

Таблица 1 — Частота встречаемости женщин, страдающих раком шейки матки, ассоциированным с ВПЧ (вирус папилломы человека), за период с 2011 по 2016 гг. по данным РНПЦ РМ и ЭЧ

Год	Возрастные группы						Общее количество
	20–25 лет	25–30 лет	30–35 лет	35–40 лет	40–45 лет	45–50 лет	
2011–2012	14 (24,13 %)	20 (34,48 %)	9 (15,51 %)	7 (12,06 %)	5 (8,62 %)	3 (5,17 %)	58
2013–2014	15 (20,83 %)	17 (23,61 %)	19 (26,38 %)	12 (16,66 %)	8 (11,11 %)	1 (1,38 %)	72
2015–2016	11 (22,44 %)	19 (38,77 %)	11 (22,44 %)	6 (12,24 %)	1 (2,04 %)	1 (2,04 %)	49

Из полученных данных следует, что наибольшее количество женщин, страдающих дисплазиями шейки матки ассоциированным с ВПЧ, за период 2011–2012 гг. находится в возрастной группе 25–30 лет (34,48 %). В период за 2013–2014 гг. большее количество пациенток с раком шейки матки, ассоциированным с ВПЧ, находятся в возрастной группе 30–35 лет (26,38 %). А за период с 2015 по 2016 гг. большее количество заболевших находятся в возрастной группе от 20 до 30 лет (38,77 %). Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программы «Excel».

Выводы

В клинической практике выделяют несколько видов нарушений пролиферации: эпителиальная и папиллярная. При эпителиальной дисплазии участки измененных тканей имеют белесовато-розовый цвет, сами участки полигональной формы, разграниченны линиями ярко-розового или красного цвета. В гистологических препаратах измененные поля определяются в виде комплексов дисплазированного многослойного сквамозного эпителия. При папиллярной дисплазии измененные ткани имеют вид серо-розовых участков слизистой оболочки шейки матки, с четкими контурами и множеством мноморфных красных точек одинаковой формы, величины и уровня расположения [3].

Высокая частота сопутствующих гинекологических заболеваний, вирусная инфекция, частая смена половых партнеров и гормональных нарушений у молодых женщин с развившимися диспластическими процессами шейки матки свидетельствует о необходимости ранней диагностики изменений в эпителии шейки матки с целью предотвращения развития злокачественных новообразований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевская, Л. Н. Гинекология: учеб. пособие / Л. Н. Василевская. — Ростов и/Д.: Феникс, 2002. — 576 с.
2. Кулаков, В. И. Гинекология: учебник / В. И. Кулаков. — М.: Медицинское информационное агенство, 2005. — 616 с.
3. Новикова, Е. Г. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки / Е. Г. Новикова; под ред. В. Н. Прилепской // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. — М.: МЕДпресс, 2000. — С. 153–159.

УДК 661.441-006.441

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Медведев М. А., Губко А. Ю., Сенникова А. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. И. Михайлова

Учреждение образования

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

Введение

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) являются одними из самых распространенных лимфопротиферативных заболеваний, различающихся по морфологическому строению, клинической картине, ответу на терапию и прогнозу [1, 2]. В 2008 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала классификацию НХЛ с подразделением их на неоплазии В-клеточного, Т-клеточного и НК-клеточного генеза [3]. За последние 40 лет подходы

к лечению НХЛ претерпели изменения от назначения лучевой терапии в 1960–1980 гг. и монокимиотерапии алкилирующими цитостатическими препаратами (хлорамбуцил, циклофосфамид) до курсов полихимиотерапии (ПХТ) по схемам СНОР, R-СНОР СVP, FCM, СНОЕР и прочих и высокодозовой химиотерапии с трансплантацией костного мозга. Использование современных протоколов лечения больных с НХЛ позволяет увеличить уровень общих ответов на терапию, общую выживаемость больных, длительность ремиссии и снизить вероятность возникновения рецидива [4].

Цель

Провести анализ фармакологической терапии у пациентов с неходжкинскими лимфомами.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы 81 медицинская карта стационарных пациентов онкологического диспансера с неходжкинскими лимфомами за период 2015–2016 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе медицинских карт были выявлены В-клеточные лимфомы и Т-клеточная лимфома. Частота встречаемости НХЛ и схема лечения представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости НХЛ и схема лечения

Гистологический тип	Частота встречаемости	
	2015 г., n = 37	2016 г., n = 44
В-клеточная лимфома	89,19 % (33)	88,64 % (39)
Т-клеточная лимфома	10,81 % (4)	11,36 % (5)

Наиболее часто встречающейся гистологической формой в 2015 г. являлась В-клеточная лимфома. Она была отмечена у 33 (89,19 %) пациентов из 37. За период 2016 г. было проанализировано 44 пациента и 39 (88,64 %) из них оказались с В-клеточным вариантом НХЛ. Т-клеточные лимфомы выявлялись гораздо реже. Так, в 2015 г. было выявлено только 4 (10,81 %) пациента из 37 изученных человек. В 2016 г. количество таких пациентов равнялось 5 (11,36 %) из 44 изученных.

