

об изменении точек и направления воздействия нагрузки на элементы ПДС в связи со смещением центра нагрузки и выпрямления шейного лордоза. При измерении и оценке плотностных показателей костных структур ПДС при КТ-денситометрии по шкале Хаунсфилда (НУ) у пациентов с ОШОП отмечается корреляция этих данных. Во всех случаях при оценке рентгеноденситометрических характеристик костных структур позвоночно-двигательных сегментов у пациентов с ОШОП отмечается корреляция данных между плотностными показателями костной ткани в центральных отделах тел позвонков и дужками на уровне С3 ($r = 0,4$; $p = 0,08$), С4 ($r = 0,5$; $p = 0,006$), С5 ($r = 0,4$; $p = 0,044$), С6 ($r = 0,6$; $p = 0,001$), С7 ($r = 0,5$; $p = 0,006$), что также свидетельствует о закономерностях, существующих между биомеханикой и морфологией костной ткани, в результате многократного воздействия функциональной нагрузки. Плотность компактного слоя костной ткани была выше в задних ($470,5 \pm 48,5$ НУ) в сравнении с передними отделами тел позвонков ($375,4 \pm 52,2$ НУ), что может свидетельствовать о множественном приложении сил механической энергии. Векторы действия внутренних сил механической энергии в монолитном компактном костном слое боковых поверхностей тел позвонков и в губчатом веществе влияют на трансформацию архитектоники костной ткани и изменении формы тела позвонка. Костные трабекулы перестраиваются соответственно траекториям воздействия нагрузки, что ведет к перестройке костной ткани с наличием как участков остеопороза, так и остеосклероза, что свидетельствует о «ремоделирующей силе кости». Кость изменяет свою внутреннюю архитектуру посредством внутритканевого роста и непосредственной перестройки трабекул, а механические факторы оказывают решающее влияние на формирование внешней формы кости [1–5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов, А. Н. Рентгенодиагностика заболеваний костно-суставной системы / А. Н. Михайлов. — Минск: БелМАПО, 2011. — 299 с.
2. Михайлов, А. Н. Способ установки корреляционных связей между плотностью костных структур и стадиями остеохондроза / А. Н. Михайлов, Т. Н. Лукьяненко // Материалы Невского радиологического форума, Санкт-Петербург, 5–7 апреля 2013 г. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2013. — С. 141.
3. Михайлов, А. Н. Минеральная плотность позвоночника при его остеохондрозе / А. Н. Михайлов, Т. Н. Лукьяненко // Материалы VIII Всероссийского Национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «Радиология–2014», Москва, 28–30 мая 2014 г. — М: REJR, 2014. — С. 20–21.
4. Риггз, Б. Л. Остеопороз. Этиология, диагностика, лечение / Б. Л. Риггз, Л. Дж. Мелтон; пер. с англ. — М.; СПб, 2000. — 273 с.
5. Quantitative computed tomography / J. E. Adams // European journal of radiology. — 2009.

УДК 616.37-006.6.-08(476.2)

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Михайлов И. В., Бондаренко В. М., Нестерович Т. Н., Ачинович С. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак поджелудочной железы (РПЖ) характеризуется крайне агрессивным клиническим течением. Занимая 13 место в мире в структуре онкологической заболеваемости, в структуре смертности РПЖ располагается на 8 позиции [1], при этом однолетняя летальность составляет около 80 % [2, 3]. Наиболее часто опухоль локализуется в головке поджелудочной железы (ПЖ), нередко распространяется на магистральные сосуды. Резектабельность РПЖ колеблется от 10 до 30 %, в зависимости от «агрессивности» хирур-

гической тактики [3, 4]. Пятилетняя выживаемость, по данным большинства авторов, колеблется от 5 до 11 %, частота локорегионарного рецидива составляет 75–80 % [3, 4, 5]. Имеются данные об улучшении отдаленных результатов при проведении комплексного лечения РПЖ [3], однако единое мнение об оптимальных режимах адьювантной терапии в настоящее время отсутствует. Целью настоящей работы является анализ отдаленных результатов радикального лечения РПЖ.

