

чества естественных киллеров, так и их активированной субпопуляции (CD3<sup>-</sup>8<sup>+</sup>). Возможно, определение CD3<sup>-</sup>8<sup>+</sup>-клеток дополнительно к CD3<sup>-</sup>16/56<sup>+</sup>-лимфоцитам в комплексе оценки иммунограммы позволит получить дополнительную информацию о состоянии естественных киллеров при хронической рецидивирующей герпетической инфекции.

#### **Выводы**

1. У пациентов с хронической рецидивирующей герпетической инфекцией, обследованных в стадии ремиссии заболевания, обнаружено снижение относительного содержания лимфоцитов с фенотипом CD3<sup>-</sup>8<sup>+</sup> и CD3<sup>-</sup>16/56<sup>+</sup> в периферической крови.

2. Снижение CD3<sup>-</sup>8<sup>+</sup>-лимфоцитов сохраняется у больных хронической рецидивирующей герпетической инфекцией вне зависимости от частоты рецидивирования, длительности клинического анамнеза, наличия сопутствующей патологии, дисбиоза кишечника и аллергических реакций в анамнезе.

3. Выявлено наличие положительной взаимосвязи между содержанием в крови CD3<sup>-</sup>8<sup>+</sup>-клеток и CD3<sup>-</sup>16/56<sup>+</sup>-лимфоцитов, как у пациентов с хронической рецидивирующей герпетической инфекцией ( $r_s = 0,67$ ;  $p < 0,001$ ), так и у здоровых лиц ( $r_s = 0,70$ ;  $p = 0,001$ ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мальшева, О. А. Состояние вегетативной нервной и иммунной систем у инфицированных вирусом простого герпеса / О. А. Мальшева, В. С. Ширинский // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 3. — С. 37–40.
2. Полеско, И. В. Иммунологический статус при простом герпесе / И. В. Полеско, Ю. С. Бутов // Российский медицинский журнал. — 2001. — № 6. — С. 37–38.
3. Мордовина, Т. Г. Содержание аутоантител к белкам нервной ткани и субпопуляционный состав лимфоцитов у детей с тяжелой неврологической патологией / Т. Г. Мордовина, А. Ф. Перковская // Аллергология и иммунология. — 2009. — Т. 10, № 2. — С. 279–280.
4. Use of human CD3 monoclonal antibody for accurate CD4<sup>+</sup> and CD8<sup>+</sup> lymphocyte determinations in macaques: phenotypic characterization of the CD3<sup>-</sup>CD8<sup>+</sup> cell subset / C. Ibegbu [et al.] // J. of Medical Primatology. — 2002. — Vol. 30(6). — P. 291–298.
5. PathologyOutlines. com [Electronic resource]. — 2001–2009. — Mode of access: <http://www.pathologyoutlines.com/jobs.html>. — Date of access: 31.10.2010.

УДК 616.317-006.6-089.17

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ПРОГНОЗА РАКА ГУБЫ**

**Иванов С. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак губы (РГ) — самая частая злокачественная опухоль челюстно-лицевой области [1, 2, 4]. Заболеваемость в РБ в последние годы находится в пределах 2,1–3,1 случаев на 100 тыс. населения в год, соотношение заболевших мужчин и женщин — 4–5:1 [1]. В 95–98 % случаев опухоль локализуется на нижней губе. РГ характеризуется сравнительно медленным ростом и преимущественно локальным распространением, преобладают новообразования стадий T1–2N0M0 [1, 4, 5]. Окультные метастазы наблюдаются у 5–10 % больных [1, 4]. Смертность при РГ составляет 1–3 %, основная причина смерти — развитие регионарных метастазов [1–5]. В тематической литературе приводятся сведения о влиянии на прогноз таких клинических факторов, как скорость роста опухоли, форма роста опухоли, локализация [1, 3, 4]. Рекомендации по лечебной тактике для опухолей с различным прогнозом варьируют, поэтому представляется целесообразным исследование прогностической значимости перечисленных критериев.

