

реляционная зависимость – это изменения, которые вносят значения одного признака в вероятность появления разных значений другого признака. Зависимость подразумевает влияние, связь – любые согласованные изменения, которые могут объясняться сотнями причин. Корреляционные связи не могут рассматриваться как свидетельство причинно-следственной связи, они свидетельствуют лишь о том, что изменениям одного признака, как правило, сопутствуют определенные изменения другого, но находится ли причина изменений в одном из признаков или она оказывается за пределами исследуемой пары признаков, нам неизвестно. Степень, сила или теснота корреляционной связи определяется по величине коэффициента корреляции. Сила связи не зависит от ее направленности и определяется по абсолютному значению коэффициента корреляции. Максимальное возможное абсолютное значение коэффициента корреляции $r=1,00$; минимальное $r=0$. Для исследования были выбраны сведения о состоянии диагностики злокачественных опухолей в районах и зонах деятельности онкологических диспансеров за 2009, 2010 гг. Были выдвинуты: нулевая гипотеза – о том, что между местом проживания в Гродненской области и выявлением раковых заболеваний существует тесная корреляционная связь. Альтернативная гипотеза – о том, что такая связь не существует. Нулевую гипотезу мы связали с тем, что наибольшее количество заболеваний концентрируется в местах, близко расположенных к «загрязненным» после аварии на Чернобыльской АЭС. В результате проведенного исследования в зоне деятельности онкологических диспансеров по Гродненской области установлено, что существует тесная корреляционная зависимость между числом выявленных раковых заболеваний и местом проживания, особенно это относится к местам близко расположенным к «загрязненным». Вычисленные значения коэффициента корреляции стремятся к единице. Вывод: нами принята нулевая гипотеза, о том, что наибольшее число людей, имеющих злокачественные опухоли, проживают близко к местам, являющихся «загрязненными», после аварии на Чернобыльской АЭС, на уровне значимости 0,5.

Литература: 1. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Сидоренко Е.В. Санкт-Петербург: Речь – 2007. – 350с.

2. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. / А.Д. Наследов. Санкт-Петербург: Речь – 2008. – 392с.

Вераксих Н.А., Свидинская М.В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель – Кардаш Н.А.

Рак поджелудочной железы по частоте занимает 4-е место в структуре смертности среди онкологических заболеваний. Основная проблема и опасность данного заболевания заключается в том, что диагностировать его на ранней стадии чрезвычайно трудно. Более того учёные до сих пор не уверены какие именно факторы способствуют развитию данной патологии. Целью нашей работы явился клиничко-морфологический анализ случаев смерти от данного злокачественного новообразования. Материалом для исследования стали протоколы вскрытий отделения № 1 УЗ «ГО-ПАБ» больных, умерших от рака поджелудочной железы за период с 2006 по 2010 гг., что составило 30 случаев. Оценивались возраст больных, локализация, макроскопический вид и гистологическая структура опухоли, пути метастазирования и причины смерти. Проведённый анализ указал, что рак поджелудочной железы выявлен в возрасте от 42 до 84 лет. В 60% случаев это были мужчины и в 40% – женщины. Исходя из топографии, чаще рак локализовался в головке поджелудочной железы – 46%, в теле – 10%, хвосте – 6%, тотальное поражение поджелудочной железы – 38%. Единственный радикальный метод лечения хирургический, но исходя из сведений литературных данных, только 5% больных, обращающихся к онкологу, резектабельны. Тем не менее, в хирургии используется ряд паллиативных операций для контроля желтухи, непроходимости и болей. Для больных с желтухой преобладает тактика предварительного проведения желче-разгрузочных операций, которые были выполнены в 9 случаях. Средняя продолжительность

