

Выводы

Таким образом, с 1990 по 2014 гг. заболеваемость женского населения РМЖ выросла почти в 2 раза, при этом показатель смертности сократился. За четверть века число женщин состоящих на учете по поводу РМЖ увеличилось в 3 раза, связывают это с улучшением результатов лечения и увеличением продолжительности жизни, 5-летняя выживаемость в 2018 г. на 9,5 % выше, чем в 2009 г. Также значительно увеличилась выживаемость пациентов на поздних стадиях рака.

На основании статистических данных Гомельской области за период 2016–2020 гг., можно сделать вывод, что количество пациентов варьировалось незначительно, больше всего было выявлено РМЖ за 2019 г. (756 пациентов), меньше всего за 2020 г. (589 пациентов). Более 80 % РМЖ было выявлено на ранних стадиях заболевания (на I и II ст.), и менее 5 % на IV ст.

Анализ заболеваемости РМЖ показал, что в наибольшей группе риска находится возрастная категория женщин с 60 до 69 лет, по этой причине данные лица должны регулярно проходить диспансеризацию с целью ранней диагностики рака молочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Рак молочной железы [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (дата обращения: 09.10.2021).
2. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко. Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. 131 с.
3. 25 лет против рака. Успехи и проблемы противораковой борьбы в Беларуси за 1990–2014 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко. Минск: ГУ РНМБ. 2016. 243 с.

УДК 616.441-006.6-08-036.8(476.2)«2011/2013»

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2011–2013 ГГ.

Роговцова О. А., Якшук А. Д.

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

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

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) — группа гетерогенных по проявлениям, но имеющих единую локализацию злокачественных новообразований из эпителиальных клеток щитовидной железы, не теряющих свойственную им дифференцировку [1].

В настоящее время во всем мире наблюдается рост заболеваемости РЩЖ, данное заболевание является актуальной проблемой для Республики Беларусь, особенно среди женского населения. РЩЖ составляет 0,5–1 % от числа всех злокачественных новообразований [3].

Основной метод лечения пациентов с высокодифференцированным РЩЖ состоит в выполнении оперативных вмешательств в сочетании с курсами радиойодтерапии (РЙТ) и супрессивной гормонотерапией левотироксином, а также дистанционной гамма-терапии по индивидуальным показаниям. Такой подход к лечению в большинстве случаев приводит к излечению [2, 4].

У большинства злокачественных опухолей первостепенно учитывается выживаемость пациентов. Тогда как в отношении высокодифференцированного РЩЖ важно отслеживать не только продолжительность жизни, но и частоту рецидивов и метастазов опухоли. Поскольку риск рецидива заболевания после проведенного лечения сохраняется пожизненно, длительная диспансеризация

требуется всем пациентам данной категории. Также анализ востребованности повторного лечения позволяет осуществить выбор наиболее приемлемого вида лечебной тактики с учетом целого ряда прогностических факторов [5].

Цель

Изучить эффективность лечения высококодифференцированных форм РЩЖ.

Материал и методы исследования

Выполнен анализ 442 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении на базе учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» по поводу РЩЖ.

Выделены группы в зависимости от пола: в 2011 г. на долю женщин пришлось 117 (33,1 %), мужчин 21 (26,6 %) — соотношение 5,6:1. В 2012 г.: 118 (33,4 %) женщин и 22 (27,8 %) мужчин (5,4:1). В 2013 г. диагноз был выставлен 118 женщинам и 36 мужчинам (3,3:1). Общее соотношение за эти годы составило 4,5:1, на которое приходится 353 женщины и 79 мужчин. Медиана возраста составила 46 лет (33; 57).

Диагноз был подтвержден морфологически во всех случаях. Папиллярная карцинома выявлена у 432 пациентов, фолликулярная карцинома — у 10. Исследовали частоту использования каждого из методов лечения, частоту прогрессирования и срок развития рецидива в зависимости от стадии заболевания. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета «Microsoft Excel 2016» и программы «Statistica» 6.0 с применением основных методов описательной статистики. Для сравнения признаков был использован критерий Фишера, достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение пациентов по стадиям заболевания в нашем материале представлено в таблице 1. Первичная опухоль имела стадию T1 — 262 (60,7 %), T2 — 33 (7,6 %), T3 — 130 (30,1 %), T4 — 7 (1,6 %). Шейные метастазы выявлены у 184 (42,6%). Отдаленные метастазы установлены только у 3 пациентов к моменту первичного диагноза. Это в целом соответствует статистическим данным в стране в течение исследуемого временного периода.

