

Выводы

Таким образом, собранные данные показывают, что РТМ находится в зависимости от многочисленных факторов, каждый из которых обладает разной степенью воздействия.

1. Наиболее значимыми факторами риска в развитии РТМ являются избыточная масса тела (93,3 %), гипертензия (76,7 %), отсутствие гормональной контрацепции (76,7 %), наличие в анамнезе аборт (64 %), позднее прекращение репродуктивной функции (менопауза после 50 — 56,6 %), миома матки (53,3 %), гиперплазия эндометрия (36,7 %).

2. Анализ возрастной заболеваемости раком тела матки показал начало ее роста среди женщин старше 45 лет с достижением максимума к 60–69 годам и последующим снижением.

3. Из особенностей половой функции выявлено существенное влияние отсутствия половой жизни более 1 года (86,7 %) на развитие РТМ.

4. Основной проблемой поздней диагностики является отсутствие посещения ежегодных гинекологических осмотров (36,7 %), а также не выполнение УЗИ ОМТ у пациенток из группы риска (76,6 %).

5. Следует отметить, что большее количество женщин (63,3 %) не осведомлены о необходимости прохождения УЗИ ОМТ не реже 1 раза в год. Данная сложившаяся ситуация может являться прямым следствием недостаточной просветительской работы среди женской части населения.

6. Так же следует отметить, что большинство пациенток ввиду отсутствия болевого синдрома не придают значения патологическим влагалищным выделениям (86,7 %). Следствием чего является обращение за медицинской помощью при возникновении маточных кровотечений (36,6 %) и позднее диагностирование РТМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берлев, И. В. Рак эндометрия / И. В. Берлев, А. М. Бернштейн, А. Ф. Урманчеева. М.: Эко-вектор, 2017. С. 263.
2. 25 лет против рака. Успехи и проблемы противораковой борьбы в Беларуси за 1990–2014 годы / А. Е. Окенанов [и др.]; под ред. О. Г. Сукошко / РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова. Минск: ГУ РНМБ, 2016. С. 269–271.
3. Binder, P. S. Update on prognostic markers for endometrial cancer / P. S. Binder, D. G. Mutch // Womens Health. 2014. Vol. 10, № 3. P. 277–288.

УДК 616.345-006.6-(476.2)«2017»

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ III СТАДИИ У ЖИТЕЛЕЙ Г. ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017 Г.

Шпаковская М. Ю., Цумарова М. В.

Научный руководитель: ассистент А. А. Д. Виракоон

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Колоректальный рак является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В структуре онкологической заболеваемости в мире колоректальный рак в настоящее время занимает четвертое место. В 2019 г. в структуре онкозаболеваний злокачественными новообразованиями колоректальный рак у мужчин составил 11,9 %, у женщин — 12,5 %. Прирост заболеваемости населения Республики Беларусь за 10 лет (2010–2019 гг.) злокачественными новообразованиями составил для ободочной кишки 29,8 %, для прямой кишки — 15,5 % на 100 тыс. населения [1].

В исследовательской работе использованы материалы Белорусского канцер-регистра злокачественных образований по Гомельской области, а также сводные статистические отчеты по учреждению Гомельский областной клинический онкологический диспансер за период с 2017 по 2021 гг.

В Республике Беларусь за 2017 г. было зафиксировано 18817 впервые выявленных и уже установленных к отчетному году диагнозов злокачественных новообразований ободочной кишки. Количество злокачественных заболеваний ректосигмоидного отдела, прямой кишки и ануса составило 14321. Из числа впервые установленных случаев заболевания 3 стадию имели 578 и 390 человек соответственно.

В Гомельской области за этот же год было зарегистрировано 5392 случаев заболевания колоректальным раком, из которых рак ободочной кишки составил 3024 случая, рак прямой кишки, ректосигмоидного отдела и ануса 2368 случаев. Впервые установленных случаев заболеваний: рака ободочной кишки было 472, из которых 3 стадия была диагностирована у 89 пациентов; рака ректосигмоидного отдела, прямой кишки и ануса 344 случая, из которых диагноз на 3 стадии был выявлен у 58 пациентов.

Цель

Проанализировать смертность, наиболее часто возникающую локализацию, частоту метастазирования при III стадии колоректального рака жителей г. Гомеля и Гомельского района.

Материал и методы исследования

Сведения о заболеваемости колоректальным раком жителей Гомельской области были получены на основании данных сводных статистических отчетов по учреждению ГОКОД за период с 2017 по 2021 гг.

Проанализирована смертность, частота метастазирования, наиболее часто возникающие локализации при раке ободочной и прямой киши III стадии колоректального рака жителей г. Гомеля и Гомельского района. Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «Statistica» 23.0. В анализ были включены 162 случая заболевания колоректальным раком, включая 107 пациентов с раком ободочной кишки и 55 с раком прямой кишки на III стадии.

Результаты исследования и их обсуждение

Было проанализировано 162 случая колоректального рака возникших в течение 2017 г. в государственном учреждении здравоохранения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Возраст больных варьировался от 37 до 97 лет на момент возникновения заболевания в 2017 г.

