

Выводы

Студенты 1 курса не осведомлены в проблеме данного заболевания. Для решения данного вопроса необходимо рассказывать о методах профилактики РШМ в школьные годы. Ввести обязательные профилактические осмотры.

Студенты 5 курса, не до конца осведомлены о РШМ.

Так как в настоящее время РШМ получил широкое распространение во всем мире, то необходимо ввести обязательное вакцинирование девочек до начала половой жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int / J. Ferlay [et al.] // J Cancer. 2010. Vol. 127(12). P. 2893–2917/
2. Association between cigarette smoking and prognosis in locally advanced cervical carcinoma treated with chemoradiation: A Gynecologic Oncology Group study / S. E. Waggoner [et al.] // Gynecol Oncol. In press. 2006.
3. ALTS Group. Smoking is a risk factor for cervical intraepithelial neoplasia grade 3 among oncogenic human papillomavirus DNA-positive women with equivocal or mildly abnormal cytology / K. McIntyre-Seltman [et al.] // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005. Vol. 14(5). P. 1165–1170.

УДК 616.37-006.6:615.28]-036.8

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дорошевич К. Н., Шостак М. Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Михайлов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак поджелудочной железы (РПЖ) — заболевание с крайне высоким потенциалом злокачественности. По данным American Cancer Society показатель заболеваемости РПЖ за 2014–2018 гг. составил 13,1 ‰, смертности — 11,1 ‰. Показатель 5-летней выживаемости составил 11 % [1]. Показатель 5-летней выживаемости после радикального лечения колеблется от 4,9 до 39,7 % [2, 3].

В Республике Беларусь за 2020 г. был зарегистрирован 1 191 случай заболевания РПЖ и 1169 случаев летального исхода (2,8 и 5,5 % соответственно в структуре заболеваемости и смертности от онкологической патологии за 2020 г. РПЖ занимает 10 место в структуре заболеваемости и 6 — в структуре смертности) [4].

Учитывая высокий удельный вес пациентов с неоперабельными формами РПЖ, важную роль в лечении данной патологии играет химиотерапия (ХТ).

Цель

Оценить переносимость и эффективность различных режимов ХТ в лечении РПЖ.

Материал и методы исследования

Материал исследования — 44 амбулаторные карты пациентов с РПЖ, проходивших лечение в период с декабря 2013 до декабря 2021 гг. на базе химиотерапевтического отделения № 1 учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер».

Медиана возраста пациентов составила 61,5 (54; 68) лет, количество мужчин и женщин — 24 (54,6 %) и 20 (45,4 %) пациентов, соответственно. Количество пациентов со II, III, IV стадиями РПЖ составило 5, 6 и 33 пациента соответственно. Гистологическая картина аденокарциномы наблюдалась у 40 пациентов (90,1 %), нейроэндокринного рака — у 4 (9,1 %) пациентов. 1 линия ХТ включала такие схемы: FOLFIRINOX (25 (56,8 %) пациентов), FOLFOX (4 (9,1 %) па-

циента), 5-фторурацил (5-ФУ) (5 (11,3 %) пациентов), гемцитабин (6 (13,7 %) пациентов), этопозид (4 (9,1 %) пациента). 11 (25 %) пациентов получали химиолучевую терапию (ХЛТ). Количество выживших пациентов составило 7 (15,9 %) человек.

Метод исследования — анализ и статистическая обработка данных с использованием методов непараметрической статистики (медиана, 25; 75 перцентили) с помощью пакета программ «Microsoft Excel 2019», «Statistica 13.5». Показатель выживаемости определяли методом Каплана–Майера — точкой отсчета являлась дата начала терапии, конечной точкой — дата прогрессирования и дата смерти (для выживаемости без прогрессирования и общей выживаемости соответственно). Статистическую значимость различий оценивали с помощью критерия χ^2 . Различия между анализируемыми группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 44 пациентов с РПЖ, проходивших ХТ, пятилетний рубеж пережили 2 пациента (выживаемость 1 год — $52,1 \pm 7,6$ %; 2 года — $17,6 \pm 6,2$ %; 3 года — $11,7 \pm 5,3$ %; 5 лет — $8,8 \pm 4,7$ %). Для всех пациентов медиана общей выживаемости составила 12 (7,5; 17) месяцев. Медиана выживаемости без прогрессирования составила 5 (2; 8) месяцев.

При анализе показателя выживаемости в зависимости от гистологического варианта опухоли статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,56$). Медиана общей выживаемости при аденокарциноме составила 12,5 (8; 17) месяцев, при нейроэндокринном раке — 6,5 (1,5; 50,5) месяцев ($p = 0,69$). Медиана безрецидивной выживаемости при аденокарциноме составила 5 (2; 8) месяцев, при нейроэндокринном раке — 4 (1; 13) месяцев ($p = 0,95$).

