

ные карциномы — 5 (50 %) пациентов, инвазивные неспецифические карциномы — 3 (30 %) пациента и инвазивные дольковые карциномы — 2 (20 %) пациента.

У пациентов с положительным HER2-статусом 3+ (17 человек) наблюдалось наличие положительного белка p63 (2 (11,8 %) пациента), чаще встречались инвазивные неспецифические карциномы — 12 (70,6 %) пациентов, инвазивные карциномы — 3 (17,6 %) пациента и по одному случаю инвазивной дольковой карциномы и инвазивной микропапиллярной карциномы (5,9 %).

У пациентов с положительным белком p63 наблюдались чаще инвазивные карциномы — 5 (45,5 %) случаев, инвазивные неспецифические карциномы — 4 (36,4 %) случая и инвазивные дольковые карциномы — у 2 (18,1 %) пациентов.

Выводы

1. У 79 (64,75 %) пациентов по результатам цитологического и гистологического исследований диагностики совпали.

2. У большинства пациентов РМЖ являлся гормон-рецептор положительным. У 91 пациентки ER-положительный, у 75 — PR-положительный.

3. У 50 пациентов был обнаружен маркер пролиферативной активности опухоли (Ki67), что составляет 41 % от всех исследуемых.

4. У пациентов с положительным HER2-статусом 2+ чаще встречались инвазивные карциномы.

5. У пациентов с положительным HER2-статусом 3+ чаще встречались инвазивные неспецифические карциномы.

6. У пациентов с положительным белком p63 наблюдались чаще инвазивные карциномы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель, Е. М. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность / Е. М. Аксель // Маммология. 2006. № 1. С. 9–13.

2. Клинико-морфологический анализ выявления BRCA-1 с иммуногистохимической оценкой экспрессии рецепторов андрогенов и C-kit (CD117) при тройном негативном раке молочной железы у женщин Гродненской области / А. Ю. Крылов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2016. № 4 (50). С. 25–28.

3. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / F. Bray [et al.] // CA Cancer J. Clin. 2018. № 68 (6). P. 394–424.

4. Risk of having BRCA1 mutation in high-risk women with triple-negative breast cancer: a meta-analysis / N. M. Tun [et al.] // Clinical Genet. 2014. Vol. 85 (1). P.43–48.

УДК 616.24-006.6-085

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЛЕГКОГО

Коробова А. С., Полетай К. Д., Кулагина А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За последние 25 лет прогресс в эффективности лечения и повышении выживаемости пациентов онкологического профиля происходит очень медленными темпами. На сегодняшний день потенциальная эффективность химиотерапии практически достигла своего максимума. Фундаментальным достижением последнего десятилетия является образование нового класса «таргетных, молекулярно-ориентированных препаратов», создаваемых для воздействия на конкретные, заранее установленные внутриклеточные молекулярные мишени, которые имеют ключевое значение для жизнедеятельности опухолевой клетки [1].

Выбор терапии основывается на локализации и морфологической форме опухоли, ее молекулярном составе, распространенности опухолевого процесса, эффективности ранее проводимой терапии, состоянии пациента, цели лечения в конкретной клинической ситуации, соотношении потенциальной пользы и токсичности лечения [2].

В Республике Беларусь на сегодняшний день при назначении таргетной терапии рака легкого используют следующие препараты: алунбриг (бригатиниб), алеценза (алектиниб), эрестиниб (эрлотиниб).

Цель

Оценить результаты применения таргетной терапии у пациентов с раком легкого.

Материал и методы исследования

В основе данного исследования лежат результаты химиотерапии рака легкого у пациентов, находящихся на лечении в Учреждении здравоохранения «Гомельский областной онкологический диспансер» за период 2020–2021 гг. Анализ данных проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statistica» 13.0 (Trialversion) и «Microsoft Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе научной работы было проанализировано 37 пациентов в возрасте от 37 до 78 лет. Средний возраст пациента составил $58,62 \pm 24,4$ лет. Распределение по полу было следующим: мужчины — 20 (70 %), женщины — 11 (30 %).

Все пациенты с раком легкого разделены на 2 группы: получающие таргетную терапию (группа Т) $n = 14$ –38 % и контрольная группа, пациенты которой не получали таргетную терапию (группа К) $n = 23$ –62 %. В таблице 1 представлена половозрастная структура в исследуемых группах пациентов.

