

Таблица 2. – Зависимость между возрастом пациентов и результатами радикального хирургического лечения РПЖ

Возраст	Кол-во пациентов	Смертность от основного заболевания и осложнений лечения	Смертность от других заболеваний
35-44	4(4,6%)	3 (6,5%)	0 (0,0%)
45-54	25(29,1%)	9 (19,8%)	2 (18,2%)
55-64	26(30,2%)	14 (30,4%)	1 (9,1%)
65-74	26(30,2%)	17 (37,0%)	6 (54,6%)
75-84	5(5,8)	3 (6,5%)	2 (18,2%)

Данные литературы свидетельствуют о достоверном влиянии распространенности опухоли на результаты лечения РПЖ [1]. При исследовании влияния распространенности опухоли на выживаемость у исследуемых пациентов можно констатировать, что результаты лечения напрямую зависят от этого показателя (табл. 2).

Таблица 3. – Влияние распространенности опухоли на результаты радикального хирургического лечения РПЖ

Стадия заб-ния	Кол-во пациентов	Общая выживаемость			
		до 1 года	от 1 до 2 лет	от 2 до 3 лет	от 3 до 5 лет
I-II	66	36(54,6%)	14(21,2%)	7(10,6%)	9(13,6%)
III	12	8(66,7%)	2(16,2%)	2(16,2%)	-
IV	8	7(87,5%)	1(12,5%)	-	-

Как видно из данных таблицы, срок более 3-х лет после радикального хирургического лечения переживают пациенты, у которых опухоли ограничены поджелудочной железой (1-2 стадии) без, или с единичными регионарными метастазами. И в тоже время резкое снижение продолжительности жизни наблюдалось при опухолях 3-4 стадии заболевания, характеризующихся экстрапанкреатическим распространением опухоли, регионарным и отдаленным метастазированием, что указывает на прямую зависимость между распространением рака и выживаемостью пациентов.

Выводы:

1. Заболеваемость РПЖ в последние годы имеет отчетливую тенденцию к росту, несколько чаще поражая мужчин.

2. По прежнему РПЖ остается трудной для своевременной диагностики нозологической формой. Среди первичных опухолей резектабельность остается невысокой и составила 13,0%.

3. Основной гистологической формой рака является протоковая аденокарцинома с преимущественным поражением головки железы.

4. Общая 5-летняя выживаемость пациентов, страдающих РПЖ, после

радикального хирургического лечения достаточно низкая и составила 10,5%. Основной причиной смерти пациентов являлись местный рецидив опухоли и генерализация процесса, а также сопутствующая соматическая патология.

5. Отдаленные результаты радикального хирургического лечения РПЖ зависят от степени распространенности опухолевого процесса, а также сопутствующей патологии и возраста пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (9, Минск) (2016): материалы 9 съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии: – Минск: УП «Профессиональные издания», 2016. – 447 с.

2. Шалимова, С.А. Рак поджелудочной железы: Онкология / С.А. Шалимова, Д.С. Осинский[и др.] – М: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – 448 с.

ЧАСТОТА ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Карчевский А.А., Горбачевский П.Р.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) рассматривается как возможная причина возникновения патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) из-за большой «коллагенизированнойности» пищеварительной системы. По данным ряда авторов, гастроэнтерологическая патология у детей с соединительнотканной дисплазией встречается до 69,7% случаев [1, 2]. Ряд публикаций исследователей ДСТ указывают на высокий процент (57–88%) заболеваний ЖКТ у этой категории детей [3, 4], что может говорить о взаимосвязи этих состояний.

Цель. Определить частоту вовлечения в патологический процесс других органов желудочно-кишечного тракта у детей, страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД), ассоциированных с дисплазией соединительной ткани.

Методы исследования. Для исследования случайным образом были взяты пациенты в возрасте от 6 до 17 лет, поступающие в 6-е педиатрическое отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» для обследования и лечения, с морфологически подтвержденным диагнозом хронический гастродуоденит. В основную группу вошли 158 пациентов с ХГД на фоне ДСТ, которые были разделены на 1-ю основную группу (101 ребенок с ХГД, ассоциированным с легкой ДСТ (легкая степень согласно критериям Т. Милковска-Димитровой) и 2-ю основную группу (57 пациентов с ХГД с выраженной ДСТ (умеренная и выраженная степень согласно критериям Т. Милковска-Димитровой)). Группа сравнения – 36 детей с хронической патологией проксимальных отделов ЖКТ без ДСТ. В сформированных группах детей отсутствовали статистически значимые отличия по возрасту и половому

признаку. Тяжесть синдрома дисплазии соединительной ткани верифицировали по критериям Т.Милковска-Димитровой и А.Каркашева, в соответствии с которыми главными признаками считают плоскостопие, варикозное расширение вен, высокое нёбо, гипермобильность суставов, нарушения зрения, деформации грудной клетки и позвоночника, повышенную растяжимость кожи, арахнодактилию; второстепенными – аномалии ушных раковин, зубов, прикуса, преходящие суставные боли, вывихи и подвывихи суставов, птеригодактилию и др. Все результаты исследований внесены в компьютерную базу данных в Международной системе единиц (СИ). База данных, обработка полученных результатов выполнена в программах «Microsoft Excel 2010» и Statistica версия 10.0 (серийный номер AXAR207F394425FA-Q). Для описания относительной частоты бинарного признака рассчитывался доверительный интервал (95% ДИ) по формулам Клоппера-Пирсона. При сравнении частот (процентов) использовался метод Фишера.

