© Г.И. Джалилова, 2020
УДК 616.314-007.21-031.84:316.344/.346 DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(1).22-26

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ

ДЖАЛИЛОВА ГОНЧА ИЛЬХАМ кызы, *сотрудник кафедры ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета, Азербайджан, AZ 1007, Баку, ул. Гасымзаде, 14, e-mail: mic_amu@mail.ru*

Реферат. ***Цель исследования*** – изучение социально-демографического статуса пациентов при вторичной частичной адентии в первом и втором периоде среднего возраста. ***Материал и методы.*** Обследовано 72 человека (36 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 22 до 55 лет, обратившихся по поводу ортопедического лечения с неснимающейся протезной конструкцией при диагнозе вторичной частичной адентии зубного ряда. Для анализа естественно-социальных характеристик пациентов разделили на четыре группы и использовали опросные анкеты. Данные были обработаны методами вариационной статистики. Различия считались достоверными при $p<0,05$. ***Результаты и их обсуждение***. 60% пациентов имели высшее образование, 40% – среднее ($p<0,05$). У более 80% из них рабочее время составляло более 8–10 ч. 60% определяли свое финансовое положение и уровень доходов как средний удовлетворительный, 20% – низкий, 18% – выше среднего уровня и 2% – как достаток крайне низкий. Большинство пациентов (90% опрошенных) указали, что проживают на отдельной жилплощади, остальные 10% отметили другие условия ($p<0,001$). При анализе семейного статуса пациентов обоих полов выяснилось, что большинство (82%) были замужем/женаты. Рацион питания 90% из них был разнообразным, 8% – мягкое питание, а 2% – особенно жесткое питание. У большинства обследованных (60% случаев) нет вредных привычек (алкоголь, сигареты), а у 40% – есть ($p<0,05$). 20% пациентов регулярно обращаются за стоматологической помощью, 63% – при острых болях, 17% – с целью профилактики. ***Выводы.*** Результаты исследования указывают на зависимость возникновения вторичной частичной адентии и ортопедического лечения от социально-демографического статуса пациента.
Ключевые слова: вторичная частичная адентия, ортопедическое лечение, несъемный мостовидный протез, социально-демографический статус.
Для ссылки: Джалилова, Г.И. Социально-демографический статус пациента при вторичной частичной адентии / Г.И. Джалилова // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, вып. 1. – С.22–26. ***DOI:*** 10.20969/VSKM.2020.13(1).22-26.

SOCIO-DEMOGRAPHIC STATUS OF PATIENT WITH SECONDARY PARTIAL EDENTULISM

JALILOVA GONCHA I., *Department of orthopedic stomatology of Azerbaijan Medical University, Azerbaijan, AZ 1007, Baku, Gasymzade str., 14, e-mail: mic_amu@mail.ru*

Abstract. ***The aim of the study*** was to investigate the socio-demographic status of patients with secondary partial edentulism in the first and second periods of the middle age. ***Material and methods.*** We observed 72 individuals (36 men and 36 women) from 22 to 55 years old who applied for orthopedic treatment with fixed prosthetic construction due to secondary partial edentulism. Basic and auxiliary examination methods were used in patients. Participants were divided into four subgroups for the analysis of their medical and social characteristics by means of social survey questionnaire. ***Results and discussion***. 60% of patients have higher education and 40% have secondary education according to the results of the study. Working hours of 80% of patients are longer than 8–10 hours. The income level has been defined as medium-satisfactory in 60%, low in 20%, upper-middle in 18% and extremely low in 2%. The vast majority (90%) of patients noted the fact of living in an independent housing, 10% – other living conditions. When analyzing the marital status, most patients (82%) of both sexes were married. Food ration consisted of various products in 90%, soft food was preferred in 8% and especially hard food in 2%. 60% of examined don't have bad habits (alcohol consumption or smoking), but 40% of them do. 20% of patients apply for medical assistance regularly, 63% only in case of acute pain, 17% undergo the examination on preventive purpose. ***Conclusion.*** Results of the research confirm that the occurrence and orthopedic treatment of secondary partial edentulism depend on socio-demographic status of the patient.
Key words: secondary partial edentulism, orthopedic treatment, non-removable dental bridge, socio-demographic status.
For reference: Jalilova GI. Socio-demographic status of patient with secondary partial edentulism. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2020; 13 (1): 22-26. ***DOI:*** 10.20969/VSKM.2020.13(1).22-26.

Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) является одним из самых распространенных заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения, частичной вторичной адентией страдает до 75% населения в различных регионах земного шара [1, 2].

На сохранность зубов взрослого населения влияет множество факторов, среди которых можно особо выделить социально-экономический. При этом важную роль играют родители в период детства пациента. Сохранение большего количества зубов определяется среди взрослых людей, доход в семьях которых значительно превышает прожиточный минимум [3, 4].

Некоторыми авторами проведены исследования влияния социально-демографических условий на функцию жевания. Согласно результатам их работы женщины и пожилые люди, независимо от пола, афроамериканцы и жители сельской местности больше страдают от нарушений же-

вательной функции, что, вероятно, связано с описанным выше влиянием социально-экономического статуса пациента на сохранность зубов [5].

Среди страдающих частичным отсутствием зубов и имеющих зубные протезы при проведении ортопедического лечения качество жизни (КЖ) в группах молодых пациентов характеризуется более негативными показателями, чем в группах людей зрелого и пожилого возраста. Согласно исследованиям во всех возрастно-половых группах отмечается различная зависимость КЖ индивидуума от количества отсутствующих зубов. В то же время отличий среди пациентов различных возрастных групп, страдающих данным заболеванием, но не имеющих зубные протезы, не наблюдается [6, 7].

О преобладании среди пациентов женского или мужского пола, страдающих частичной вторичной адентией, получены противоречивые данные для всех возрастных групп [8].

У пациентов, регулярно посещающих врача-стоматолога, отмечается лучшее состояние здоровья полости рта и большее количество сохранившихся зубов, чем у пациентов, обращающихся за стоматологической помощью нерегулярно [9].

По данным исследований, проведенных в Соединенных Штатах Америки, среди людей с высшим образованием количество зубов в среднем составляет более 25, среди людей со средним образованием – 23,2, среди людей, не имеющих среднего образования, – 21,9 [8]. Некоторые исследования показали прямую корреляцию между уровнем образования и количеством сохраненных зубов у пациентов [9].

В ряде работ было установлено, что у жителей сельской местности к среднему возрасту сохраняется меньшее количество зубов, чем у жителей больших городов [10]. Имеются данные о прямой корреляции между меньшим количеством зубов и такими социально-экономическими факторами, как финансовые ограничения и низкий уровень образования [7, 10, 11].

Цель исследования – изучение социально-демографического статуса пациентов при вторичной частичной адентии в первом и втором периоде среднего возраста.

Материал и методы. Материалы для исследования собраны и описаны таким образом, чтобы был понятен путь от постановки научной гипотезы до возможности использования полученных в ходе исследования результатов в практической стоматологии. Было обследовано 72 человека (36 мужчин и 36 женщин) в возрасте 22–55 лет, обратившихся по поводу ортопедического лечения с неснимающейся протезной конструкцией при диагнозе вторичной частичной адентии зубного ряда.

Обследование пациентов включало следующие методы:

1. Основные клинические методы стоматологического обследования пациентов.

2. Дополнительные, рентгенологические методы изучение диагностических моделей челюстей.

3. Статистические методы обработки данных.

Для анализа медико-социальной характеристики пациентов общая выборка пациентов была разделена на 4 подгруппы по возрастно-половым признакам, характеристика которых представлена в *табл. 1.*

Таблица 1

Распределение пациентов по возрастно-половым подгруппам

Показатель	1-я подгруппа	2-я подгруппа	3-я подгруппа	4-я подгруппа
Возраст, *лет*	22–35	36–55	22–35	36–55
Мужчины	14	22	0	0
Женщины	0	0	16	20
Всего	14	22	16	20

Разделение обследованных пациентов было обусловлено специфическими различиями клинических признаков состояния частичного отсутствия зубов в зависимости от пола и возраста.

