, сухого кашля, болевого симптома в груди, кровавой мокроты. Метастазы в легких бывают очаговые и инфильтративные, множественные и очаговые, могут иметь разные размеры [3].

Цель

Определить вероятность встречаемости рака щитовидной железы среди населения Гомельской области за 2018 г. на основе данных ГОКОД, а также изучить клинические особенности, своевременность обращения пациентов с данной патологией в стационар.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ данных 195 историй болезни пациентов с раком щитовидной железы. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

За 2018 г. на территории Гомельской области, было зарегистрировано 195 случаев рака щитовидной железы. Из них 155 (79 %) человек — женщины (средний возраст 49 лет) и 40 (21 %) человек — мужчины (средний возраст 42 года). Большинство пациентов относилось к 3 клинической группе (82 %) — лица с доказанными злокачественными опухолями, которым провели радикальное лечение; небольшая часть людей — 2 (18 %) группа — лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению. Метод подтверждения рака щитовидной железы — гистологический (96 %), также диагностики использовались цитологический и гематологический метод исследования (4 %).

В 99 % случаях встречалась папиллярная карцинома; 1 % — фолликулярный рак щитовидной железы. Метастазы были обнаружены у 41 (23%) человека. У некоторых пациентов встречались метастазы сразу в нескольких различных лимфатических узлах, на основании этого получены следующие результаты (таблица 1):

Таблица 1 — Локализация метастазов при раке щитовидной железы

Паратрахеальные лимфатические узлы	49 %
Первый шейный лимфатический узел справа	32 %
Лимфатические узлы шеи слева	24 %
Лимфатические узлы 6-го уровня	15 %
Двухстороннее поражение шейных лимфатических узлов	12 %
Шейно-надключичные лимфатические узлы	2 %

Среди 195 обследуемых человек было установлено, что 149 пациентов имеют 1 ст. рака щитовидной железы — 77 %, 2 ст. — 5 %, 3 ст. — 12 %, 4 ст. — 6 %. Полученные данные говорят об эффективном раннем выявлении новообразований щитовидной железы.

Был проведен анализ на основе вида лечения. Наиболее распространенный вид оперативного вмешательства — тиреоидэктомия (56 %) и тотальная тиреоидэктомия +

шейная диссекция (31 %). Также лечение включало гемитиреоидэктомию (7 %) и гемитиреоидэктомия + шейная диссекция (6 %). В большинстве случаев все это сочетается с использованием радиофармпрепаратов. Летальность от данной патологии за 2018 г. составила — 3 (2 %) человека.

Выводы

У женщин встречаемость рака щитовидной железы в несколько раз выше, чем у мужчин. Болеют не только люди пожилого возраста, но и в молодом, в юношеском и даже детском возрасте (средний возраст 45 лет). Большинство людей, находящихся на учете в ГОКОД, относятся к 3-й клинической группе. В основном рак щитовидной железы метастазирует в паратрахеальные лимфатические узлы (49 %), лимфатические узлы шеи справа (32 %) и слева (24 %). Основным видом лечения — тиреоидэктомия. Так как большая часть пациентов имеет 1 степень рака — это показывает раннюю выявляемость данной патологии, что позволяет улучшить прогноз заболевания, снизить летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) = Statistics of cancer diseases in the republic of Belarus (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — М., 2009. — С. 15–22.
2. Рак щитовидной железы / В. Ю. Барсуков [и др.]. — М., 2012. — 197 с.
3. Румянцев, П. О. Рак щитовидной железы / П. О. Румянцев, А. А. Ильин, В. А. Саенко. — М., 2009. — 476 с.

УДК 616.33-06+616.65]-006-036.22(476.2) «2016/2018»

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕРРИТОРИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2016–2018 ГГ.

Панчук А. А., Медведев М. А.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

У пациентов, имеющих злокачественное новообразование, вероятность появления неопластического процесса значительно больше, чем у здоровых людей [1]. Явление образования первично-множественных неоплазий (ПМН) в разных органах гораздо более редко, причем зачастую опухоли обладают одинаковой клеточной структурой [2].

Цель

Провести анализ по раку предстательной железы у пациентов с сопутствующим раком желудка на территории Гомельской области за период 2016–2018 гг.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы 938 медицинские карты стационарных пациентов за период 2016–2018 гг., у которых основным заболеванием был выставлен рак желудка. У 10 пациентов 2016–2017 гг. из исследуемой группы сопутствующим заболеванием являлся рак предстательной железы, а основным заболеванием был выставлен рак желудка различных локализаций. В 2018 г. было выявлено 11 случаев данных сопутствующих патологий. При исследовании учитывался гистологический вариант злокачественных новообразований. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждения

При анализе медицинских карт были выявлены различные морфологические варианты рака с локализацией в желудке: 1) аденокарцинома; 2) светлоклеточная аденокарцинома; 3) тубулярная аденокарцинома; 4) мелкоклеточная аденокарцинома; 5) неуточненные формы.

В 2015 г. было проанализировано 427 медицинских карт стационарных пациентов Гомельского областного клинического онкологического диспансера, из них было выявлено 7 случаев сопутствующей патологии рака предстательной железы при основном заболевании рак желудка. Возраст пациентов был в диапазоне от 65–75 лет. 2 пациента умерли от печеночной недостаточности при выявленных метастазах в печень. При анализе медицинских карт за 2016 г. было выявлено 4 клинических случая с данными диагнозами. В 2017 г. количество пациентов составило 3 из общего количества пациентов. Клинические стадии от 2 до 4. Умерли 2 пациента. У данных пациентов было отмечен мелкоклеточный вариант аденокарцином как в предстательной железе, так и в желудке.

В 2018 г. было проанализировано 511 медицинские карты стационарных пациентов Гомельского областного клинического онкологического диспансера, из них было выявлено 10 случаев сопутствующей патологии рака предстательной железы при основном заболевании рак желудка. Возраст пациентов был в диапазоне от 45–80 лет. У всех пациентов клиническая стадия была 3–4.

Выводы

В 2018 г. количество пациентов с основным онкологическим заболеванием — рак желудка и сопутствующим раком предстательной железы возрос по сравнению с 2016 и 2017 гг. Так в 2018 г. было выявлено 10 таких случаев, в которых основным гистологическим вариантом были аденокарциномы в двух органах. Вопрос о первично-множественных неоплазиях является дискуссионным и требует более точной доказательной базы различных морфологических вариантов опухоли, необходимо дальнейшее исследование на основании интегрированного гистологического, иммуногистохимического, а в некоторых случаях и молекулярно-генетического исследования опухолевого субстрата из опухолей разных локализаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Amin, M. B.* The eighth edition AJCC cancer staging manual: continuing to build a bridge from a population-based to a more «personalized» approach to cancer staging / M. B. Amin, F. L. Greene, S. B. Edge // *CA Cancer J Clin.* — 2017. — Vol. 67(2). — P. 93.
2. *Brierley, J. D.* TNM classification of malignant tumours. 8th edn / J. D. Brierley, M. K. Gospodarowicz, C. Wittekind // Oxford, UK: Wiley Blackwell. — 2017. — P. 272.

УДК 616.441-006.6-036.22(476.2)«2016/2018»

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016–2018 ГГ.

Приступчик А. А.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Л. А. Мартельянова,
ассистент А. С. Терешковец**

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

Введение

В настоящее время проблема злокачественных новообразований щитовидной железы остается в числе приоритетных в связи с высоким уровнем заболеваемости в трудоспособном возрасте [1].

Самым частым и вызывающим диагностические трудности типом папиллярной карциномы является фолликулярный тип, при котором присутствуют характерные для папиллярной карциномы ядра на фоне преобладающей фолликулярной структуры опухоли. Кроме того, фолликулярный тип чаще является инкапсулированным, а частота метастазирования в лимфатические узлы при нем ниже, чем при типичной папиллярной карциноме. Медулярный рак является более агрессивным, чем папиллярный и фолликулярный, что проявляется метастазированием в локорегионарные лимфатические узлы шеи на ранних стадиях заболевания. Пятилетняя выживаемость при данной разновидности рака колеблется на уровне 70–80 %, десятилетняя — 60–70 %, двадцатилетняя — 40–50 %. Анапластический рак щитовидной железы является крайне агрессивной карциномой: быстрорастущий и плохо отвечающий на проводимое лечение. Данный тип рака характеризуется быстрым метастазированием в окружающие ткани и органы [2].

