

$$\text{logit}(P_2) = 0,37 \times (\text{КСР}) - 13,62$$

$$\text{logit}(P_3) = 3,17 + 0,52 \times (\text{КСР}) - 0,40 \times (\text{ФВ})$$

Наибольшее значение площади под ROC-кривой выявлено для показателя КДО (AUC = 0,98, $p < 0,001$). Значение AUC для КСР – 0,94 ($p < 0,001$), для ФВ – 0,89 ($p < 0,001$).

Оптимальные пороговые значения, обеспечивающие максимум чувствительности и специфичности предикторов: для КСР — 37,0 мм, для ФВ ЛЖ — 45 %, для КДО — 120 мл. Для $\text{logit}(P_1)$ — чувствительность составила 91,3 %, специфичность — 93,3 %, диагностическая точность — 92,1 %; для $\text{logit}(P_2)$ — чувствительность — 82,6 %, специфичность — 93,3 %, диагностическая точность — 86,8 %; для $\text{logit}(P_3)$ — чувствительность — 94,6 %, специфичность — 95,7 %, диагностическая точность — 96,7 %. Таким образом, представленные модели обладали достаточно высокой информационной способностью, но для прогнозирования риска развития кардиоэмболического ИМ более информативной в клинической практике будет двухфакторная.

На следующем этапе была проведена процедура проверки валидности полученных моделей на 20 пациентах, не вошедших в обучающую выборку (таблица 1).

Таблица 1 — Эффективность прогностических моделей риска развития различных патогенетических подтипов инфаркта мозга

Модель	Чувствительность	Специфичность	Диагностическая точность
Атеротромботический генез ИМ: $\text{logit}(P) = 50,05 \times (\text{КА}) - 8,37 \times (\text{ФВ}) + 443,5$	91,6 %	87,5 %	90,0 %
Кардиоэмболический генез ИМ: $\text{logit}(P_1) = 0,14 \times (\text{КДО}) - 13,61$ $\text{logit}(P_2) = 0,37 \times (\text{КСР}) - 13,62$ $\text{logit}(P_3) = 3,17 + 0,52 \times (\text{КСР}) - 0,40 \times (\text{ФВ})$	83,8 % 83,3 % 100,0 %	100,0 % 87,5 % 87,5 %	92,7 % 85,7 % 92,7 %

Выводы

Таким образом, высокая информативность, хорошее качество прогнозирования и простота применения предложенных моделей, построенных на основании логистической регрессии с использованием клиничко-лабораторных и инструментальных данных, позволяют аргументировано использовать их для оценки вероятности риска развития различных патогенетических подтипов ИМ в клинической практике. Математический подход выгодно отличается от прогноза интуитивного своей объективностью и точностью и позволяют иметь правильное представление о риске развития ИМ у каждого конкретного пациента, что обоснованно для принятия решений о дальнейшей тактике лечения и ведения [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Зотова, О. В. Кардиогемодинамика и функция внешнего дыхания у пациентов с инфарктом мозга в остром периоде : дис. ... канд. мед. наук. : 14.01.04 / О. В. Зотова. — Гродно: БелМАПО, 2011. — 139 л.
2. Суслина, З. А. Практическая кардионеврология / З. А. Суслина, А. В. Фоякин. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. — 304 с.
3. Фоякин, А. В. Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте / А. В. Фоякин, З. А. Суслина, Л. А. Гераскина. — СПб.: Инкарт, 2005. — 224 с.

УДК 616.317-006.6-08

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ГУБЫ I-II СТАДИИ

Иванов С. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак губы — опухоль, характеризующаяся локорегионарным распространением [1–4]. Лимфогенные метастазы манифестируют у 5–15 % пациентов [1, 2, 4, 5]. Около 90 % боль-

ных начинают лечение в I–II стадии [2, 3]. Таким образом, в большинстве случаев, при карциноме красной каймы лечение сводится к локальному воздействию на первичную опухоль. Традиционные методы лечения первичного нематастатического рака губы — радиотерапия и хирургия [1–5]. Другие методы (локальная химиотерапия, криотерапия, фотодинамическая терапия) на сегодняшний день не нашли широкого распространения.

Резекция губы по поводу рака выполняется с середины XIX в. Радикальная операция предполагает удаление полнослойного фрагмента прямоугольной или трапециевидной формы с пластическим замещением дефекта [1–3]. При I–II стадии опухоли удаляют обычно не более половины губы. Дефект такого объема может быть устранен тканями приротовой области [1–3, 5].

