

У 9 (82%) лиц мужского и 74 (84%) женского пола в течение жизни были солнечные ожоги.

Изучение осведомленности студентов о профилактических мероприятиях выявило, что 9 (82%) респондентов мужского пола защищают свое тело одеждой и головными уборами, 11 (100%) не используют солнцезащитные крема, 10 (91%) не предпочитают получать загар от солнца; 8 (93%) респондентов женского пола также защищают свое тело одеждой и головными уборами, 69 (78%) используют солнцезащитные крема, а 13 (15%) не предпочитают получать загар от солнца.

На вопрос «Пользуетесь ли Вы солярием?» 2 (3%) респондента женского пола ответили да, у респондентов мужского пола (100%) ответ был отрицательным.

В результате исследования было выявлено, что у 15% респондентов наблюдается низкий риск развития рака кожи, средний риск – 73%, высокий – 10%, очень высокий – 2% (результат был получен исходя из набранной суммы баллов по шкале риска развития рака кожи).

Статистически значимых различий в распределении частот рисков развития рака кожи в группах респондентов, разделенных по фототипам, на основании тестирования – не обнаружено (используемый метод критерий χ^2 -Пирсона, $p=0,616$).

Выводы

Наиболее подверженный солнечному воздействию – первый тип чувствительности кожи, его имеют 9% респондентов мужского и 24% респондентов женского пола.

Солнечные ожоги в анамнезе имели 83 % респондентов.

80% респондентов используют меры защиты от УФ-воздействия.

Большинство респондентов могут быть отнесены к группе среднего риска развития рака кожи (73%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 02.03.2024.
2. Успехи и проблемы противораковой борьбы в Беларуси за 1990–2014 / А. Е. Океанов [и др.]. – М. : ГУ РНМБ, 2016. – 415 с.
3. Рак кожи: современное состояние проблемы / Е. А. Шляхтунов [и др.] // Вестник ВГМУ. – 2014. – № 3(13). – С. 20.
4. Бортновский, В. Н. Экологическая медицина / В. Н. Бортновский. – Минск: Новое знание, 2014. – 186 с.

УДК 616.441-006.6-08:614.876]-06

Е. А. Мальцева, А. И. Кубашина

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «ДОЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ» И «ПОСЛЕЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ» ПОПУЛЯЦИИ

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) по заболеваемости за прошедшие 10 лет (2010–2019 гг.) занимает 14 ранговое место. Общий прирост числа новых случаев заболеваний РЩЖ составил 21,1% [1].

К факторам, способствующим возникновению РЩЖ, относят: ионизирующее излучение; прием анти тиреоидных препаратов, йодную недостаточность, гормональные нарушения; генетические факторы [2].

В результате аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) большая часть Беларуси подверглась воздействию радиоактивного облучения. Особую опасность представляет поступление в организм радиоактивного йода вследствие его избирательного накопления в щитовидной железе. Эпидемиологические исследования последствий аварии на ЧАЭС с 1990 г. выявили достоверное повышение заболеваемости РЩЖ, которая достигла пика в 1995 г. По данным Республиканского центра патологии щитовидной железы, 1467 больных РЩЖ на момент аварии были моложе 18 лет, а 770 (53%) из них подверглись облучению в возрасте от 0 до 5 лет. В настоящее время заболеваемость РЩЖ постепенно снижается, но продолжается рост заболеваемости пациентов молодого возраста, которые получили максимум облучения в раннем детском возрасте [3].

Цель

Сравнить демографические и клинические параметры у заболевших РЩЖ в «дочернобыльской» и «после чернобыльской» популяции.

Материал и методы исследования

В исследовании были проанализированы данные 956 пациентов в возрасте 12–89 лет с установленным диагнозом РЩЖ в период с 2014 по 2018 год, проживающих в Гомельской области.

Медианный возраст пациентов составил 48 [36; 58] лет, из них 729 (76,3%) были женщины, 227 (23,7%) – мужчины.

Пациенты были разделены на 2 группы по дате рождения: до 1986 (группа 1) и после 1987 года включительно (группа 2).

Исследовалось половое распределение, возрастное распределение, распределение по месту жительства, распределение по гистологическим вариантам, по стадиям TNM в отдельности и по объему выполненной операции.

Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного обеспечения Statistica 10, Excel 13 с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Группа 1 состоит из 856 человек, из них 659 (77,0%) женщин и 197 (23,0%) мужчин. Группа 2 состоит из 100 человек, из них 70 (70,0%) женщин и 30 (30,0%) мужчин. По критерию Фишера p -value = 0,136 – различия статистически не значимы.

Распределение групп по возрасту представлено на рисунке 1.

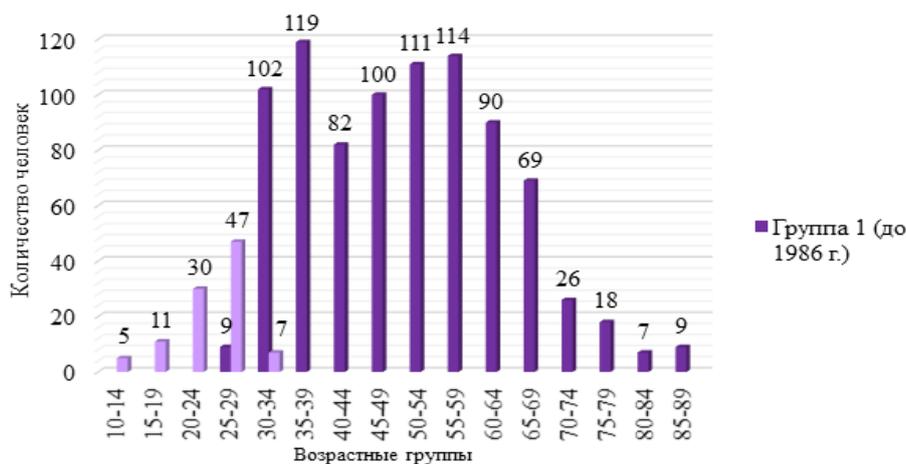


Рисунок 1 – Распределение анализируемых групп по возрасту

Медианный возраст в группе 1 составил 50 [39;60] лет, в группе 2–25 [22;27]. Различия по критерию Манна – Уитни p -value = 0,0004 статистически значимы.

Можно это объяснять тем, что «дочернобыльское» население находится в более старших возрастных группах, чем «после чернобыльское».

В 1 группе 663 (77,5%) человека на момент установки диагноза проживали в городе, 193 (22,5%) – в сельской местности. В 2 группе 82 (82,0%) человека на момент установки диагноза проживали в городе, 18 (18,0%) – в сельской местности. По критерию Фишера $p\text{-value} = 0,372$ различия статистически не значимы.

Различия в частоте встречаемости папиллярного рака и других вариантов рака представлены на рисунке 2.

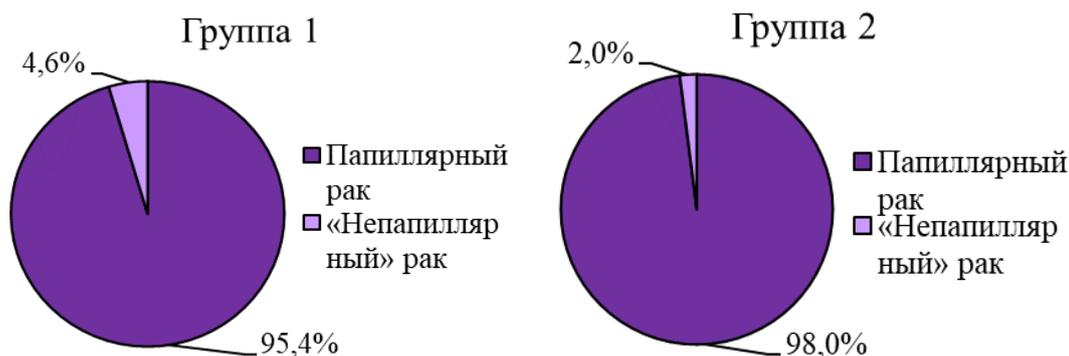


Рисунок 2 – Частота встречаемости папиллярного и других вариантов рака в анализируемых группах

Различия в частоте встречаемости папиллярного и других вариантов рака по критерию Фишера $p\text{-value} = 0,304$ статистически не значимы.