Цель

Провести анализ заболеваемости раком щитовидной железы у женщин и мужчин в Гомеле и гомельской области за период 2016–2018 гг. учитывая возрастные и морфологические особенности данной патологии.

Материал и методы исследования

Для статистического анализа были использованы данные медицинских карт стационарных пациентов, состоящих на учете или проходящих лечение в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере за период 2016–2018 гг. При исследовании учитывались пол, возраст пациентов, тип РЩЖ, а также стадия данной патологии и методика идентификации диагноза. Построение таблиц и графиков осуществлялось в «Microsoft Power Point 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

За 2016–2018 гг. из числа заболевших раком щитовидной железы на долю злокачественных новообразований, возникших в качестве первичного очага, приходится 95,63; 91,79 и 94,65 % соответственно.

Рассчитав показатель первичной заболеваемости данной патологией используя число первичных обращений по поводу данного заболевания, впервые выявленного в отчетном году, и среднегодовую численность населения г. Гомеля и Гомельской области, получили следующие результаты: за 2016 г. заболеваемость составила 14,19 на 100 тыс. населения, за 2017 и 2018 гг. — 13,71 и 13,18 на 100 тыс. населения соответственно [3].

Среди всех исследованных пациентов был проведен анализ структуры по полу и возрасту. В таблице 1 и на рисунке 1а, б, в представлены результаты анализа.

Таблица 1 — Структура РЩЖ по полу, где n — количество исследованных заключений

Год	Мужчины (%)	Женщины (%)
2016 (n = 202)	26,24	73,76
2017 (n = 195)	20	80
2018 (n = 187)	19,79	80,21

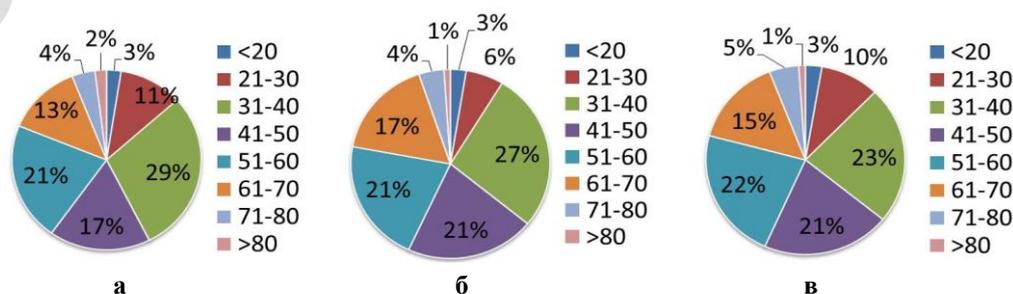


Рисунок 1 — Структуры РЩЖ по возрасту: а — 2016 г.; б — 2017 г.; в — 2018 г.

Исходя из результатов анализа, можно сделать вывод, что за период 2016–2018 гг. рак щитовидной железы наиболее распространен среди лиц женского пола в возрасте 31–40 лет.

Была проведена оценка методик подтверждения диагноза. Гистологический метод составил 98 % (2016 г.), 99,5 % (2017 г.), 94,65 % (2018 г.). Цитологический-гематологический метод составил 2; 1,5 и 5,35 % за 2016–2018 гг. соответственно. Представленные результаты показывают, что гистологический метод является наиболее часто используемым для верификации опухоли и проводился в более чем в 90 % случаях.

Далее был проведен анализ наиболее распространенных морфологических форм РЩЖ

Таблица 2 — Структура РЩЖ по гистологической форме

Тип карциномы	Частота встречаемости (%)		
	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Папиллярная (классический вариант)	91,09	88,2	93,59
Папиллярная (фолликулярный вариант)	5,45	8,72	3,2
Фолликулярная	1,98	2,05	2,14
Медуллярная	1,48	1,03	1,07
Анапластическая	0	0	0

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что среди гистологических форм чаще всего встречалась папиллярная карцинома классического типа: 91,09 % — в 2016 г., 88,2 % — в 2017 г., 93,59 % — в 2018 г. Анапластическая карцинома в 2016–2018 гг. не встречалась.

Проводилась оценка стадии РЩЖ за период 2016–2018 гг., которые встречались чаще всего: I ст. — 76,73 % в 2016 г., 73,85 % в 2017 г., 75,94% в 2018 г., II ст. — 2,48; 4,62 и 4,81 % в 2016-2018 гг., III ст. — 14,85 %; 15,89 и 13,37 %, IV ст. — 5,94 %, 5,64 и 5,88 % в 2016–2018 гг. соответственно.

Из результатов анализа видно, что наиболее часто заболевание выявляется на ранних стадиях, что свидетельствует о своевременной ранней диагностике, включая особенности скрининга, и обращаемости пациентов. Однако существуют трудности, когда злокачественная опухоль может существовать под видом или на фоне других заболеваний.

Выводы

В Гомельской области за период 2016–2018 гг. структура РЩЖ по возрасту и полу соответствует мировым данным, т. е. наиболее часто встречается среди женщин в возрасте 31–40 лет. Папиллярная карцинома классического типа — самая распространенная форма РЩЖ. I стадия заболевания, которая оказалась наиболее часто выявляемой, указывает на благоприятный прогноз у данных пациентов (10-летняя выживаемость достигает 95 %. У 5–20 % пациентов наблюдаются местные или регионарные рецидивы, у 10–15 % — отдаленные метастазы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Океанов, А. Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013) / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин; под ред. О. Г. Сукошко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова // Злокачественные новообразования щитовидной железы. — 2014. — С.183.
2. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / В. Кумар [и др.] // Системная патология. — 2016. — Т. 2. — С. 1264–1270.
3. Интернет-ресурс: <http://www.ekolog.org/books/20>.

УДК 616.1-007-053.1

СТРУКТУРА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Сарока Е. Г., Шацева П. Д.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

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

Введение

Частота встречаемости патологий новорожденности с каждым годом растет, в связи с чем процесс деторождения все чаще и чаще носит достаточно сложный, с точки зрения рождения здорового ребенка, характер. В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития медицинской науки и практики, отмечаются высокие показатели рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР), в том числе и сердечно-сосудистой системы (ССС). По данным ВОЗ, 20 % детской заболеваемости и инвалидности, а также 15–20 % детской смертности вызваны пороками развития, среди которых пороки ССС занимают одно из первых мест. Частота ВПР ССС среди новорожденных составляет около 1 % (1 на 100 новорожденных). ВПР ССС по частоте встречаемости — на втором месте после ВПР центральной нервной системы [1].

Цель

Изучить морфологические особенности и распространенность ВПР ССС по данным патологоанатомических вскрытий.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили протоколы 799 патологоанатомических вскрытий плодов, абортированных по медико-генетическим показаниям, со сроком гестации от 10 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. в ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждения

В результате проведенного исследования было выявлено, что в 2014–2018 гг. среди абортированных по медико-генетическим показаниям количество плодов с ВПР ССС по г. Гомелю и Гомельской области составляло 279 случаев (34,9 % от общего количества ВПР) и занимало одно из первых мест по частоте встречаемости.

Таблица 1 — Частота встречаемости ВПР ССС среди вскрытий абортированных плодов

Год	Количество вскрытий абортированных плодов	Число случаев ВПР ССС	
		абс.	%
2014	165	52	31,5
2015	140	41	29,3
2016	175	72	41,1
2017	173	65	37,6
2018	146	49	33,6

Пороки ССС были условно разделены на несколько групп: изолированные, комбинированные (два и более порока развития в пределах одной системы), входящие в комплекс множественных пороков развития (МВПР), когда в патологический процесс были вовлечены две и более системы организма и являющиеся морфологическим проявлением хромосомных болезней [2].

Морфологические виды ВПР ССС отличались разнообразием проявлений (таблица 2).

