

Таблица 1 — Локализация меланомы кожи при различном способе первичного выявления

Анатомическая зона	Способ выявления		
	Самостоятельное обращение, n = 53	Профилактический осмотр, n = 23	Обнаружение третьим лицом, n = 10
Туловище, n = 44	23 (43 %)	13 (57%)	8 (80 %)
Конечности, n = 27	18 (34 %)	9 (39%)	2 (20 %)
Голова и шея, n = 15	12 (23 %)	1 (4%)	—

Среднее время от начала заболевания до обращения к врачу составляло 230 недель. Средний анамнез заболевания (период от начала наблюдаемых изменений до обращения в медицинское учреждение) — 38 недель.

#### Выводы

Можно отметить более частое выявление МК на туловище при профосмотре по сравнению с самостоятельным обнаружением, а также более частое самостоятельное обнаружение МК на конечностях, голове и шее по сравнению с профосмотром. Различие в парах сравнения не является статистически значимым,  $p > 0,05$ , возможно, сказалось недостаточное количество наблюдений.

Выявление МК при профилактическом осмотре произошло при посещении онколога или дерматолога (в том числе частной клиники) в 11 наблюдениях из 23 (48%). Пациенты, которые выявили подозрительное ПО самостоятельно или по инициативе третьих лиц, обращались к следующим специалистам: онколог (21), терапевт или хирург поликлиники (27), дерматолог (8), специалист частной клиники (7). Таким образом, доля лиц, обратившихся к онкологу или дерматологу самостоятельно, составила 57 %. Число визитов в лечебные учреждения до начала лечения при первом обращении к дерматологу или онкологу составило 1 или 2 в 37 случаях из 47 (79 %). Аналогичный показатель при обращении к другим специалистам составил 22 из 39 (56 %). Частота случаев с необходимостью дополнительных визитов в лечебное учреждение была меньше при первичном обращении к онкологу или дерматологу, чем к другим специалистам, различие по данному критерию является статистически значимым,  $p < 0,05$ .

После обращения к специалисту были использованы такие методы диагностики, как осмотр и пальпация ПО (86 случаев), дерматоскопия (16), биопсия ПО до направления в специализированное учреждение (9). Дерматоскопия и биопсия были применены при обращении к онкологу или дерматологу в 18 случаях, при обращении к остальным специалистам — в 4 случаях (в ряде наблюдений были востребованы оба метода).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Erdei, E. A new understanding in the epidemiology of melanoma / E. Erdei, S. M. Torres // Expert review of anticancer therapy. — 2010. — Vol. 10(11). — P. 1811–1823.
2. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь 2007–2016 гг. / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017.
3. Curiel-Lewandrowski, C. Screening and Prevention Measures for Melanoma: Is There a Survival Advantage? // Current oncology reports. — 2012. — Vol. 14(5). — P. 458–467.

УДК 616.345-006-036.82-052

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Тарасик Е. И., Кухта В. В.

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

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

#### Введение

Радикальным методом лечения пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны является хирургический (панкреатодуоденальная резекция (ПДР)).

Наличие таких осложнений резекции желудка при гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР), как медленное восстановление массы тела пациентов и демпинг-синдром, ведут к высокому проценту послеоперационных дисфункциональных результатов. Это увеличивает время реабилитации больных, снижает их качество жизни и ограничивает социальную активность [1].

Для изучения качества жизни пациентов после ПДР используются различные опросники. Самыми распространенными являются опросник Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC) «EORTC-QLQ-C30, version 3.0», а также опросник «MOS SF-36» (Medical Outcomes Study Short Form-36) [2].

### **Цель**

Оценить качество жизни пациентов после панкреатодуоденальной резекции.

### **Материал и методы исследования**

Для оценки качества жизни пациентов после панкреатодуоденальной резекции проводился индивидуальный опрос, который включал в себя 26 вопросов с вариантами ответа «совсем нет» (1 балл), «не часто/не много» (2 балла), «довольно часто/много» (3 балла), «очень часто/много» (4 балла). Предложенные вопросы включали оценку болевого синдрома, степени выраженности диспепсии и нарушения психологического состояния пациентов.

Было опрошено 3 пациента по основным нозологиям, которые представляют интерес: первый пациент с диагнозом рак головки поджелудочной железы; второй — с диагнозом хронический панкреатит; третий пациент перенес ПДР 18 лет назад.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Первый пациент, женщина, 52 года с диагнозом рак головки поджелудочной железы. Была госпитализирована в связи с плановой ПДР. Больная оперирована больше 3 лет назад.

