

t=0,79 соответственно); креатинин при поступлении и выписке (p=0,01; t=1,92 и p=0,01; Z=1,87 соответственно); АЛАТ при поступлении и при выписке (p=0,03; t=1,0 и p=0,04; t=0,78 соответственно); СРБ при поступлении и выписке (p=0,02; t=0,21 и p=0,04; t=0,43 соответственно).

По результатам исследования КОС статистическую значимость при поступлении и выписке из стационара имел показатель pO_2 (p=0,03; Z=-0,97 и p=0,02; t=1,26 соответственно), что указывает на прямую эффективность лечения коронавирусной инфекции COVID-19, осложненной ДН разной степени тяжести, с использованием дексаметазона в обеих группах пациентов, независимо от пола.

Все вышеперечисленные факты доказывают одинаковую эффективность применения дексаметазона в комплексной терапии коронавирусной инфекции COVID-19 среди пациентов мужского и женского пола, находящихся на ИВЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отделенов, В. А. Возможность применения дексаметазона у пациентов с COVID-19 / В. А. Отделенов, К. Б. Мирзаев, Д. А. Сычев // Качественная клиническая практика. – 2020. – № 96–98.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Шостак М.Р., Дорошевич К.Н.

Гомельский государственный медицинский университет

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) включает в себя рак, развивающийся в ободочной и прямой кишке. Во всем мире КРР является не только актуальной проблемой современной онкологии, но и одной из главных проблем общественного здравоохранения. На протяжении десятков лет отмечается существенный рост заболеваемости КРР. Данная патология занимает лидирующие позиции в распространенности, являясь во всем мире третьим среди онкологических заболеваний по частоте у мужчин и вторым по частоте у женщин [1]. В 2020 году в мире зарегистрировано примерно 1,93 млн новых случаев КРР, среди которых 935 тыс. случаев завершились летальным исходом [2]. При всех достижениях современной медицины отношение показателей смертности и заболеваемости при КРР составляет 48,4%.

По данным National cancer institute США, на октябрь 2021 года в стране зарегистрировано 149500 новых случаев КРР (7,9% всех случаев рака), среди которых 52980 случаев завершились летальным исходом (8,7% умерших от злокачественных новообразований) [3]. КРР занимает 4 место в структуре онкологической смертности у мужчин и 3 место у женщин [1].

Имеются существенные различия в географическом распределении КРР. Кумулятивный риск заболеть КРР в течение жизни в Австралии и Новой Зеландии составляет 3,7%, в Центральной и Восточной Европе – 3,63%, в Восточной Азии – 3,0%, в Северной и Южной Америке – 2,98 и 2,09%

соответственно, в Северной Африке – 1,1%, в Средней и Западной Африке – 0,8 и 0,74% соответственно [2].

Кумулятивный риск умереть от КРР в различных регионах мира составляет: в Центральной и Восточной Европе 1,72%, в Восточной Азии – 1,23%, в Южной и Северной Америке – 0,95 и 0,87% соответственно, в Восточной и Западной Африке – 0,67 и 0,56% соответственно [2].

Развитие КРР связывают с воздействием нижеперечисленных факторов.

- Наследственность. КРР или полипы у ближайших родственников; наличие у родственников первой степени родства КРР или полипоза толстой кишки в 3 раза увеличивает риск развития КРР.

- Возраст. Заболеваемость КРР из года в год возрастает, удваиваясь каждые 10 лет.

- Окружающие поллютанты: мышьяк, каменно-угольная пыль.

- Повышенная масса тела. У людей с избыточной массой тела может быть повышен риск нескольких видов рака, включая КРР.

- Особенности питания (избыточное употребление красного мяса) и низкое содержание клетчатки в рационе.

- Заболевания кишечника: язвенный колит, болезнь Крона, наличие КРР в прошлом, аденоматозные полипы.

- Низкий уровень физической нагрузки. Установлена обратная взаимосвязь между физическими упражнениями и риском КРР [4].

Цель. Оценить эпидемиологическую ситуацию по КРР в Республике Беларусь в период с 2009 по 2018 год.

Методы исследования. Проведен анализ заболеваемости КРР в Республике Беларусь в период с 2009 по 2018 год. Материалом исследования послужили данные научного издания «Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг.». Метод исследования – анализ и статистическая обработка данных с помощью пакета программ «Microsoft Excel 2019», «Statistica 13.5». Статистическую значимость различий оценивали с помощью критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение. За 2009-2018 годы в Беларуси было зарегистрировано 101799 случаев заболевания опухолями органов пищеварения. В 2009 году из общего числа опухолей органов пищеварения (9251), КРР был диагностирован у 4203 пациентов (45,43%). В 2018 году общее число пациентов с опухолями органов пищеварения выросло до 10 892 (на 17,7%), КРР в этом году был выявлен у 5415 пациентов (49,72%) [5]. Рост заболеваемости КРР составил 28,8%.

При анализе гендерной структуры пациентов с КРР наблюдается преобладание лиц мужского пола. Средние пятилетние интенсивные показатели заболеваемости составили в период с 2009 по 2013 год – 48,2 ‰_{0000} у мужчин и 46,3 ‰_{0000} у женщин; в период с 2014 по 2018 год – 57,6 ‰_{0000} и 52,6 ‰_{0000} соответственно [5]. Показатели заболеваемости КРР населения мужского и женского пола при сравнении двух пятилетних периодов выросли на 16,3 и 12,0% соответственно.