Таблица 2 — Морфологические виды ВПР ССС

Вид порока	Изолиро- ванный	Комбини- рованный	Входящий в МВПР	Входящий в хромо- сомные болезни
Гипоплазия левых отделов сердца	—	16	16	1
ДМЖП	4	—	36	60
ДМПП	—	—	1	3
Атрио-вентрикулярная коммуникация	13	—	3	38
Транспозиция магистральных сосудов	—	12	2	2
Тетрада Фалло	—	9	3	5
Общий артериальный ствол	1	—	1	3
Общий артериальный ствол + ДМЖП	—	13	1	1
Гипоплазия правых отделов сердца	—	3	—	—
Коарктация аорты	3	—	2	—
Прочие	3	19	2	3
Всего	24	72	67	116

Изолированные пороки ССС чаще были представлены атрио-вентрикулярной коммуникацией и дефектом межжелудочковой перегородки, комбинированные — транспозицией магистральных сосудов, синдромом гипоплазии левых отделов сердца с различными вариантами атрезий и стенозов аортального и митрального клапанов, комбинацией общего артериального ствола с дефектом межжелудочковой перегородки и тетрадой Фалло [2].

Из ВПР ССС, входящие в комплекс МВПР, преобладали дефекты межжелудочковой перегородки и синдром гипоплазии левых отделов сердца, реже наблюдались атрио-вентрикулярная коммуникация, тетрада Фалло и другие пороки. Сочетание пороков ССС с пороками других органов и систем была крайне разнообразным, но при этом чаще наблюдалась связь с пороками мочеполовой системы (14,4 %), поражением центральной нервной системы (23,7%), поражением опорно-двигательного аппарата (21,8 %), системы пищеварения (15,2 %).

Из группы хромосомных болезней ВПР ССС чаще выявлялись про аутосомных трисомиях. При синдроме Дауна чаще выявлялись дефекты межжелудочковой перегородки (35 случаев) и предсердно-желудочковая коммуникация (33 случая), при синдроме Эдвардса и синдроме Патау — ДМЖП (16 и 7 случаев соответственно) [2].

Выводы

1. По данным ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» за период с 2014 по 2018 гг. в структуре всех ВПР ВПР ССС занимают одно из первых мест, встречаясь либо изолированно, либо в комплексах МВПР и хромосомных болезней и составляют около 34,9 % от всех случаев прерывания беременности по медико-генетическим показаниям.

2. Из ВПР ССС преобладают дефекты межжелудочковой перегородки, предсердно-желудочковая коммуникация и синдром гипоплазии левых отделов сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазюк, Г. И. Тератология человека / Г. И. Лазюк. — М.: Медицина, 1991. — 480 с.
2. Перинатальная патология: учеб. пособие / М. К. Недзьведь [и др.]; под ред. М. К. Недзьведь. — Минск: Выш. шк., 2012. — 575 с.

УДК 616.33-076-071:355.211.1

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ЖЕЛУДОЧНОЙ БИОПСИИ
У ПАЦИЕНТОВ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА**

Сороговец А. И., Зубарева А. Д.

Научные руководители: ассистент О. А. Ярмоленко, к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

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

Введение

Хронический гастрит и персистенция *Helicobacter pylori* — важнейшая проблема современной гастроэнтерологии, которая обусловлена возможностью запуска многоэтапного процесса канцерогенеза, а именно каскада Соггеа, который представляет собой последовательность патологических изменений в слизистой оболочке желудка: атрофию, кишечную метаплазию и дисплазию [1, 2]. Международная ассоциация по изучению рака (IARC) признала *H. pylori* абсолютным канцерогеном и ведущей причиной злокачественных новообразований желудка [3].

Хронический гастрит — морфологическое понятие и «золотым стандартом» диагностики является гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка, которое позволяет установить этиологический фактор, морфологический вариант, степень выраженности и распространенность хронического воспаления [4].

Рост гастродуоденальной патологии в юношеском возрасте обуславливает актуальность изучения здоровья мужчин с целью сохранения призывного ресурса страны.

Цель

Определить частоту инфицирования *H. pylori* и изучить характер эндоскопических и морфологических изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у мужчин молодого возраста (18–27 лет).

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ протоколов фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), результатов гастробиопсий 313 пациентов призывного возраста, находившихся на обследовании и лечении в отделении гастроэнтерологии ГККБ № 3 г. Гомеля в течение 2018 г. Оценивалась морфология с использованием Хьюстонско-Сиднейской классификации. Проводился анализ частоты выявляемости *H. pylori* в биопсийном материале (окрашенном по Романовскому — Гимзе).

Результаты исследования и их обсуждение

Всем 313 призывникам была выполнена ФГДС. Как показал анализ, у 25 (8 %) пациентов на ФГДС визуально не выявлено изменений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, что в дальнейшем подтверждают данные биопсийного материала; у 288 (92 %) пациентов обнаружены признаки гастропатии. Установлено 285 случаев антрального (99 %) и три случая пангастрита (1 %).

Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка показало, что поверхностный гастрит диагностировался в 270 (93,7 %) случаях, атрофический — в 18 (6,3 %), кишечная метаплазия выявлена у 15 (5,2 %) призывников с хроническим гастритом.

Кишечная метаплазия, по данным нашего исследования, выявлялась в гастробиоптатах с наличием атрофии слизистой оболочки.

По данным гистологического исследования хронический гастрит имел место у всех (100 %) пациентов с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, подтверждая связь

антрального гастрита с дуоденальной язвой. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной области при учете рубцово-язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки были выявлены у 62 (21,5 %) пациентов: язва желудка отмечена у 3 призывников (частота 1 %), язва луковицы двенадцатиперстной кишки имела место у 59 призывников (20,5 %).

В исследовании *H. pylori*-позитивными было 146 (46,6 %) пациентов. В группе пациентов с визуально нормальной слизистой оболочкой контаминации *H. pylori* выявлено не было. В группе пациентов с хроническим гастритом частота контаминации составила чуть более половины (50,7 %), в то время как в группе с язвой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки — 75,8 %, что свидетельствует о данной инфекции как о важном факторе патогенеза гастродуоденальных язв. Обращает на себя внимание, что частота инфекции *H. pylori* при случаях хронического гастрита с атрофией (27,8 %) была ниже по сравнению с группой без атрофии (52,2 %).

Таблица 1 — Морфологические изменения слизистой оболочки желудка у призывников в зависимости от контаминации *H. Pylori*

Виды гастродуоденальной патологии	<i>HP</i> -позитивные		<i>HP</i> -негативные	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Слизистая оболочка желудка не изменена	0	0 %	25	8 %
Хронический гастрит (все формы)	146	50,7 %	142	49,3 %
Хронический гастрит без атрофии	141	52,2 %	129	47,8 %
Хронический гастрит с атрофией	5	27,8 %	13	72,2 %
Хронический гастрит с кишечной метаплазией	5	33,3 %	10	66,7 %
Хронический антральный гастрит	145	50,9 %	140	49,1 %
Хронический пангастрит	1	33,3 %	2	66,7 %
Язва желудка/луковицы двенадцатиперстной кишки	47	75,8 %	15	24,2 %

Выводы

В особой популяционной группе (мужчины в возрасте 18–27 лет в период призывной медицинской комиссии) были определены частота инфекции *H. pylori* и характер морфологических изменений слизистой оболочки желудка.

1. У лиц призывного возраста частота хронического гастрита по данным морфологического исследования гастробиоптатов составила 92 %.

2. В призывном возрасте установлено преобладание хронического неатрофического гастрита без кишечной метаплазии и дисплазии.

3. Среди призывников с хроническим гастритом частота контаминации *H. pylori* слизистой оболочки желудка составила 50,7 %.

4. У всех пациентов с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки установлен диагноз «хронический гастрит», а частота инфицирования *H. pylori* составила 75,8 %.

Принимая во внимание полученные данные, у молодых мужчин, проходящих призывную медицинскую комиссию, следует тщательно оценивать диспепсические жалобы с обязательным проведением эндоскопического исследования, что позволит своевременно выявить поражения гастродуоденальной зоны, провести эрадикационную терапию и тем самым снизить риск развития рака желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Correa, P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process. First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention / P. Correa // Cancer Res. — 1992. — Vol. 52. — P. 6735–6742.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 122 с.
3. Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori / IARC Working Group // IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. — 1994. — Vol. 61. — P. 564.
4. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 345 с.