В результате нашего опроса было выявлено, что болевой синдром пациентка оценивала на 1–2 балла, указывая, что боль чаще возникала ночью. Дискомфорт, вздутие, диспепсия, метеоризм — симптомы, на которые пациентка чаще всего обращала внимание. Их выраженность она оценивала в 3 балла («довольно часто/много»). Также пациентка отмечала зуд кожи, изменение ее цвета, а также учащение актов дефекации. Это может быть связано с экзогенной ферментативной недостаточностью ПЖ. Кроме того, сухость во рту является симптомом послеоперационного сахарного диабета, который возник у пациентки в связи с резекцией.

Пациентка отметила, что очень часто беспокоилась о состоянии своего здоровья, однако этот никак не повлияло на ее жизнедеятельность (отсутствие отращения к своему телу, снижения потребности в сексе, избегания встреч с друзьями и мероприятий). Психологическое состояние пациентки расценено как нормальное.

Второй пациент, мужчина, 59 лет с диагнозом псевдотуморозный панкреатит. Госпитализация в связи с плановой ПДР.

В результате индивидуального опроса выявлено, что выраженность болевого синдрома и диспепсии была низкая. Пациент оценивал болевой синдром в 1–2 балла. Боль возникала редко, преимущественно в спине. Симптомы диспепсии пациент оценил также в 1–2 балла, указывая, что чаще всего возникали дискомфорт в брюшной полости, вздутие живота, метеоризм, учащение актов дефекации.

Анализ психологического состояния указал, что у данного пациента выраженность психологических симптомов находится на среднем уровне, и расценивается пациентом в 2 балла («не часто/не много»). Так, пациент указал, что иногда ощущал себя менее привлекательным, был недоволен своим телом, переживал о будущем здоровье, ограничивал планирование мероприятий и встреч, испытывал потерю к сексу и снижение удовольствия от жизни.

Таким образом, сравнив данные двух пациентов с различной нозологией, можно отметить, что выраженность соматических симптомов была выше у пациентки с раком ПЖ, однако ухудшение психологического состояния отмечено у пациента с ХП. Данные результаты говорят о том, что на состояние и самочувствие пациентов влияет не столько само заболевание, сколько индивидуальный настрой и приверженность к лечению. Общеизвестно, что работа с психологическим состоянием пациентов является важным звеном в лечении любой патологии.

Анализ литературных источников указывает, что психосоматическое состояние пациентов после ПДР со временем улучшается. Это подтверждается в исследовании Т.И. Прохоренко [2], в котором с целью изучения качества жизни были сформированы 2 группы больных. Первая группа ( $n = 14$ ) включала пациентов, у которых с момента выполненной ПДР прошло от 6 до 11 месяцев, вторая группа ( $n = 17$ ) включала больных, у которых с момента операции прошел 1 год и более. Вторая группа пациентов разделена на две подгруппы: первая включала больных, которым выполнена ПДР по поводу рака головки ПЖ ( $n = 10$ ), во вторую подгруппу были включены больные, которым выполнена ПДР по поводу ХП ( $n = 7$ ).

Анализ показал, что уровень качества жизни больных в ранние сроки после операции (6–11 месяцев) хуже, чем через 1 год и более. У 14 (100 %) больных через 6–11 месяцев после операции уровень депрессии по опроснику Бэка соответствовал умеренной. Физическая активность, равная 1 баллу (т. е. имеются симптомы заболевания, но состояние ближе к нормальному), выявлена у 64,3 % больных; 35,7 % имели физическую активность равную 2 баллам (т. е. больше 50% дневного времени больной проводит не в постели, но нуждается в отдыхе лежа). Через один год и более (17 больных, 100 %) уровень депрессии соответствовал легкой. Нормальную физическую активность (0 баллов) имели 52,9 % пациентов, физическую активность, равную 1 баллу — 41,2 % больных, и у одной пациентки, с прогрессированием заболевания, физическая активность была 2 балла.

По анализу опросника Спилбергера изменения показателей с увеличением времени с момента операции получено не было. Через 6–11 месяцев после ПДР 10 пациентов имели низкую реактивную тревожность, 4 — умеренную. Через 1 год и более низкая реактивная тревожность наблюдалась у 12 больных, умеренная — у 4, высокая — у 1 больной. Выраженность болевого синдрома с течением времени достоверно не снижалась.

