

принципов современного общественного здравоохранения важным является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности.

Организация медицинского обслуживания сельского населения имеет специфику форм и методов. Главной и отличительной особенностью системы организации медицинского обслуживания ее этапность, при которой лечебно-профилактическая помощь жителям села оказывается целым комплексом медицинских учреждений (от ФАПов до областной больницы). Сущность принципа этапности заключается в том, что на каждом из последующих этапов оказывается медицинская помощь, которая не могла быть обеспечена на предыдущем этапе. Наличие квалифицированных стоматологов на местах помогает снизить заболеваемость болезнями полости рта, оказывая своевременную помощь населению региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доеман, И. П. Организация и информатизация здравоохранения в деревне / И. П. Доеман, П. В. Леоненко // Современная стоматология. — 2011. — № 3. — С. 38–47.

УДК 616.33-006.6-036.22(476) «2014-2016»

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2014–2016 ГГ.

Жур А. С.

Научные руководители: ассистент *А. С. Терешковец*, к.м.н., доцент *Л. А. Мартемьянова*

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

Введение

Ежегодно в мире выявляется около 990 тыс. новых случаев рака желудка (РЖ), и данное злокачественное новообразование является второй по частоте причиной онкологической смертности, а также находится на четвертом месте в мире по распространенности после рака легкого, рака молочной железы и колоректального рака. Наиболее высокие показатели заболеваемости РЖ наблюдаются в странах Восточной Азии (35 на 100 тыс. населения), Восточной Европы (21 на 100 тыс.), Южной Америки (15 на 100 тыс.), в то время как наименьший уровень заболеваемости отмечен в Северной Америке (6 на 100 тыс.) и странах Африки (3–4 на 100 тыс. населения) [1]. Смертность от РЖ в мире в течение последних десятилетий устойчиво снижается, что в первую очередь связано с ранней диагностикой данного заболевания и совершенствованием комбинированных методов лечения [2].

Цель

Эпидемиологическая оценка структуры РЖ и анализ основных методов подтверждения диагноза и морфологических форм РЖ.

Материал и методы исследования

За период 2014–2016 гг. было обследовано 1000 заключений из историй болезни пациентов, включенных в канцер-регистр ГОКОД. Была проведена оценка структуры заболевания, а так же анализ методов подтверждения диагноза и патоморфологических форм РЖ. Построение таблиц и графиков осуществлялось в «Microsoft Power Point».

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех исследованных пациентов был проведен анализ структуры по полу и возрасту. В таблице 1 и на рисунке 1а, б, в представлены результаты анализа.

Таблица 1 — Структура РЖ по полу, n — количество исследованных заключений

Год	Мужчины (%)	Женщины (%)
2014 (n = 302)	58,28	41,72
2015 (n = 287)	56,80	43,20
2016 (n = 411)	55,72	44,28