Изменения, создаваемые вторичной частичной адентией в зубном ряду, изучались на основе вертикального и горизонтального перемещения зубов, искривления зубов в сторону потерянного зуба, роста зубов в сторону переднего антагониста.

Структура социальной анкеты:

1. Паспортная часть включала в себя данные о половой принадлежности, дату и место рождения, место жительства, место работы, профессию, должность и наличие профессиональных вредностей.

2. Социальная характеристика содержала информацию, касающуюся следующих социально-демографических характеристик: уровень образования обследуемого; отрасль экономики, в которой занят пациент; характер трудовой деятельности (степень занятости); материальные условия (уровень доходов); жилищные условия; семейный статус; характер питания; наличие и характер вредных привычек; частота обращаемости за стоматологической помощью. Респонденты имели высшее и среднее образование, их рабочий день составлял 8–10 ч, некоторые имели случайные заработки, были также неработающие, пенсионеры и учащиеся.

Материальные условия оценивались согласно уровню доходов и были разделены на низкие (плохие), средние (удовлетворительные), выше среднего (материальный достаток).

Для оценки жилищных условий применялось деление на следующие категории: собственный дом, отдельная квартира, общежитие, другое жилое помещение. При описании данного параметра учитывался также срок постоянного проживания респондента в данном городе.

В данном исследовании также учитывался семейный статус пациента, который рассматривался как «замужем (женат)», «не замужем (холост)», «разведен(-а)» и «вдова (вдовец)».

При учете характера питания пациентам были предложены 3 варианта ответов: «доминирует

твердая пища», «исключительно мягкая пища», «предпочитаю разнообразное питание».

В социальной анкете было зафиксировано наличие или отсутствие вредных привычек, а также их характер, а именно: алкоголь, курение, другие вредные привычки. В виде вариантов выбора использовались следующие ответы: «никогда не употребляю», «не употребляю в настоящий момент», «употребляю периодически», «употребляю ежедневно».

В заключительном вопросе анкеты мы выяснили, как часто пациент обращается за медицинской (стоматологической) помощью: при возникновении острой боли, регулярно, с профилактической целью, нерегулярно (реже 1 раза в год).

Сбор клинических и социальных данных, необходимых для проведения исследовательской работы, проводился во время первичного клинического обследования до начала лечения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов вариационной статистики, различия между группами считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Был проведен анализ результатов клинического и социально-демографического исследования четырех возрастно-половых групп. Социально-демографические характеристики пациентов общей выборки и четырех возрастно-половых групп в процентном эквиваленте представлен в *табл. 2.*

При анализе результатов анкетирования было выяснено, что высшее образование, в том числе послевузовское профессиональное образование, имели 60%, среднее профессиональное, включая неполное высшее образование, – 40% ($p<0,05$). Таким образом, среди обратившихся за ортопедической помощью наибольшая доля пациентов имела высшее образование, наименьшая – средней уровень образования. Та же тенденция была выявлена в различных возрастно-половых группах пациентов.

Распределение по подгруппам показало, что больше всего пациентов с высшим образованием приходилось на 2-ю подгруппу: 18,4%, а наибольшее число обратившихся, имеющих среднее образование, было в 3-й подгруппе – 13,3%. Наименьшие показатели по обеим категориям регистрировались в 1-й подгруппе (11,6 и 7,8% соответственно).

По характеру трудовой деятельности наибольшее количество пациентов были заняты от