Результаты и их обсуждение. У детей основной группы достоверно чаще, чем в группе сравнения диагностировалось вовлечение в патологический процесс других органов ЖКТ ($p=0,0021$). Вовлечение в патологический процесс других органов желудочно-кишечного тракта представлено в таблице.

Таблица. – Другая патология ЖКТ у детей с хроническими гастродуоденитами

Заболевания ЖКТ	Абсолютное число пациентов (% (95% ДИ))			p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	Группа сравнения (1, n=36)	1-я основная группа (2, n=101)	2-я основная группа (3, n=57)			
Гастроэзофагеальный рефлюкс	6 (16,7 (6,4-32,8%))	18 (17,8 (10,9-26,7%))	20 (35,1 (22,9-48,9%))	0,5	0,0132	0,0434
Дуоденогастральный рефлюкс	1 (2,8 (0,1-14,5%))	8 (7,9 (3,5-15%))	7 (12,3 (5,1-23,7%))	0,3	0,3	0,4
Аномалии развития толстого кишечника (долихоколон, долихосигма)	7 (19,4 (8,2-36%))	34 (33,7 (24,5-43,8%))	22 (38,6 (26-52,4%))	0,08	0,3	0,0417
Колоноптоз	2 (5,6 (0,7-18,7%))	14 (13,9 (7,8-22,2%))	7 (12,3 (5,1-23,7%))	0,2	0,5	0,2
Патология желчевыводящих путей	15 (41,7 (25,5-59,2%))	66 (65,4 (55,2-74,5%))	39 (68,4 (54,8-80,1%))	0,0115	0,4	0,0099
Аномальные формы желчного пузыря	14 (38,9 (23,1-56,5%))	65 (64,4 (54,2-73,6%))	38 (66,7 (52,9-78,6%))	0,0071	0,5	0,0078
Диспанкреатизм	19 (52,8 (35,5-69,6%))	62 (61,4 (51,2-70,9%))	41 (71,9 (58,8-83%))	0,3	0,1	0,0491

Из представленных данных в таблице видно, что у обследованных детей с ХГД на фоне выраженной ДСТ наиболее часто диагностировали патологию поджелудочной железы и патологию желчевыводящих путей (перетяжки, перегибы, дубликатуры желчного пузыря), по сравнению с пациентами первой основной группы и группы сравнения. Данные нарушения, как правило, сопровождались уплотнением стенок желчного пузыря с застоем содержимого,

явлениями диспанкреатизма. У 40,4% детей второй основной группы (23/57, 95% ДИ 27,6–54,2) ХГД протекали на фоне моторно-тонических нарушений сфинктерного аппарата пищеварительной трубки: гастроэзофагеального, дуоденогастрального рефлюксов, причем у значительной части выявляли сочетанные формы, в группе сравнения такие нарушения выявляли лишь в единичных случаях – 19,4% (7/36, 95% ДИ 8,2–36), $\chi^2=4,4$, $p=0,0357$.

Различные нарушения стула были практически у половины обследованных с выраженной ДСТ (запоры, дискинезия кишечника по типу чередования запоров с диареей) – 47,4% (27/57, 95% ДИ 34–61), против каждого четвертого ребенка без дисплазии (9/27, 95% ДИ 12,1–42,2) ($\chi^2=4,7$, $p=0,031$). При более детальном обследовании у большинства пациентов 81,4% (57/70, 95% ДИ 70,3–89,7) с запорами были найдены врожденные аномалии развития ЖКТ (долихосигма, долихоколон, птоз различных отделов толстого кишечника).

Выводы: Для пациентов с ХГД на фоне ДСТ характерно частое вовлечение в патологический процесс других органов ЖКТ (желчевыводящих путей, поджелудочной железы), $p=0,0021$. В группе детей с ХГД и выраженной ДСТ чаще встречались нарушения моторики кишечной трубки (23/57, 95% ДИ 27,6–54,2) $\chi^2=4,4$, $p=0,0357$, аномалии развития желчного пузыря – 66,7% (38/57, 95% ДИ 52,9–78,6) $\chi^2=6,9$, $p=0,0086$ и толстого кишечника – 38,6% (22/57, 95% ДИ 26–52,4) $p=0,0417$ по сравнению с группой сравнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробышева, О. В. Функциональное состояние кардиального и пилорического сфинктеров, сфинктера Одди у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и при отсутствии дисплазии / О. В. Дробышева, О. К. Ботвиньев // РЖГГК. – 2009. – № 5. – С. 39–43.

2. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани : рук. для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – Санкт-Петербург : ЭлбиСПб., 2009. – 704 с.

3. Connective tissue disorder – a new subgroup of boys with slow transit constipation? / D. J. Reilly [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2008. – Vol. 43, № 6. – P. 1111–1114. – doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.02.041.

4. Unexplained gastrointestinal symptoms and joint hypermobility: is connective tissue the missing link? / N. Zarate [et al.] // Neurogastroenterol. Motil. – 2010. – Vol. 22, № 3. – P. 252–278. – doi: 10.1111/j.1365-2982.2009.01421.x.

КОМОРБИДНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Кашевник Т.И., Матиевская Н.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в настоящее время строго ассоциируется с ростом доли женщин среди людей, живущих с ВИЧ. Так, по данным официальной статистики, доля женщин в структуре