

Установлено, что у 13 пациентов (68 %) 2-й группы в процессе лечения расширился спектр лекарственной устойчивости.

Выводы

1. Среди контингентов, находящихся на лечении во фтизиатрических отделениях туберкулезной больницы 10,7 % составляют пациенты с ВИЧ/ТБ. Эта группа представлена людьми трудоспособного возраста.

2. В клинической структуре туберкулеза у пациентов с ВИЧ преобладает инфильтративный и диссеминированный туберкулез, туберкулез внутригрудных лимфоузлов. Также встречается милиарный и генерализованный туберкулез.

3. У пациентов ранее леченых с ВИЧ/ТБ только в 1-м случае обнаружена лекарственная чувствительность микобактерии туберкулеза. В остальных случаях — МЛУ и ШЛУ. В процессе лечения расширяется спектр лекарственной устойчивости.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013/ Geneva, Switzerland.
2. Современные проблемы диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза: материалы международной научно-практической конференции «Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Беларуси и пути их решения» (г. Минск, 10-11 октября 2013 года) / ред. коллегия: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.] — Минск: Белсэкс, 2013. — 258 с.
3. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрыгина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.

УДК 616.317-006.6+616-006

РАК ГУБЫ И ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Богомаз А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак губы (РГ) является вторым по частоте злокачественным новообразованием (ЗНО) челюстно-лицевой области [3]. По данным литературы у больных РГ довольно часто развиваются первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) [2–5]. Это связано с воздействием общих канцерогенных факторов, относительно благоприятным прогнозом при РГ, развитием РГ в возрастных группах старше 60 лет [2, 4]. Чаще всего РГ сочетается с опухолями кожи, желудка, верхних дыхательных путей [4, 5].

Цель

Проанализировать сочетание РГ с опухолями других локализаций.

Материал и методы исследования

Исследованы случаи развития ПМЗО у заболевших РГ в 1996-2009 гг. Проанализированы: время развития и локализация второй опухоли, возраст пациентов, причина смерти пациентов, стадия РГ. Источники информации: статистические данные обязательного учета всех новых случаев ЗНО. Регистрировались наблюдения ПМЗО в сроки до и после 5 лет по отношению к установлению диагноза РГ.

Результаты и обсуждение

На протяжении 1996–2009 гг. диагноз РГ был установлен 859 жителям Гомельской области. Опухоль другой локализации была обнаружена у 151 из них (17,6 %) в сроки до и после 5 лет от выявления РГ. Это превышает пропорцию ПМЗО среди всех пациентов со ЗНО (4–11 % по данным разных авторов). Возможное объяснение — РГ является относительно благоприятной опухолью [1–5] и у заболевших «успевает» развиться вторая опухоль. Кроме того, достаточно большое количество локализаций ЗНО вызывается теми же канцерогенными факторами [2, 4, 5]. Число пациентов мужского пола —

101, женского пола — 50. Отношение мужчин и женщин с ПМЗО составляет примерно 2:1, что отличается от такового у пациентов с РГ (3, 2:1), выявленных в том же периоде в регионе [1, 3]. Это может быть связано с большей продолжительностью жизни женского населения РБ, что увеличивает риск появления ЗНО.

Распределение РГ по стадиям среди заболевших ПМЗО: I стадия — 107 (70,8 %), II стадия — 31 (20,5 %), III стадия — 11 (7,2 %), IV — 1 (0,7 %), еще у одного пациента имел место синхронный рак верхней губы I стадии и рак нижней губы II стадии. Можно отметить преобладание пациентов I–II стадии РГ, что соответствует распределению в общей когорте заболевших РГ [1, 3]. Это в определенной степени объясняет риск развития ПМЗО у пациентов со стойким лечебным эффектом при ранних стадиях.

Распределение по возрастным группам в момент установления первого диагноза злокачественной опухоли: менее 50 лет — 3 пациента; 50–59 года — 9; 60–69 года — 46; 70–79 года — 73; 80 и более лет — 20. Распределение в целом соответствует структуре заболевших РГ в Беларуси в течение периода мониторинга [1, 3].

Две опухоли в течение контрольного периода имел 141 пациент (91,2 %), три и более опухоли — 10 (8,8 %). Синхронные ПМЗО установлены у 43 пациента (28,5 %), метасинхронные ПМЗО с хронологически первым РГ — 79 (52,3 %), метасинхронные ПМЗО с хронологически вторым или третьим РГ — 28 (18,5 %). У большинства пациентов в нашем материале вторая опухоль развилась после установления РГ. Это можно объяснить более благоприятным прогнозом при карциномах губ по сравнению с большинством других ЗНО (кроме рака кожи). Локализации опухолей представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Локализация опухолей, сочетавшихся с РГ