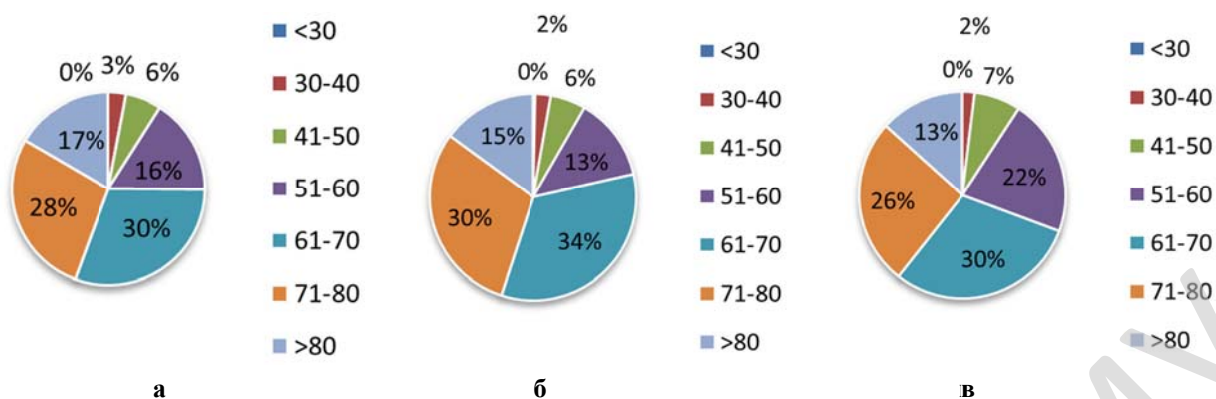


Рисунок 1 — Структуры РЖ по возрасту: а — 2014 г.; б — 2015 г.; в — 2016 г.

По результатам анализа видно, что за период 2014–2016 гг. рак желудка наиболее распространен среди мужского населения в возрасте 61–70 лет. Далее была проведена оценка методик подтверждения диагноза. Гистологическая методика составила 86,09 %; 87,46 и 88,81 % за 2014–2016 гг. соответственно. Цитологический метод 13,24 % (2014 г.); 11,85 % (2015 г.) и 9,73 % (2016 г.). Эндоскопия — 0,66 % (2014 г.); 0,35 % (2015 г.) и 0,73 % (2016 г.) и рентген — 0 % за 2014 г.; 0,35 % за 2015 г. и 0,73 % за 2016 г. Представленные результаты показывают, что гистологический метод — наиболее часто используемым для верификации опухоли и проводился более чем в 80 % случаях.

Кроме того, был проведен анализ наиболее распространенных областей поражения и морфологических форм РЖ. Тело желудка поражалось в 32,12; 31,01 и 32,85 % за 2014–2016 гг. соответственно. Поражение, выходящее за пределы одной локализации встречалось в 22,18; 28,22 и 27,74 % в 2014–2016 гг. соответственно. В меньшей степени опухоль обнаруживалась в преддверии привратника — 19,87 % в 2014 г., 20,21 % в 2015 г. и 18 % в 2016 г. Среди гистологических форм чаще всего встречались тубулярная аденокарцинома: 30,46 % в 2014 г., 31,23 % в 2015 г. и 29,88 % в 2016 г. и аденокарцинома БДУ — 31,46 %; 30,88 и 28,39 % за 2014–2016 гг. соответственно. Так же среди относительно часто встречающихся форм были скirrosная аденокарцинома: 10,26 % за 2014 г.; 20,17 % за 2015 г. и 9,38 % за 2016 г. и перстневидно-клеточная карцинома: 7,28; 8,77 и 12,1 % в 2014–2016 гг. соответственно. Однако следует помнить, что часть материала не учитывалась при расчете т. к. диагноз подтверждался другими методами (эндоскопия и рентген). Из данного материала можно сделать вывод, что чаще всего поражается тело желудка, а наиболее распространенными гистологическими формами являются тубулярная аденокарцинома и аденокарцинома БДУ, при которой точная гистологическая форма не установлена, а значит, в нее может быть включена любая из имеющихся форм. Причинами тому являются технические сложности взятия и обработки материала, а значит возможными ошибками фиксации и формирования срезов, а следовательно и при микроскопии материала определение гистологической формы невозможно или представляет большие сложности. Этот код МКБ (БДУ) приводит к значительной потере статистических данных. Кроме гистологических форм мы оценили и степени дифференцировки. Низкая степень дифференцировки оказалась наиболее распространенной и составила: 40,07; 38,95 и 46,42 % за 2014–2016 гг. соответственно. В меньшей степени встречалась средняя степень и составила 17,55 % за 2014 г., 19,65 % за 2015 г. и 15,8 % за 2016 г. Высокая степень встречалась в 2014 г. — 3,97 %, в 2015 г. — 5,61 % и 2016 г. — 5,43 %. Недифференцированные формы составили 0,99; 1,05 и 0,49 % в 2014–2016 гг. соответственно. Необходимо отметить, что за 2014, 2015 и 2016 гг. без указания степени дифференцировки осталось 37,42; 34,74 и 31,85 % материала соответственно.