#### **Цель исследования**

Исследовать влияние клинических параметров рака губы на дальнейшее течение опухолевого процесса.

### Методы исследования

В исследование включены больные первичным РГ, которым в 1995–2005 гг. проводилось лечение и наблюдение в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере (ГОКОД). Общее количество пациентов — 579 (мужчин — 440, женщин — 139). Средний возраст  $68,4 \pm 10,4$  лет. У всех пациентов гистологически подтвержден плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Распределение по стадиям: I ст. (T1N0M0) — 345 пациентов; II ст. (T2N0M0) — 170 пациентов; III ст. — 56 пациентов, в т. ч. T3N0M0 — 51, T1–2N1M0 — 5; IV ст. — 8 пациентов, в т. ч. T4N0M0 — 7, T2N3M0 — 1. Всем пациентам проводилось специальное противоопухолевое лечение в ГОКОД. На протяжении контрольного периода больные наблюдались в поликлиническом отделении ГОКОД. До начала лечения регистрировались следующие критерии: размер опухоли, форма роста (поверхностная, экзофитная, инфильтративно-язвенная), локализация (медианная, парамедианная, в области угла рта), время существования опухоли до начала лечения. В контрольном периоде регистрировались факты локального рецидива, роста метастазов в регионарных лимфатических узлах, гибели пациента, связанной с прогрессированием опухоли. Скорость роста опухоли определялась как отношение максимального размера новообразования в сантиметрах к времени долечебного существования опухоли в месяцах.

Для определения общей и безрецидивной выживаемости использовался прямой метод. Сравнение непараметрических показателей — показатель Chi square. Определение вероятности прогрессирования опухоли в зависимости от скорости роста новообразования — метод Каплана-Майера. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ «Statistica» 7,0, Microsoft Excel.

### Результаты и обсуждение

В исследованном коллективе больных при стадии T1 общее количество поверхностных и экзофитных форм опухоли преобладало над инфильтративно-язвенными, соответственно, 201 (58,3 %) и 144 (41,7 %). При стадиях T2 и T3 количество инфильтративно-язвенных форм было выше, чем остальных, соответственно, 119 (70,0 %) и 51 (30,0 %) при T2, 51 (91,1 %) и 5 (8,9 %) при T3. Распределение анатомических форм опухоли при различных стадиях РГ в нашем материале представлено на рисунке 1.

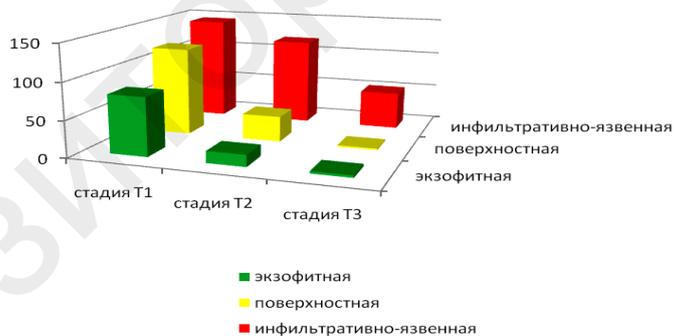


Рисунок 1 — Анатомические формы опухоли при различных стадиях рака губы

Отмеченное относительное преобладание инфильтративно-язвенной формы рака при более высоких стадиях отражает склонность опухоли к распаду по мере роста. Следует полагать, что отмечаемый авторами худший прогноз при инфильтративно-язвенной форме роста РГ может быть рассмотрен в контексте размера новообразования. Мы определили частоту развития локальных рецидивов и регионарных метастазов в зависимости от анатомической формы опухоли при РГ T1N0M0, так как эта стадия характеризуется сопоставимым их соотношением. В нашем материале не было отмечено достоверной разницы в общем количестве прогрессирования РГ при различных формах опухоли,  $p > 0,05$  по этому критерию. Метастатическое поражение выявлено у 12 пациентов с РГ 1 стадии, в том числе у 10 — с инфильтративно-язвенной формой, у 2 — с поверхностной. При экзофитных карциномах оккультное метастазирование не отме-

чалось. Во всей когорте больных развитие occultных метастазов отмечено в 31 наблюдении, 19 пациентов погибли от прогрессирования метастазов (61,3 %). Локальные рецидивы развились у 56 пациентов и стали причиной гибели лишь 2 из них (3,6 %) в связи с отказом от лечения. Частота развития регионарных метастазов достоверно выше при инфильтративно-язвенной форме, чем как при экзофитной, так и при поверхностной карциноме,  $p < 0,05$  по этому критерию. Графическое изображение данных представлено на рисунке 2.