Материал и методы исследования

Изучены результаты лечения 95 больных РПЖ, оперированных в абдоминальном хирургическом отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 1994 по 2012 г. Отдаленные результаты прослежены до августа 2014 г. Создана электронная база данных, статистический анализ проведен с использованием программы «Statistica» 6,0 (Statsoft). Оценка различий показателей проводилась с помощью критерия χ^2 , точного критерия Фишера, с поправкой Бонферрони для множественных сравнений. Наблюдаемую выживаемость оценивали методом Каплана — Мейера, различия оценивались с использованием критерия Гехана — Вилкоксона.

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 63 (66,3 %) пациентам, дистальная резекция ПЖ со спленэктомией (ДРПЖ) — 30 (31,6 %). В 2 (2,1 %) случаях произведена тотальная панкреатодуоденэктомия со спленэктомией (ТПДЭ) по поводу мультифокального эндокринного рака головки, тела и хвоста ПЖ. После операции химиотерапия проведена 17 (17,9 %) пациентам, лучевая терапия — 6 (6,3 %). Средний возраст больных составил $55,8 \pm 11,3$ г. Преобладали женщины — 57 (60,0 %).

Результаты исследования и их обсуждение

Более распространенный опухолевый процесс наблюдался при проксимальной локализации (таблица 1), статистически значимо реже имела место IA стадия и чаще — IV. Прорастание опухоли в соседние органы и структуры при раке головки ПЖ наблюдалось в 44 (69,8 %) случаях.

Таблица 1 — Распределение пациентов по стадиям опухолевого процесса, в зависимости от локализации опухоли

Стадия	Локализация опухоли				P
	головка ПЖ		дистальные отделы ПЖ		
	n	%	n	%	
IA	1	1,6	8	26,7	0,0004
IB	9	14,3	6	20,0	0,35
IIA	27	42,9	10	33,3	0,24
IIIB	26	41,2	6	20,0	0,03
Всего	63	100	30	100	

Во всех случаях ГПДР выполнялась резекция от 1/3 до 2/3 желудка. Проводилась лимфодиссекция по ходу гепатодуоденальной связки, общей печеночной артерии, начального отдела (передней и правой боковой стенок) верхних брыжеечных сосудов.

При выполнении ДРПЖ ее пересечение проводилось на уровне перешейка, селезеночных сосудов — у основания, с удалением единым блоком клетчатки с лимфоузлами по ходу селезеночных сосудов, чревного ствола и ворот селезенки.

Комбинированные операции с резекцией смежных органов при ГПДР выполнены в 16 (25,4 %) случаях, в том числе 6 пациентам (9,5 %) — резекция верхней брыжеечной и воротной вен. Выполнение ДРПЖ сопровождалось комбинированной резекцией смежных органов у 19 (63,3 %) пациентов.

Послеоперационная госпитальная летальность и 30-дневная послеоперационная летальность составила 3 (3,1 %) случая. В течение 60 дней после операции умерли 5 (5,3 %) пациентов.

При анализе отдаленных результатов лечения пациентов оценивалась наблюдаемая актуальная выживаемость. Для всех пациентов, с учетом послеоперационной летальности, одногодичная выживаемость составила $72,3 \pm 4,6$ %, двухлетняя — $46,8 \pm 5,2$ %, 3-

хлетняя — $37,4 \pm 5,1$ %, 4-хлетняя $34,8 \pm 5,0$, пятилетняя — $33,5 \pm 5,0$ %. Показатели выживаемости, без учета летальности, составили $77,3 \pm 4,5$ %, $49,9 \pm 5,3$, $39,9 \pm 5,3$ %, $37,2 \pm 5,3$ и $35,8 \pm 5,3$ %, соответственно. Дальнейший анализ отдаленных результатов лечения, в зависимости от основных клинико-морфологических факторов, проведен без учета послеоперационной летальности. Показатели выживаемости больных в зависимости от стадии опухолевого процесса представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Показатели выживаемости пациентов в зависимости от стадии РПЖ