Таблица 1 — Составы групп

Группа	Всего человек	Пол	Возраст
Т	14 (38 %)	Мужчины — 6–23 % Женщины — 8–73 %	$57,21 \pm 12,5$ лет
К	23 (62 %)	Мужчины — 14–77 % Женщины — 3–27 %	$59,47 \pm 8,33$ лет

* — Процент мужчин и женщин в группах взят от общего числа мужчин и женщин в выборке.

Как видно из таблицы 1, женщины чаще нуждались в назначении таргетной терапии, чем мужчины. Средний возраст в группе Т был незначительно меньше.

Представим структуру рака легкого в исследуемых группах.

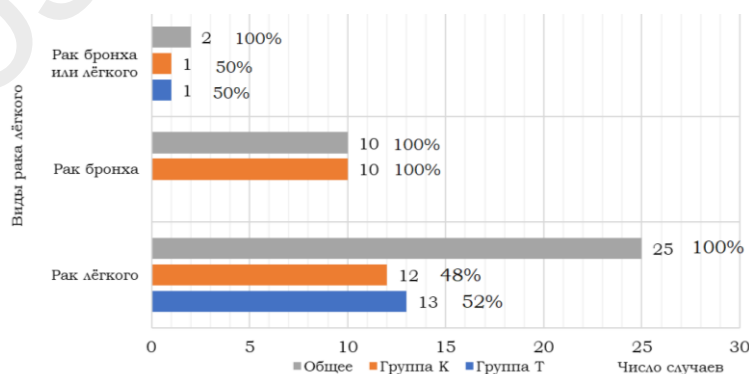


Рисунок 1 — Структура рака легкого в исследуемых группах

Из рисунка 1 видно, что таргетная терапия назначалась в основном в случаях рака легкого. Пациенты с раком бронха на таргетной терапии не находились.

Распределение в группах по гистологической характеристике опухоли было следующим:

Таблица 2 — Распределение в группах по гистологической характеристике опухоли

Группа	Аденокарцинома	Плоскоклеточный рак
Т	11 (48 %)	3 (21 %)
К	12 (52 %)	11 (79 %)

Как видно из таблицы 2, пациенты с аденокарциномой чаще находились на таргетной терапии, чем пациенты с плоскоклеточным раком. Однако аденокарцинома лишь в 48 % случаев требовала назначения таргетной терапии в связи с наличием у пациентов соответствующих мутаций.

Каждому пациенту в выборке было проведено исследование на наличие мутации в гене опухоли (рисунок 2).

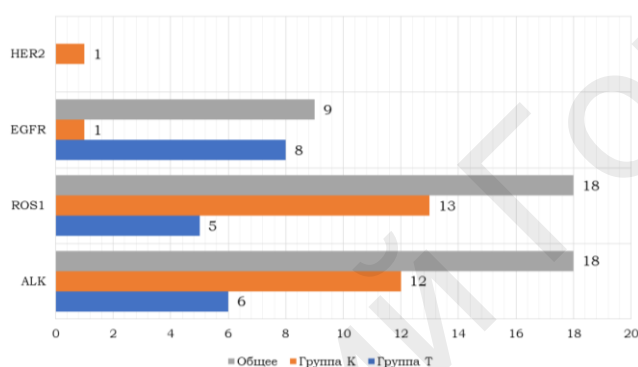


Рисунок 2 — Изучение мутаций в исследуемых группах

Исходя из рисунка 2 можно сказать, мутация в гене EGFR чаще всего являлась показанием к назначению таргетной химиотерапии.

Также была исследована динамика течения заболевания у пациентов по данным компьютерной томографии в течение года после начала таргетной химиотерапии (результаты представлены на таблице 3).

Таблица 3 — Оценка течения заболевания по данным компьютерной томографии

Группа	Положительная динамика	Стабилизация процесса	Прогрессирование заболевания
Т	1 (7,14 %)	10 (71,43 %)	3 (21,43 %)
К	0	10 (43,48 %)	13 (56,52 %)

По данным из таблицы 3 можно сказать, что при применении таргетной терапии у пациентов чаще наблюдалась стабилизация процесса заболевания, реже было прогрессирование, а также был случай положительной динамики.

Выводы

Таким образом таргетная терапия чаще назначается женщинам при раке легкого с гистологическим типом аденокарциномы, при этом у пациенток чаще всего имеются мутации в гене EGFR. Эффективность при назначении алунбрига, алецензы, эрестиниба и эрлотиниба выше, чем при назначении стандартных схем химиотерапии, что подтверждается более редкими случаями прогрессирования заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хвастунов, Р. А. Таргетная терапия в онкологии / Р. А. Хвастунов, Г. В. Скрышников, А. А. Усачев // Лекарственный вестник. 2014. Т. 8, № 4. С. 3–10.
2. Практические рекомендации по общим принципам проведения противоопухолевой лекарственной терапии / А. А. Трякин [и др.] //Злокачественные опухоли. 2021. Т. 11, № 3s2-1. С. 23–35.