жизни после операций составила – 11 дней, основными причинами смерти явились печеночная недостаточность и выраженная интоксикация. В 2 наблюдениях при отсутствии местной инвазии соседних органов и лимфатических узлов была выполнена панкреатодуоденальная резекция. Смерть в 1 случае наступила на 17 сутки после операции от печёчно-почечной недостаточности, во 2 – на 8 сутки от развившегося перитонита. Макроскопически в 17 наблюдениях была выявлена диффузная форма опухоли, в 13 – узловая. Среди гистологических форм отмечались высокодифференцированная аденокарцинома (G1) – 3 (10%) случая, умеренно дифференцированная (G2) – 12 (40%), низкодифференцированная (G3) – 12 (40%). Недифференцированный рак (G4) был обнаружен в 3 (10%) наблюдениях. В 26 случаях были выявлены метастазы в лимфатические узлы ворот печени, парапанкреатические, парааортальные, брыжеечные и паховые. Панкреатический рак метастазирует не только по лимфатическим сосудам, но и гематогенно, а именно, чаще всего в печень – в 17 наблюдениях, а также в лёгкие – в 8. В 3 случаях наблюдалось прорастание опухоли в заднюю стенку желудка и 1 – в стенку толстой кишки. Таким образом, рак поджелудочной железы остается заболеванием с крайне низкой выживаемостью и неблагоприятным исходом, характеризуется скудной и неспецифической клинической симптоматикой, в основном диагностируется на поздних стадиях болезни, что необходимо учитывать при обследовании больных.

Вераксих Н.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель – Парамонова Н.С., д.м.н., профессор

Пищевое поведение (ПП) – это первичная биологически мотивированная деятельность человека, направленная на устранение чувства голода. Основные виды нарушений ПП это – переедание, недоедание, однообразное питание, парафагия, нарушение ритма питания, «сладкоедение», «заедание» стрессовых ситуаций. Неправильное ПП может привести к патологии пищеварительной системы, ожирению, алиментарной недостаточности, заболеваниям обмена веществ, психоневрологическим расстройствам. Указанные заболевания сами также приводят к нарушению пищевого поведения. Цель – определить характер пищевого поведения школьников и его влияние на формирование патологии желудочно-кишечного тракта. Для оценки пищевого поведения у детей был составлен и апробирован опросник. Были включены вопросы, касающиеся физиологических характеристик пищевого поведения (аппетит, пищевые предпочтения, восприятие приема пищи), режима питания, состава рациона, характеристик питания в семье, в школе, продолжительности грудного вскармливания, проблем вскармливания в раннем возрасте. Анкетировано 142 ребенка в возрасте от 7 до 17 лет с различным уровнем здоровья и проведен анализ полученных данных. Все дети, независимо от состояния здоровья, имели нарушения пищевого поведения. Дети младшего возраста имели меньше нарушений, чем учащиеся старших классов. У 23,7 процентов обследованных детей плохой аппетит. Регулярно переедают более 40 процентов школьников, при этом 32,4 процентов пытаются соблюдать диету с целью похудения (чаще девушки). В качестве пищевых предпочтений 58,6 процентов опрошенных отметили сладости, мучное, продукты высококалорийные и быстрого приготовления. 65,7 процентов ежедневно употребляют чипсы, сухарики, газированные напитки, жевательные резинки. Семейные условия питания в 72,3 процентов случаев оказались не благоприятными – отмечена неорганизованность коллективного приема пищи в семье, не рациональное распределение приемов пищи. В 53,2 процентов случаев были отмечены конфликты детей с родителями из-за приема пищи. От завтрака отказываются или неполноценно завтракают 62,3 процентов обследованных, переедают перед сном 35,6 процентов, принимают пищу второпях, параллельно с просмотром телевизора 71,2 процентов. В 54,5 процентов семей не уделяется достаточного внимания повседневной сервировке стола и блюд. Более 75 процентов детей не имеют в школе полноценного питания. После приема пищи 24,5 процентов опрошенных испытывают негативные ощущения. Выявлялась отягощенность «пищевого анамнеза» – раннее искусственное вскармливание, не рациональное