Локализация	Число наблюдений
Рак кожи	94
Рак легкого	14
Рак желудка	10
Рак простаты	10
Рак слизистой оболочки рта	7
Рак мочевого пузыря	6
Рак гортани	5
Колоректальный рак	5
Гемобласты, лимфомы	3
Рак губы	3

Еще по 1–2 наблюдения пришлось на рак почки, щитовидной железы, меланому кожи, рак слюнной железы, рак молочной железы, вульвы, шейки матки и предстательной железы. Общее количество новообразований составляет 174. По данным таблицы видно, что более половины ЗНО, сочетавшихся с РГ (94 наблюдения — 54,0 %), в нашем материале представлено раком кожи. Оба заболевания характеризуются относительно благоприятным клиническим течением и имеют общий этиологический фактор — ультрафиолетовое излучение. Из других ЗНО чаще регистрировались рак легкого, рак желудка, рак слизистой оболочки ротовой полости, рак предстательной железы, рак гортани, колоректальный рак. Общее число опухолей, одним из причинных факторов которых является курение (рак легкого, желудка, гортани, слизистой оболочки ротовой полости, губы, мочевого пузыря, пищевода), составило в нашем материале 45 (28,9 %). Таким образом, 139 опухолей из 174, сочетавшихся с РГ, имели с ним общие этиологические факторы.

Живы или умерли от причин, не связанных со злокачественной опухолью, в течение 5-летнего периода после установления диагноза 96 человек. Умерли от опухоли 57 пациентов (37,7 %). Причиной смерти были следующие ЗНО: рак легкого — 10, рак губы — 17, рак желудка — 7, рак слизистой оболочки рта и глотки — 5, рак почки — 2, рак простаты — 2, рак мочевого пузыря — 2, опухоли других локализаций — 12 (все — по 1 случаю).

Таким образом, пациенты с ПМЗО, включающим РГ, имеют более высокий риск погибнуть от опухоли другой локализации. Значительная пропорция опухолей, имеющих общие этиологические факторы с РГ, обусловленность большинства случаев гибели второй после РГ опухолью, относительно благоприятный прогноз при РГ определяют особенности послелечебного наблюдения и реабилитации этих пациентов. Мероприятия должны включать устранение канцерогенных факторов и обследование, направленное на своевременную диагностику второй опухоли.

Выводы

Рак губы часто сочетается с опухолями других локализаций, в нашем материале — 17,6 %. Наиболее частой другой локализацией опухоли является рак кожи, в нашем материале — 54,0 %. В 80,8 % наших наблюдений РГ был первой по счету или синхронной опухолью у пациентов с ПМЗО. Вторая опухоль стала причиной гибели 26,5 % заболевших ПМЗО, включающим РГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов, С. А. Эпидемиология рака губы в Гомельской области / С. А. Иванов, Ю. И. Аверкин, Н. М. Тризна // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. — 2012. — № 2(8). — С. 44–52.
2. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Мед., 2000. — С. 126–141.
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013) / под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2014. — 382 с.
4. Цыбырнэ, Г. А. Рак нижней губы / Г. А. Цыбырнэ, Н. М. Годорожа. — Кишинёв: Штиинца, 1978. — 118 с.
5. Secondcancersfollowingoralandpharyngealcancer: patients' characteristicsandsurvivalpatterns / G. L. Day [etal] / European Journal of Cancer: Part B. Oral Oncology. — 1994. — №30 B. — P. 381–386.

УДК 616.24-005.2-08-03688

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Боковая Д. В., Маханёк Н. В.

Научный руководитель: ассистент С. В. Гопоняко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез (ТБ) в настоящее время является глобальной проблемой. Этиотропная медикаментозная терапия применяется для лечения туберкулеза на протяжении нескольких десятилетий (с 60-х годов 20 в.). Нерациональное использование противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) и огромный потенциал изменчивости возбудителя заболевания явились причиной острой проблемы наших дней — лекарственно устойчивого туберкулеза. Наиболее неблагоприятным вариантом является резистентность к двум бактерицидным ПТЛС — изониазиду и рифампицину, такое сочетание определяется как множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) или мультирезистентность. Лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза (МБТ), развивающаяся на фоне лечения ПТЛС, определяется как вторичная. Выделение такой микобактерии туберкулеза в окружающую среду становится предпосылкой для распространения первичной лекарственной устойчивости — инфицирования изначально резистентной МБТ, что определяется у пациентов, впервые заболевших ТБ и никогда ранее не получавших ПТЛС. В Беларуси уровень первичной МЛУ достигает 35 % от числа новых случаев заболевания, что является самым высоким в мире. Из числа ранее лечившихся от ТБ пациентов мультирезистентность МБТ (вторичная) — определяется в 55 % случаев. Общая доля пациентов с бактериовыделением, у которых определяется МЛУ МБТ достигает 70 %. Вероятность неблагоприятного прогноза увеличивается при дальнейшем расширении спектра устойчивости микобактерии к большинству ПТЛС процессе