

По степени дифференцировки РПЖ из 103 пациентов низкую имеют 41 (39,81 %) пациент, среднюю — 47 (45,63 %) пациентов, высокую — 15 (14,56 %) пациентов.

По типу лечения применялись монотерапия и комбинированная терапия. В монотерапии использовались: хирургическое лечение, контактная лучевая терапия, дистанционная лучевая терапия, лекарственная терапия. А комбинированную терапию составляли комбинации данных лечений.

Монотерапия проводилась 90 (65,69 %) пациентам: хирургическое лечение — 65 (72,22 %) пациентам, контактная лучевая терапия — 3 (3,33 %) пациентам, дистанционная лучевая терапия — 18 (20 %) пациентам, лекарственная терапия — 4 (4,45 %) пациентам. Комбинированная терапия проводилась 47 (34,31 %) пациентам.

При хирургическом лечении применяли одну операцию 101 (94,39 %) пациенту: простатэктомию — 25 (24,75 %) пациентам, радикальную простатэктомию — 51 (50,49 %) пациентам, орхиэктомию двустороннюю — 17 (24,76 %) пациентам. Комбинацию операций проводили 6 (5,61 %) пациентам: простатэктомия + орхиэктомию двустороннюю — 3 (50 %) пациента, радикальная простатэктомия + орхиэктомию двустороннюю — 3 (50 %) пациента.

Рецидивы наблюдались у 9 (6,57 %) пациентов. Метастазы в региональные лимфоузлы у 3 (2,19 %) пациентов, отдалённые метастазы у 2 (1,46 %) пациентов.

Причины поздней диагностики РПЖ у 23 (16,79 %) пациентов явились несвоевременный медицинский осмотр, у 16 (11,68 %) пациентов неполное медицинское обследование, у 13 (9,49 %) пациентов позднее обращение к врачу.

Исход заболевания 2 (1,46 %) пациента умерли от РПЖ, 1 (0,73 %) пациент умер от сопутствующих заболеваний.

Выводы

1. Таким образом, впервые выявленный РПЖ при скрининге наиболее часто встречался в 2018, 2019 гг.
2. Заболеваемость сельского населения выше, чем у городского.
3. Наиболее часто встречались 2 и 3 клинические группы.
4. Вторая и третья стадии РПЖ выявлялись чаще.
5. По гистологическому строению преобладают аденокарцинома БДУ.
6. Чаще встречалась средняя степень дифференцировки.
7. По типу лечения преобладала монотерапия в виде радикальной простатэктомии.
8. Рецидивы и метастазы наблюдались у небольшого количества пациентов.
9. Наиболее частая причина поздней диагностики РПЖ являлась несвоевременный медицинский осмотр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Океанов, А. Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013) / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, А. Ф. Левин. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2013. — С. 158.

УДК 616.345-006.6-089

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Дешко А. С., Немченко Ю. И., Тихманович Е. Е., Березняцкий А. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком — раком ободочной и прямой кишки — отмечается во всех экономически развитых странах мира в течение последних нескольких десятилетий [1].

По этой причине ранняя диагностика и хирургическое лечение рака толстого кишечника — важнейшие факторы улучшения прогнозирования заболевания. Эндоскопические операции при раннем колоректальном раке являются альтернативой открытым и лапароскопическим абдоминальным вмешательствам, обладая при этом рядом неоспоримых преимуществ [1].

Малоинвазивные технологии позволяют не только с точностью установить диагноз, но и удалять ранние злокачественные образования, сводя к минимуму травматичность оперативного лечения [2].

Цель

Произвести комплексную оценку эндоскопических методов лечения у пациентов с заболеваниями толстого кишечника.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ архивных историй болезни 307 пациентов, госпитализированных в УЗ «ГОКОД» в 2020 г. для определения дальнейшей тактики лечения образований толстого кишечника.

Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel 2010» и «Statistica» 10.0. Статистический анализ был произведен методами непараметрической статистики (критерий Фишера χ^2), о статистической значимости различий судили по уровню значения $p < 0,05$, где p — это величина уровня статистической значимости.

Результаты исследования и их обсуждение

В общей выборке пациентов число лиц женского пола составило 123 (40 %), из них трудоспособного возраста — 22 (17,9 %), нетрудоспособного возраста — 101 (82,1 %). Мужской пол составил 184 (60 %). Из них трудоспособного возраста — 65 (35,3 %), а пациентов нетрудоспособного возраста — 119 (64,7 %), ($\chi^2 = 3,2$, $p < 0,002$). Данные представлены на рисунке 1.