Смертность населения Республики Беларусь от КРР (средние пятилетние интенсивные показатели) в период с 2009 по 2013 год составила $24,7^{0}_{0000}$ у мужчины $23,0^{0}_{0000}$ у женщин; в период с 2014 по 2018 год – $27,3^{0}_{0000}$ и $23,1^{0}_{0000}$, соответственно [5]. Показатели смертности от КРР среди мужчин и женщин выросли меньше, чем показатели заболеваемости: на 10,5 и 0,43% соответственно.

Далее проанализировано распределение по стадиям вновь выявленного КРР в Республике Беларусь по двум пятилетиям (с 2009 по 2013 год и с 2014 по 2018 год). Число вновь выявленных случаев заболевания составило 22 353 и 26 058. Из них I стадия выявлена у 2492 (11,2%) и 3312 (12,7%) пациентов ($\chi^2 < 0,0001$), II стадия – 10 352 (46,3%) и 10 702 (41,1%) случаев ($\chi^2 < 0,0001$), III стадия – 4610 (20,6%) и 5701 (21,9%) случаев ($\chi^2 = 0,0008$), IV стадия – 4273 (19,1%) и 5566 (21,4%) случаев ($\chi^2 < 0,0001$), не установлена стадия заболевания в 624 (2,8%) и 777 (2,9%) случаях соответственно ($\chi^2 = 0,21$). Наблюдается некоторое снижение удельного веса пациентов с ранними (I и II) стадиями КРР в 2014-2018 гг. по сравнению с 2009-2013 (53,7 и 57,4%).

Количество пациентов с КРР, перенесших радикальное лечение в указанные периоды, составило 18852 (84,3% от общего числа заболевших) и 22469 (86,2%) ($\chi^2 < 0,0001$), из них закончили специальное лечение по радикальной программе 12666 (67,2%) и 14655 (65,2%) соответственно ($\chi^2 < 0,0001$).

Выводы. Уровень заболеваемости КРР в Республике Беларусь является наиболее высоким среди злокачественных новообразований органов пищеварения и демонстрирует опережающие темпы роста. В период с 2009 по 2018 год общее количество случаев злокачественных новообразований органов пищеварения выросло на 17,7%, при этом число новых случаев КРР в указанный период выросло на 28,8%. Во всех временных интервалах показатель заболеваемости был выше у мужчин. Наблюдается некоторое снижение удельного веса пациентов с ранними (I и II) стадиями КРР в 2014-2018 гг. по сравнению с 2009-2013 (53,7 и 57,4%), что свидетельствует о недостаточной эффективности мероприятий по ранней диагностике КРР. Наблюдается некоторое повышение удельного веса пациентов, получавших радикальное лечение по поводу КРР в изучаемый период – 84,3 и 86,2% пациентов, соответственно ($\chi^2 < 0,0001$), однако закончили специально лечение на 2% меньше пациентов – 67,2 и 65,2%, соответственно ($\chi^2 < 0,0001$). Несмотря на отсутствие прогресса в диагностике КРР, рост показателей смертности от данной патологии в анализируемый период происходит менее интенсивно, чем рост заболеваемости, особенно среди женского населения, что может свидетельствовать о повышении эффективности лечения КРР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров, В. Э. Эпидемиологические аспекты колоректального рака (обзор) / В. Э. Федоров, К. А. Поделякин // Медицинский альманах. – 2017. – № 4 (49). – С. 145–148.

2. Global Cancer Observatory [Electronic resource]. – Mode of access: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf – Date of access: 26.10.2021.

3. National Cancer Institute [Electronic resource]. – Mode of access: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html> – Date of access: 26.10.2021.

4. National Cancer Institute [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk> – Date of access: 26.10.2021.

5. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов и др. ; под ред. О.Г.Суконко]. – Минск : Национальная библиотека Беларуси, 2019. –422 с.

МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АЛГОРИТМ ЕЁ РЕАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПКС

Шпехт М.В.¹, Пирогова Л.А.²

Областной диспансер спортивной медицины¹,

Гродненский государственный медицинский университет²

Актуальность. Травмы передней крестообразной связки (ПКС) широко распространены. К ним может привести резкое скручивание, бег, приземление с прыжка, удар по колену или голени. При этом может произойти частичный или полный отрыв связки от места крепления к большой берцовой кости. Разорванная ПКС не срастается самостоятельно. Необходимость оперативного лечения ПКС продиктована нарушением функции коленного сустава в будущем [1]. Наиболее часто это происходит у спортсменов активных видов спорта.

Существует несколько типов методики пластики ПКС, однако суть всех методик практически одинакова: пластика осуществляется посредством замещения сухожилия трансплантатом или тканью сухожилий самого пациента [2]. Полное время восстановления ПКС коленного сустава длится в среднем от 8 до 12 месяцев [3, 4]. Сокращение длительных сроков восстановительного периода после пластики ПКС – основная задача реабилитации.

Таким образом, **актуальность проблемы** определяется необходимостью сокращения сроков восстановительного периода для пациентов после пластики ПКС.

Цель исследования состоит в том, чтобы разработать модель комплексной реабилитации и алгоритм ее реализации для пациентов, перенесших пластику ПКС. Модель должна иметь основу, «построенную» из современных физических методов реабилитации, содержать четкую последовательность шагов для ее реализации, включая параметры и длительность воздействия, а также иметь набор параметров для оценки ее эффективности.

Методы исследования. Метод анализа научной литературы; методы гониометрии, динамометрии, двигательные тесты; статистические методы