Среди больных нашего материала преобладали опухоли парамедианной локализации — 286 (49,4 %) пациентов; медианную локализацию опухоли имели 237 (40,8 %) больных. Распространение карциномы на угол рта (менее 1 см от спайки губ) отмечено в 47 (8,1 %) наблюдениях. Еще у 9 больных стадии Т3–4 опухоль занимала практически всю губу. Частота развития локальных рецидивов не имела достоверных различий при различной локализации РГ стадии Т1 и Т2. При парамедианных опухолях Т1–2 рецидивы отмечены у 27 из 253 (10,7 %) пациентов, при медианной локализации Т1–2 — у 17 из 207 (8,2 %), при боковой локализации Т1–2 — у 6 из 55 (10,9 %) пациентов,  $p > 0,05$ . Частота развития регионарных метастазов при различной локализации опухолей представлена в таблице 1.

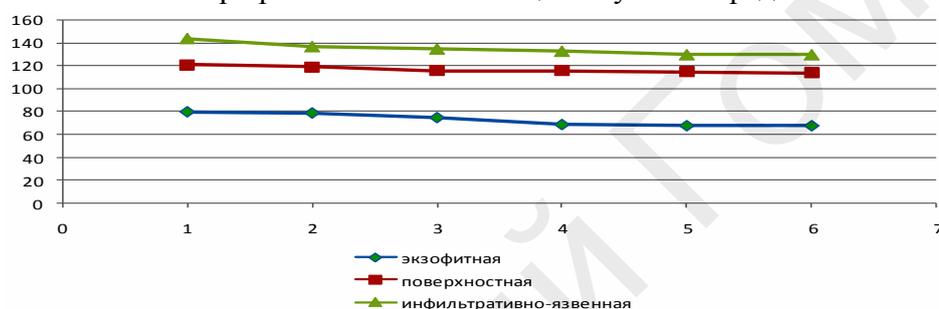


Рисунок 2 — Безрецидивная выживаемость при различных формах роста опухоли

Таблица 1 — Частота развития метастазов при различной локализации опухоли губы

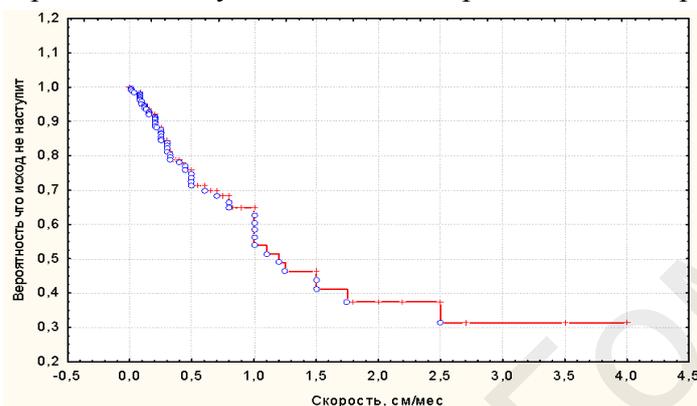
Локализация опухоли	Стадия Т1	Стадия Т2	Т1+Т2
Парамедианная	4/171	6/82	10/253
Медианная	4/138	4/69	8/207
Боковая	3/36	5/19	8/55

В нашем материале отмечено достоверно более частое развитие метастазов в шейных лимфатических узлах при боковой локализации карциномы по сравнению с медианной и парамедианной локализацией РГ для обеих стадий,  $p < 0,05$ . Следует отметить, что метастатическое поражение у большинства пациентов (24 из 31; 77,4 %) манифестировало в течение 12 месяцев после излечения первичной опухоли, в том числе у 14 (45,2 %) больных — в течение 6 месяцев. Мы не обнаружили закономерности в летальности больных РГ в зависимости от сроков развития метастазов.

