

3. Иоффе, А. Ф. Избранные труды. Том 1 / А. Ф. Иоффе. – Л.: Изд-во Наука, 1974. – 327 с.

4. Быкова, И. Ю. Военно-полевая хирургия: национальное руководство / Под редакцией И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 816 с.

5. Рейнберг, С. А. Рентгендиагностика заболеваний костей и суставов / С. А. Рейнберг. – М.: Изд-во Медицина, 1964. – 530 с.

ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА В ГРОДНЕНСКОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ

Губарь Л. М., Миклашевич Ф. С., Сенько Ж. Л.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Рак пищевода (РП) среди заболеваний является одной из наиболее высокоагрессивной по течению и неблагоприятной по прогнозу для жизни пациентов злокачественной опухолью [1], характеризующейся тяжелым течением и фатальным исходом при отсутствии лечения [2].

По данным Белорусского канцер-регистра, на протяжении 25 лет в стране наблюдается рост злокачественными новообразованиями. В 2010 г. вновь зарегистрированных случаев было 43573, в 2018 г. около 52000. Количество заболевших ежегодно увеличивается примерно на тысячу. За прошедший 2018 г. умерли 4875 человек трудоспособного возраста. Четвертая стадия среди вновь выявленных случаев рака пищевода 30,8%.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении рака пищевода, общая пятилетняя выживаемость не превышает 15-20% [3], что обуславливает актуальность темы.

Цель. Анализ данных о раке пищевода среди населения г. Гродно и Гродненской области за период с 2010-2016 гг.

Материалы и методы исследования. Изучение архивных историй болезни онкодиспансера УЗ «ГОКБ».

Результаты и их обсуждение. Пищевод представляет собой узкую и длинную активно действующую трубку между глоткой и желудком и способствующую продвижению пищи в желудок. Пищевод, начавшись в области шеи, проходит дальше в грудную полость и, прободая диафрагму, входит в брюшную полость, поэтому в нем различают части: *cervicalis*; *thoracica*: верхнегрудной; среднегрудной; нижнегрудной; *abdominalis*. Длина пищевода – 23,0-25,0 см. Рентгеноскопия пищевода, наряду с фиброскопией, является основным методом диагностики рака пищевода [4]. Рентгенологическая картина выглядит чаще в виде сужения просвета на протяжении 4,0-10,0 см за счет дефекта наполнения (экзофитный рак) или циркулярного сужения (эндофитный рак) с неровными, бугристыми контурами, с атипичным рельефом слизистой (складки разрушены), переход к непораженному участку резкий, ступенькообразный, с обрывом контура, с наличием супрастенотического расширения. Рентгенологическая картина в процессе исследования неизменчива за счет ригидности стенок, отмечается отсутствие перистальтики на уровне сужения [5].

С 2010-2016 гг. в Гродненском онкодиспансере наблюдались 398 пациентов с раком пищевода на основании рентгеноскопии и гистологического подтверждения (любое объемное образование или стеноз пищевода нуждаются в гистологической верификации, если исследование пищевода с приемом бариевой взвеси позволило заподозрить опухоль, ее необходимо рассматривать как злокачественную, пока не доказано обратное).

Среди наблюдаемых пациентов с раком пищевода 369 мужчин (92,7%) и 29 женщин (7,3%), жителей из города 224 (56,3%), из села 174 (43,7%). Соотношение мужчин и женщин 13:1. Большая часть пациентов отмечалась с локализацией патологии в грудном отделе.

Верхнегрудная локализация РП – 8,04% у 32 человек: 31 мужчина (7,79% от всего количества пациентов, 8,4% от всего количества мужчин), 17 жители города, 14 – села, и 1 женщина (0,25% от всего количества, 3,45% от всего количества женщин) из села. Средний возраст мужчин из города 63,73, из села 59,48, женщин из села 70. Стадия: III – 3,52% (14 человек), II – 3,02% (12 человек), IV – 1,01% (4 человека), I – 0,5% (2 пациента).