Проводилась оценка стадии РЖ за период 2014–2016 гг., которые встречались чаще всего. I ст. — 11,26 % в 2014 г., 14,29 % в 2015 г. и 12,89 % в 2016 г., II ст. — 22,52; 17,07 и 16,79 % в 2014–2016 гг., III ст. — 17,55 %; 19,16 и 16,3 %, IV ст. — 42,6; 44,59 и 45,01 % в 2014–2016 гг., соответственно. Часть материала в 2015 г. (0,71 %) и 2016 (1,96 %) осталась

без указания стадии Из результатов анализа, видно что, наиболее часто заболевание выявляется уже на поздних стадиях, при которых имеет место метастазирование опухоли. За исследуемый период, IV стадия РЖ составила от 42,6 до 45,01 % от всех стадий заболевания, что может быть связано с множеством факторов, включая особенности скрининга, возможности диагностики и своевременной обращаемостью пациентов. Кроме того, некоторые морфологические формы могут не вызывать развития яркой клинической картины, а это ведет, в свою очередь, к поздней обращаемости, а значит и позднему выявлению РЖ.

Выводы

На основании проведенного исследования можно сделать выводы, что в Гомельской области за период 2014–2016 гг. структура РЖ по возрасту и полу соответствует данным в мире, т. е. наиболее часто встречается среди мужчин в возрасте 61–70 лет. Данные анализа морфологических форм показали, что тубулярная и скirrosная аденокарциномы — самые распространенные формы РЖ, которые поражают преимущественно тело желудка и в меньшей степени остальные отделы. Низкая степень дифференцировки оказалась самой распространенной среди всех, что указывает на достаточно агрессивный тип течения заболевания, а 4 стадия заболевания, которая оказалась наиболее часто выявляемой, указывает на неблагоприятный прогноз у данных пациентов (5-летняя выживаемость составляет не более 15 %). Кроме того, необходимо учесть, что при определении степени дифференцировки и стадии РЖ часть материала шла без указания степени и стадии, что приводит к потере статистических данных и не полному представлению о данном заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиологические аспекты развития рака желудка / О. Г. Суконко [и др.] // Руководство по онкологии. — 2016. — Т. 2, Ч 2. — С. 94–95.
2. Суконко, О. Г. Рак желудка (С16) / О. Г. Суконко, С. А. Красный // Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. — 2012. — № 2. — С. 88–89.

УДК 616.33-006.6

РАК ЖЕЛУДКА: ФАКТОРЫ РИСКА (ДАННЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫХ ОБЗОРОВ И МЕТА- АНАЛИЗОВ)

Жур А. С.

Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец, к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак желудка (РЖ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости (5-е место после рака легкого, молочной железы, толстой кишки, предстательной железы) и смертности (2-е место после рака легкого) в мире. По данным ВОЗ в 2012 г. Зарегистрировано 952 000 (6,8 %) новых случаев и 723 000 (8,8 %) смертельных исходов вследствие этого заболевания. Республика Беларусь входит в группу стран с наиболее высокой заболеваемостью. Прогнозные данные национального канцер-регистра свидетельствуют о сохранении тенденции к медленному снижению заболеваемости, сложившиеся в предыдущие годы. Общее число ежегодно выявляемых случаев РЖ за этот период уменьшилось с 4125 в 1970 г. до 2785 в 2014 г. причем за счет снижения числа заболевших женщин [4].

Цель

Анализ факторов риска развития заболевания, оценка критериев включения пациентов в группу высокого риска по развитию РЖ.

Материал и методы исследования

Анализ зарубежной литературы, включая показатели мета-анализов, освещающих данные вопросы, а так же отечественной литературы последних 2 лет.