

УДК 616.24-006.6-07(476.2)

Л. Р. Приходько, Я. Н. Маркоз, В. С. Волчек

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА СКРИНИНГА РАКА ЛЕГКИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рак является одной из ведущих причин смерти в мире. Примерно одна треть случаев смерти от рака вызвана употреблением табака, высоким индексом массы тела, употреблением алкоголя, низким уровнем потребления фруктов и овощей, а также отсутствием физической активности. В 2020 году в мире было выявлено 2,21 млн случаев рака легких (РЛ), из них 1,8 млн случаев смерти от данного злокачественного новообразования [1].

Первые попытки внедрения скрининга РЛ были предприняты еще в середине XX века на основе массового применения рентгенографии, флюорографии и цитологического исследования мокроты. Позже была выполнена серия перспективных работ, позволивших сделать предварительную оценку эффективности низкодозовой компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) как скринингового метода и продемонстрировать целесообразность избирательного его использования [2].

Интерпретация данных низкодозовой КТ ОГК для скрининга РЛ – трудоемкая задача для рентгенолога. Необходимо оценить риск наличия злокачественного образования и указать тактику ведения каждого пациента. В настоящее время для интерпретации данных используется система Lung-RADS.

Lung Imaging Reporting and Data System (Lung-RADS) – система, разработанная Американским радиологическим обществом (American College of Radiology, ACR) для описания, обработки и стандартизации данных при низкодозовой компьютерной томографии органов грудной клетки, используемой для скрининга РЛ. Эта система – инструмент для обеспечения качества скрининга рака легкого, стандартизации и интерпретации данных низкодозовой компьютерной томографии и облегчения мониторинга результатов в различных медицинских учреждениях [3].

Согласно классификации LANG-RADS отрицательный результат (категории 1 и 2: рекомендуется ежегодный скрининг): отсутствие конкреций, твердых или частично твердых конкреций с общим объемом $< 113 \text{ мм}^3$ (диаметр 6 мм) или нетвердый узелок $< 14 \text{ 137 мм}^3$ (диаметр 30 мм); неопределенный (категория 3: предлагаемый 6-месячный LDCT): твердый узелок $113\text{--}268 \text{ мм}^3$ (диаметр 6–8 мм), частично цельный узелок с целым объемом $\geq 113 \text{ мм}^3$ и твердоконтейнерные $< 113 \text{ мм}^3$, или нетвердый узелок $\geq 14 \text{ 137 мм}^3$ (диаметр 30 мм); положительный (категории 4А и 4В: ранний отзыв или доработка): твердый узелок $> 268 \text{ мм}^3$ или частично твердый конкреций с твердым компонентом $\geq 113 \text{ мм}^3$ [4].

В Гомельской области скрининг РЛ проводится путем выполнения низкодозовой КТ ОГК 1 раз в год у мужчин в возрасте 50–65 лет со стажем курения не менее 20 лет, без тяжелой сопутствующей патологии, которые могут перенести радикальное хирургическое лечение в случае выявления РЛ [5].

Цель

Оценить эффективность реализации пилотного проекта скрининга РЛ у группы курящих мужчин на территории Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 288 мужчин в возрасте 50–65 лет со стажем курения не менее 20 лет, которые выкуривали 1 пачку сигарет в день. Скрининг РЛ был проведён с помощью низкодозовой КТ ОГК в 2022 году. 21 пациент из подлежащих прошли полноценное КТ ОГК по показаниям. 11 отказались в письменной форме. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

За исследуемый период реализации пилотного проекта скрининга РЛ, обследование прошли 256 пациентов (88,9 % от подлежащих). Из них установлено 44 пациента группы Lung-RADS 2 (17,2 %), 8 пациентов группы Lung-RADS 3 (3,1 %), 3 пациента группы Lung-RADS4 (1,2 %) (рисунок 1). 1 пациент направлен на осмотр врача-онколога в онкодиспансер, пациенту был выставлен диагноз – поствоспалительные изменения (0,4 %). Результаты представлены на рисунке 1.

