

Оценка косметического результата по ВАШ в нашем материале не имела статистически значимого различия у пациентов, которым было выполнено хирургическое лечение и лучевое лечение, коэффициент *t* Стьюдента составил 0,66, *p* = 0,513. При этом доля пациентов с оценками менее 7 баллов выше у лиц, которым выполнено лучевое лечение, чем у тех, кому выполнено хирургическое лечение. Различие является статистически значимым, *p* < 0,001.

Полученные данные свидетельствуют о том, что лучевое и хирургическое лечение РГ позволяет достичь сопоставимых косметических результатов. В то же время, послеоперационные осложнения и выраженные острые лучевые реакции существенно ухудшают качество жизни в процессе лечения и непосредственно после него. Большинство неприемлемых косметических результатов связано с недостаточной эффективностью реконструктивных процедур при хирургическом лечении или развитием поздних эффектов после лучевой терапии. При этом более высокая доля пациентов с оценками ниже 8 баллов после ЛТ свидетельствует о большей вероятности косметических нарушений по истечении длительного времени после лучевой терапии.

Выводы

1. Оценка косметического результата по ВАШ после хирургического лечения составила 8,7 + 0,9, после лучевой терапии — 7,9 + 1,0. В нашем материале различие между этими показателями не является статистически значимым.

2. Доля пациентов с оценкой с результатом менее 8 баллов по ВАШ была более высокой после ЛТ, чем после хирургического лечения, различие является статистически значимым.

3. Оценка косметического результата по ВАШ после операции в зависимости от способа реконструкции составила 8,7 + 0,9 при реконструкции кожно-мышечными лоскутами из остатков НГ, после реконструкции ступенчатыми лоскутами — 8,7 + 1,1. Различие между этими показателями не является статистически значимым.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rafik, A. Lip Cancer: Epidemiologic, Clinical, Evolutive, and Therapeutical Aspects / A. Rafik // J. of Cancer Science and Clinical Oncology. — 2015. — Vol. 2(2). — P. 1–6.
2. Иванов, С. А. Результаты лучевого лечения первичного немеланомного рака нижней губы / С. А. Иванов, Д. В. Окунцев, О. В. Иванова // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 1 (27). — С. 130–136.
3. Baumann, D. Lip reconstruction / D. Baumann, G. Robb // Seminars in Plast Surg. — 2008. — Vol. 22. — P. 269–280.

УДК 616.3-006.6:314.14(476)«2009/18»

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ: ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ КАНЦЕР-РЕГИСТРА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА 2009–2018 ГГ.

Петрошенко А. В., Юшкевич П. Е.

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

Учреждение образования

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

Введение

По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР) заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований гепатопанкреатобилиодуоденальной зоны (ГПБДЗ) неуклонно растет как во всем мире, так и в Республике Беларусь в частности [1].

Цель

Изучить динамику заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований ГПБДЗ населения Республики Беларусь.

Материал и методы исследования

За основу были взяты средние пятилетние грубые интенсивные показатели на 100 тыс. населения о заболеваемости и смертности от злокачественных заболеваний, зарегистрированных в Белорусском канцер-регистре за период с 2009–2018 гг. [2].

Результаты исследования и их обсуждение

В международной классификации болезней 10 пересмотра структуру злокачественных новообразований ГПБДЗ по локализации можно разделить на следующие зоны: печень и внутрипеченочные желчные протоки (МКБ-10: C22), желчный пузырь (МКБ-10: C23), поджелудочная железа (МКБ-10: C25).

Исходя из данных канцер-регистра РБ за исследуемый период уровень заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями ГПБДЗ вырос в разной степени. Наиболее значимым является увеличение заболеваемости раком поджелудочной железы с 10,2 до 11,8. Уровень заболеваемости раком печени и внутрипеченочных желчных протоков и желчного пузыря так же возрос: с 4,3 до 4,9 и с 1,1 до 1,2 соответственно. Данные об уровне заболеваемости злокачественными новообразованиями ГПБДЗ представлены на рисунке 1.