Таблица 2

Социально-демографические показатели исследованных пациентов

Социально-демографическая характеристика пациентов		Возрастно-половые подгруппы исследованных пациентов				Общая выборка пациентов, %
		1-я, %	2-я, %	3-я, %	4-я, %	
Уровень образования	среднее	7,8	12,2	8,9	11,1	40,0
	высшее	11,6	18,4	13,3	16,7	60,0
Трудовая деятельность	от 8 до 10 и более часов	15,6	24,4	17,8	22,2	80,0
	случайное заработки	2,7	4,3	3,1	3,9	14,0
	неработающий, пенсионер, учащийся	0,8	1,2	1,8	3,2	6,0
Уровень доходов	низкий	3,9	6,1	4,4	5,6	20,0
	средний	11,7	18,3	13,3	16,7	60,0
	выше среднего	3,5	5,5	4,0	5,0	18,0
Жилищные условия	отдельное жилье	15,0	28,0	20,0	27,0	90,0
	общежитие, другое жилое помещение	3,0	2,0	1,5	3,5	10,0
Частота обращаемости за медицинской помощью	острая боль	12,2	19,3	14,0	17,5	63,0
	нерегулярно, реже 1 раза в год	3,9	6,1	4,4	5,6	20,0
	регулярно (с профилактической целью)	3,3	5,2	3,8	4,7	17,0
Характер питания	твердая пища	1,0	1,0	---	---	2,0
	исключительно мягкая	---	3,0	3,0	2,0	8,0
	разнообразное питание	20,0	25,0	22,0	23,0	90,0
Вредные привычки (курение, алкоголь)	имеются	12,0	26,0	0,5	1,5	40,0
	не имеются	15,0	25,0	8,0	12,0	60,0
Семейный статус	женат/замужем	15,9	25,1	22,0	23,0	86,0
	холост/не замужем; разведен(-а); вдовец/вдова	5,8	0,8	6,2	1,2	14,0

8 до 10 ч и более в день (80% из общий выборки исследованных пациентов). Случайные заработки и отсутствие какой-либо постоянной работы, а также категория пенсионеров и учащихся распределились по 6% в группе общей выборки пациентов. Среди всех подгрупп доля пациентов, имеющих 8–10-часовой и более рабочий график, была наибольшей в 4-й подгруппе и составляла 22,2%. Менее всего этот показатель был в 1-й подгруппе (15,6% пациентов).

Интересен тот факт, что наименьшее количество пациентов приходилось на долю пенсионеров и учащихся – 6%, причем этот показатель был наименьшим во всех подгруппах.

Случайные заработки имели 4,3% пациентов 1-й подгруппы, что было больше, чем в других подгруппах. В 4-й подгруппе процент неработающих составил 3,2%, что значительно выше по сравнению с другими группами.

Среди пациентов общей выборки 60% определяли свой уровень доходов как средний (удовлетворительный), 20% – как низкий (плохой), 18% – как материальный достаток (выше среднего уровня) и 2,% – как достаток крайне низкого уровня.

При анализе распределения по подгруппам было установлено, что наибольший процент пациентов со средним и низким достатком приходится на долю 2-й подгруппы (18,3 и 6,1% соответственно), в то время как количество пациентов с достатком выше среднего было примерно одинаковым во всех подгруппах.

Уровень доходов пациентов определяет и условия жизни, что также отражено в данном исследовании. Большинство пациентов указали на проживание на отдельной жилплощади (дом, квартира, съемное жилье) – 90% опрошенных, остальные 10% отметили другие условия жизни (проживание в общежитии, коммунальная квартира, другое жилое помещение).

При анализе семейного статуса выяснилось, что большинство пациентов (82%) обоих полов были замужем/женаты, 18% опрошенных – разведены, незамужние или вдовые (p<0,001). Соотношение в 1-й подгруппе исследованных пациентов составило 15,9 и 3,5% соответственно; во 2-й подгруппе – 25,1 и 5,5%; в 3-й подгруппе – 18,2 и 4,0%; в 4-й подгруппе – 22,8 и 5,0%.

Семейный статус – важный фактор, обязывающий человека развиваться в профессиональном плане, также тесно взаимосвязан с озабоченностью пациента о состоянии своего здоровья.

В пищевом рационе подавляющего большинства пациентов было отмечено преобладание разнообразной пищи – 90% обратившихся, что было достоверно выше, чем в других группах (p<0,001). Однако 8% пациентов питались исключительно мягкой пищей, у 2% опрошенных выявлено доминирование твердой пищи в рационе питания.

Анализ частоты встречаемости вредных привычек, в частности курения, показал, что большинство пациентов не курили – 60%, 40% имели такую привычку (p<0,05). В 1-й подгруппе соотношение курящих и некурящих пациентов составило 11,7 и 7,8%; во 2-й подгруппе – 18,3 и 12,2%; в 3-й подгруппе – 13,3 и 8,9%; в 4-й подгруппе – 16,7 и 11,1%. Число курящих мужчин в возрасте от 35 до 50 лет вдвое превышало количество остальных пациентов.

