



а

б

Рисунок 1 — Инкорпорация пропидия йодида культурой клеток селезенки крысы при использовании гемцитабина в концентрациях 30 мг (а) и 70 мг б) на 10 млн клеток. Показана сходная интенсивность инкорпорации витального красителя пропидия йодида.

Выводы

Оценка иммунотоксического эффекта гемцитабина для культур клеток селезенки крысы выявила крайне высокую токсичность гемцитабина, проявляющуюся в виде гибели подавляющего большинства клеток (более 80 %) при использовании концентрации атипичного нуклеозида свыше 30 мг/10 млн клеток. Данное свойство позволяет использовать атипичный нуклеозид гемцитабин в качестве референсного при токсикологических исследованиях *in vitro* при оценке иммунотоксичности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гильдеева, Г. Н. Сравнительное изучение цитостатического эффекта препаратов гемцитабина / Г. Н. Гильдеева, А. В. Семейкин // Химико-фармацевтический журнал. — 2009. — № 2. — С. 11–14.
2. Role of NF- κ B and Akt/PI3K in the resistance of pancreatic carcinoma cell lines against gemcitabine-induced cell death / A. Arlt [et al.] // Oncogene. — 2003. — № 22. — С. 3243–3251.
3. Inhibition of cell proliferation, cytotoxicity and induction of apoptosis of 1,4-bis (1-naphthyl)-2,3-dinitro-1,3-butadiene in gastrointestinal tumour cell lines and preliminary evaluation of its toxicity *in vivo* / C. Dell'Erbaa [et al.] // Pharmacological Research. — 2005. — № 52. — С. 271–282.

УДК 616.65-006.04-08(476.2-25)«2013–2017»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В 2013–2017 ГГ.

Костина Ю. М., Михальченко В. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологических заболеваний ряда стран, тем самым привлекая пристальное внимание клиницистов мира. За последние годы в РБ наблюдается значительный рост числа ежегодно регистрируемых случаев РПЖ [1]. Следовательно, РПЖ является одной из важных проблем онкоурологии. Получили широкое применение при обследовании пациентов с подозрени-

ем на РПЖ современные диагностические клиничко-лабораторные и клиничко-инструментальные методы исследований. В последние годы тактика лечения РПЖ претерпела значительные усовершенствования [2]. В настоящее время способами радикального лечения локализованного РПЖ является радикальная простатэктомия (РПЭ), дистанционная лучевая терапия, брахитерапия. В связи с многообразием методов лечения является актуальной проблемой выбора конкретной технологии лечения, оценки ее эффективности.

Цель

Проанализировать группу пациентов с РПЖ, находившихся на обследовании и лечении в ГОКОД за 2013–2017 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 826 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ГОКОД за 2013–2017 гг. с диагнозом РПЖ. Все пациенты были разделены согласно типу лечения на 4 группы. Для статистической обработки все данные о больных и результатах их лечения формализованы с помощью разработанного кодификатора и внесены в базу данных, созданную на основе электронных таблиц «Excel». Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью непараметрических методов при помощи программы «Statistica» 8.0. Выборочные характеристики представлены в виде средней \pm ошибка средней. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были обработаны данные 826 пациентов с диагнозом РПЖ с установленной 1–2 стадией. Из них 669 (81 %) пациентов городского населения, 157 (19 %) пациентов — сельского. Умершие от интеркуррентных заболеваний ($n = 52$) приравниваются к выжившим из-под наблюдения.

Диагноз у всех пациентов гистологически верифицирован. Встречались: светлоклеточная аденокарцинома — у 343 (44 %) пациентов, ацинарно-клеточная карцинома — у 244 (32 %) пациентов, аденокарцинома — 152 (20 %) пациентов, малодифференцированная форма — у 24 (4 %) пациентов.

Был произведен анализ результатов лечения пациентов и разделение их на 4 группы по данному признаку. Распределение больных в группах в зависимости от стадии и возраста было сопоставимым. В 1-ю группу входили пациенты, получившие только хирургическое лечение ($n = 414$) — орхэктомия, радикальная простатэктомия либо комбинация двух операций; во 2-ю группу вошли пациенты, которым была проведена дистанционная лучевая терапия ($n = 59$); в 3-ю группу ($n = 19$) вошли пациенты, которым была проведена брахитерапия; в 4-ю группу ($n = 120$) вошли пациенты, получившие комплексное лечение: хирургическое + лучевая терапия.

Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $67,4 \pm 3$ года, во 2-й группе — $70,2 \pm 2,9$ лет, в 3-й группе — $62,2 \pm 3,2$ года, в 4-й группе — $68,7 \pm 2,1$ лет.

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 1-й группы составила: $97,18 \pm 3,27$; $95,5 \pm 3,5$; $84,3 \pm 4,7$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2-, 5-летняя выживаемость составила $98,1 \pm 3,2$; $97,2 \pm 3,27$; $90,7 \pm 3,2$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 2-й группы составила: $95,4 \pm 2,9$; $92 \pm 4,1$; $79,08 \pm 3,3$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2-, 5-летняя выживаемость составила $95,8 \pm 2,7$; $93,01 \pm 4,2$; $80,31 \pm 3,1$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1- и 2-летняя выживаемость для 3-й группы составила: $97,28 \pm 1,7$ и $96,98 \pm 2,3$ % соответственно. Скорректированная 1- и 2-летняя выживаемость составила $98,01 \pm 1,9$ и $97,1 \pm 2,5$ % соответственно ($p < 0,05$).

Общая 1-, 2- и 5-летняя выживаемость для 4-й группы составила: $96,34 \pm 2,1$; $95,3 \pm 1,9$; $94,2 \pm 2,2$ % соответственно. Скорректированная 1-, 2- 5-летняя выживаемость составила: $96,9 \pm 2,2$; $96 \pm 2,1$; $95,1 \pm 3$ % соответственно ($p < 0,05$).

Выводы

1) в ГОКОД с 2013 по 2017 гг. находилось на обследовании и лечении 826 пациентов с РПЖ 1–2 стадией;

- 2) по нашим данным, РПЖ чаще встречался среди городского населения (81 % случаев);
- 3) диагноз у всех пациентов гистологически верифицирован. Преобладает светлоклеточная аденокарцинома — у 343 (44 %) пациентов;
- 4) по типу лечения все пациенты были разделены на 4 группы. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $67,4 \pm 3$ года, во 2-й группе — $70,2 \pm 2,9$ лет, в 3-й группе — $62,2 \pm 3,2$ года, в 4-й группе — $68,7 \pm 2,1$ лет.
- 5) по нашим данным доказана эффективность применения хирургического метода лечения, дистанционной лучевой терапии, брахитерапии и комплексное лечение РПЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ № 60 от 6 июля 2018 об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». — Минск, 2018. — 549 с.
2. Зырянов, А. В. Брахитерапия в лечении больных локализованным раком предстательной железы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / А. В. Зырянов, А. А. Баженов, А. В. Машковцев // Уральский медицинский журнал. — 2009. — № 11 (65). — С. 3536.

УДК 616.36-006:615.849.1(476.2)

ОПЫТ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Кудрова А. А., Татару О. О.

Научный руководитель: ассистент *Т. Н. Нестерович*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В связи с ростом уровня заболеваемости и смертности от опухолевых поражений печени, их лечение остается актуальной и сложной задачей в онкологии. Чаще встречается метастатическое поражение печени, чем первичное [1]. Наиболее характерно метастазирование в печень при колоректальном раке, раке желудка, молочной железы, легкого и поджелудочной железы. Хирургическое лечение остается основным для пациентов со злокачественными новообразованиями печени. Альтернативой хирургическому удалению могут быть методы локального воздействия на опухолевый очаг, к которым относится радиочастотная абляция (РЧА). Данный метод позволяет производить термическое разрушение опухоли под воздействием высокочастотного радиоизлучения. Создаваемые генератором колебания ионов приводят к постепенному нагреву и разрушению ткани опухолевого очага и прилегающей паренхимы печени. Нагрев ткани в ходе РЧА снижает резистентность опухоли к химиопрепаратам [2]. В настоящее время применяются три способа РЧА: чрескожно, лапароскопически и из лапаротомного доступа под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) или компьютерной томографии (КТ). РЧА является относительно безопасным методом. Общая частота осложнений не превышает 7–10 %, а летальность составляет от 0 до 2 % [3].

Цель

Оценить непосредственные результаты РЧА метастатического поражения печени.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в онкологическом абдоминальном отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2014 по 2017 гг. Всем пациентам была выполнена РЧА метастатического очага печени.