УДК 618.34:618.39 – 021.3

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ
ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕДОВ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТАХ**

Соц Т. Л.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

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

Введение

Самопроизвольное прерывание беременности (самопроизвольный аборт) — патология, при которой вынашивание плода внезапно прекращается на стадии, когда плод еще неразвит и нежизнеспособен. В зависимости от срока самопроизвольного прерывания беременности выделяют ранний (до 12 недель гестации) и поздний (с 12 по 22 неделю гестации) выкидыши. Проблема самопроизвольных выкидышей является одной из наиболее значимых клинических форм невынашивания беременности, привлекающих внимание акушеров-гинекологов и патологоанатомов. Несмотря на значительные усилия, направленные на профилактику и предотвращение данной патологии, частота самопроизвольных прерываний беременности длительное время остаётся постоянной и не зависит от успехов фармакотерапии [1, 2].

Цель

Изучение патоморфологических изменений последа при самопроизвольных абортах.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили результаты патоморфологических исследований 742 последов при самопроизвольных абортах в сроке беременности от 11 до 22 недель, проведенных в 2014–2018 гг. ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного гистологического исследования последов при самопроизвольных абортах ведущими морфологическими признаками являлись изменения дисциркуляторного и воспалительного характера (таблицы 1, 2).

Таблица 1 — Структура дисциркуляторных изменений последа

Показатель	Количество случаев (n = 742)	
	абс.	отн. (%)
Гиперемия	505	68,1
Кровоизлияния	464	62,5
Интервиллезные тромбы	36	4,9
Инфаркты плаценты	49	6,6
Ретроплацентарная гематома	136	18,3

Таблица 2 — Структура воспалительных изменений последа

Показатель	Количество случаев (n = 742)	
	абс.	отн. (%)
Мембранит	418	56,4
Плацентарный хориоамнионит	19	2,6
Плацентарный хориодецидуит	62	8,3
Париетальный хориоамнионит	44	5,9
Париетальный хориодецидуит	239	32,2

Окончание таблицы 2

Показатель	Количество случаев (n =742)	
	абс.	отн. (%)
Субхориальный интервиллезит	49	6,6
Центральный интервиллезит	65	8,8
Базальный интервиллезит	112	15,1
Базальный децидуит	429	57,8
Виллузит	257	34,6
Омфаловаскулит	206	27,8
Фуникулит	73	9,8

Дисциркуляторные изменения характеризовались нарушениями как маточно-плацентарного, так и плацентарно-фетального кровообращения и были представлены кровоизлияниями в межворсинчатое пространство и строму ворсин, гиперемией сосудов ворсин, интервиллезными тромбами и инфарктами плаценты.

Воспалительные изменения в последе отражали восходящий и гематогенный путь инфицирования. При восходящем пути инфицирования (через цервикальный канал шейки матки в полость амниона) в последе наблюдались мембранит, плацентарный и париетальный хориоамнионит и хориодецидуит (так называемый амниотический тип воспаления). Показателем гематогенного пути инфицирования (через спиральные артерии отпадающей оболочки) являлись виллузит, субхориальный, центральный и базальный интервиллезит, базальный децидуит и омфаловаскулит (паренхиматозный тип воспаления).

Париетальный и плацентарный хориоамнионит и хориодецидуит характеризовались воспалительной клеточной инфильтрацией соответствующих частей оболочек плаценты, а мембранит — тотальным поражением всех частей. По характеру экссудата воспаление чаще было гнойным, охватывающим все слои плодных оболочек с деструктивными изменениями децидуальной ткани и париетального трофобласта и крупноочаговыми скоплениями полиморфноядерных лейкоцитов, реже — серозным, с умеренно выраженной лейкоцитарной инфильтрацией в области децидуального и трофобластического слоев плодных оболочек без деструктивных изменений.

Базальный децидуит характеризовался периваскулярными лейкоцитарными инфильтратами, эндovasкулитами, отеком, дисконфлексацией и очаговыми некрозами децидуальной ткани с вовлечением в процесс якорных ворсин.

Виллузиты носили характер как экссудативных, так и продуктивных, с накоплением полиморфноядерных лейкоцитов или лимфомоноцитарных элементов в субхориальных отделах стромы ворсин. Интервиллезит чаще наблюдался базальный и носил характер десквамативно-фибринозного с наличием единичных или диссеминированных очагов поражения ворсин хориона в сочетании с перифокальной воспалительной реакцией.

Выводы

1. Ведущая роль в возникновении самопроизвольных абортов принадлежит дисциркуляторным и воспалительным изменениям последа.
2. Характер воспалительных изменений в последе позволяет предположить, что решающим значением для развития самопроизвольных выкидышей является совокупность восходящего и гематогенного путей инфицирования.
3. Комплексное патоморфологическое исследование последствий при самопроизвольных абортах позволяет определить причины данной патологии, что особенно актуально в условиях низкой рождаемости и низкого прироста населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перинатальные инфекции: вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений / под ред. В. А. Цинзерлинга, В. Ф. Мельниковой. — СПб.: Элби-СПб., 2002. — 351 с.
2. Глуховец, Н. Г. Патогенетические особенности поздних самопроизвольных выкидышей при восходящем инфицировании плодного пузыря: реакция последа. / Н. Г. Глуховец // Архив патологии. — 2000. — № 2. — С. 33–37.
3. Allgemeine und Spezielle Pathologie, Ursus-Nikolaus Riede, Martin Werner (Herausgeber), 900 Seiten 2017. — № 2. — völlig. neu bearb. Aufl. Springer (Verlag), 978-3-662-48724-2 (ISBN)

УДК 616-006.81-033.2: 616.33

МЕТАСТАЗ МЕЛАНОМЫ В ЖЕЛУДОК.

Трутко А. Д., Чебанова О. Н.

Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец, М. Ю. Жандаров

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Меланома (меланобластома, злокачественная меланома) — злокачественная опухоль меланинообразующей ткани, одна из самых злокачественных опухолей с выраженной склонностью к метастазированию. Она развивается в коже, пигментной оболочке глаза, мозговых оболочках, мозговом слое надпочечников, редко — в слизистых оболочках [1]. Возможно развитие меланомы из невуса. Меланома может иметь вид коричневого пятна с розовыми и черными вкраплениями, вид сине-черного мягкого узла или бляшки. Меланома рано дает гематогенные и лимфогенные метастазы.

Цель

Анализ клинического случая метастаза меланомы в желудок.

Материал и методы исследования

Пациентка 40 лет, гражданка России, обратилась в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», для прохождения обследования. При проведении фиброгастродуоденоскопии в слизистой оболочке желудка было выявлено пятно коричневого цвета. Из измененного участка взята биопсия и с предварительным диагнозом эндометриоз слизистой оболочки желудка, отправлена на гистологическое исследование. При микроскопическом исследовании в слизистой оболочке желудка выявлена опухоль с крупными атипичными клетками, с множеством митозов, с внутриклеточным образованием коричневого пигмента (рисунки 1, 2, 3).

Гистологическое заключение — метастаз меланомы в желудок. Из анамнеза известно, что женщина в прошлом, обращалась в косметологический кабинет для удаления образования кожи, которое локализовалось на спине, после чего гистологическое исследование не проводилось. Вероятно, удаленное новообразование явилось меланомой.

