

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о равномерности распределении количества осложнений и частоты возникновения рецидивов при проведении оперативного лечения с использованием методики СПРЖ и экстирпации желудка, а также количество осложнений не имело взаимосвязи с половой принадлежностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэзофагеальный рак: результаты лечения и перспективы их улучшения [Электронный ресурс] / А. В. Прохоров [и др.] // Современные технологии в медицинском образовании : материалы междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию Белорус. гос. мед. ун-та, Республика Беларусь, г. Минск, 1–5 ноября 2021 г. / под ред. С. П. Рубниковича, В. А. Филонюка. Минск, 2021. С. 431–435. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
2. Ахметзянов, Ф. Ш. Пути решения проблемы хирургического лечения рака желудка / Ф. Ш. Ахметзянов // Медицинский журнал. 2017. № 4. С. 485–491.
3. Дворецкий, С. Ю. Современная стратегия лечения рака пищевода (обзор литературы) / С. Ю. Дворецкий // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2017. № 4. С. 102–107.

УДК 616.831-006.6(476.2)«2019/2021»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АСТРОЦИТАРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2019 ПО 2021 ГГ.

Кривенкова А. О., Листратенко Н. А.

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

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

Введение

Астроцитарные опухоли — разновидность глиальных новообразований, возникающих из клеток астроглии. Они являются наиболее часто встречающимися бластомами нервной системы, составляя 30–50 % от всех неоплазм этой локализации. Среди нейроэктодермальных опухолей на долю астроцитарных глиом приходится примерно 75 % [1].

Глиобластома — опухоль высокой степени злокачественности, составляющая около половины всех астроцитом; супратенториальная опухоль часто встречается у взрослых и является самым распространенным первичным новообразованием ЦНС (12–15 %) [2].

Цель

Провести анализ заболеваемости у пациентов с астроцитомой головного мозга в Гомеле и Гомельской области за 2019–2021 гг., выявить наиболее часто встречающийся вид астроцитомы, а также сравнить динамику и исходы заболевания.

Материал и методы исследования

Была проведена ретроспективный анализ 70 медицинских карт пациентов с диагнозом злокачественное новообразование головного мозга, которые прошли обследование и лечение на базе УЗ «Гомельский областной онкологический диспансер» в период с января 2019 по декабрь 2021 гг. Было отобрано 70 историй болезни. У пациентов оценивалось: половозрастной состав, регион проживания, диагноз, динамика, а также исход заболевания. Статистический анализ проводился с использованием программ «Statistica 10» и «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

2 группы: 1-я — пациенты с глиобластомой головного мозга и вторая, в которую вошли все остальные виды астроцитарных опухолей, так как встречались в меньшем количестве, недостаточном для самостоятельного анализа, в связи с чем были объединены в одну группу астроцитом.

В 1-й группе — 27 (38,6 %) человек, из них женщин — 14 (52 %) и мужчин — 13 (48 %). Во 2-й — 20 (28,6 %) человек, число мужчин и женщин в группе оказалось равным и составило 10 человек. Средний возраст заболеваемости глиобластомами у мужчин $56,15 \pm 11,22$ лет, а у женщин $55,92 \pm 14$ лет. В группе с астроцитомами средний возраст у мужчин составил $41,6 \pm 12,45$ год, у женщин $49 \pm 8,6$ лет (таблица 1).

Таблица 2 — Половозрастной состав исследуемых групп

Группы пациентов	Пол		Средний возраст, лет	
	женский	мужской	женщины	мужчины
1-я	14 (52 %)	13 (48 %)	$55,92 \pm 14$	$56,15 \pm 11,22$
2-я	10 (50 %)	10 (50 %)	$49 \pm 8,6$	$41,6 \pm 12,45$

На основе данных была проведена оценка используемой терапии, динамики и выживаемости в исследуемых группах.

В 1-й группе лучевая терапия проводилась 4 (15 %) пациентам, комбинированную химиолучевую терапию получили 15 (56 %) человек, так же у 11 (29 %) человек ни один из видов терапии не использовался.

У половины пациентов (2 человека) с глиобластомой была зафиксирована стабилизация состояния после использования лучевой терапии, другая половина после проведения лечения показала отрицательную динамику. Выживаемость у группы с данной терапией так же составила равные значения. Пациенты у которых применялась химиолучевая терапия отрицательная динамика была выявлена у 9 (60 %) человек, положительная у 2 (13 %) человек и стабилизация заболевания у 4 (27 %) человек. Умерло 5 (18,5 %) человек. Подгруппа в которой не использовалась терапия у 6 (75 %) человек была отрицательная динамика и у 2 (25 %) человек была отмечена стабилизация заболевания.

Во 2-й группе лучевую терапию проводили 6 (30 %) пациентам, а химиолучевую получили — 14 (70 %) человек.