По критерию ответа опухоли на ХТ наблюдалась следующая картина: прогрессирование на фоне проводимого лечения было выявлено у 5 (11,3 %) пациентов, стабилизация — у 26 (59,1 %) пациентов, положительная динамика — у 13 (29,6 %) пациентов. При отсутствии ответа опухоли на ХТ все пациенты умерли в течение 8 месяцев, при стабилизации — в течение 20 месяцев. Среди пациентов, у которых была зафиксирована положительная динамика, 3 пациента пережили 3-летний рубеж ($28,8 \pm 13,8$ %), 2 пациента — 5-летний рубеж ($28,8 \pm 13,8$ %) (рисунок 1).

Один из лечебных методов при РПЖ является ХЛТ. Медиана общей выживаемости пациентов, получавших ХЛТ, составила 13 (9; 18) месяцев, медиана безрецидивной выживаемости — 7 (5; 13) месяцев. Медиана общей и безрецидивной выживаемости пациентов, не получавших ХЛТ, составила 12 (5; 17) месяцев и 4 (1; 7) месяцев соответственно. При анализе показателя выживаемости в зависимости от метода терапии РПЖ — ХЛТ или ХТ, статистически значимых различий выявлено не было ($p < 0,05$).

Наиболее значимым фактором, влияющим на показатель общей и безрецидивной выживаемости, на данный момент является ответ опухоли на 1 линию ХТ. Медиана общей выживаемости при прогрессировании опухолевого процесса составила 1 (1; 5) месяцев, при стабилизации — 10,5 (7; 13) месяцев, при положительной динамике — 21 (17; 37) месяцев. Медиана безрецидивной выживаемости при стабилизации опухолевого процесса составила 4,5 (2; 7) месяцев, при положительной динамике — 8 (5; 11) месяцев. 1-годовая выживаемость пациентов со стабилизацией опухолевого процесса составила $50,0 \pm 9,8$ %, с положительной динамикой — $92,3 \pm 7,4$ % (рисунки 1, 2).

Частота ответа опухоли на первую линию ХТ при разных комбинациях химиопрепаратов статистически значимо не различалось, что можно объяснить небольшим количеством клинических наблюдений ($\chi^2 = 3,32$; $p = 0,51$) (таблица 1).

Таблица 1 — Частота ответа опухоли на первую линию ХТ при разных комбинациях химиопрепаратов

| Схема ХТ | Количество пациентов с ХТ | Эффект ХТ | | | Показатели значимости, χ^2 ; p |
|------------|---------------------------|---------------------|--------------|------------------------|-------------------------------------|
| | | прогрессирование, % | стабилизация | положительная динамика | |
| FOLFIRINOX | 25 | 2 (8 %) | 17 (68 %) | 6 (24 %) | $\chi^2 = 3,32$; p = 0,51 |
| FOLFOX | 4 | 0 (0 %) | 1 (25 %) | 3 (75 %) | |
| 5-ФУ | 5 | 0 (0 %) | 4 (80 %) | 1 (20 %) | |
| Гемцитабин | 6 | 2 (33,3 %) | 2 (33,3 %) | 2 (33,3 %) | |
| Этопозид | 4 | 1 (25 %) | 2 (50 %) | 1 (25 %) | |

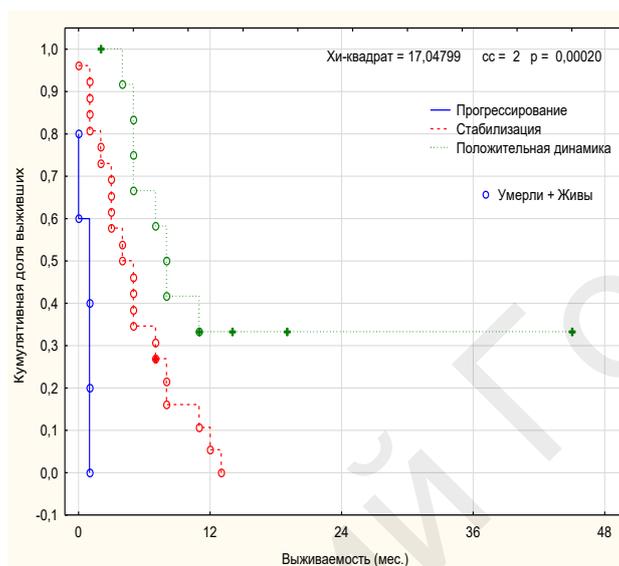


Рисунок 1 — Общая выживаемость в зависимости от эффективности 1-й линии ПХТ (метод Каплана — Майера) выживаемость в зависимости от эффективности 1-й линии ПХТ (метод Каплана — Майера)