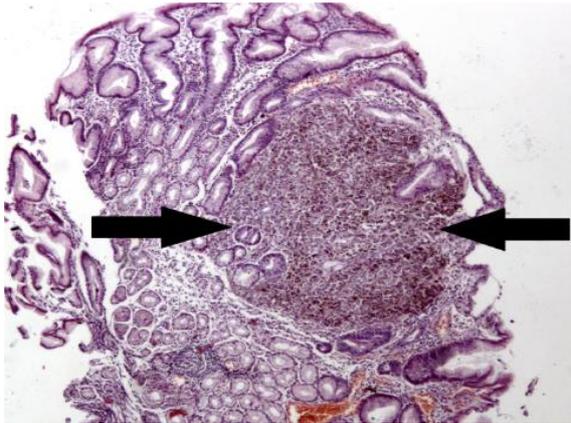


Рисунок 1 — Стрелкой указаны границы опухоли 40х

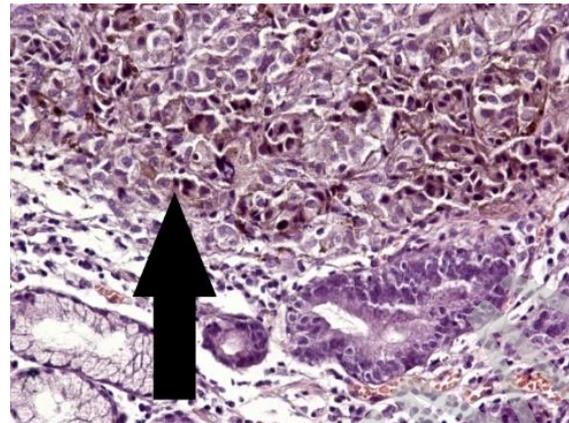


Рисунок 2 — Опухоль 200х

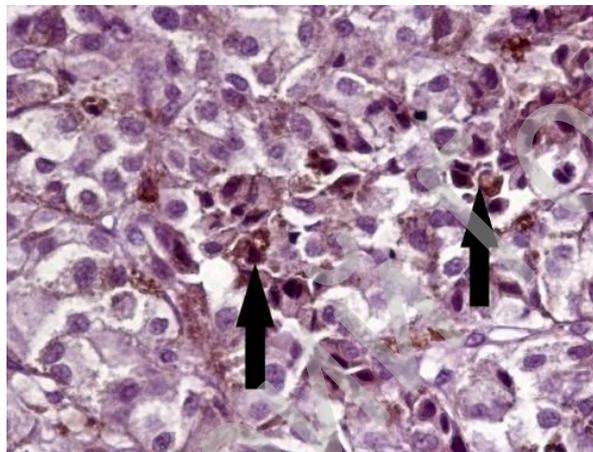


Рисунок 3 — Стрелкой указан внутриклеточный пигмент 400х

Результаты исследования и их обсуждение

Злокачественная меланома — широко распространенная высоко злокачественная опухоль, образованная атипичными меланоцитами.

Своевременная диагностика меланом приобретает особо важное социальное значение, так как эта опухоль чаще возникает у относительно молодых пациентов. Повышен Рисунокк развития меланомы у людей с множественными (более 50) обычными меланоцитарными невусами, особенно гигантскими, с множественными диспластическими невусами.

Отмечается генетическая предрасположенность к развитию меланомы: не менее 10 % всех случаев заболевания являются семейными. В семьях с большим количеством диспластических невусов и меланомой кожи обнаружены мутации в генах-супрессорах опухолевого роста p16 (9p21) и CDK (12q13). Наследование аутосомно-доминантное с варибельной экспрессивностью и неполной пенетрантностью.

Меланома может возникать на месте меланоцитарных невусов или de novo на неизмененной коже, может поражать любой участок тела, включая ногтевое ложе. Опухоль несимметричная, вначале плоская, слегка приподнятая, реже куполообразная, сильно и неравномерно пигментированная, за исключением амеланотических форм.

На этих проявлениях опухоли основано ABCD-правило диагностики, распространенное в клинической практике. Оно включает в себя А — асимметрия опухоли, В — неправильные границы, С — неравномерное окрашивание, D — диаметр более 6 мм. Однако это правило наиболее применимо для поверхностно распространяющейся и лентиго меланомы, мелкие меланомы менее 6 мм в диаметре, амеланотические формы,

узловая меланомы по нему не выявляются или выявляются на позднем этапе развития опухоли, что делает это правило в значительной мере условным.

Желудочно-кишечный тракт — один из наиболее частых объектов метастазирования злокачественной меланомы. Метастазы в пищеводе обнаруживаются в 4 % случаев, в желудке — в 26 %, в двенадцатиперстной кишке — в 12 %, в тонком кишечнике — в 58 %, в толстой и слепой кишке — в 22 %, в прямой — в 5 % и в области ануса — в 1 %. Метастазы в желудке и двенадцатиперстной кишке варьируют от небольших, дискретных эрозий до громадных язв и множественных узлов.

Выводы

Исходя из общего положения и опираясь на совокупность всех ранее вышеперечисленных и упомянутых фактов, в результате проведения данной научно-описательной работы установлено, что данный вид меланомы может представлять собой метастазы из первичного кожного участка или являться истинной первичной опухолью, возникающей из слизистой оболочки ЖКТ. В ряде случаев выявлять опухолевый рост на начальных этапах помогают скрининговые эндоскопические исследования желудка и толстого кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патологическая анатомия: учебник: в 2 т. / под ред. В. С. Паукова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — Т. 2. Частная патология. — 528 с.
2. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 880 с.
3. Accomplishments in Cancer Research 1986; J. V. Lippincott Company. — М., 2016. — 320 с.
4. Елькин, В. Д. Практическая дерматоонкология. Иллюстрированное справочное руководство по опухолям кожи, опухолеподобным заболеваниям и связанным с ними синдромам: монография / В. Д. Елькин, Л. С. Митрюковский, А. Ю. Лысов // Практическая медицина. — М., 2014. — 480 с.
5. Мельников, А. В. Клиника рака желудка / А. В. Мельников. — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2012. — 368 с.

УДК 616-002.5

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОВРЕМЕННОЕ ВРЕМЯ

Харитон В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент З. Н. Брагина

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез имеет ряд особенностей: убиквитарность инфекции в эпидемиологическом, клиническом и морфологическом отношении; двуликость туберкулеза; полиморфизм клинико-морфологических проявлений; хроническое волнообразное течение — чередование вспышек и ремиссий заболевания [1]. Одной из задач государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. (подпрограмма 4 «Туберкулез») является: предотвращение смертности от туберкулеза; обеспечение качественным лечением пациентов с множественными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза; уменьшение смертности населения от туберкулеза до 4,41 случая на 100 тыс. человек [2]. Это достижимо только при точной диагностике, особенно большой вклад в которую вносит морфологическая верификация диагноза.

Цель

Изучить клинико-анатомические формы туберкулеза на операционном материале.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 257 историй болезни пациентов по данным ГУ «Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии» в 2018 г. (01.01.2018–31.12.2018). В исследование были включены пациенты, которым выполнялась видеоассистированная торакоскопия с забором материала (ткань легких, плевры) для последующего морфологического, бактериологического и генетического исследования (GeneXpert). Данные обработаны и проанализированы в Microsoft Excel. Снимки гистологических препаратов проводились на микроскопе с цифровой камерой.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего изучено 257 биопсийных карт, из них туберкулез подтвержден морфологически в 95 (37 %) случаях, в остальных 162 (63 %) случаях диагноз туберкулеза был исключен. В 119 (46,3 %) наблюдениях окончательным диагнозом являлся саркоидоз, в 27 (10,5 %) — рак легкого, в 16 (6,2 %) — микобактериоз. Женщин было 34 (35,8 %), мужчин 61 (64,2 %), соотношение женщин к мужчинам составило 1:1,8. Возраст больных колебался от 18 до 68 лет, средний составил 38,7 лет. Локализация туберкулезных очагов была следующей: в правом легком — 46 (55,4 %), в левом легком — 35 (42,1 %), в 2 (2,5 %) случаях затронуты оба легких; верхняя доля — 72 (86,7 %) случая, средняя и нижняя доли — 9; плевра — 13 случаев. 53 (55,8 %) человека были молодого возраста (по классификации Всемирной организации здравоохранения до 25–44 лет).

