

стал выходить журнал «Паллиативная медицина и реабилитация», что можно считать событием, равнозначным открытию в 1990 г. первого хосписа в СССР. Во второй половине 90-х гг. периодически проводились научные форумы, на которых обобщался опыт специалистов, работающих в области паллиативной медицины [3]. Паллиативная помощь базируется на следующих постулатах: автономия и достоинство пациента; постоянное взаимодействие с пациентом и его ближайшими родственниками; непрерывность оказания помощи; доброжелательное общение; оказание помощи врачам различных специальностей; поддержка членов семьи больного.

В Европе существует Белая книга Европейской ассоциации паллиативной помощи, регламентирующая два основных компонента, из которых складывается паллиатив — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Принципы паллиативной помощи соответствуют принципам качественного профессионального медицинского обслуживания: психологическая помощь, социальная помощь, купирование боли, медицинская помощь.

Существуют многообразные формы оказания паллиативной помощи пациентам. Стационарными учреждениями являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные в структуре больниц любого уровня, онкологических диспансеров и т. д. Качественная паллиативная помощь должна быть направлена на уменьшение всех компонентов страдания пациента. Для удовлетворения потребностей больного в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо участие в этой работе профессионалов различных специальностей, как медицинских, так и немедицинских [1].

#### **Выводы**

Исходя из вышеизложенного, можно отметить, что целью профессиональной деятельности медицинских работников в паллиативной медицине является такой результат деятельности, когда смерть пациента может быть определена, как «достойная». В массовом моральном сознании считается благом такая форма смерти, когда она «легкая», «случайная». Оценивая отношение общества к эвтаназии, столкнувшись с ней в паллиативной медицине, немногие готовы сделать однозначный выбор. Некоторые люди считают эвтаназию преступлением, другие — милосердием, но к консенсусу прийти в настоящее время невозможно. Паллиативная медицина объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы о пациенте, чтобы он смог, в конечном счете, принять факт будущего ухода и примириться с ним.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Введенская, Е. С. Комплексный подход при выборе оптимальной организационной формы паллиативной помощи в конце жизни / Е. С. Введенская, Л. Е. Варенова // В сб.: Современные проблемы социально-демографического развития. — М., 2012. — С. 67–84.
2. Современный взгляд на развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации / Г. А. Новиков [и др.]; под ред. В. И. Чиссова. — М.: Ин-т «Открытое Общество», 2004. — 652 с.
3. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи / Н. В. Эккерт [и др.]; под ред. О. П. Модникова. — М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2008. — 156 с.

**УДК 616.5-006.81-036.2(476.2)«2014/2016»**

### **МЕЛАНОМА КОЖИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЗАБОЛЕВШИХ В 2014–2016 ГГ.**

**Борисовец М. В., Кулинич В. А., Принеслик А. В.**

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

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

#### **Введение**

Меланома кожи (МК) — злокачественная опухоль, возникающая из меланоцитов. Заболевание является второй по частоте злокачественной опухолью кожи. Показатель

заболеваемости в Беларуси (Standard World) составил 9,2 случая на 100 тыс. населения в 2016 г., отмечается постепенное увеличение заболеваемости. Заболеваемость среди женского населения выше в 1,5 раза. Около 80–85 % МК в Беларуси выявляют в I–II стадии, годовичная летальность составляет около 8 %. Среди МК выделяют клинко-морфологические подтипы: поверхностно-распространяющая (ПРМ); узловая (УМ); злокачественная лентиго-меланома (ЛМ); акральная меланома (АМ). Заболевание характеризуется непредсказуемым, часто — агрессивным клиническим течением, генерализация наблюдается у 5–15 % пациентов с I–II стадией. Около половины случаев развития меланомы приходится на лиц трудоспособного возраста (ЛТВ). Это определяет актуальность изучения статистических данных о МК в пределах региона.

#### **Цель**

Проанализировать демографические данные заболевших и клинические характеристики МК в Гомельской области в 2014–2016 гг.

#### **Материал и методы исследования**

Проанализированы учетные данные 432 жителей Гомельской области, у которых была выявлена МК в 2014–2016 гг. Источники информации: данные обязательного учета новых случаев злокачественных новообразований в Беларуси. В исследуемую группу включены 180 мужчин, 252 женщины, средний возраст заболевших составил 60 лет, минимальный — 24 года, максимальный — 90 лет. Во всех наблюдениях диагноз был подтвержден гистологически. Исследовали: распределение пациентов по стадиям и клинко-морфологическому подтипу опухоли, распределение по возрастным группам, долю лиц трудоспособного возраста отдельно для мужчин и женщин, смертность от опухоли в течение года после установления диагноза. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ «Statistica» 8.0. Сравнение данных выполнено с помощью критерия t Стьюдента — для параметрических показателей, с помощью критерия  $\chi^2$  Фишера — для непараметрических показателей. Уровень значимости различия  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Распределение заболевания по стадиям в исследованном коллективе имело следующий вид: I стадия — 153 (35,4 %) пациентов, II стадия — 209 (48,4 %), III стадия — 36 (8,3 %), IV стадия — 31 (7,2 %), неуточненная — 3 (0,7 %). Полученные данные в целом соответствуют таковым в Республике Беларусь в целом. При этом регионарные метастазы к моменту установления диагноза обнаружены в 69 (16 %) наблюдениях, отдаленные метастазы — в 36 (8,3 %) наблюдениях. Метастатическая форма МК (N+ и (или) M+) отмечена всего в 105 (24,3 %) случаях, случаев с первичной опухолью стадии T<sub>0-2</sub> не выявлено. У пациентов были выявлены следующие клинко-морфологические подтипы МК: ПРМ — 171 (39,5 %), УМ — 144 (33,3 %), ЛМ — 57 (13,2 %), АМ — 42 (9 %), неуточненные — 18 (4,2 %).