УДК 616-006.6-052:159.944.4

**ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Корсакова В. И., Марковский В. О.

Научные руководители: к.м.н. доцент В. В. Похожай

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

У большинства людей, переживающих потенциально травмирующие события (авария, болезнь, утрата любимого человека), как правило не возникает никаких состояний, требующих медицинского вмешательства. Другой вопрос, когда человек находится в состоянии сильного стресса на протяжении большого промежутка времени: онкология. Нарушение адаптации, приводящее к срыву систем регулирования (декомпенсация), приводит к развитию психических заболеваний. Отсутствие клинических проявлений и, как правило, жалоб со стороны пациента на свое психическое состояние лишь усугубляет ведение онкологических пациентов. Изучение механизмов стрессоустойчивости и определение прогноза позволит значительно улучшить не только лечение, но и последующую реабилитацию [1].

Цель

Оценить уровень стрессоустойчивости у пациентов онкологического профиля.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 100 пациентов УЗ «Могилевский областной онкологический диспансер» различных отделений. Возраст обследованных пациентов составил от 41 до 69 лет (средний возраст — $47,1 \pm 2,7$ лет), мужчины — 50 пациентов; женщины — 50 пациентов. Были выделены следующие группы сравнения: 1-я — женщины, находящиеся на лечении в онкологическом стационаре ($n = 50$), 2-я — мужчины, находящиеся на лечении в онкологическом стационаре ($n = 50$).

Исследование выполнено на основе системного подхода к изучаемой проблеме с применением следующих методов: психологическое тестирование, социологическое анкетирование.

Была использована методика «Прогноз стрессоустойчивости» (В. Ю. Рыбников): методика предназначена для определения уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) и позволяет выявить отдельные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность возникновения нервно-психических срывов. Было предложено 86 утверждений, на которые следовало ответить да/нет. Баллы начислялись следующим образом: за положительный или отрицательный ответ, соотносимый с ключом — 1 балл. Интерпретировали результаты следующим образом: от 5 до 6 баллов — 1 уровень НПУ высокий, прогноз благоприятный; от 7 до 13 баллов — 2 уровень НПУ хороший, прогноз благоприятный; от 14 до 28 баллов — 3 уровень НПУ удовлетворительный, прогноз благоприятный; от 29 и более баллов — 4 уровень НПУ неудовлетворительный, прогноз неблагоприятный [2].

Перед проведением исследования было получено письменное согласие на обработку персональных данных.

Анализ, полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ «Statistica» 13.3 (Trial version) [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Перед проведением основного тестирования пациенты ответили на вопрос: испытывают ли они чувство тревоги на данный момент и лишь 29 % пациентов ответили, что да.

При анализе данных основного тестирования были получены следующие результаты:

1-й уровень НПУ, характеризующийся высокой нервно-психической устойчивостью (хорошая адаптивность к стрессу).

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 1-м уровне НПУ находились 15 (30 %) в сравнении с мужчинами — 4 (8 %), $p = 0,00557$.

2-й уровень НПУ, характеризующийся хорошей нервно-психической устойчивостью, характеризуется низкой вероятностью нервно-психических срывов.

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 2-м уровне НПУ находились 18 (36 %) в сравнении с мужчинами — 15 (30 %), $p = 0,67094$.

3-й уровень НПУ, характеризующийся удовлетворительной нервно-психической устойчивостью (возможностью в экстремальных ситуациях умеренных нарушений психической деятельности, сопровождающихся неадекватными поведением, самооценкой и (или) восприятием окружающей действительности).

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 3-м уровне НПУ находились 10 (20 %) в сравнении с мужчинами — 12 (24 %), $p = 0,63962$.

4-й уровень НПУ, характеризуется неудовлетворительной нервно-психической устойчивостью (нервно-психическая неустойчивость характеризуется склонностью к нарушениям психической деятельности при значительных психических и физических нагрузках).

При анализе данных с использованием двустороннего критерия Фишера у женщин на 3-м уровне НПУ находились 7 (14 %) в сравнении с мужчинами — 19 (38 %), $p = 0,00696$.