Таблица 1 — Количество пациентов в зависимости от стадии заболевания

Стадия	Количество	Стадия	Количество	Стадия	Количество	Стадия	Количество
T1 N0 M0	171	T2 N0 M0	21	T3 N0 M0	43	T4 N0 M0	1
T1 N1 M0	85	T2 N1 M0	7	T3 N1 M0	85	T4 N1 M0	5
T1 Nx M0	6	T2 Nx M0	5	T3 N1 M1	2	T4 N1 M1	1

Экстрафасциальная тиреоидэктомия была выполнена 416 (96,3 %) пациентам. На долю гемитиреоидэктомии, как вида первичной терапии, приходится 11 (2,5 %) случая. С целью повышения эффективности лечения применяются различные виды шейной диссекции (ШД): центральная лимфаденэктомия (удаление лимфоузлов шеи VI уровня) выполнена у 142 (32,9 %) пациентов, селективное удаление метастатических лимфатических узлов (удаление лимфоузлов шеи III (IV)–VI уровня) проводилось у 209 (48,4 %) пациентов, радикальная ШД (удаление лимфоузлов шеи II–VI уровня) в 10 (2,3 %) случаях.

Лечение радиоактивным йодом показано пациентам с промежуточным и высоким риском, так как достоверно уменьшает прогрессирование заболевания и увеличивает выживаемость. Общее число пациентов, которым была проведена РЙТ, составило 229 (53 %). Было отмечено, что РЙТ назначалась при следующих стадиях заболевания: 104 (24,1 %) пациента с T1–2N0M0, 17 (3,9 %) случаев T3N0M0, T4N0M0 у 1 (0,2 %) пациента, 48 (11,1 %) больных на стадии T1–2N1M0, 57 (13,2 %) случаев с T3–4N1M0 и 2 (0,5 %) пациента с T3–4N1M1.

Был проведен сравнительный анализ между двумя группами пациентов: в 1-й находилось 203 пациента на стадии T1N0M0 и T2N0M0, из них у 127 (62,6 %) человек были отмечены случаи рецидива, во 2-й T3N0M0 и T4N0M0 — 44 человека, в этой группе было выявлено 20 (45,5 %) случаев рецидива. Комбинированная терапия привела к излечению у 76(37,4%) на стадии T1N0M0 и T2N0M0 и у 24 (54,5 %) на стадии T3N0M0 и T4N0M0. При сравнении показателей установлено, что при стадиях T1N0M0 и T2N0M0 частота рецидивов была достоверно выше, чем при T3N0M0 и T4N0M0, различие является статистически значимым ($f < 0,05$).

Из данных групп выделили пациентов, которым была проведена РЙТ. В таблице 2 отображены полученные результаты.

Таблица 2 — Количество пациентов в зависимости от стадии заболевания и проводимой им РЙТ

Первичное лечение	Стадии T1–2N0M0, число пациентов	Стадии T3–4N0M0, число пациентов
Операция и РЙТ	104 (51,2 %)	18 (40,9 %)
Только операция	99 (48,8 %)	26 (59,1 %)

Сроки проведения РЙТ у пациентов после первичного лечения представлены на рисунке 1.

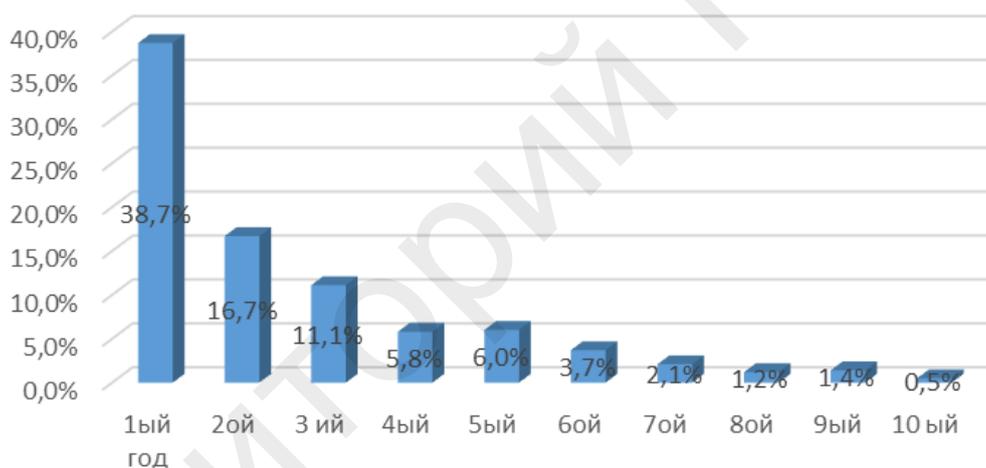


Рисунок 1 — Распределение пациентов по срокам проведения РЙТ после первичного лечения