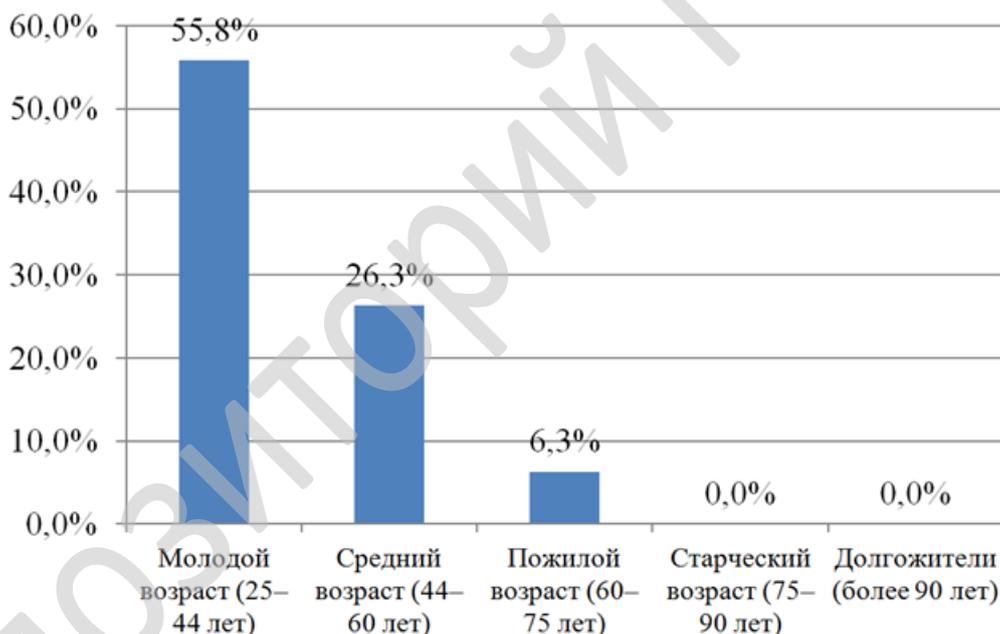


Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения

При морфологическом исследовании диагностированы следующие формы туберкулеза: инфильтративный туберкулез легких — 42 (44, %), из них 2 в фазе распада и обсеменения, 2 в фазе реактивации; туберкулема — 28 (29,5 %): активная фаза — 22, фаза реактивации — 1, стабильная фаза — 1, конгломератная туберкулема — 2, конгломератная с распадом — 1, множественная — 1; туберкулез плевры — 13 (13,5%), из них 2 эмпиемы плевры; фиброзно-кавернозный туберкулез — 6 (6,3 %): с перифокальной диссеминацией — 1, фаза умеренного прогрессирования — 4, активная фаза — 1; диссеминированный туберкулез легкого — 3 (3,2 %); спондилит — 2 (2,2 %); силикотуберкулез — 1 (1,1 %).

Выводы

После проведенного морфологического исследования диагноз туберкулез был выставлен 95 (37 %) пациентам. Наиболее уязвимым оказался возраст больных 38,7 лет. Преобладали мужчины. Соотношение женщин к мужчинам — 1:1,8. Наиболее вероятная локализация патологического процесса — правое легкое (55,4 %), сегменты верхней доли (86,7 %). В исследуемом материале преобладающим большинством оказались формы: инфильтративный туберкулез легких (44,2 %) и туберкулема легких (29,5 %). Под маской туберкулеза были следующие заболевания: саркоидоз (46,3 %), рак легкого (10,5 %) и микобактериоз (6,2 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Струков, А. И. Патологическая анатомия / А. И. Струков, В. В. Серов. — М.: Медицина, 1995. — 688 с.
2. Туберкулез. Основные факты [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — Минск, 2018. — Режим доступа: <http://www.who.int>. — Дата доступа: 25.01.2019.

УДК 616.13-004.6-031:611.132.5"465*60/*89

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ ОТ 60 ДО 89 ЛЕТ

Хмельницкий Д. Р., Боярская А. Ю.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Турченко

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

Введение

Атеросклероз — патологический процесс, характеризующийся отложением липидов крови в стенках артерий, что сопровождается формированием фиброзной (атеросклеротической) бляшки, сужающей просвет сосуда. Причины атеросклероза до настоящего времени не ясны, однако установлены факторы риска, при наличии которых атеросклероз развивается раньше и прогрессирует быстрее.

К этим факторам относят:

- 1) гипер- и дислипидемия (как наследственно обусловленные, так и вследствие чрезмерного потребления животных жиров);
- 2) артериальная гипертензия;
- 3) недостаточная физическая активность;
- 4) избыточная масса тела;
- 5) частые эмоциональные перенапряжения;
- 6) курение;
- 7) гипергомоцистеинемия;
- 8) сахарный диабет. [1].

Дисциркуляторная энцефалопатия — наиболее частое проявление цереброваскулярной патологии. Обычно возникает на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии и их сочетания. Ведущим патогенетическим механизмом является несоответствие между потребностью вещества головного мозга в кислороде и глюкозе и их доставкой кровотоком. [2].

Цель

Изучить частоту встречаемости стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий и степень их стеноза в возрастной группе от 60 до 89 лет.

Материал и методы исследования

Данные ультразвуковых исследований брахиоцефальных артерий взяты в УЗ «Могилевская больница № 1».

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализировано 100 ультразвуковых исследований брахиоцефальных артерий, полученные данные были распределены по возрастным и половым группам.

Результаты, полученные в ходе исследования, представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 — Распределение респондентов женского пола в возрастной группе от 60 до 89 лет по проценту стеноза

Процент стеноза	60–69 лет		70–79 лет		80+ лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25–30	+	20	10	76,92	13	65
30–35	4	20	0	0	4	20
35–40	4	20	0	0	2	10
40–45	2	10	0	0	0	0
45–50	6	30	3	23,07	1	5
Итого	20		13		20	

Таблица 2 — Распределение респондентов мужского пола в возрастной группе от 60 до 89 лет по проценту стеноза

Процент стеноза	60–69 лет		70–79 лет		80+ лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25–30	8	53,33	5	31,25	9	56,25
30–35	2	13,33	6	40	2	12,5
35–40	0	0	4	26,66	2	12,5
40–45	2	13,33	0	0	2	12,5
45–50	3	20	1	6,25	1	6,25
Итого	15		16		16	

Выводы

У женщин в возрастной группе от 60–69 лет преобладает стеноз БЦА в пределах от 45–50 % (30 %). 76,92 % составляет стеноз в пределах 25–30 % в возрастной группе от 70–79 лет. В возрастной группе от 80–89 лет наибольший процент стеноза составлял в пределах от 25–30 % (65 %).

Наибольший процент стеноза у мужчин в возрастной группе от 60–69 лет составляет 25–30 % (53,33 %). В возрастной группе от 70–79 лет преобладает стеноз в пределах 25–30 % (31,25 %). 56,25 % составляет стеноз в пределах 25–30 % в возрастной группе от 80–89 лет. Полученные данные необходимо использовать в уточнении и сравнении данных возрастных групп для уменьшения количества осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадыков, А. С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия: рук-во для врачей / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шахпаронова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 272 с.
2. Неврология и нейрохирургия: учебник: в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. — 4-е изд., доп. — Т. 1. Неврология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 640 с.
3. Шумилина, М. В. Комплексная ультразвуковая диагностика патологии периферических сосудов / М. В. Шумилина. — М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН; 2016. — 384 с.

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ 17. «ОНКОЛОГИЯ»

Bieliaiev I. S., Farbitnyk I. V.

Digital mammography: application of the BI-RADS system for data evaluation 3

Chiamonwu Ch. P., Mozuruyet Ch. Ir., Muotah G. R.

Resection and injuries of the ureters during operations for colorectal cancer 5

Аничкин В. А., Иванова Е. С.

Сравнение анализов лечения рака среднего отдела гортани I стадии хирургическим и лучевым методом 6

Антонюк О. Н.

Современные тенденции в выборе химиолучевой терапии ВПЧ-ассоциированного орофарингеального рака: обзор исследований на конгрессах ESMO и ASTRO (2018) 8

Байкова П. Е., Грецкая Е. А.

Сравнение рака селезеночного угла со смежными отделами ободочной кишки 10

Бардзимадзе Н. Л., Заря Н. А., Плескацевич Е. В.

Характеристика и результаты лечения опухолей тонкой кишки 12

Букотина Д. А., Старостенко И. О.

Гистологические изменения в эпителии шейки матки при папилломавирусной инфекции 13

Ковалева Д. В., Василевич В. В.

Заболеваемость и результаты лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей в Гродненской области 14

Вервекин И. В.

Оценка эффективности внутрибрюшинной химио-гипертермической перфузии в лечении канцероматоза брюшины у крыс с асцитной опухолью яичника 16

Войтюк М. А., Зносенко А. М.

Сравнительный анализ течения рака кожи носа в Гомельской области в 2013–2015 гг. 18

Волчек В. С., Бондаренко С. В.

Результаты реконструкции крыла носа модифицированным пазл-лоскутом после удаления опухоли наружного носа 20

Гнедько К. А.

Влияние механической подготовки толстой кишки на послеоперационные осложнения у пациентов с колоректальным раком 23

Гокин А. Г., Зубцов М. С.

Результаты послеоперационного морфологического исследования биоптата первичной меланомы кожи 25

Горушко Е. С., Грейбо А. И., Белинская М. К.

Онкологический процесс как междисциплинарная проблема: анализ и характеристика 27

Грек Н. И., Хоров А. О.