При анализе качества жизни после ПДР в зависимости от нозологической формы были получены следующие результаты: уровень качества жизни больных, перенесших операцию по поводу рака головки ПЖ, ниже, чем у больных, которые прооперированы по поводу ХП. Выявлены статистически значимые различия по физической активности ( $p = 0,02$ ), уровню тревожности ( $p = 0,02$ ) и депрессии ( $p = 0,01$ ).

Через 1 год после операции 6 (85,7 %) больных с ХП имели нормальную физическую активность, тогда как при раке головки ПЖ только 3 (30 %). Это может быть связано с получением химиотерапии в первые 6 месяцев после операции.

При исследовании психического статуса было выявлено, что практически у всех больных с ХП депрессия на момент обследования отсутствовала, легкая депрессия была у 1 больного, а также у всех больных наблюдалась низкая реактивная тревожность. При исследовании аналогичных показателей у больных с онкопатологией билиопанкреатодуоденальной зоны через 1 год и более после операции получены следующие результаты: легкая депрессия выявлена у 1 человека; умеренная — у 4; тяжелая — у 2; депрессии нет у 3 пациентов. Тяжелая депрессия наблюдалась у больных, у которых диагностировали прогрессирование заболевания. Низкая реактивная тревожность выявлена только у 5 пациентов; умеренная — у 4; высокая — у 1 пациента.

Третьему пациенту (68 лет) 18 лет назад (2003 г.) была проведена ПДР. Выраженность болевого синдрома и диспепсии пациент оценивал в 1 балл («совсем нет»). Редкими симптомами были метеоризм (2 балла) и чувство слабости в руках и ногах (3 балла). Стоит отметить, что данное ощущение отмечали и пациентка с раков головки ПЖ, и пациент с ХП.

Психологическое состояние пациента, по данным анкетирования, находится в норме. Однако пациент отмечает некоторое снижение удовольствия от жизни (2 балла).

#### **Выводы**

Исходя из вышеизложенного, можно отметить, что характер перенесенного лечения оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов с заболеваниями панкреатодуоденальной зоны. Одним из важнейших факторов были интенсивность болевого синдрома и психическое состояние пациентов. Модификация и усовершенствование опросников позволят более углубленно изучить данный вопрос и улучшить жизнедеятельность пациентов после ПДР.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Исследование качества жизни пациентов после гастропанкреатодуоденальной резекции и панкреатодуоденальной резекции с сохранением привратника в разные сроки после операции / Н. Ю. Коханенко [и др.] // Педиатр. — 2015. — Т. 6, № 3. — С. 48–51.

2. Качество жизни больных хроническим панкреатитом с функциональной недостаточностью поджелудочной железы / Д. С. Бордин [и др.] // Доктор.ру. — 2014. — № 3 (91). — С. 54–59.

**УДК 616-006.6-052-021.3«2020»**

### **АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПЕРВИЧНО ОБРАТИВШИХСЯ ПАЦИЕНТОВ НА УЧАСТКЕ ГУЗ «ГОМЕЛЬСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ЗА 2020 Г.**

**Филиппова А. Д., Сарока Е. Г., Попкова А. Ю.**

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

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

#### **Введение**

По данным официальной медицинской статистики, в Республике Беларусь злокачественные новообразования составляют менее 1 % всей первичной заболеваемости населения, занимая 13-е место. Однако среди причин, приводящих к инвалидности и смерти, они неизменно занимают 2-е место, уступая лишь заболеваниям сердечно-сосудистой системы. [1] Это подтверждает, что злокачественные новообразования находятся в ряду ведущих медико-социальных проблем современности.

Одной из основных задач онкологии являются эпидемиологические исследования и, как основополагающий их компонент, дескриптивная эпидемиология [2].

Таким образом, динамика онкологической заболеваемости, изменения темпов роста или частоты рака отдельных локализаций являются свидетельством появления в среде обитания популяции новых или изменения содержания старых канцерогенных или антиканцерогенных агентов [3].

#### **Цель**

Изучить распространённость, частоту встречаемости, а также характер распределения различных видов онкологической патологии среди первично обратившихся пациентов на участке ГУЗ ГЦП за 2020 г.