Частота обращаемости за медицинской (стоматологической) помощью среди пациентов общей выборки распределилась следующим образом: 20% пациентов нерегулярно посещают стоматолога (реже 1 раза в год), 63% обращаются за медицинской помощью только при возникновении острой боли, 17% проходят стоматологическое обследование с профилактической целью регулярно. К сожалению, большинство пациентов достоверно чаще (p<0,01) по сравнению с другими группами обращаются к стоматологу по экстренным случаям.

В 1-й подгруппе соотношение по обращаемости составило 3,9% нерегулярного посещения: 12,2% пациентов при острой боли и 3,3% с профилактической целью. Во 2-й подгруппе наибольшая часть пациентов посещает врачей-стоматологов только при возникновении острой боли (19,3%), чуть меньше (6,1%) пациентов обращаются к врачу нерегулярно, 5,2% соблюдают необходимый режим профилактических процедур. Это единственная группа, где большая часть обратившихся пациентов регулярно следят за здоровьем. В 3-й подгруппе наибольший процент людей отметили регулярное посещение с профилактической целью (3,8%), нерегулярное (реже 1 раза в год) – 4,4%, при острой боли – 14%. В 4-й подгруппе большинство (5,6%) людей обращается нерегулярно, 17,5% пациентов – при острой боли, 4,7% людей посещают врача с профилактической целью.

Таким образом, данные нашего исследования позволяют утверждать, что социально-демографические факторы все еще продолжают играть значительную роль в возникновении вторичной частичной адентии. Данные условия влияют не только на потерю зубов у пациентов наиболее активного возраста, но и, безусловно, в дальнейшем могут негативно сказаться на результатах ортопедического лечения пациента.

Прозрачность исследования. *Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.*

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. *Автор лично принимала участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором. Автор не получала гонорар за исследование.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Здоровье полости рта//Информационный бюллетень.– № 318. – URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/ru/ (дата обращения: 04.10.2018).
2. *Ахмедова, Н.А.* Медико-социальная характеристика пациентов с частичной вторичной адентией, ослож-

ненной и не осложненной зубочелюстными аномалиями / Н.А. Ахмедова // Исследования и практика в медицине. – 2018. – № 5 (2). – С.114–120.
3. *Хоранова, Н.А.* Медико-социальные аспекты специальной ортодонтической подготовки пациентов с зубочелюстными аномалиями при частичной вторичной адентии перед постоянным протезированием (краткий обзор литературы) / Н.А. Хоранова, А.В. Фомина // Вестник новых медицинских технологий. – 2017. – № 11 (2). – С.349–355.
4. *Mofidi, M.* Problems with Access to Dental Care for Medicaid Insured Children: What Caregivers Think / M. Mofidi, R.G. Rozier, R.S. King // American Journal of Public Health. – 2002. – № 92 (1). – P.53–58.
5. Demographic factors, denture status and oral health- related guality of life / M.T. John, T.D. Koepsell, P. Hujoel [et al.] // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 2004. – Vol. 32. – P.125–132.
6. *Алямовский, В.В.* Влияние предметов и средств гигиены полости рта на эстетические реставрации зубов / В.В. Алямовский, А.Л. Багинский, А.Н. Дуж // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 1. – С.57–60.
7. *Сохов, С.Т.* Перспективы снижения потерь зубов у населения Российской Федерации / С.Т. Сохов, Т.П. Сабгайда, А.В. Алексеев // Российская стоматология. – 2013. – Т. 2, № 6. – С.53–57.
8. Global oral health of older people – call for public health action / P.E. Petersen, D. Kandelman, S. Arpin, H. Ogawa// Community Dent. Health. – 2010. – Vol. 27 (suppl 2). – P.257–267.
9. *Gilbert, G.H.* Social Determinants of Tooth Loss / G.H. Gilbert, R.P. Duncan, B.J. Shelton // Health Services Research. – 2003. –Vol. 38 (6). – P.1843–1863.
10. Risk factors for tooth loss over a 28year period / B.A. Burt, A.J. Ismail, E.C. Morrison [et al.] // J. Dent. Res. – 1990. – Vol. 69. – P.1126–1130.
11. *Worthington, H.* Extraction of teeth over 5 years in regularly attending adults / H. Worthington, J. Clarkson, R. Davies // Community Dent. Oral. Epidem. – 1999. – Vol. 27. –P.187–194.