Предикторы полного патоморфологического ответа опухоли молочной железы после неoadьювантной полихимиотерапии..... 29

Довыденко Е. И.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями щитовидной железы в различных областях Республики Беларусь..... 31

Дорошкевич А. С.

Противоопухолевая активность дихлорацетата натрия 32

Жур А. С., Ермоченко В. А., Филипенко Е. В.

Анализ клинических и морфологических критериев микросателлитной нестабильности при колоректальном раке..... 35

Здрок В. С., Жигимонт А. В.

Оценка комплексной лучевой диагностики метастазов рака предстательной железы 38

Зейналлы Н. А.

Республиканский день профилактики меланомы в рамках международной акции Euromelanoma-2018: краткие итоги анкетирования 39

Ильин М. Ю., Пирогова С. О., Никулин Е. А.

Кардиоваскулярные эффекты лучевой терапии у пациентов пожилого и старческого возраста..... 41

Исаматов Б. К., Сатыбалды М. Б., Мукашева Н. М.

Прогноз показателей заболеваемости и смертности гепатоцеллюлярной карциномы в Республике Казахстан..... 43

Козловский Д. С., Рудомин С. А.

Ближайшие результаты хирургического лечения осложненного колоректального рака в условиях общехирургического стационара..... 45

Кончак В. В., Солонец К. М., Наборовская А. М.

Оценка иммунотоксичности атипичного цитидиноподобного нуклеозида гемцитабина..... 47

Костина Ю. М., Михальченко В. А.

Оценка эффективности лечения рака предстательной железы на базе учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» в 2013–2017 гг. 48

Кудрова А. А., Татару О. О.

Опыт радиочастотной абляции метастатических опухолей печени в учреждении «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» 50

Лось Д. М., Курбатова С. О., Селюнина А. С.

Характеристика контингента заболевших раком молочной железы с учетом скрининга в Гомельской области в 2016–2018 гг. 51

Тихманович Е. Е., Куцабенко И. Г., Пономарев Д. М., Березняцкий А. В.

Применение стентирования, аргоноплазменной коагуляции, аргоноплазменной реканализация трахеи при опухолевых стенозах на базе учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» 54

Куцабенко И. Г., Коннов Д. Ю., Воронов О. В., Тишкевич О. Г., Дятлов А. П. Непосредственные результаты применения стентирования, аргоноплазменной коагуляции, аргоноплазменной реканализации трахеи при опухолевых стенозах на базе учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»	56
Левковец О. В., Тулуп Д. Л., Штырхунув Д. В. Общее состояние пациентов после операционного вмешательства на грудной клетке.....	58
Пузан А. А., Лебедев П. Д., Князюк А. С. Роль простатспецифического антигена и пункционной биопсии в диагностике рака простаты	61
Лукашевич Т. А., Запрудский К. С. Полипоз толстого кишечника. Современные подходы к диагностике и лечению.....	63
Магданов М. Г. Сочетание рака щитовидной железы с новообразованиями других локализаций в Гомельской области	64
Михальченко В. А., Костина Ю. М. Брахитерапия как один из вариантов лечения рака предстательной железы.....	66
Новикова А. Ю. Современное состояние проблемы рака молочной железы в Республике Беларусь	68
Овсяников В. В. Сравнительный анализ применения дерматоскопических алгоритмов «chaos and clues» и «triage amalgamated dermoscopic algorithm» в диагностике меланомы кожи и злокачественных кожных новообразований.....	70
Полторан А. А., Лещенок А. С. Значение позитронно-эмиссионной томографии в диагностике лимфомы Ходжкина.....	72
Почебут А. Ю., Факих К. А. Диагностика и хирургическое лечение постлучевого остеомиелита ребер и грудины у пациенток после комбинированного лечения рака молочной железы	74
Рымашевская А. Г., Симакова Ю. В., Виракоон Ч. А. А. Д. Дренирующие операции у пациентов с раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой	75
Селюнина А. С., Грабарева Г. Л., Курбатова С. О. Результаты скрининга заболевших раком предстательной железы в Гомельской области в 2016–2018 гг.	78
Смотрин И. С., Лысенко А. В. Эндоскопическая характеристика пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии в отдаленном периоде.....	80
Тарасова П. Ю., Олешкевич Д. В. Опухоли головного мозга у пациентов Витебской области	81
Толмачёва Е. А., Волчек В. С. Статистический анализ критериев пациентов с хирургическим лечением рака пищевода	82

<i>Тулуп Д. Л., Левковец О. В., Штырхунюв Д. В.</i> Клинические различия торакоскопического и торакотомического методов диагностики	84
<i>Хлебин М. А.</i> Злокачественные новообразования левого отдела толстой кишки в составе первично-множественных опухолей двух и более локализации.....	86
<i>Хромец А. В.</i> Изучение подходов к скрининговой диагностике колоректального рака в Республике Беларусь	87
<i>Чевелева Е. А., Мальцевич Н. Н., Романюк А. А.</i> Клинико-морфологическая характеристика и результаты лечения пациентов с колоректальным раком	89
<i>Чернышева А. Р., Зыкова В. О.</i> Анализ распространенности различных форм рака яичников по Гомельской области	91
<i>Шамбецкая С. И.</i> Возможности применения реконструктивно-пластической хирургии при раке молочной железы	93
<i>Юденкова Т. В.</i> Эпидемиологическая характеристика рака щитовидной железы в Республике Беларусь	95
<i>Ясенко Д. М.</i> Эмболизация артерий таза у пациенток с раком шейки матки.....	97
СЕКЦИЯ 18. «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»	
<i>Агафоненко Д. В., Солонец А. Ю.</i> Головокружение у взрослого населения молодого возраста	100
<i>Белодедов К. А., Житников М. Д., Гримашевич А. Б.</i> Анализ пациентов с переломами костей носа по данным ЛОР-отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (2016–2018 гг.).....	101
<i>Бердовская Ю. Д., Качук Д. Н.</i> Боковые и срединные кисты шеи. Трудности диагностики и лечения.....	103
<i>Вечерская А. А., Ярощик Т. М.</i> Тактика лечения переломов скулоорбитального комплекса при сочетанных черепно-лицевых травмах	104
<i>Гримашевич А. Б., Чигряй А. И.</i> Анализ этиологии стенозов гортани пациентов по данным ЛОР-отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2018 г.	105
<i>Иванова Е. С.</i> Пациент выбирает материал для реконструкции каркасных структур наружного носа	109
<i>Межейникова М. О., Абель И. С., Гуцева Ю. Н.</i> Сравнительный анализ эффективности способов диагностики орофарингомикоза у детей с патологией дыхательных путей.....	111

Межейникова М. О., Терещенко Е. В., Максименко П. А. Оценка микогенной сенсбилизации детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии путем анализа их гуморального звена иммунитета	113
Нестерович А. И., Анисимова Е. И., Марченко В. Н. Анализ внутричерепных осложнений у жителей Гомельской области	115
Рабцевич Р. В., Гримашевич А. Б. Анализ сопутствующих заболеваний пациентов с экссудативным средним отитом по данным ЛОР-отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2018 г.	117
Рак А. Д., Гнедько К. А., Гримашевич А. Б. Анализ развития злокачественных новообразований ротоглотки по данным учреждения «Гомельская областная клиническая больница» 2014–2018 гг.	119
Руденкова В. В., Суравьёва М. В. Анализ заболеваемости сенсоневральной тугоухостью по данным ЛОР-отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период 2015–2018 гг.	121
Селюкова И. В., Юркевич Л. С. Современные представления об этиопатогенезе рецидивирующих носовых кровотечений	123
Черняк А. Г., Романов Р. Г. Сравнительная характеристика заболеваемости хроническим гнойным средним отитом в 1997 и в 2017 гг. По данным отоларингологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница»	125
Шкуратова Е. Ю. Актуальность проблемы сенсоневральной тугоухости у жителей Гомельской области	127
СЕКЦИЯ 19. «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»	
Авласенко О. С., Руденко Ю. А. Сравнительный анализ эффективности оказания экстренной офтальмологической помощи детям Гомельского и могилевского регионов за 2016–2018 гг.	130
Алексейкова В. В., Пирогова В. М. Активность слезной жидкости в отношении экзополимерного матрикса микробной биопленки	132
Андрейчик В. В. Зависимость толщины слоя перипапиллярных нервных волокон сетчатки и парафовеальной зоны макулы от стадии глаукомного процесса	134
Буздалкина В. К. Синий свет и цифровая зрительная усталость	136
Буздалкина В. К. Распространенность аномалий рефракции у студентов Гомельского государственного медицинского университета	138
Булавко Р. С., Батракова В. Ю. Влияние уровня информационной нагрузки на зрительные функции детей в период обучения в школе	140

