

В. И. Дымович, Е. Н. Бараболкина

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ РАК ТЕЛА МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Введение

Эффективное обезболивание в послеоперационном периоде помогает значительно повысить качество жизни, способствует ранней мобилизации, помогает предотвратить ряд осложнений и хронические боли. Для борьбы с болевым синдромом применяют как опиоидные, так и неопиоидные анальгетики. Уделение большего внимания неопиоидным препаратам улучшает состояние пациентов и способствует скорейшему функциональному восстановлению после оперативного вмешательства [1]. Особое внимание следует уделять профилактике венозной тромбоэмболии, которая является основным риском у онкогинекологических пациенток с частотой до 3–4 % при раке шейки матки, 4–9 % при раке тела матки и 17–38 % при раке яичников. По результатам ряда зарубежных исследований более высокий индекс массы тела, возраст, хирургическое вмешательство на органах малого таза, получение химиотерапии, послеоперационная гиподинамия и прием глюкокортикоидов были идентифицированы как независимые факторы риска венозной тромбоэмболии и являются общими для женщин, перенесших гинекологические операции, особенно по поводу рака [2, 3].

При выполнении хирургического вмешательства имеется риск инфекции хирургического разреза, которые развиваются в течение 30 дней после операции, что в свою очередь требует надлежащей антибиотикопрофилактики для борьбы с кожной флорой [4, 5].

Цель

Проанализировать вспомогательную медикаментозную терапию у пациенток с диагнозом рак тела матки в послеоперационном периоде

Материал и методы исследования

В ходе настоящего исследования методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 35 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» с диагнозом рак тела матки за период январь – март 2023 года. Ввиду распределения данных близких к нормальному, для оценки количественных показателей использовалась медиана (Me), первый и третий квартили [Q1; Q3]. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 10.0 2011 года.

Результаты исследования и их обсуждения

В исследуемую группу вошли 35 женщин, возраст которых по медиане составил 65 лет [59; 68]. Среднее количество койко-дней, проведенное пациентками в стационаре, составило 16,7 дней.

В качестве хирургического лечения тотальная гистероэктомия с билатеральной сальпингоофорэктомией была выполнена в 100 % случаях, в том числе 27 (77 %) с тазовой лимфаденоэктомией и 4 (11,4 %) с оментэктомией.

В послеоперационном периоде в 100 % случаях проводилась инфузионная терапия, а также анальгезия с применением инъекционных форм препаратов, из которых: ненаркотические анальгетики и их комбинации использовались в 32 (91,4 %) случаях, наркотические – в 3 (8,6 %) случаях. В качестве протекторной терапии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в 33 (94,3 %) случаях применялся блокатор H₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин), в 34 (97 %) случаях также были использованы ингибиторы протонной помпы (омепразол). У 29 (82,9 %) пациенток в качестве антикоагулянтной терапии использовались низкомолекулярные гепарины (фрагмин, эноксапарин) в профилактической дозировке, у 2 (5,7 %) пациенток гепарин и у 3 (8,6 %) использовался антиагрегант (аспирин). Подробный анализ препаратов вспомогательной терапии использовавшихся в послеоперационном периоде представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Перечень лекарственных препаратов и частота их использования у пациенток в послеоперационном периоде

Наименование лекарственного препарата	Частота использования
Кеторолак	33 (94 %)
Анальгин	31 (88,6 %)
Промедол	3 (8,6 %)
Димедрол	30 (85,7 %)
Ранитидин	33 (94 %)
Омепразол	34 (97 %)
Фрагмин	28 (80%)
Эноксапарин	1 (2,9 %)
Гепарин	2 (5,7 %)
Аспирин	3 (8,6 %)
Эуфиллин	26 (74,3 %)
Папаверин	19 (54,3 %)
Цефазолин	5 (22,8 %)
Ципрофлоксацин	1 (2,9 %)
Метронидазол	1 (2,9 %)
Нитроглицерин	3 (11,4 %)
Прозерин	3 (8,6 %)
Метоклопрамид	4 (8,6 %)
Преднизолон	1 (2,9 %)
Каптоприл	1 (2,9 %)
Калий поляризующая смесь	4 (8,6 %)

У 6 (17,1 %) пациенток в послеоперационном периоде использовалась дистанционная лучевая терапия на ложе опухоли и зоны регионарного метастазирования, режимом 5 раз в неделю. Среднее значение суммарной очаговой дозы составило 45 Гр, разовой очаговой дозы – 2 Гр.