Стадия	Выживаемость, %		
	1 год	3 года	5 лет
IA	100	$75,0 \pm 15,3$	$75,0 \pm 15,3$
IB	$86,7 \pm 8,8$	$46,7 \pm 12,9$	$40,0 \pm 12,6$
IIA	$74,3 \pm 7,4$	$39,2 \pm 8,4$	$35,3 \pm 8,4$
IIIB	$69,0 \pm 8,6$	$34,5 \pm 8,9$	$21,5 \pm 8,2$

Показатели выживаемости в зависимости от степени дифференцировки опухоли представлены в таблице 3. Снижение дифференцировки закономерно сопровождалось снижением выживаемости пациентов ($P < 0,01$).

Таблица 3 — Показатели выживаемости пациентов в зависимости от степени дифференцировки опухоли

Степень дифференцировки, G	Выживаемость, %		
	1 год	3 года	5 лет
G1	100	$80,8 \pm 12,2$	$80,8 \pm 12,2$
G2	$91,2 \pm 4,9$	$48,3 \pm 8,9$	$44,3 \pm 9,0$
G3	$60,5 \pm 7,5$	$23,3 \pm 6,4$	$17,7 \pm 6,0$

Результаты анализа показателей выживаемости пациентов, в зависимости от гистологического типа опухоли, представлены в таблице 4. Показатели выживаемости при протоковой аденокарциноме и аденокарциноме кишечного типа были статистически значимо ниже ($P = 0,03$ с учетом поправки Бонферрони), чем при опухолях с элементами эндокринной дифференцировки (нейроэндокринная карцинома, нефункционирующая панкреатическая эндокринная карцинома, смешанная протоково-эндокринная карцинома). Тенденция к снижению выживаемости наблюдалась при муцинпродуцирующих опухолях (в данную группу включены муцинпродуцирующая аденокарцинома, инвазивная муцинозная цистаденокарцинома, инвазивная внутрипротоковая папиллярно-муцинозная карцинома). Трое пациентов с серозной цистаденокарциномой живы более 8 лет, одна больная с неинвазивной внутрипротоковой папиллярно-муцинозной карциномой жива более 11 лет. Протоковая аденокарцинома и аденокарцинома кишечного типа составили 76,2 % опухолей головки ПЖ и лишь 30,0 % новообразований тела и хвоста железы ($P < 0,05$).

Таблица 4 — Показатели выживаемости пациентов, в зависимости от гистологического типа опухоли

Гистология	Выживаемость, %		
	1 год	3 года	5 лет
Протоковая аденокарцинома	$62,5 \pm 7,7$	$22,8 \pm 7,1$	$19,0 \pm 6,8$
Аденокарцинома кишечного типа	$73,3 \pm 11,4$	$20,0 \pm 10,3$	$13,3 \pm 8,8$
Муцинпродуцирующие опухоли	$75,0 \pm 9,7$	$32,8 \pm 11,0$	$32,8 \pm 11,0$
Эндокринные опухоли	$88,9 \pm 7,4$	$66,7 \pm 11,1$	$60,6 \pm 11,6$

Показатели выживаемости были значительно ниже среди пациентов, перенесших ГПДР, чем ДРПЖ, что может объясняться более распространенным процессом и преобладанием неблагоприятных гистологических форм опухолей головки ПЖ. Одногодичная выживаемость составила $69,0 \pm 6,1$ % и $93,1 \pm 4,7$ %, трехлетняя — $22,9 \pm 5,7$ % и $71,8 \pm 8,5$ %, пятилетняя — $20,3 \pm 5,6$ % и $63,8 \pm 9,2$ %, соответственно ($P = 0,0007$).