Большинство пациентов мужского пола в нашем материале находилось в возрастных группах 50–69 лет (87 из 180, 48,3 %), пациентов женского пола — 60–79 лет (114 из 252, 45,24 %). Средний возраст для всей исследуемой группы составил 61,2 ± 15,4 лет. Средний возраст заболевших мужского пола составил 57,9 ± 15,3 лет, женского пола — 63,7 ± 15,6 лет. Возраст заболевших мужчин был меньше, чем возраст заболевших женщин, хотя различие по этому показателю не является статистически значимым ( $p = 0,777$ ). На этот показатель может влиять не только биологическая особенность МК, но и демографическая обстановка в области. Число ЛТВ в исследуемой группе — 183 (42,4 %), в том числе женщины — 87 из 252 (34,5 %), мужчины — 96 из 180 (53,3 %). Высокая доля ЛТВ среди пациентов с МК свидетельствует о большой медицинской и социальной значимости заболевания.

Доля МК III–IV стадии среди мужчин составила 45 случаев из 180 (25 %), среди женщин — 33 из 252 (13 %) ( $p = 0,002$ ). Это может быть связано как с более агрессивным поведением МК у лиц мужского пола, так и с большей ответственностью женщин в отношении своего здоровья. Среди 183 ЛТВ выявлено 27 случаев заболевания в III–IV стадии (14,8 %), среди 249 ЛНВ — 51 (20,5 %) случай. Количество случаев заболевания в III–IV стадии среди ЛНВ несколько выше в сравнении с ЛТВ, но различие по этому показателю не является статистически значимым ( $p = 0,318$ ).

Число случаев смерти от МК в течение 1 года после установления диагноза во всей исследуемой группе составило 39 (9 %), в том числе среди ЛТВ — 18 из 183 (10 %), среди ЛНВ — 21 из 249 (8,4 %). Одногодичная летальность среди ЛТВ не имеет статистически значимого различия по сравнению с ЛНВ ( $p = 0,739$ ).

Прогрессирование заболевания в течение трехлетнего периода после лечения отмечено у 120 (27,8 %) пациентов из всего коллектива. Клиническим проявлением прогрессирования было развитие регионарных метастазов (69 наблюдений), отдаленных метастазов (36 наблюдений), регионарных и отдаленных метастазов одновременно (15 пациентов). Генерализация МК после лечения отмечена у 18 пациентов с I–II стадией (5,2 %), и у 21 пациента с III–IV стадией (31,8 %). Более высокая частота прогрессирования при заболеваниях поздней стадии закономерно выше, чем при МК ранних стадий, различие является статистически значимым ( $p < 0,001$ ). Однако случаи оккультного метастазирования МК I–II стадии свидетельствуют о непредсказуемости и агрессивном течении этого заболевания.

#### **Выводы**

Ежегодное число новых случаев МК в Гомельской области в 2014–2016 гг. составило в среднем 144 случая. Отношение числа заболевших мужчин к числу женщин — 1:1,4. Опухоль выявлена в I–II стадии у 80,5 % пациентов. ЛТВ среди исследуемого коллектива составили 42,4 %. Доля МК III–IV стадии у ЛТВ (укажите %) и случаи генерализации заболевания на протяжении 3 лет у пациентов с I–II стадией (укажите %) свидетельствует об актуальности проблемы своевременной диагностики и лечения заболевания.

УДК 618.14-006.6-037

### **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ**

*Букотина Д. А., Старостенко И. О.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак тела матки — самая частая злокачественная опухоль женских половых органов в развитых странах и 2-я по частоте после рака шейки матки злокачественная опухоль женских половых органов в мире [1]. В США в 2015 г. зарегистрировано более 54 800 новых случаев заболевания РТМ, и более 10 150 смертей от этого заболевания. В Республике Беларусь заболеваемость достигла 41,7 на 100 тыс. населения в 2019 г. и сохраняет лидирующую позицию в Европе [2]. Раннее проявление симптомов заболевания в виде различных кровотечений из половых путей и хорошая визуализация опухоли с помощью методов ультразвуковой диагностики позволяют выявить рак тела матки на I–II стадиях почти у 80 % больных. При этом смертность от прогрессирования болезни остается стабильной в течение последнего 10-летия. В этой связи детальное изучение