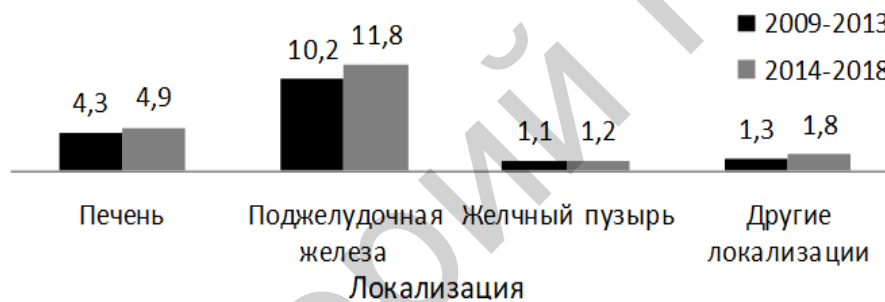


Рисунок 1 — Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями ГПБДЗ

Заболеваемость раком печени и внутрипеченочных желчных протоков, как среди городского, так и среди сельского населения, преобладала у мужчин. За периоды с 2009–2013 по 2014–2018 гг. уровень заболеваемости среди мужчин городского населения вырос на 1,7 (5,4 и 7,1 соответственно), а среди женщин не изменился (3,1). За тот же период уровень заболеваемости среди мужчин сельского населения вырос незначительно (с 6,4 до 6,7), среди женщин незначительно снизился (с 3,4 до 3,2).

Частота заболеваемости раком желчного пузыря среди женского населения была выше чем среди мужского на 1,3 (1,7 и 0,4 соответственно). В том же периоде показатели заболеваемости среди мужчин городского населения изменились незначительно (с 0,4 до 0,5), среди женщин не изменились (1,7). В сельском населении данные показатели среди мужчин и женщин незначительно выросли с 0,4 до 0,5 и с 1,7 до 1,9 соответственно.

Заболеваемость раком поджелудочной железы была более выражена среди мужчин, чем среди женщин, при чем наиболее выраженные показатели были среди сельского населения за 2014–2018 гг. (15 на 100 тыс. сельского населения мужчин и 10,5 на 100 тыс. сельского населения женщин). За весь период исследования заболеваемость среди городского населения мужчин и женщин выросла с 11,5 до 13,5 и с 8,7 до 10, среди сельского населения с 12,8 до 15 и с 9,1 до 10,5 соответственно.

Показатели смертности населения РБ от злокачественных новообразований ГПБДЗ так же изменились. Наибольшим ростом характеризовались показатели смертности от злокачественных новообразований поджелудочной железы (с 8,5 до 9,8). В меньшей степени возросли показатели смертности от рака печени и внутрипеченочных желчных протоков (с 3,5 до 3,9) и рака других и неуточненных отделов желчевыводящих путей (с 0,9 до 1,2). Рост смертности от рака желчного пузыря не отмечался.

Смертность от рака печени и внутрипеченочных желчных протоков среди мужчин преобладала над женщинами как в городском, так и в сельском населении. Показатели смертности среди мужчин городского населения выросли на 1,0 (с 4,6 до 5,6), а среди женщин снизились на 0,1 за тот же исследуемый период (с 2,5, до 2,4). Смертность среди сельских жителей выросла на 0,4 у мужчин (с 5,0 до 5,4) и на 0,3 у женщин (с 2,4 до 2,7).

От рака желчного пузыря значительно чаще умирают женщины (смертность у женщин равна 1,3, у мужчин — 0,3). В период с 2009–2013 по 2014–2018 гг. смертность мужчин городского населения незначительно увеличилась (с 0,3 до 0,4), женская смертность и смертность сельских жителей осталась на прежнем уровне (1,3 среди женщин городского населения, 0,3 среди мужчин сельского населения и 1,3 среди женщин сельского населения).

Смертность от рака поджелудочной железы преобладала среди мужчин над женщинами в городском и сельском населении. Данные о смертности за период исследования увеличились как в городском населении среди мужчин (с 9,9 до 11,5) и женщин (с 7,0 до 8,1), так и в сельском населении среди мужчин (с 10,4 до 13,1) и женщин (с 7,6 до 8,1).

Динамика роста заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований печени и поджелудочной железы представлена на рисунке 2.

