

Мужчин было 131 пациент (44,7%), женщин 162 (55,3%). Возраст поступивших: от 20 до 40 лет - 20 человек (6,8%); от 40 до 60 - 84 (28,7%); 60-75 лет - 130 (44,4%) и старше 75 лет - 59 (20,1%).

Размеры трофических язв были следующие: до 5 см в диаметре - у 187 пациентов (63,8%); 5-10 см - у 86 (24,4%); больше 10 см - у 20.

В результате обработки данных было выявлено:

1. Трофические язвы нижних конечностей различной этиологии являются сложным хирургическим заболеванием, требующим раннего стационарного лечения.

2. Лечение должно быть комплексным, интенсивным, определяться хирургом совместно с врачами других специальностей.

3. Антибактериальная терапия должна проводиться современными антибиотиками с первых часов с момента поступления.

4. Наиболее эффективными для местного лечения язв являются применение лазера и куриозина, оптимальнее всего - их сочетание.

5. Венэктомия является радикальным способом лечения трофических язв при варикозной болезни и должна применяться независимо от возраста больного.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

В.А. Найденок

Научный руководитель – д.м.н., профессор *Ю.Е. Демидчик*

Белорусский государственный медицинский университет

Рак легкого лидирует среди других новообразований по заболеваемости мужского населения. Это обуславливает актуальность исследования этой патологии. В данной работе производился поиск факторов достоверно влияющих на длительность безрецидивного периода и выживаемость больных раком легкого. Материалом для исследования явилась группа из 198 больных с морфологически верифицированным раком легкого. Мужчин было 179 (90,4%), женщин 19 (9,6%). Возраст пациентов варьировал от 33,4 до 84,4 лет, составляя в среднем 61,4 года. Основной контингент составили больные III стадией заболевания, которая установлена в 75 (39%) случаях. Небольшие опухоли без метастазов в регионарных лимфатических узлах (стадия I) выявлены у 46 (23,7%) больных. Вторая и IV стадии рака легкого диагностированы в 41 (21%) и 32 (16,5%) случаях соответственно. Гистологически 125 (62%) случаев было представлено плоскоклеточной карциномой, 33 (17%) – аденокарциномой, недифференцированный и мелкоклеточный рак были определены у 27 (14%) и 13 (7%) пациентов соответственно. У 30 (15%) больных проведено комбинированное лечение, в т.ч. в 23 (12%) случае применялась операция и облучение, а в 7 (3%) наблюдениях использовалась послеоперационная химиолучевая терапия. Химиолучевую терапию получило 14 (7%) пациентов. Хирургическое вмешательство в самостоятельном варианте перенесло 50 (26%), лучевую терапию 54 (28%), химиотерапию 4 (2%) больных. Оценка выживаемости включала общепринятые расчёты интервальных показателей по таблицам дожития и моментному методу Kaplan-Meier. Сравнение данных в различных группах осуществлялось с использованием теста log-rank. Для изучения взаимосвязи признаков определялись коэффициент линейной корреляции Пирсона (r), ранговой корреляции Спирмена (R) и тау Кенделла, а для отбора значимых прогностических факторов применялась регрессионная модель Кокса.

Исследование состояло из трех этапов. На первом из более чем 100 признаков, полученных при описании изучаемой группы больных, были отобраны те, которые были связаны с длительностью жизни и безрецидивного периода. На втором этапе оценивалась достоверность и значимость влияния отобранных признаков. Были построены и проанализированы кривые выживаемости больных при разных значениях выделенных критериев. На заключительном этапе производился поиск наиболее прогностически значимых категорий. В результате, несмотря на все многообразие корреляционных взаимосвязей из первоначальной группы были оставлены только три признака: лимфогенное метастазирование (категория N), стадия заболевания и наличие хирургического лечения. Влияние этих признаков оказалось самым значимым при боль-

шой достоверности ($p < 0,001$). Поскольку стадия заболевания являлась вложением в категории рTNM, в выводе указывались именно эти признаки. Полученные результаты соответствуют современным представлениям о выживаемости больных раком легкого. По сравнению с другими работами посвященными этой проблеме, данное исследование имеет глубокое математическое обоснование полученных результатов.

ПОЛИТРАВМА: ПРИЧИНЫ, СТРУКТУРА, ЛЕЧЕНИЕ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ

Д.В. Николаев

Научный руководитель – к.м.н., доцент *С.А.Жидков*
Белорусский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования являются: выявление основных причин, анализ структуры политравмы, определение объема противошоковых мероприятий при первичной обращаемости, распределение по степеням тяжести повреждений при поступлении в стационар, анализ оказания специализированной медицинской помощи при политравме. Для ответа на поставленные вопросы были проанализированы истории болезней 641 пациентов, проходивших лечение в центре сочетанной травмы г. Минска за последний год, изучение отечественной и зарубежной литературы, сопоставление полученных данных.

Актуальность работы определяется высокой летальностью при сочетанной травме даже в высокоразвитых странах, отсутствием единых подходов к вопросам прогнозирования развития осложнений и лечения политравмы, как при первичной обращаемости, так и в процессе дальнейшего оказания помощи.

В центре сочетанной травмы г. Минска проходили лечение 641 пациент в возрасте от 16 до 90 лет. Мужчин было 419 (65,4%), женщин - 223 (34,6%). 529 пострадавших (82,5%) имели травмы средней и тяжелой степени (тяжесть состояния при поступлении в стационар оценивалась по шкале ВПХ-МТ); с клиникой шока поступило 267 пациентов (41,7%): I степени – 24 (9%), II степени – 84 (31,5%), III степени – 68 (25,5%), IV степени – 91 (34%). 488 пострадавших (76,1%) – лица трудоспособного возраста.

Следует отметить, что две трети всех пострадавших медицинскую помощь на догоспитальном этапе в полном объеме не получили; кроме того, довольно часты случаи, когда пациентов с тяжелыми повреждениями внутренних органов, продолжающимся кровотечением везли мимо стационаров, имеющих хирургические отделения.

Анализируя оперативные вмешательства, следует отметить, что 38 пациентам произведена трепанация черепа (27 - в первые 6 ч); 14 - торакотомия (10,0% от всех тяжелых травм груди); лапаротомия — 60 пострадавшим (38 - в первый час после поступления). Остеосинтез длинных трубчатых костей произведен 132 пострадавшим (77,1% от всех травм конечностей). Операции производились в основном, в период от 4 до 14 суток, т.е. после выведения пострадавшего из шока.

Различные осложнения развились у 136 пострадавших (21,2%), чаще всего с тяжелыми травмами головы, груди, живота и нижних конечностей у лиц старше 60 лет. Умерло 54 пациента (8,4%), из них 17 от травмы несовместимой с жизнью, 11 - от кровопотери, 21 - от обострения тяжелых сопутствующих заболеваний у пожилых пострадавших. От пневмонии и гнойно-септических осложнений умерло всего 6 пациентов, что говорит об эффективном лечении пострадавших.

Выводы по работе:

1. Причинами политравмы, в подавляющем большинстве случаев (82,7%), являются аварии и падение с высоты.
2. 82,5% пострадавших имели травмы средней и тяжелой степени.
3. С клиникой шока поступило 41,7% пострадавших: 9% - I степени; 31,5% - II степени; 25,5% - III степени; 34% - IV степени.
4. Только треть пострадавших получили медицинскую помощь на догоспитальном этапе в полном объеме.