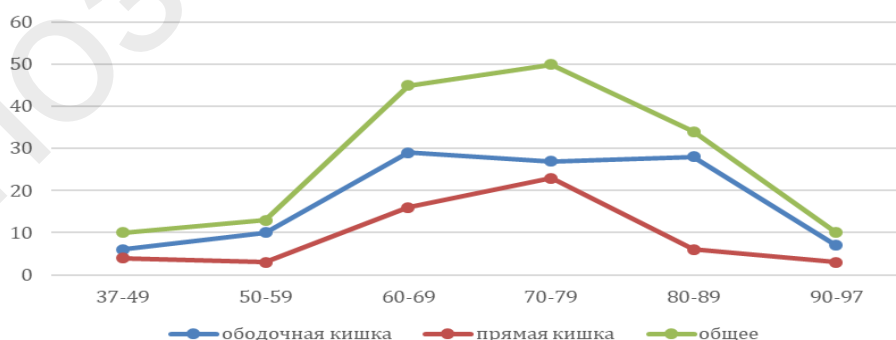


Рисунок 1 — Частота встречаемости КРР у жителей г. Гомеля и Гомельской области в 2017 г. в зависимости от возраста

Из указанных данных (рисунок 1) видно, что пик заболеваемости колоректального рака III стадии в 2017 г. приходится на 60–69 лет. Пик заболеваемости раком прямой кишки III стадии приходится на 70–79 лет в 2017 г.



Рисунок 2 — Распределение рака ободочной кишки по локализации

Таким образом (рисунок 2), чаще всего рак ободочной кишки III стадии локализуется в сигмовидной кишке, на втором месте в восходящем отделе, остальные локализации (поперечный, нисходящий, отделы, слепая кишка, печеночный и селезеночный изгибы ободочной кишки) встречаются с примерно одинаковой частотой.



Рисунок 3 — Распределение рака прямой кишки по локализации

Рак прямой кишки III стадии чаще всего локализуется в нижнеампулярном отделе, второе место занимают рак верхнеампулярного отдела и среднеампулярного отдела.

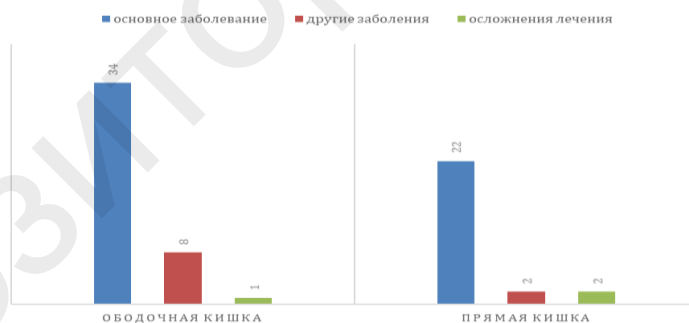


Рисунок 4 — Причины смерти от КРР 3 стадии у жителей г. Гомеля и Гомельской области в 2017 г.

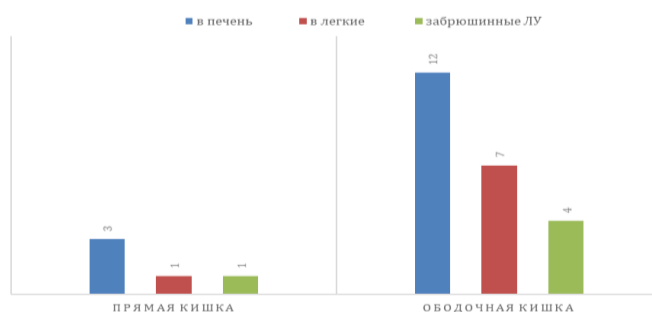


Рисунок 5 — Сравнение количества метастазирования рака прямой и ободочной кишки 3 стадии у жителей г. Гомеля и Гомельской области в 2017 г.

Исходя из данных (рисунок 5), полученных при анализе карт пациентов, можно сделать вывод, что при раке ободочной кишки чаще наблюдается метастазирование, чем при раке прямой. Для сравнения различия между пациентами с метастазированием рака ободочной и прямой кишки был использован непараметрический критерий Манна — Уитни, который показал, что существует достоверное различие между пациентами по количеству метастазов ($p = 0,049$).

Вывод

Таким образом, колоректальный рак III стадии чаще всего диагностируется у людей в возрасте 70–79 лет. Рак ободочной кишки чаще всего локализуется в сигмовидной кишке; рак прямой кишки — в нижеампулярном отделе. Вследствие анализа также было выявлено, что при раке ободочной кишки метастазирование возникает чаще, чем при раке прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2010–2019 гг. / А. Е. Океанов [и др.], под ред. С. А. Полякова. Минск: РНПЦ МТ, 2011. 220 с.

УДК 616.329-002-006.6-089-036.88

ОЦЕНКА ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Яцушкевич М. Н., Крамкова У. Ю., Марковский В. О.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гастроэзофагеальный рак (ГЭР) является особой проблемой современности. Во всем мире заболеваемость раком данной локализации по-прежнему остается довольно высокой, несмотря на совершенствование методов диагностики. Выживаемость при ГЭР тесно коррелирует с моментом его обнаружением и напрямую связана со стадией развития рака, размерами опухоли и наличием метастазов в лимфатических узлах [1, 3]. Более чем у 50 % пациентов заболевание диагностируется на 3 и 4 стадиях. Тяжесть данной патологии связана с высоким потенциалом злокачественности и ранним лимфогенным метастазированием [2, 3].

Дальнейшее изучение различных аспектов проблемы, ставящей своей целью улучшение результатов лечения больных с гастроэзофагеальным раком, явилось основанием для выполнения данной работы.

Цель

Провести анализ выживаемости у пациентов с ГЭР после оперативного лечения с помощью субтотальной проксимальной резекцией желудка (СПРЖ) и гастрэктомии.

Материал и методы исследования

В основе данного исследования лежат результаты хирургического лечения 135 пациентов ГЭР, находившихся на лечении в торакальном отделении на базе У «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» в период с 2017 по 2021 гг. Анализ данных проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel», «Statistica» 13.0 (Trialversion). Оценка выживаемости пациентов с учетом выполненного оперативного лечения проводилась с помощью критерия Кокса — Менгала и метода Каплана — Майера.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — пациенты после СПРЖ (53 человека), вторая группа — пациенты после гастрэктомии (82 чело-