Длительность существования опухоли до начала лечения варьировала от 1 месяца до 7 лет. Следует полагать, что авторы, сообщавшие о значимости скорости роста новообразования в прогнозе РГ, имели в виду именно показатель клинически и анамнестически определяемой прибавки диаметра опухоли. Этот показатель не всегда идентичен биологической скорости роста новообразования, которая может отличаться в разные сроки ее существования. Исследование не учитывало гистологических параметров активности размножения клеток, решая задачу «в первом приближении». Значения времени существования опухоли стратифицированы по 3-месячным интервалам и имеют следующее распределение: 1–3 месяца — 107 (18,5 %) пациентов, 4–6 месяцев — 101 (11,4 %), 7–9 месяцев — 62 (10,7 %), 10–12 месяцев — 189 (32,6 %), 13–24 месяцев — 56 (9,7 %), более 24 месяцев — 64 (10,8 %).

Для каждого наблюдения было рассчитано отношение размера карциномы к длительности ее существования, которое мы условно определили как клиническую скорость роста опухоли. При определении величины новообразований неправильной фор-

мы учитывался наибольший размер, как правило, поперечный. Минимальное значение составило 0,002 см/мес., максимальное — 4,0 см/мес. У 484 (83,6 %) больных клиническая скорость роста опухоли не превышала 0,5 см/мес. Мы определили вероятность развития локальных рецидивов и регионарных метастазов в зависимости от клинической скорости роста опухоли. Все факты прогрессирования опухоли подтверждены клинически и морфологически. Не учитывался способ противоопухолевого лечения, так как, по данным большинства источников, при 1–2 стадии РГ эффективность основных методов не имеет существенной разницы. Полученные данные представлены на рисунке 3.



**Рисунок 3 — Вероятность прогрессирования РГ в зависимости от скорости роста**

### **Заключение**

При проведении исследования не получено достоверных данных об отличии по частоте прогрессирования РГ у пациентов с различными анатомическими формами опухоли при стадии T1N0M0. Развитие occultных метастазов выявлялось достоверно более часто при боковой локализации карциномы T2N0M0. У большинства пациентов метастазы манифестировали в течение первого года наблюдения. Прогрессирование РГ достоверно более вероятно у пациентов с клинической скоростью роста опухоли более 1,15 см/мес. У 83,6 % больных размер карциномы увеличивался в среднем не более, чем на 5 мм в месяц. Необходимо проведение дальнейших исследований для выявления других объективных критериев, имеющих значение для прогноза опухоли и планирования лечебной тактики.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Залуцкий, И. В. Опухоли губы / И. В. Залуцкий, А. Г. Жуковец // Клиническая онкология: справ. пособие / С. З. Фрадкин [и др.]; под ред. С. З. Фрадкина, И. В. Залуцкого. — Мн.: Беларусь, 2003. — С. 299–304.
2. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 2000. — С. 126–141.
3. Трапезников, Н. Н. Онкология / Н. Н. Трапезников, А. А. Шайн. — М.: Медицина, 1992. — С. 124–136.
4. Fitzpatrick, P. J. Cancer of the Lip / P. J. Fitzpatrick // J. Otolaryngol. — 1984. — № 13. — P. 32–36.
5. Oral Cavity Cancer / R. W. Hinermann [et al.] // Clinical Radiation Oncology. — Gundersson & Tepper, Second Edition. — 2002. — P. 640–644.

**УДК:612.822.8:616-53.7:796.071**

## **СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ**

**Ивкина С. С., Зимелихина Е. О., Скуратова Н. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Известно, что основная нагрузка при занятиях спортом ложится на сердечно-сосудистую систему ребенка, поэтому она и страдает больше всего при недостаточном врачебном контроле за тренировочным режимом спортсмена. Особенно тяжело приспосабливаются к физическим