Общее количество трудоспособных пациентов — 87 (28,3 %).



Рисунок 1 — Количество пациентов трудоспособного и нетрудоспособного возраста

При эндоскопическом вмешательстве EPMR (эндоскопическая подслизистая резекция) был проведен 23 (18,7 %) женщинам и 47 (25,5 %) мужчинам, EMR (эндоскопическая резекция слизистой) — 100 (81,3 %) женщинам и 137 (74,5 %) мужчинам.

При проведении эндоскопии было обнаружено преобладание образований прямой кишки у мужчин нетрудоспособного возраста — 64,7 %. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Локализация образований в толстом кишечнике

Локализация образований	Мужчины		Женщины	
	трудоспособные (65)	нетрудоспособные (119)	трудоспособные (22)	нетрудоспособные (101)
Слепая кишка (31)	15 (23,1 %)	10 (64,7 %)	0	6 (5,9 %)
Ободочная кишка (119)	21 (32,3 %)	55 (29,9 %)	7 (31,8 %)	36 (35,6 %)
Сигмовидная кишка (61)	6 (9,2 %)	24 (20,2 %)	6 (27,3 %)	25 (24,6 %)
Прямая кишка (53)	10 (15,4 %)	16 (64,7 %)	6 (27,3 %)	21 (20,8 %)
Без уточнения локализации (43)	11 (16,9 %)	16 (13,4 %)	3 (13,6 %)	13 (12,9 %)

Среднее время проведения эндоскопической операции у пациентов всех возрастных групп составило $44,8 \pm 14,6$ минут.

Из всех пациентов, кому было проведено эндоскопическое лечение, последующая гемиколэктомия выполнена в 64 (20,8 %) случаях, из них 14 (22 %) трудоспособного возраста. Из этого следует, что в группе трудоспособных пациентов 16,1 % нуждались в дальнейшем оперативном лечении.

Среди пациентов, которым была проведена гемиколэктомия, гистологическая картина распределилась таким образом: тубулярная аденома — 13 (20,3 %), тубулярно-ворсинчатая аденома — 5 (7,8 %), зубчатая аденома — 6 (9,4 %), аденокарцинома — 37 (57,8 %), ворсинчатая аденома — 3 (4,7 %).

Выводы

Эндоскопические методы лечения активно используются на базе УЗ «ГОКОД» для пациентов всех возрастных групп: ЕРМР было проведено 23 (18,7 %) женщинам и 47 (25,5 %) мужчинам, ЕМР — 100 (81,3 %) женщинам и 137 (74,5 %) мужчинам.

Дальнейшее оперативное лечение было показано только 64 (20,8 %) пациентам, из них трудоспособного возраста составили 14 (22 %) человек.

Для проведения гемиколэктомии преимущество были направлены пациенты с аденокарциномой — 37 (57,8 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Пятилетний опыт лапароскопических операций при колоректальном раке / Н. В. Коваленко [и др.] // Вестник ВоаГМУ. — 2020. — № 1. — С. 76–79.
2. Самсонов, Д. В. Эндоскопические технологии в лечении раннего рака прямой кишки / Д. В. Самсонов, А. М. Карачун, О. Б. Ткаченко // Онкологическая колопроктология. — 2015. — № 1. — С. 20–25.

УДК 616.345-08

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дешко А. С., Немченко Ю. И., Тихманович Е. Е., Березняцкий А. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Колоректальный рак (КРР), или карцинома толстой кишки (ТК), — это злокачественная опухоль, состоящая из эпителиальной ткани и поражающая слепую, ободочную и/или прямую кишки, включая анальный отдел. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) 1995 г. выделяют рак ободочной кишки (шифр С18–С19) и рак прямой кишки (С20–С21.8) [1].

Статистика развитых стран мира свидетельствует о неуклонном росте впервые выявленных случаев рака толстой и прямой кишок по сравнению со злокачественными опухолями любой другой локализации, кроме рака легкого. Ежегодно в мире регистрируются более 800 тыс. новых (первичных) случаев КРР и 440 тыс. летальных исходов. Заболеваемость раком слепой и ободочной кишок достигла 11,6 случая на 100 тыс. населения среди мужчин и 9,2 на 100 тыс. — среди женщин, а раком прямой кишки — 11 случаев на 100 тыс. у мужчин и 7,1 на 100 тыс. — у женщин [1].