Среднегрудная локализация РП – 33,92% у 135 человек (128 мужчин, 76 жители города, 52 села и 7 женщин: 5 из города, 2 из села. Средний возраст мужчин из города 60,5, из села 61,5, женщин из города 64,7, из села 74,6. Стадия: II – 14,07 % (56 человек), III – 13,57% (54 человека), IV – 5,53% (22 человека), I – 0,75% (3 человека).

Нижнегрудная локализация РП – 38,44% у 153 человек, из них 136 мужчин (34,17% от всего количества пациентов, 36,86% от всего количества мужчин), из которых 66 из города, 70 из села и 17 женщин (4,27% от всего количества, 58,6% от всего количества женщин) 11 из города, 6 из села. Средний возраст мужчин из города – 60,7, из села – 64,7, женщин из города – 69,6, из села – 75,5. Стадия: II – 16,08% (64 чел.), III – 13,07% (52 чел.), IV – 6,03% (24 чел.), I – 3,27% (13 чел.).

Выход за пределы одной локализации наблюдалось: 14,07% (56 человек) у 51 мужчины (12,81% от всего количества пациентов, 13,82% от всего количества мужчин), из которых 29 из города, 22 села, и 5 женщин (1,26% от всего количества, 17,24% от всего количества женщин) из города. Средний возраст мужчин из города – 60,46, из села – 60,46, женщин из города – 63. Стадия: IV – 6,28% (25 человек), III – 4,02% (16 человек), II – 3,27% (13 человек), I – 0,50 % (2 человека),

Выводы. Наиболее частая локализация рака пищевода отмечалась в нижнегрудном и среднегрудном отделах: локализация в нижнегрудном отделе 38,44%, среднегрудном отделе 33,92%, выход за пределы одной локализации – 14,07%, верхнегрудном отделе – 8,04%, шейном отделе – 3,27%, абдоминальном – 2,26%. По степени тяжести чаще отмечалась II и III стадия, но при выходе за пределы одной локализации – чаще IV стадия.

Чаще всего рак пищевода диагностировался у мужчин (92,7%), жителей города. Возраст жителей сельской местности: мужчины – 55–66 лет, женщины – 70–80 лет; жителей города: мужчины – 58–67 лет, женщины – 61–75 лет.

Литература

1. Кац, Д. С. Секреты рентгенологии / Д. С. Кац, К. Р. Мас, С. А. Гроскин. – М. – СПб: Изд-во БИНОМ, Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.

2. Остман, Й. В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й. В. Остманн, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М.: Мед. лит., 2012. – 368 с.
3. Суконко, О. Г. Руководство по онкологии. Т.1 / под общ. ред. О. Г. Суконко. – Минск: Беларусь. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2015. – 680 с.
4. Суконко, О. Г. Руководство по онкологии. Т.2 / под общ. ред. О. Г. Суконко. – Минск: Беларусь. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. – 632 с.
5. Соколов, Ю. Н. Рентгенодиагностика опухолей пищеварительного тракта / Ю. Н. Соколов, В. Б. Антонович. – М.: Медицина, 1981. – 320 с.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

**Дешко М. С.¹, Снежицкий В. А.¹, Рубинский А. Ю.²,
Ковалевич Л. В.², Снежицкая Е. А.², Мадекина Г. А.²,
Ускова И. В.², Гриб С. Н.²**

1-я кафедра внутренних болезней

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический
кардиологический центр», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Актуальность фибрилляции предсердий (ФП) обусловлена ее значительной распространенностью в популяции и увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений на фоне данной аритмии, таких как инсульт и тромбоэмболические осложнения, коронарные катастрофы, сердечная недостаточность и другие события, которые в совокупности приводят к снижению качества жизни, росту инвалидизации и смерти пациентов по сравнению с таковыми с синусовым ритмом [1].

Патогенез аритмии сложен и включает кардиальные и внесердечные факторы, предрасполагающие к возникновению и