Буробина А. Б., Шпилова О. С. Диагностика по радужной оболочке	142
Варганова К. М., Лапицкая Е. С. Состояние органа зрения у пациентов с сахарным диабетом.....	144
Веремейчик А. В. Возможности применения шунта Ex-Press и клапана «Ahmed» в хирургическом лечении рефрактерных форм первичной открытоугольной глаукомы.....	145
Горушко Е. С., Грейбо А. И., Белинская М. К. Диагностика глауком на основе анализа перипапиллярной хориоретинальной атрофии	147
Грищенко И. Б., Шабетник А. Н. Исследование нейроофтальмологических особенностей клинического течения рассеянного склероза	149
Дорощенко А. А. Колесник Д. Г. Применение лазерной коагуляции сетчатки в лечении макулярного отека при диабетической ретинопатии.....	151
Дробышевская М. Р., Шабатина Д. В. Функциональные результаты катарактальной хирургии с применением мультифокальной итраокулярной линзы	154
Костина Ю. М., Михальченко В. А. Оценка эффективности лечения рака предстательной железы на базе учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» в 2013–2017 гг.	156
Куликова В. И., Мозгова Д. Р., Холякко А. Д. Динамика распространенности заболеваний органов зрения среди учащихся учреждения образования «Гомельский государственный медицинский колледж»	157
Кульгавчук В. В. Изучение скорости разрыва слезной пленки у студентов учреждения образования «Витебский государственный медицинский университет», пользующихся мягкими контактными линзами.....	159
Ларионова О. В. Сравнительный анализ состояния сложных сенсомоторных реакции у детей младшего школьного возраста в зависимости от положения глазных яблок в орбите	161
Лебедева И. Н. Анализ частоты, структуры и исходов кератитов в детском возрасте	163
Лукьянченко Т. С. Клинико-функциональные особенности органа зрения у детей с врожденной глаукомой.....	165
Луцук А. С., Олещик С. Н. Социальная эффективность лечения катаракты у мужчин и женщин.....	167
Марченко Н. И. Тактика ведения пациентов с острым приступом глаукомы по материалам Гомельского областного центра микрохирургии глаза за период 2017–2018 гг.....	169

Михальченко В. А., Костина Ю. М.

Анализ заболеваемости хроническим декомпенсированным тонзиллитом по данным ЛОР-клиники учреждения «Гомельская областная клиническая больница (2016–2018 гг.)..... 171

Подголина Е. А.

Основные методы хирургического вмешательства при смешанном косоглазии у детей 173

Романова В. О., Шевченко Е. А., Кириченко О. Г.

Исследование резервов аккомодации у детей, на фоне миопической и гиперметропической рефракции..... 174

Савциц Н. А., Буздакина В. К.

Клинический случай болезни Лебера..... 176

Сковородко В. А., Макаров А. В.

Изучение эффективности препарата эмоксипин в комплексном лечении первичной открытоугольной глаукомы при миопии..... 178

Стальмашко Т. С., Козловский Д. С.

Современная хирургия регматогенной отслойки сетчатки..... 180

Сулима Я. А., Макоед Л. Г.

Макулярное отверстие..... 182

Суравьёва А. В., Парасевич М. Г.

Факоэмульсификация у пациентов с миопией высокой степени 183

Фокин А. С.

Анализ структуры рецидивов оперированных пациентов с диабетической ретинопатией в сочетании с различными видами клинической рефракции..... 185

Харитоненко К. А., Деркач Е. В., Фей Е. В.

Анализ встречаемости тупых травм глазного яблока у детей в Гомельской области 187

Чембрович В. В.

Анализ структуры глазной патологии по материалам гродненской специальной общеобразовательной школы интерната для детей с нарушениями зрения 189

Шарова А. С.

Клинический случай синдрома Голоса — Ханта..... 190

СЕКЦИЯ 20. «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»

Антипина Е. О.

Клинико-морфологическая характеристика злокачественных опухолей кожи по данным биопсий 193

Бильский И. А., Змушко В. А.

Взаимосвязь MELF-паттерна и стромально-сосудистых реакций при эндометриоидной аденокарциноме тела матки..... 194

Бубен А. Д., Фролова А. С.

Морфологические особенности тератом у плодов 196

Бычик М. А., Ясинская А. С.

Морфологическая характеристика дизрафических пороков развития спинного мозга и позвоночника 198

Голоенко Е. С.

Эпидемиологические и морфологические особенности перстневидно-клеточного рака желудка в Гомельской области за период 2015–2017 гг. 200

Гринько Р. Н., Шкодина А. Д.

Особенности внутреннего строения обонятельных лукович пациентов с тяжелыми формами пневмонии 202

Жур А. С.

Анализ клинических и морфологических критериев микросателлитной нестабильности при колоректальном раке 204

Каминская Т. Д., Андросова А. А.

Особенности ангиогенеза при сахарном диабете 207

Касько М. И., Никонова Ю. А.

Эпидемиология и морфология рака предстательной железы в Гомельской области за 2014–2018 гг. 209

Кругликова А. В.

Частота встречаемости опухолей головного мозга у людей различного возраста 211

Крылова А. А., Мосина Д. О.

Причины антенатальной гибели плода в Гомельской области за 2016 и 2017 гг. 213

Лапицкий Н. А., Мозговая Л. И.

Синдром Денди — Уолкера в структуре врожденных пороков развития центральной нервной системы 215

Литвинова Т. А., Михалькевич К. С.

Особенности врожденных пороков развития внутренних органов у плодов с аутосомными трисунокомиями 217

Лобан Д. С., Волощик Е. С., Демченко А. В.

Анализ совпадения клинического диагноза и патолого-анатомического заключения при новообразованиях кожи 219

Медведев М. А., Панчук А. А.

Сравнительный анализ заболеваемости раком желудка в 2016–2017 гг. по сравнению с 2018 г. на территории Гомельской области 222

Мироненко Е. С.

Эпидемиология и морфология рака шейки матки в Гомельской области за 2017 г. 223

Миронова К. А., Бернацкая Е. Н.

Клинико-анатомическая и морфологическая характеристика рака шейки матки в Гомельской области за 2018 г. 225

Муханов Ж. Ж.

Морфологические особенности заживления острых адреналиновых язв желудка под действием метаболитов бактерий *Bacillus subtilis*, штамм 804 227

Надточеева Е. П., Авраменко М. Е., Войтюк М. А.

Морфологические особенности серозного рака яичников у пациенток Гомельской области 228

Неброва А. С., Макаричкова Ю. Ю.

Клинико-морфологический анализ рака щитовидной железы в Гомельской области за 2018 г. 230

Панчук А. А., Медведев М. А.

Эпидемиология и морфология рака желудка у пациентов с сопутствующим раком предстательной железы на территории гомельской области за период 2016–2018 гг. 232

Приступчик А. А.

Эпидемиология и морфология рака щитовидной железы в Гомельской области за 2016–2018 гг. 233

Сарока Е. Г., Шацева П. Д.

Структура и морфологические особенности врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы 236

Сороговец А. И., Зубарева А. Д.

Морфологический спектр желудочной биопсии у пациентов призывного возраста 238

Соц Т. Л.

Характеристика патоморфологических изменений последов при самопроизвольных абортах 240

Трутко А. Д., Чебанова О. Н.

Метастаз меланомы в желудок 242

Харитон В. А.

Туберкулез в современное время 244

Хмельницкий Д. Р., Боярская А. Ю.

Анализ частоты встречаемости стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий в возрастной группе от 60 до 89 лет 246

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ**

**Сборник научных статей
XI Республиканской научно-практической конференции
с международным участием студентов и молодых ученых
(г. Гомель, 2–3 мая 2019 года)**

В восьми томах

Том 6

В авторской редакции

Компьютерная верстка *С. Н. Козлович*

Подписано в печать 10.05.2019.

Тираж 15 экз. Заказ № 167.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.

Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.