

Таблица 2 — Диагностическая чувствительность и специфичность УЗИ диагностики

Метод исследования	Чувствительность %, 95 % ДИ	Специфичность %, 95 % ДИ
УЗИ диагностика молочной железы и лимфатических узлов	71 (67,8; 74,2)	50 (46,8; 53,2)

С вероятностью 0,95 можно утверждать, что среднее значение при выборке большего объема не выйдет за пределы найденного интервала

Чувствительность УЗИ диагностики составила — 71 %, специфичность — 50 %.

Выводы

В результате проведенной работы было установлено, что диагностическая чувствительность УЗИ молочной железы и лимфатических узлов равно 71 %, а специфичность 50 %. Это подтверждает эффективность УЗИ как метода диагностики для оценки состояния СЛУ при раке молочной железы. Следует отметить, что в связи с этим, лечение рака молочной железы имеет высокую экономическую выгоду за счет как непосредственного уменьшения стоимости лечения, так и снижения затрат на пребывание в стационаре, необходимости паллиативной помощи и реабилитационных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сенча, А. Н. Ультразвуковое исследование молочных желез. Шаг за шагом. От простого к сложному / А. Н. Сенча. М.: МЕДпресс-информ, 2018. С. 121–136.
2. Бусько, Е. А. Мультипараметрическое ультразвуковое исследование в ранней диагностике и мониторинге лечения рака молочной / Е. К. Бусько. СПб., 2021. — 32 с.
3. Эпидемиология и скрининг рака молочной железы / В. Ф. Семиглазов [и др.] // Вопросы онкологии. 2017. Р. 375–384.
4. Рак в Беларуси: Цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009–2018 / А. Е. Окенанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко. Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2019. 422 с.

УДК 616.317-006.6-08-036.8(476.2)«2011/2015»

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГУБЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2011–2015 ГГ.

Хорошун А. Л., Игнатюк К. И.

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

Учреждение образования

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

Введение

Рак губы развивается из красной каймы губ. Основной морфологический вариант — плоскоклеточная карцинома. Опухоль поражает нижнюю губу в 95% случаев [1, 2] Большинство опухолей выявляют в I–II стадии [4]. Стандартные методы лечения — лучевая терапия и хирургическое лечение [3]. Результаты лечения зависят от стадии и проводимого лечения, наличия метастазов, глубины инвазии опухоли [4]. В экономически развитых странах 5-летняя выживаемость при раке губы составляет 85–87 % для всех стадий [4, 5]. Исследование результатов противоопухолевого лечения при раке губы позволяет сопоставить эффективность в различных клиниках и при различных стадиях.

Цель

Исследовать результаты лечения рака губы в Гомельской области в 2011–2015 гг.

Материалы и методы

В результате ретроспективного анализа данных историй болезней пациентов за период 2011–2015 гг., находившихся на лечении в Гомельском областном онкологическом диспансере, было установлено, что в этот промежуток времени

зарегистрирован 181 пациент, которым был впервые в жизни установлен диагноз «злокачественное новообразование губы». Источники информации: первичная документация пациентов со злокачественным новообразованием, данные канцер-регистра. Было установлено, что злокачественные новообразования губы у мужчин встречались в 1,5 раза чаще, чем у женщин — в соотношении 111/70. Средний возраст пациентов составил 73 ± 10 лет, минимальный — 49 лет, максимальный — 96 лет. Диагноз рака во всех случаях был морфологически подтвержден. Анализировали следующие показатели: распределение по методу первичного лечения, частоту прогрессирования опухоли, одногодичную летальность и пятилетнюю выживаемость при использовании системного лечения и без него. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ «Statistica» 8.0. Сравнение данных выполнено с помощью точного двустороннего критерия Фишера. Уровень значимости различия $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение заболевания по стадиям в исследованном коллективе имело следующий вид: I стадия была диагностирована у 119 (65,75 %) пациентов, II стадия — у 50 (27,63 %) пациентов, III стадия — 10 (5,52 %) пациентов, IV стадия — 2 (1,1 %) пациента. Противоопухолевое лечение было проведено 160 пациентам. Хирургическое лечение выполнено у 129 пациентов. Во всех случаях операция включала послойное иссечение участка губы с опухолью и захватом до 1–1,5 см здоровых тканей. Первичное пластическое замещение дефекта было выполнено у 88 пациентов. Вмешательство на лимфоколлекторе проведено 9 пациентам. Лучевое лечение было использовано у 23 пациентов, комбинированное лечение — 8 пациентам.

При анализе исходов заболеваний было установлено, что смерть от основного заболевания наступила в 15 наблюдениях. Дальнейшее прогрессирование рака губы в виде локального рецидива наблюдалось у 16 (8,84 %) пациентов из всего коллектива. Повторный рост злокачественного образования отмечен на протяжении 5 лет после завершения первичного лечения. Необходимо отметить, что продолженный рост опухоли в течение 6 месяцев после лечения имел место в 5 (2,76 %) наблюдениях. Это свидетельствует о том, что в большинстве случаев прогрессирование рака губы развивается в течение первого полугодия после проведенного лечения. Лечение по поводу рецидива рака было проведено 12 (75 %) пациентам, из числа которых наблюдалось прогрессии рака губы. При этом радикальные методы лечения (хирургическое и комбинированное) использованы в 5 случаях, паллиативная химиотерапия — в 7.