REFERENCES

1. World Health Organization. Oral health. Information bulletin № 318. 2018; http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/ fs318/ru/
2. Ahmedova NA. Mediko-social'naya harakteristika pacientov s chastichnoj vtorichnoj adentiej, oslozhnennoj i ne oslozhnennoj zubochelyustnymi anomaliyami [Medical and social characteristics of patients with partial secondary adentia, complicated and not complicated by dentoalveolar anomalies]. Issledovaniya i praktika v medicine [Research and practice in medicine]. 2018; 5 (2): 114-120. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-2-12
3. Horanova NA, Fomina AV. Mediko-social'nye aspekty special'noj ortodonticheskoj podgotovki pacientov s zubochelyustnymi anomaliyami pri chastichnoj vtorichnoj adentii pered postoyannym protezirovaniem (kratkij obzor literatury) [Medical and social aspects of the special orthodontic preparation before the permanent prosthesis of the patients with dentofacial anomalies with partial secondary adentia (brief literature report)]. Vestnik novyh medicinskih tekhnologij [Journal of New Medical Technologies]. 2017; 11 (2): 349-355. DOI: 10.12737/ article_ 58f0ba9fb7d9f2.66062537
4. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with Access to Dental Care for Medicaid Insured Children: What Caregivers Think. American Journal of Public Health. 2002; 92 (1): 53-58.
5. Alyamovskij VV, Baginskij AL, Duzh AN. Vliyanie predmetov i sredstv gigieny polosti rta na esteticheskie restavracii zubov [The influence of objects and means of oral hygiene on aesthetic restoration of teeth]. Sibirskoe medicinskoe obozrenie [Siberian Medical Review]. 2012; 1: 57-60.
6. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, et al. Demographic factors, denture status and oral health- related guality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 2004; 32: 125-132.
7. Sohov ST, Sabgajda TP, Alekseev AV. Perspektivy snizheniya poter' zubov u naseleniya Rossijskoj Federacii [Prospects for reducing tooth loss in the population of the Russian Federation]. Rossijskaya stomatologiya [Russian Dentistry]. 2013; 2 (6): 53-57.
8. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – call for public health action. Community Dent Health. 2010; 27 (4 Suppl 2): 257-267.
9. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social Determinants of Toots Loss Health Services Research. 2003; 38 (6): 1843-1863.
10. Burt BA, Ismail AJ, Morrison EC, et al. Risk factors for tooth loss over a 28 year period. J Dent Res. 1990; 69: 1126-1130.
11. Worthington H, Clarkson J, Davies R. Extraction of teeth over 5 years in regularly attending adults. Community Dent Oral Epidem. 1999; 27: 187-194.

© А.Ю. Мехтиева, 2020

УДК 616.24-006.6-033.2-073.756.8 DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(1).26-31

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ НА СМЕЖНЫЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

МЕХТИЕВА АРЗУ ЮСИФ кызы*, ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Азербайджанского медицинского университета, Азербайджан, AZ 1007, Баку, ул. Гасымзаде, 14, e-mail: mic_amu@mail.ru*

Реферат. ***Цель*** – изучение диагностических возможностей магнитно-резонансной томографии в оценке местной распространенности периферического рака легкого на смежные органы и ткани грудной клетки. ***Материал и методы.*** Под нашим наблюдением находилось 320 больных первичным раком легкого, находившихся на стационарном лечении в Национальном онкологическом центре Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, Городском онкологическом диспансере г. Баку, а также на кафедре онкологии Азербайджанского медицинского университета в период с 2010 по 2013 г. Магнитно-резонансная томография проводилась на томографе «Magneton Open» (Siemens). Полученные данные были обработаны статистическими методами с использованием непараметрического критерия корреляции рангов Спирмена, достоверность различий признаков