Распределение РЦЖ по стадиям представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение РЦЖ по стадиям

Стадия		Группа 1 n=852	Группа 2 n=100	p-value
Т	T1	546 (64,1%)	66 (66,0%)	0,742
	Tост	306 (35,9%)	34 (34,0%)	
N	N0	553 (64,9%)	41 (41,0%)	0,00001*
	N1	299 (35,1%)	59 (59,0%)	
M	M0	836 (98,1%)	100 (100,0%)	0,398
	M1	16 (1,9%)	0 (0%)	

* – различия достоверны ($p \leq 0,05$)

Частота стадий Т (T_1 vs $T_{ост}$) и М (M_0 vs M_1) в группах 1 и 2 по критерию Фишера статистически не значима.

Распределение стадий N (N_0 vs N_1) в группах 1 и 2 по критерию Фишера статистически значимо. В «после чернобыльской» популяции по сравнению с «дочернобыльской» возрастает частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы. Предположительно, это может быть связано с воздействием радиоактивного облучения.

Возможно, нужно исследовать эффективность лечения для сравнения биологических свойств опухоли в группах.

В группе 1 среди проведенного оперативного лечения тотальные тиреоидэктомии составили 409 (83,0%) и гемитиреоидэктомии – 84 (17,0%), в группе 2 – тотальные тиреоидэктомии 59 (84,3%) и гемитиреоидэктомии – 11 (15,7%). По критерию Фишера $p\text{-value} = 0,866$ различия статистически не значимы.

При выполнении оперативного лечения в группе 1 проведенные центральные лимфодиссекции составили 373 (55,9%), другие лимфодиссекции – 294 (44,1%). Во 2 группе центральных лимфодиссекций было 25 (27,2%), других лимфодиссекций – 67 (72,8%). Различия по критерию Фишера $p\text{-value} = 0,00001$ статистически значимы. Можно отметить тенденцию к использованию более радикальных вмешательств на лимфоаппарате у пациентов с РЩЖ в «после чернойбыльской» популяции, что объясняется возросшей частотой метастазирования в регионарные лимфатические узлы в этой группе.

Выводы

Статистически значимых различий между полом и местом проживания у пациентов установлены не были. Возраст пациентов в РЩЖ в «дочернойбыльской» статистически значимо выше, чем в «послечернойбыльской».

Не отмечено статистически значимых различий в распределении стадий Т и М. Наблюдается статистически более частое выявление N₁ стадии в группе 2, чем объясняется возрастание радикальности вмешательств на регионарном лимфоаппарате в «после чернойбыльской» популяции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцеррегистра за 2010–2019 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. С. Л. Полякова. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2020. – С. 17–18.
2. Elteley, A. M. Neck Dissection in the Surgical Treatment of Thyroid Cancer / A. M. Elteley, D. J. Terris // Endocrinol Metab Clin North Am. – 2019. – Vol. 48(1). – P. 143–151.
3. Worldwide Increasing Incidence of Thyroid Cancer: Up- date on Epidemiology and Risk Factors / G. Pellegriti [et al.] // Journal of Cancer Epidemiology.– 2013. – Vol. 2013. – ID 965212. – 10 p.

УДК 616.37-006.6-089:616.36-089.48

Д. В. Мироненко, А. С. Смолякова

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО БИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ

Введение

В периапулярной зоне сосредоточено около 5–9% всех злокачественных образований, при этом заболеваемость и летальность продолжают увеличиваться, а уровень смертности занимает 8-е место в мире. Механическая желтуха является одним из первых клинических проявлений новообразований данной локализации. При резектабельных опухолях периапулярной зоны, которые имеют осложнение в виде механической желтухи, единственным способом лечения является применение резекционных методов. Для решения проблемы, связанной с наличием подпеченочной желтухи, существует один из способов – это предоперационное дренирование желчных путей [1]. В то же время существуют разногласия на целесообразность его выполнения. В качестве основного показателя к проведению предоперационного билиарного дренирования было превышение общего билирубина в пределах 250 мкмоль/л. Одновременно существуют разногласия по поводу того, насколько это необходимо и имеет ли смысл его выполнять. Предварительно проведенное дренирование желчевыводящих путей (ЖВП) способствует улучшению