Повторная операция по поводу метастатического поражения лимфатических узлов шеи отмечена у 33 (7,6 %) пациентов. Смерть от основного заболевания констатирована у 4 (0,9 %) пациентов, по одному случаю на каждой из следующих стадий: T3N1bM0 на сроке 10 месяцев после выставления диагноза, T3N1bM1 на 2 году лечения, T4aN1bM1 после 3 лет, T4N1M0 по истечению 1 месяца.

Выводы

1. Самостоятельное хирургическое лечение было проведено 427 (98,8 %) пациентам, комбинированное лечение в объеме радикальной операции и РЙТ проведено 229 (53 %) пациентам.

2. Повторные операции в связи с резектабельными рецидивами РЦЖ выполнены 33 (7,6 %) пациентам.

3. Наиболее частые оперативные вмешательства на лимфоколлекторе шеи в нашем материале были центральная ШД 142 (32,9 %) и селективная ШД 209 (48,4 %).

4. РЙТ в большинстве случаев была проведена в течение 1 года после хирургического лечения — 167 (38,7 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Зыблев, С. Л. Клинико-анатомические и хирургические аспекты заболеваний щитовидной железы / С. Л. Зыблев, Б. О. Кабешев. Гомель: ГУ РНПЦ РМиЭЧ, 2019. 27 с.
2. Иванов, С. А. Опухоли головы и шеи: учеб.-метод. пособие / С. А. Иванов, И. В. Михайлов, В. В. Татчин. Гомель: ГомГМУ, 2021. 104 с.
3. Папиллярная микрокарцинома щитовидной железы / В. А. Смирнова // Клиническая и экспериментальная тиреондология. 2015. Т. 11, № 2. С. 11–24.
4. Практические рекомендации по лекарственному лечению опухолей головы и шеи / Л. В. Болотина [и др.] // Злокачественные опухоли. 2015. № 4. Спец. выпуск. С. 47–54.
5. Барчук, А. С. Рецидивы дифференцированного рака щитовидной железы / Л. В. Болотина // Практическая онкология. 2007. № 8(1). С. 35–41.

УДК 618.146-002-006.6-076.5

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ ЦИТОЛОГИИ И ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Сандихаева О. В., Лобачёв Г. С.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

С начала 2000 гг. большое распространение во многих странах, в том числе и странах СНГ, получил метод жидкостной цитологии (ЖЦ) при проведении скрининга рака шейки матки (РШМ). Наиболее известными и распространенными системами ЖЦ в настоящее время являются ThinPrep™ (Hologic, США) и SurePath™ (BD and Company, Нидерланды, США). По данным ряда авторов, при использовании ЖЦ в 3–10 раз сокращается количество неинформативных мазков по сравнению с традиционным методом цитологического исследования (ТЦ) [1, 2].

Цель

Провести анализ количества выявленных случаев цервикальной интраэпителиальной неоплазии средней степени тяжести (CIN2) и цервикальной интраэпителиальной неоплазии тяжелой степени (CIN3), HSIL (плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени) с инвазией и рака шейки матки среди женщин в рамках профилактических осмотров и жидкостной цитологии.

Материал и методы исследования

Для проведения анализа были использованы данные 2018–2021 гг. на базе ЦЦА УЗ «ГОКОД».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе работы данные за 2018–2021 гг. были разделены на две группы: традиционная цитология и жидкостная цитология (таблицы 1–8).

Таблица 1 — Жидкостная цитология (2018 г.)

Норма	CIN 2	CIN3	HSIL с инвазией	Рак	Всего
7752	8	13	4	1	7873
98,463 %	0,102 %	0,165 %	0,051 %	0,013 %	100 %

Таблица 2 — Профилактические осмотры (2018 г.)

Норма	CIN 2	CIN3	HSIL с инвазией	Рак	Всего
217179	336	260	35	29	218893
99,217 %	0,153 %	0,119 %	0,016 %	0,013 %	100 %