При сравнении 2-х групп (1-я группа = 19 пациентов и 2-я группа = 26 пациентов) по НПУ 1-го и 4-го уровня среди мужчин и женщин с использованием хи-квадрата Пирсона с поправкой Йейтса были получены следующие данные: $p = 0,228$; $\chi^2 = 1,455$; Коэффициент сопряженности Пирсона = 0,139 (связь слабая).

При использовании t-Критерия Стьюдента для независимых парных выборок (группа № 1 и группа № 2) были получены следующие данные: $20,3 \pm 1,4$, $p < 0,05$.

Выводы

В ходе исследования было выявлено, что уровень 1-й уровень НПУ, характеризующийся высокой нервно-психической устойчивостью (хорошая адаптивность к стрессу) у женщин был статистически значимо выше, чем у мужчин. В тоже время всего лишь 29 пациентов ответили, что испытывают тревогу. При анализе 4-го уровня НПУ, характеризующегося неудовлетворительной нервно-психической устойчивостью статистически значимо выше были результаты у мужчин — 19 (38 %), $p = 0,00696$. Это свидетельствует о том, что мужчины данной группы не способны адекватно реагировать на большой круг ситуаций, основная модель реагирования — беспокойство, тревога и нервозность, приводящие в конечном итоге к дезадаптации.

При сравнении 2-х групп (1-я группа = 19 пациентов и 2-я группа = 26 пациентов) по НПУ 1-го и 4-го уровня среди мужчин и женщин с использованием хи-квадрата Пирсона с поправкой Йейтса была выявлена слабая связь. При сравнении 2-х групп с использованием t-Критерия Стьюдента для независимых парных выборок были выявлены статистически значимые различия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Инструкция по применению (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения) / Е. В. Ласый, И. И. Хвостова. Минск, 2009.
2. Куприянов, Р. В. Психодиагностика стресса: практикум / Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
3. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. Москва: МедиаСфера, 2002. 312 с.

УДК 618.146-006.6-06

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Костенкова А. И., Митрахович С. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Рак шейки матки — одна из самых распространенных злокачественных опухолей у женщин, занимает четвертое место в структуре онкологической патологии и первое место в возрастной категории от 15 до 39 лет. Рак шейки матки продолжает быть актуальным и остается глобальной мировой проблемой здравоохранения [1].

В настоящее время распространенность рака шейки матки определяется в рамках стадирования на основании классификации FIGO (2009 г.) и TNM (7-е издание, 2009 г.) [2]. Требуется подтверждение диагноза путем гистологического исследования материала, полученного при биопсии шейки матки.

У пациентов с раком шейки матки стадия определяется при первичном обследовании на основании клинических и гистологических данных и не меняется в зависимости от последующих находок в процессе диагностики и лечения.

Основными методами лечения рака шейки матки являются хирургический, сочетанный лучевой и комбинированный. Выбор метода лечения рака шейки матки, как и любого другого злокачественного новообразования, зависит от стадии и гистотипа опухоли, степени ее дифференцировки, возраста женщины, наличия сопутствующих заболеваний и факторов прогноза, присутствие которых может заранее свидетельствовать об эффективности или неэффективности планируемой терапии [3].

Цель

Рассмотреть способы лечения рака шейки матки в зависимости от стадии заболевания среди женского населения Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения пациентов, находившихся в гинекологическом отделении Гомельского областного онкологического диспансера в период с января 2020 по январь 2021 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении анализа полученных данных была сформирована группа из 182 пациенток с установленным диагнозом «Рак шейки матки». Возрастной состав исследуемой группы составил: от 25 до 39 лет — 20,9 % (38) женщин, от 40 до 44 лет — 17,6 % (32) женщин, от 45 до 59 лет — 37,3 % (68) женщин, от 60 до 74 лет — 20,9 % (38) женщин, от 75 до 90 лет — 3,3 % (6) женщин, при $p < 0,05$. Минимальный возраст при данном заболевании — 27 лет, а максимальный — 86 лет. Средний возраст пациенток составил 49,8 лет, при $p < 0,05$.

Исходя из исследования стадий рака шейки матки по FIGO зарегистрировано, что 0 стадия была установлена у 1,1 % (2) пациенток, I стадия — у 45,1 % (82) пациенток, при $p < 0,05$. Что касается II стадии, что она была зарегистрирована в 19,2 % (35) случаев рака шейки матки, при $p < 0,05$. Согласно установленному диагнозу III стадия была установлена в 28,6 % (52) случаев; IV стадия рака была выявлена у 6 % (11) пациенток, при $p < 0,05$.

Учитывая средний возраст женщин при регистрации определенной стадии рака шейки матки установлено, что при 0 стадии он составил 55 лет, при I ста-