Вывод

В ходе анализа вспомогательной медикаментозной терапии у пациенток в послеоперационном периоде установлено, что в качестве анальгезирующих препаратов предпочтение отдается ненаркотическим анальгетикам и их комбинациям – в 91,4 % случаях. Для протекторной терапии ЖКТ преимущественно используется омепразол в комбинации с ранитидином – в 97 % случаях. При профилактике венозной тромбоэмболии чаще исполь-

зуются фрагмин – в 80 % случаях, и значительно реже гепарин – в 5,7 % случаях. Помимо интраоперационной антибиотикопрфилактики 8 (22,9 %) пациенткам потребовалась антибактериальная терапия, преимущественно цефалоспоридами I поколения (цефазолин).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Enhanced Recovery in Gynecologic Surgery / Kalogera, Eleftheria MD [at all] // *Obstetrics & Gynecology*. – August 2013. – № 122 (2 PART 1). – P. 319–328.
2. Development and validation of a predictive model for chemotherapy-associated thrombosis / Khorana, Alok A. [et al.] // *Blood: Clinical Trials & Observation*. – May 15. – 2008 – № 111 (10). – P. 4902–4907.
3. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update / Gary H. Lyman [at all] // *Journal of Clinical Oncology* 31. – June 10, 2013. – № 17. – P. 2189–2204.
4. Semuloparin for Thromboprophylaxis in Patients Receiving Chemotherapy for Cancer / Giancarlo Agnelli [et al.] // *N Engl J Med*. – February 16, 2012. – № 366. – P. 601–609.
5. Prevention of Infection After Gynecologic Procedures: ACOG Practice Bulletin // *Obstetrics & Gynecology*. – June 2018. – Number 195(6). – P. e172–e189.

УДК 616.5-006.81-036.2:53.09

А. С. Жамойдик, В. В. Афанасьев

Научный руководитель: к.м.н., доц. Е. А. Шляхтунов

Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ: ВЛИЯНИЕ УФ-ИНДЕКСА И ТУРИЗМА

Введение

Проведен анализ динамики локализации меланомы в зависимости от пола за 10 лет (2011–2020 гг.). В сочетании с оценкой динамики УФ-индекса, а также его влияние на жителей Витебской области, определен процент отдыхающих жителей Витебска за исследуемый период.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболеваемость меланомой кожи за последние 50 лет возросла в 7 раз (со смертельным исходом в половине всех случаев). Ежегодно во всем мире регистрируется свыше 130000 случаев заболевания меланомой, более 60 тысяч человек погибают от злокачественных новообразований кожи, в том числе меланомы – 48 000. [1]

Согласно данным статистики, Республика Беларусь относится к странам с низким уровнем заболеваемости и смертности от меланомы, по сравнению с другими странами. Основополагающим фактором для развития меланомы является ультрафиолетовое излучение (УФИ). В небольших дозировках солнечный свет оказывает благоприятное воздействие на обменные процессы в организме человека, однако в это же время чрезмерное пребывание негативно сказывается на состоянии кожи, а так же повышает риск развития меланомы. Опасность УФИ для кожи человека определяется УФ-индексом. Данный показатель зависит от географической широты, состояния и степени загрязнения атмосферы.

Значения УФ-индекса в пределах от 0–2 безопасны, пребывание вне помещения не представляет опасности; при 3–7 требуется дополнительная защита, рекомендуется находиться в тени, защищать открытые части тела одеждой и использовать солнцезащитный крем; от 8 требуется повышенная защита. Полуденные часы лучше пережить в помещении. Обязательно носить одежду с рукавами и пользоваться солнцезащитным кремом.