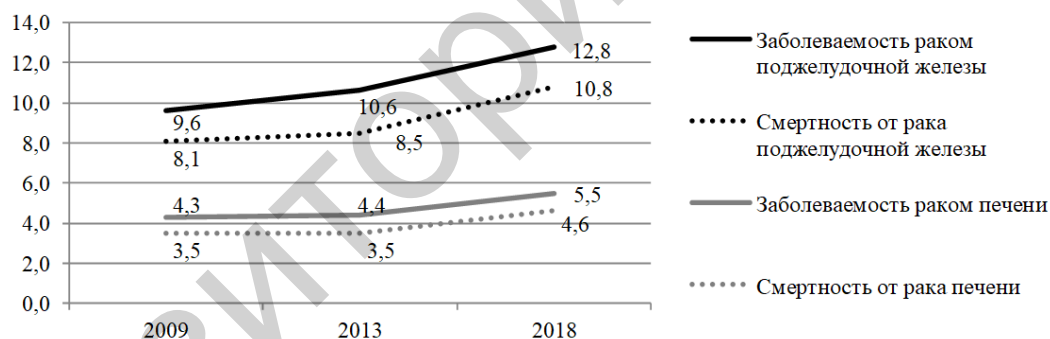


Рисунок 2 — Динамика роста заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований печени и поджелудочной железы

Уровень заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями почти всех локализаций ГПБДЗ в сельском населении был выше, чем в городском. Исключение составлял лишь рак желчного пузыря, частота заболеваемости им в городском населении равнялась частоте в сельском, а частота смертельных исходов была незначительно больше в городском.

Согласно данным Белорусского канцер-регистра отношение смертности к заболеваемости злокачественных новообразований печени за 2009 г. составило 81,4, за 2013 г. — 79,5 и за 2018 г. — 83,6. Данные по отношению смертности к заболеваемости от злокачественных заболеваний поджелудочной железы за 2009 г. составили 84,4, за 2013 г. — 80,2 и за 2018 г. — 84,4.

Показатели отношения смертности к заболеваемости злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков и поджелудочной железы представлены на рисунке 3.

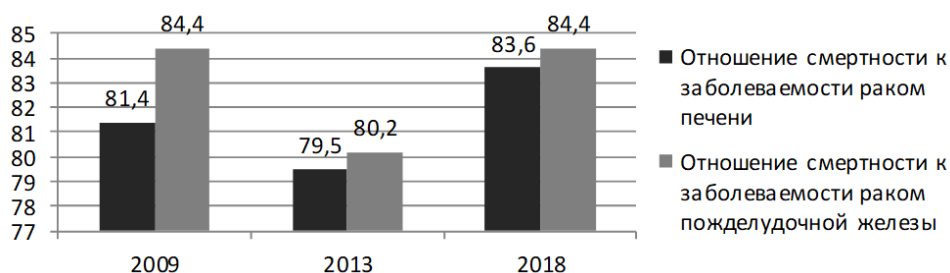


Рисунок 3 — Отношение показателей смертности к заболеваемости злокачественными новообразованиями печени и поджелудочной железы

Выводы

Проанализировав данные канцер-регистра Республики Беларусь можно отметить повышение грубых интенсивных показателей как заболеваемости, так и смертности от злокачественных новообразований всех локализаций ГПБДЗ.

Наибольшим ростом характеризовались показатели заболеваемости и смертности раком поджелудочной железы. Показатели заболеваемости и смертности от рака желчного пузыря увеличились незначительно.

Грубые интенсивные показатели заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований ГПБДЗ среди сельского населения были выше, чем среди городского, что свидетельствует о преобладании возрастных (естественное старение) причин злокачественных новообразований среди сельского населения.

Несмотря на совершенствование технологий лечения и продления жизни онкологических пациентов показатели отношения смертности к заболеваемости злокачественных новообразований печени за исследуемый период возросли.

ЛИТЕРАТУРА

1. IARC /A/ WHO. Classifies Radiofrequency Electromagnetic Fields as Possibly Carcinogenic to Humans // PRESS RELEASE № 208, 31 May 2011.
2. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009–2018 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Сукошко. — Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. — С. 83–84.

УДК 618.19-006.6-07(476.2-25) (476.2)

СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН Г. ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Пипченко Р. А., Ничипурук Е. Д., Гулицкий В. А.

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

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

Введение

Рак молочной железы — злокачественная опухоль, исходящая из эпителия ткани молочной железы.

Рак молочной железы (РМЖ) прочно занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости и смертности женского населения в экономически развитых странах мира. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млн вновь выявленных случаев этой болезни, из которых около 4 тыс. случаев — в Республике Беларусь [1].

Риск развития рака молочной железы (РМЖ) у женщин возрастает с возрастом. Около 77 % случаев РМЖ выявляется после 50 лет. У женщин моложе 30 лет данная форма рака встречается в 0,3 % случаев [2].