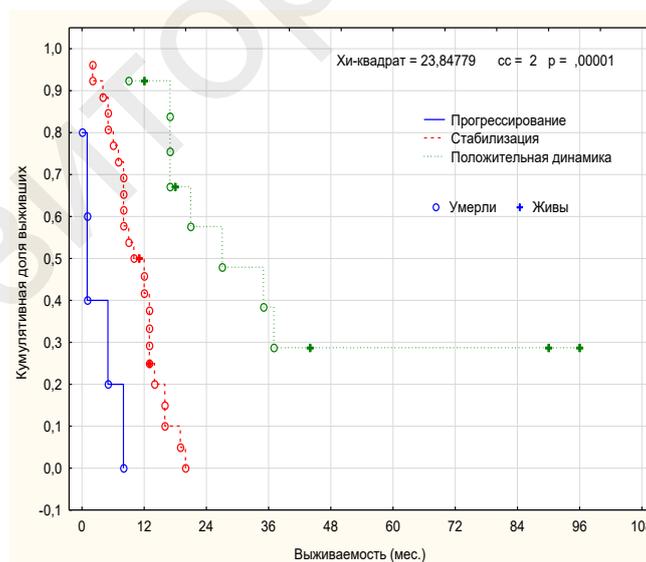


Рисунок 2 — Безрецидивная выживаемость в зависимости от эффективности 1-й линии ПХТ (метод Каплана — Майера)

Статистически значимого улучшения показателя выживаемости при использовании ХЛТ, по сравнению с ХТ, в исследуемой группе выявлено не было ($p < 0,05$).

Для всех пациентов медиана общей выживаемости составила 12 (7,5; 17) мес., для пациентов, получавших ХЛТ — 13 (9; 18) мес., для пациентов, в терапии ко-

торых ХЛТ не применялась, — 12 (5; 17) мес. Медиана выживаемости без прогрессирования для всех пациентов составила 5 (2; 8) мес., для пациентов, получавших ХЛТ — 7 (5; 13) мес., для пациентов, в лечении которых ХЛТ не применялась, — 4 (1; 7) мес.

По критерию ответа опухоли на ХТ наблюдалась следующая картина: прогрессирование на фоне проводимого лечения было выявлено у 5 (11,3 %) пациентов, стабилизация — у 26 (59,1 %) пациентов, положительная динамика — у 13 (29,6 %) пациентов. При отсутствии ответа опухоли на ХТ все пациенты умерли в течение 8 месяцев, при стабилизации — в течение 20 месяцев. Среди пациентов, у которых была зафиксирована положительная динамика, 3 пациента пережили 3-летний рубеж (28,8 % ± 13,8 %), 2 пациента — 5-летний рубеж (28,8 ± 13,8 %).

Медиана общей выживаемости при прогрессировании опухолевого процесса составила 1 (1; 5) месяцев, при стабилизации — 10,5 (7; 13) мес., при положительной динамике — 21 (17; 37) мес. Медиана без рецидивной выживаемости при стабилизации опухолевого процесса составила 4,5 (2; 7) мес., при положительной динамике — 8 (5; 11) мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Cancer Society [Electronic resource]. — Mode of access: <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/#!/cancer-site/Pancreas>. Date of access: 08.03.2022.

2. Одноэтапные операции при раке головки поджелудочной железы, осложненном механической желтухой / И. В. Михайлов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2019. № 61 (3). С. 33–38.

3. Japan Pancreatic Cancer Registry; 30th year anniversary: Japan Pancreas Society / S. Egawa [et al.] // Pancreas. 2012. Vol. 41, Iss. 7. P. 985–992.

3. Global Cancer Observatory [Electronic resource]. — Mode of access: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/112-belarus-fact-sheets>. Date of access: 08.03.2022.

УДК 616.211-089.844-035.7

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И СВЯЗИ С ПАРАМЕТРАМИ ДЕФЕКТА

Евдокимова А. В., Жижкевич А. Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Доля рака кожи (РК) составляет 16–20 % от всех злокачественных новообразований в популяции. Из всех карцином кожи до 20 % локализуется на носу. Нос имеет сложное анатомическое строение, что обуславливает технические трудности, с которыми сталкиваются хирурги во время проведения резекции тканей носа и их замещения [1].

Отношение смертности и заболеваемости при РК составляет не более 0,02. Это определяет высокие требования к качеству жизни пациентов после проведенного лечения. Косметические дефекты и стойкое нарушение функции носа неизбежно становятся сложной проблемой независимо от пола и возраста пациента [2].

Основными методами лечения РК на носу — хирургический и лучевой. Неудовлетворительный результат (НУР) реконструкций может быть связан с внешним видом и (или) функцией носа [3].

Ринопластика является актуальной проблемой вмешательств после удаления РК. Цель реконструкции — восстановление внешнего вида носа и обеспечение естественной функции. Для этого используют лоскуты из кожных покровов ли-