Изучены результаты адъювантной химиотерапии и лучевой терапии. В большинстве случаев применялась монокимиотерапия 5-фторурацилом. Показатели выживаемости при проведении химиотерапии не отличались от таковых при ее отсутствии. Однолетняя выживаемость составила $82,3 \pm 9,2 \%$ и $76,1 \pm 5,1 \%$, трехлетняя — $47,1 \pm 12,1 \%$ и $38,1 \pm 5,9 \%$, пятилетняя — $35,3 \pm 11,6 \%$ и $36,3 \pm 5,9 \%$, соответственно. Выживаемость пациентов, получавших послеоперационную лучевую терапию, в сравнении с пациентами без таковой, также не отличалась. Однолетняя выживаемость составила $83,3 \pm 15,2 \%$ и $76,8 \pm 4,7 \%$, трехлетняя — $50,0 \pm 20,4 \%$ и $39,1 \pm 5,5 \%$, пятилетняя — $50,0 \pm 20,4 \%$ и $34,5 \pm 5,5 \%$, соответственно.

Выводы

1. Отдаленные результаты лечения РПЖ зависели, прежде всего, от распространенности, дифференцировки и гистологической формы опухоли. Прогноз относительно благоприятен при IA стадии и высокой дифференцировке (пятилетняя выживаемость — 75,0 и 80,8 %, соответственно), при различных вариантах эндокринной карциномы и серозной цистаденокарциноме (пятилетняя выживаемость — 60,6 %).

2. Неблагоприятные гистологические формы РПЖ (протоковая аденокарцинома и аденокарцинома кишечного типа) чаще развивались в головке ПЖ, в сравнении с дистальными отделами. Распространенность опухолевого процесса также была выше при раке головки ПЖ. Пятилетняя выживаемость после ГПДР составила $20,3 \pm 5,6 \%$, после ДРПЖ — $63,8 \pm 9,2 \%$.

3. Улучшение отдаленных результатов лечения РПЖ, вероятно, может быть достигнуто за счет ранней диагностики, а также разработки эффективных методов адъювантной и неoadъювантной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer statistics, 2009 / A. Jemal [et al.] // C.A.Cancer J. Clin. — 2009. — Vol. 59, №4. — P. 225–249.
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2010. Atlanta: American Cancer Society, 2010. — P 64.
3. Патютко, Ю.И. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периапулярной зоны / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников, М. Г. Абгарян // Практ. онкол. — 2004. — Т. 5. — № 2. — С.94–107.
4. A controlled randomized multicenter trial of pancreatogastrostomy or pancreatojejunostomy after pancreatoduodenectomy / J. P. Duffas [et al.] // Am. J. Surg. — 2005. — Vol. 189, № 6. — P. 720–729.
5. MDCT in pancreatic adenocarcinoma: prediction of vascular invasion and resectability using a multiphasic technique with curved planar reformations / R. Vargas, M. Nino-Murcia, W. Trueblood, R. B. Jr.Jeffrey // AJR Am. J. Roentgenol. — 2004. — Vol. 182, №2. — P. 419–425.

УДК 616.98:578.828НIV:547.551.43

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И НЕЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К ФЕНИЛТИОМОЧЕВИНЕ

Михед Т. М.

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

Введение

До сих пор представляет научный интерес и продолжает активно изучаться вопрос взаимосвязи генетических маркеров с различными заболеваниями, в том числе и с инфекционными. В настоящем исследовании генетическим маркером был выбран ген, определяющий способность (доминантный признак) или неспособность (рецессивный признак) ощущать горький вкус фенилтиомочевины (далее ФТМ). В 1931 г. Фокс случайно подметил данную способность [1]. Фенилтиомочевина представляет собой бесцветное кристаллическое вещество. Некоторые люди ощущают вкус этого вещества даже при малых концентрациях: оно кажется им интенсивно горьким. Другие люди считают его безвкусным.