У пациентов с лучевой терапией стабилизация заболевания была выявлена у 5 (83 %) человек и умер 1 (17 %) человек.

Пациенты, получавшие химиолучевую терапию, отрицательная динамика была отмечена у 5 (36 %) пациентов, положительная — 1 (7 %) человек и стабилизация состояния у 8 (57 %) человек.

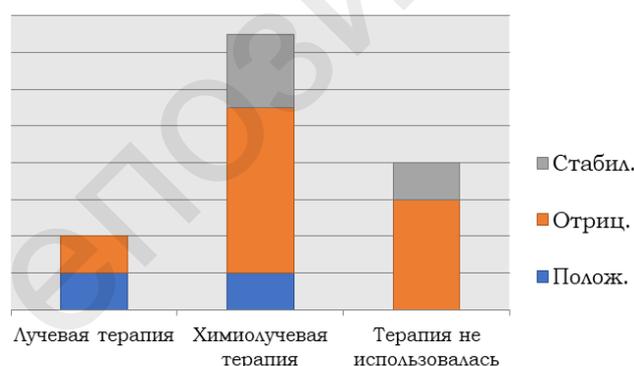


График 1 — Динамика заболевания 1-й группы исследуемых

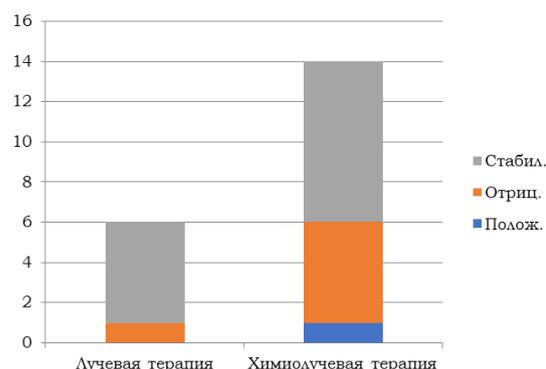


Рисунок 2 — Динамика заболевания 2-й группы исследуемых

Выводы

1. Глиобластомы чаще встречаются у женщин в возрасте $55,92 \pm 14$ лет. А астроцитомы встречаются с одинаковой частотой у женщин в возрасте $49 \pm 8,6$ лет и мужчин в возрасте $41,6 \pm 12,45$ год.

2. Отрицательная динамика чаще наблюдалась при лечении глиобластом с использованием химиолучевой терапии.

3. Наиболее высокая выживаемость у пациентов с астроцитомами, не зависимо от динамики заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за Р19 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов и др.; под ред. О. Г. Суконко. Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. 422 с.

2. CBTRUS statistical report: primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2007–2011 / Q. T. Ostrom [et al.] // Neuro Oncol. 2014. Vol. 16 Suppl. 4. P. 1–63.

УДК 618.146-006.6-084:578.827.1

ТЕСТИРОВАНИЕ ВИРУСА ПАПИЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Кривостаненко М. В., Сивчук Д. А., Марковский В. О.

Научные руководители: д.м.н., профессор *В. Н. Беляковский*¹;
заведующая цитологической лабораторией *Л. П. Зайцева*²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждения здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин и уступает только раку молочной железы. Эпидемиологические данные об уровнях заболеваемости РШМ в Беларуси находится в пределах 16–19 на 100 тыс. женского населения, что равняется выявлению 800–900 новых случаев в год [1]. В течение нескольких десятилетий цитологическое исследование эпителиальных клеток цервикального канала служит основой программ, направленных на раннее выявление РШМ. В настоящее время доказана ведущая роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе РШМ. Подтверждение этиологической роли ВПЧ в развитии РШМ привело к тому, что диагностика папилломавирусной инфекции наряду с цитологическим исследованием стала рассматриваться как важнейший элемент профилактического осмотра данного заболевания.

Цель

Проанализировать и оценить зависимость результатов цитологического исследования и ВПЧ-тестирования при профилактическом осмотре РШМ.

Материал и методы исследования

В ходе нашей работы был проведен анализ результатов цитологического исследования и ВПЧ-тестирования 115 женщин, прошедшие обследование в 2019 г. в различных государственных учреждениях здравоохранения г. Гомеля. Цитологическое исследование проводилось 2 методами: 1 — традиционная цитология (24 %) и 2 — жидкостная цитология (76 %). В интерпретация результатов цитологического исследования использовалась классификация Bethesda. В данной классификации выделяют плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой и высокой степени (squamous intraepithelial lesions low and highgrade — LSIL и HSIL) и инвазивный рак. Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени включают изменения, связанные с папилломавирусной инфекцией и слабой дисплазией (CIN I), высокой степени — умеренную дисплазию (CIN II), тяжелую дисплазию (CIN III) и внутриэпителиальный