Противоопухолевое специальное лечение не было проведено 21 (11,6 %) пациентам. Это было связано с отказом самого пациента, несвоевременным обращением больного, тяжелым общим состоянием, наличием противопоказаний к лучевой терапии (кровотечение, выраженный распад опухоли). Медиана оставшейся жизни пациентов, которым не было проведено лечение, составила 7 месяцев. Это свидетельствует об агрессивном клиническом течении рака губы и абсолютно неблагоприятном прогнозе при отказе от лечения.

Число пациентов, умерших от рака после проведенного лечения составило 12 (7,19 %). Основной причиной смерти было локорегионарное прогрессирование заболевания, которое отмечено в 6 наблюдениях. Выживаемость зависела от стадии заболевания и проводимого лечения. В том числе, 5-летняя выживаемость связанная с заболеванием, составила 13 случаев для I–II стадии опухоли (92,31 %) и 2 случая для III–IV стадии (83,33 %). Различие по этому показателю является статистически значимым, $p = 0,0224$. Общая выживаемость при раке губы в зависимости от стадии представлена на рисунке 1.

Общая 5-летняя выживаемость у этих пациентов с I стадией составила 96 %, со II стадией — 86 %, с III стадией — 90 %, с IV стадией — 50 %. Значимость

различия в 5-летней выживаемости между группами пациентов с использованием химиотерапии и без нее не является статистически значимой, $p > 0,05$.

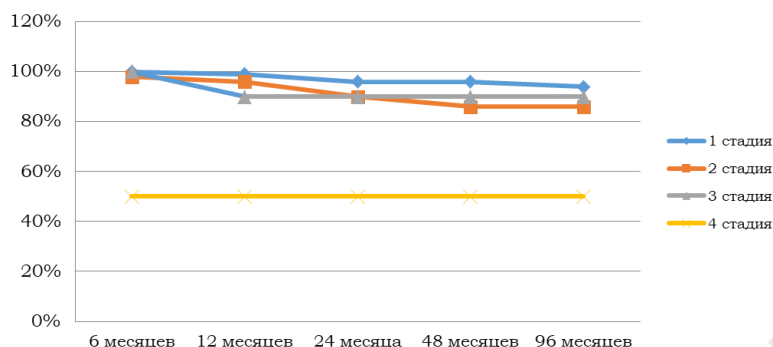


Рисунок 1 — Общая выживаемость пациентов при раке губы

Выводы

Хирургическое лечение проводилось 129 (71,27 %) пациентам, лучевое лечение проводилось 23 (12,7 %) пациентам, комбинированное лечение — 8 (4,42 %) пациентам. Локорегионарное прогрессирование развилось в 8,84 % наблюдений. Пятилетняя выживаемость при раке у пациентов с I стадией составила около 94 %, при II стадии — 86 %, при III стадии — 90 %, при IV стадии — 50 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lip Cancer: Epidemiologic, Clinical, Evolutive, and Therapeutical Aspects / A. Rafik [et al.] // Journal of Cancer Science and Clinical Oncology. 2015. Vol. 2 (2). P. 204.
2. Иванов, С. А. Результаты лучевого лечения первичного нематастатического рака нижней губы / С. А. Иванов, Д. В. Окунцев, О. В. Иванова // Проблемы здоровья и экологии. 2011. № 1 (27). С. 130–136.
3. Hasson, O. Squamous cell carcinoma of the lower lip / O. Hasson // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2008. № 66(6). P. 1259–1262.
4. Иванов, С. А. Наш опыт хирургического лечения первичного нематастатического рака нижней губы / A. Rafik // Проблемы здоровья и экологии. 2012. № 3 (33). С. 76–82.
5. Montero, P. H. Cancer of the oral cavity / P. H. Montero, S. G. Patel // Surg Oncol Clin N Am. 2015. Vol. 24(3). P. 491–508.

УДК 618.19-006.6-0037

РЕЦЕПТОРНЫЙ СТАТУС РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ

Чайковская А. М., Бородин Д. И.

Научные руководители: к.м.н., доцент А. Э. Колобухов¹;
д.м.н., заведующий патологоанатомической лабораторией М. В. Фридман²

¹Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

²Учреждение здравоохранения

«Минский городской клинический онкологический диспансер»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь заболеваемость раком молочной железы за 2020 г. составляет 52, смертность — 12,8 на 100 тыс. населения. [1]. Значимую роль в подборе терапевтической тактики играет определение суррогатного биологического подтипа опухоли, поэтому стремились проанализировать изменения экспрессии рецепторов эстрогенов (Er), прогестеронов (Pr), рецепторов фактора роста (Her2/neu) и маркеров пролиферации (Ki 67) в парных трепан-биопсиях и хирургических образцах у пациентов с раком молочной железы.