Основным методом лечения В-клеточных НХЛ у пациентов в 2015–2016 гг. была химиотерапия по схеме R-СНОР. Лечение проводилось короткими курсами с интервалами в 2–3 недели. Особенностью лечения являлось определение чувствительности опухоли к каждому конкретному виду химиотерапии. Для этого проводили не менее двух циклов лечения. При отсутствии эффекта после двух циклов обоснован переход на другой режим химиотерапии. Назначалось 8 курсов химиотерапии по схеме R-СНОР. В схему R-СНОР согласно протоколам лечения онкологических заболеваний В-клеточных лимфом входят: ритуксимаб — 375 мг/м² внутривенно (первые 50 мг в течение часа, в дальнейшем скорость инфузии увеличивали на 50 мг/ч каждые 30 мин, доводя до максимальной скорости 400 мг/ч); винкристин — 1,4 мг/м² (максимально 2 мг) внутривенно струйно; циклофосфамид — 750 мг/м² внутривенно в течение 60 мин; доксорубин — 50 мг/м² внутривенно в течение 60 мин; преднизолон — 60 мг/м² [5].

Основным методом лечения и терапией первой линии Т-клеточных НХЛ у пациентов в 2015–2016 гг. была также химиотерапия по схеме R-СНОР. Все пациенты с Т-клеточной лимфомой имели ангиоиммунобластную форму заболевания, которая характеризуется агрессивным течением. В качестве гормонотерапии в начале лечения использовался преднизолон (30–40 мг в сутки в сутки в течение 7–10 дней), который входит в схему R-СНОР. При развитии агранулоцитоза переходили на схему СНОР с отменой ритуксимаба. Вопрос о проведении высокодозной химиотерапии с трансплантацией аутологичных стволовых клеток и лучевой терапии не решался.

При проведении курсов химиотерапии всем пациентам с диагнозом НХЛ назначалась сопроводительная терапия: амоксициллин (по 500–750 мг 2 раза в день); флуконазол (150 мг 1 раз в день) с целью профилактики осложнений.

За период 2015–2016 гг. из 81 пациента у 4 (10,38 %) человек обнаружена лимфома Беркитта, что является НХЛ высокой степени злокачественности и входит в группу В-

клеточных лимфом. Химиотерапия лимфом Беркитта начиналась с введения цитостатиков на фоне непрерывной гидратации (1,5–2 л/м²), затем вводился метотрексат (в течение первых 30 мин в 10 % от расчетной дозы препарата, затем в течение 23,5 ч — оставшаяся расчетная доза). Через 42 ч от начала введения метотрексата вводят антидот — кальция фолинат (каждые 6 ч). Доза кальция фолината корректируется в зависимости от скорости выведения метотрексата, то есть уровня метотрексата в сыворотке крови [6].

Выводы

Таким образом, подходы к лечению НХЛ к настоящему времени претерпели изменения. Стандартом терапии Т- и В-клеточных лимфом на сегодняшний день является химиотерапия с добавлением моноклонального антитела ритуксимаб — схема R-СНОР. С целью профилактики осложнений химиотерапии используются антибактериальные, противогрибковые препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пивник, А. В. Лимфомы у ВИЧ-инфицированных больных: обзор литературы / А. В. Пивник, М. В. Туманова, Н. В. Серегин // Клиническая онкогематология. — 2013. — Т. 7, № 3. — С. 3–10.
2. Неходжжинские лимфомы [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/5165336>. — Дата доступа: 16.03.2018.
3. Неходжжинские лимфомы — диффузная В-крупноклеточная лимфома [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://medbe.ru/materials/leukemiya-i-leukozy-belokrovie/nehodzhzhinskie-limfomy>. — Дата доступа: 16.03.2018.
4. Эффективность терапии пациентов с неходжжинскими лимфомами с использованием препарата ритуксимаб [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.clinicaloncology.com.ua/article=1839>. — Дата доступа: 12.03.2018.
5. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований [электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://omr.by/assets/doc/spec8/41 Non Hodgkin s Lymphoma.pdf](http://omr.by/assets/doc/spec8/41%20Non%20Hodgkin%20s%20Lymphoma.pdf). — Дата доступа: 12.03.2018.
6. Berzofsky, J. A. Strategies to use immune modulators in therapeutic vaccines against cancer / J. A. Berzofsky, M. Terabe, L. V. Wood // Semin Oncol. — 2012. — Vol. 39, № 3. — P. 348–357.

УДК 616-391.06-089-052+613.2.032.33

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Медведев М. А., Лазаренко Т. А.

Научный руководитель: к.м.н, доцент В. И. Батюк

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Постреанимационная болезнь — это комплекс патологических изменений, включающих осложнения реанимации и болезни оживления организма [1]. В основе реанимационной болезни лежит гипоксия. На фоне недостатка кислорода нарушается трофика тканей и происходит ряд дегенеративных изменений, зачастую необратимых. Критериями эффективности проведения лечебного питания служат сохранение массы тела, купирование белково-энергетической недостаточности и метаболических нарушений. Парентеральная нутритивная поддержка проводится, преимущественно, в отделениях интенсивной терапии [2].

Цель

Провести анализ основных методов нутритивной поддержки пациентов с постреанимационной болезнью и донести важность проведения данных мероприятий.

Материал и методы исследования

Использовались справочники по основным видам нутритивной поддержки, монографии и обзор научных статей.

Результаты исследования и их обсуждение

Нутритивную поддержку следует начинать в первые 24–48 ч после стабилизации состояния пациента. Под парентеральным питанием понимают способ введения необходимых организму нутриентов, минуя желудочно-кишечный тракт, непосредственный в кровь [3]. Парентеральное питание может быть дополнительным, когда применяется в сочетании с зондовым или пероральным питанием, и полным, когда все нутриенты вводятся только внутривенно.