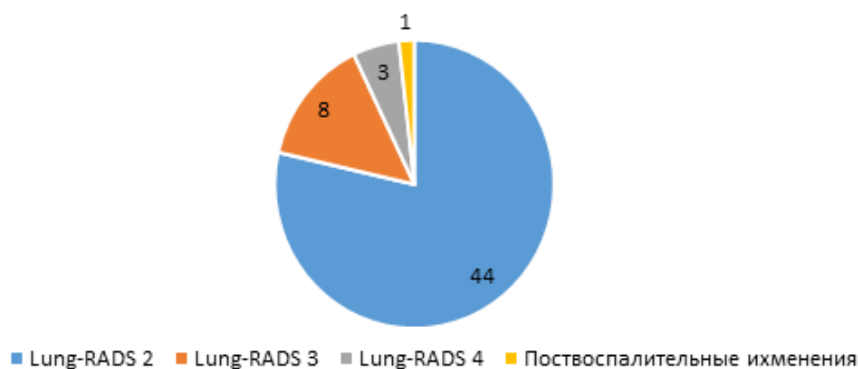


Рисунок 1 – Результаты реализации пилотного скрининга РЛ

Также был проведен анализ заболеваемости и смертности населения от РЛ с 2015 по 2022 год. Было выявлено, что заболеваемость и смертность РЛ выше у сельской части населения, преимущественно среди мужчин. Результаты исследования представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 – Показатели заболеваемости РЛ на 100000 населения

Год	Городское население			Сельское население			Все население		
	мужское	женское	оба пола	мужское	женское	оба пола	мужское	женское	оба пола
2015	86,3	14,4	47,4	141,9	14,8	74,8	100,2	14,	54,1
2016	81,5	15,7	45,9	133,6	17,8	72,7	94,4	16,2	52,4
2017	83,4	15,2	46,5	161,7	17,5	86	102,7	15,8	56
2018	92,6	17,7	51,9	157,3	12,6	81,5	108,4	16,5	59
2019	83,1	16,5	46,9	136	18,1	74,3	95,9	16,8	53,4
2020	75,1	13,9	41,8	103,9	22,2	61,3	82	15,7	46,3
2021	72,4	16,7	42,2	118,5	16,7	65,5	83,3	16,7	47,5
2022	80,4	20,8	48	135	20,1	75,3	93,2	20,7	54,2

Таблица 2 – Показатели смертности от РЛ на 100000 населения

Год	Городское население			Сельское население			Все население		
	мужское	женское	оба пола	мужское	женское	оба пола	мужское	женское	оба пола
2015	62,6	10,2	34,3	94,2	8,2	48,8	70,5	9,7	37,8
2016	62,8	7,8	33	103,3	12,8	55,7	72,8	9	38,5
2017	59,3	8,1	31,6	108,6	11,3	57,5	71,5	8,9	37,8
2018	69,4	8,5	36,3	111,2	12,6	59,5	79,6	9,4	41,9
2019	67,7	9	35,8	124,4	11,1	65,2	81,5	9,5	42,7
2020	57,1	11,6	32,4	101,3	16,2	56,9	67,7	12,6	38,1
2021	55,4	8,4	29,9	86,4	11,1	47,2	62,7	9	33,8
2022	56	10,7	31,4	95	11,9	51,8	65,2	11	36

В данном исследовании было проведено распределение вновь выявленных случаев РЛ по стадиям заболевания в период с 2015 по 2022 год. Динамика заболеваемости РЛ в периоде с 2015 по 2022 год показывает увеличение заболеваемости РЛ: I стадии РЛ с 147 пациентов 2015 году до 198 пациентов в 2022 году, а IV стадии РЛ с 202 пациентов в 2015 году до 223 пациентов в 2022 году. Результаты исследования представлены на рисунке 2.

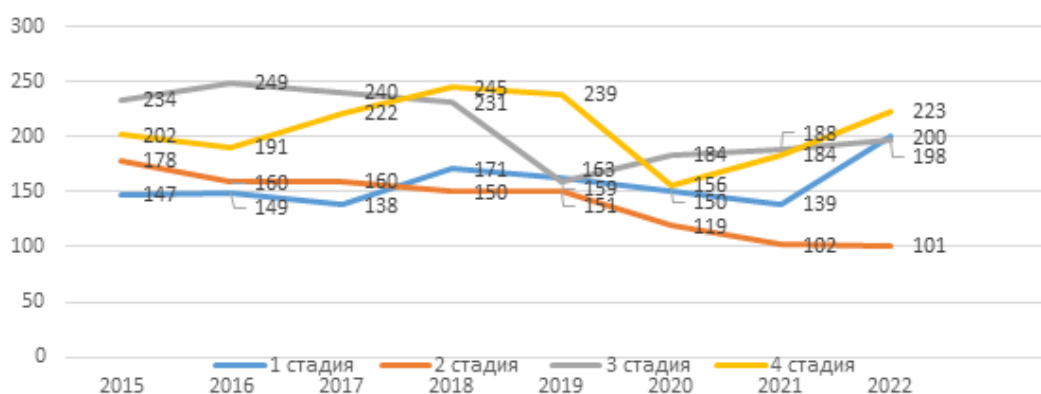


Рисунок 2 – Распределение вновь выявленных случаев РЛ по стадиям

Выводы

Таким образом, в ходе проведенного исследования были выявлены следующие группы пациентов: 44 пациента группы Lung-RADS 2 (17,2 %), 8 пациентов группы Lung-RADS 3 (3,1 %), 3 пациента группы Lung-RADS 4 (1,2 %). 1 пациент направлен на осмотр врача-онколога в УЗ «ГОКОД»: поствоспалительные изменения (0,4 %). Можно сделать вывод, что на данном этапе развития современной диагностики онкологической патологии легких наиболее эффективной является низкодозовая КТ ОГК.

Также, основываясь на результатах исследования, следует, что заболеваемость и смертность от РЛ выше у сельской части населения, преимущественно среди мужчин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Московский скрининг: скрининг рака легкого с помощью низкодозовой компьютерной томографии / С. П. Морозов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27. – С. 630–636.
2. Новые возможности скрининга рака легкого / А. А. Барчук [и др.] // Поволжский онкологический вестник. – 2011. – № 1. – С. 17–18.
3. Николаев, А. Е. Применение системы LUNG-RADS в скрининге рака легкого: методические рекомендации / А. Е. Николаев, А. П. Гончар. – М.: Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы, 2020. – 24 с.

4. Lung cancer screening by nodule volume in Lung-RADS v1.1: negative baseline CT yields potential for increased screening interval / Mario Silva [et al.] // European Radiology. – 2021. – № 31. – P. 1956–1968.

5. О проведении организованного скрининга рака легкого в Гомельской области: приказ Главного управления по здравоохранению от 8 апреля 2022 г. № 428.

УДК 616.352-006.6

М. Д. Романова

Научный руководитель: доцент А. В. Каравай

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

СТРУКТУРА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Введение

Злокачественные новообразования анального канала считаются сравнительно редким заболеванием и составляют не более 6 % от новообразований аноректальной зоны [1]. Не смотря на относительно редкую патологию, рак анального канала отличается агрессивным течением, что обусловлено также склонностью этого заболевания к быстрому и интенсивному метастазированию, которое происходит, прежде всего, по лимфатическим путям.

Этиопатогенез данного заболевания является ступеньчатым и многофакторным. Считается, что развитие рака анального канала связано с носительством вирусов папилломы человека онкогенных типов (16, 18 и др.), частой сменой и числом половых партнеров на протяжении жизни, генитальными бородавками, курением, рецептивным анальным сексом и ВИЧ-инфицированностью. С точки зрения этиологии, поражение анального канала имеет больше сходства со злокачественными новообразованиями женских половых органов, чем с опухолями желудочно-кишечного тракта [2].

В клинической картине изначально появляются кровянистые выделения, затем возникают боли в анальном канале и только после этого появляются нарушения функции кишечника в виде тенезмов и запоров. Несмотря на яркие клинические проявления диагностика рака анального канала затруднена в связи с широким спектром клинических проявлений и отсутствием патогномичных симптомов. Большинство больных злокачественными новообразованиями анального канала (до 70 %) страдают фоновыми проктологическими заболеваниями, своевременное выявление карциномы возможно только при тщательном анализе каждого симптома и данных пальцевого исследования [3].

Цель

Провести анализ статистических данных пациентов, взятых на учет со злокачественными новообразованиями анального канала в Гродно и Гродненской области и изучить частоту встречаемости рака анального канала.

Материал и методы исследования

За период 2004–2021 гг. был проведен ретроспективный анализ 43 пациентов, с использованием канцер-регистра и медицинской документации.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследований всего было выявлено 43 пациента. Все пациенты были распределены по полу: из 43 пациентов мужчин – 7 (16,2 %), женщин – 36 (83,7 %).

Возрастной диапазон среди женщин варьируется от 35 до 88 лет, от 35 до 50 лет – 7 человек (19,4 %), от 51 до 65 лет – 15 человек (41,7 %), от 65 до 88 лет – 8 человек (22,2 %). Среди мужчин – от 54 до 81 лет. Из которых от 60 до 80 – 5 человек.