Лучевое лечение рака губы используется с 1-го десятилетия XX в. На протяжении столетия разработано и усовершенствовано довольно большое количество способов подведения терапевтической дозы к опухоли и режимов облучения. Подавляющее большинство тематических публикаций последние 20 лет приводят сведения о короткофокусной рентгенотерапии и контактной аппликационной лучевой терапии в режиме обычного фракционирования с разовой дозой 3–4 Гр, суммарной дозой 60–70 Гр, а также внутритканевой брахитерапии в той же дозе [1, 2, 4, 5].

Выбор метода определяется противоопухолевой эффективностью и выраженностью необратимых изменений приротовых тканей [1, 2, 5]. Существуют различия в подходе специалистов дальнего и ближнего зарубежья в трактовке приоритетности способов лечения. Исследуя проблему позиции пациента при выборе способа лечения рака кожи лица, мы выявили значимость такого фактора, как качество жизни в период лечения. Представляет интерес сопоставление всех аспектов хирургического и лучевого методов лечения рака губы на основе материала Гомельского областного клинического онкологического диспансера.

Цель исследования

Сравнить эффективность лучевого и хирургического методов лечения рака губы.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе отделений опухолей головы и шеи и радиологического отделения № 3 Гомельского областного клинического онкологического диспансера. В течение 1995–2005 гг. проведено лечение 460 больных раком губы стадии T1–2N0M0, из них мужчин было 341, женщин — 119. Средний возраст составил $66,3 \pm 8,1$ лет, Локализация опухоли: нижняя губа — 459, верхняя+нижняя — 1, морфология — плоскоклеточный рак — 459, базальноклеточный рак — 1. Хирургическое лечение проведено 168 пациентам, лучевая терапия — 292, в т. ч. короткофокусная лучевая терапия — 215, контактная аппликационная терапия — 77. У 24 больных хирургическое лечение выполнено в условнорадикальном объеме, эти пациенты отказались от повторного вмешательства и при сравнении выделены в самостоятельную подгруппу.

Для исследования частоты рецидивов рака применен прямой метод при контроле в течение 5 и более лет. Оценка ранних и поздних лучевых осложнений по шкале RTOG/EORTC проводилась в соответствии с временными критериями. Сравнение непараметрических показателей — критерий Chi Square, программный пакет «Statistica» 6.0. Оценка перикуративного качества жизни проводилась по следующим показателям: длительности лечения, длительности восстановления трудовой и социальной активности, количеству долечевных посещений врача.

Результаты и обсуждение

Основной критерий эффективности лечения при злокачественной опухоли — процент излеченных больных. Смертность при раке губы I–II стадии не превышает 3–4 %, поэтому сравнение проводится по количеству локальных рецидивов. Их частота приведена в таблице 1.

В нашем материале отмечено более частое развитие рецидивов рака губы после проведения короткофокусной рентгенотерапии, контактной лучевой терапии, нерадикальной резекции губы по сравнению с радикальным хирургическим лечением как при стадии T1, так и T2, различие статистически значимое, $p < 0,05$.

Таблица 1 — Частота рецидивов при различных методах лечения рака губы

Стадия	Лучевое лечение		Хирургическое лечение	
	рентгенотерапия	контактная аппликационная терапия	условно-радикальные операции	радикальные операции
T1	15/133 (12,0 %)	5/55 (9,1 %)	3/24 (12,5 %)	3/102 (2,9 %)
T2	11/82 (13,4 %)	4/22 (18,2 %)	—	2/42 (4,8 %)
Всего	16/215 (12,1 %)	9/77 (11,7 %)	3/24 (12,5 %)	5/144 (3,5 %)

Методы лечения кроме радикальной операции характеризовались сопоставимыми показателями неудач без статистически значимого различия. Случаи манифестации оккультных метастазов в данном исследовании не регистрировались, так как методы локального лечения не предусматривают воздействия на регионарный лимфоколлектор.

У части больных во время проведения лечения отмечались преходящие осложнения. При радиотерапии это была острая лучевая реакция 3 степени (сливная влажная эритема), которая характерна для применявшихся методов. Ее купирование (эпителизация эрозий), в большинстве случаев, происходит в течение 4 недель. Мы сочли необходимым регистрировать в качестве осложнений факты затягивания эпителизации на срок более 5 недель. Из преходящих послеоперационных осложнений отмечались нагноение раны, краевой некроз лоскута, формирование слюнных свищей. Эти состояния также сопровождалось увеличением сроков заживления раны. Показатели преходящих после-лечебных осложнений приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Преходящие осложнения при различных методах лечения рака губы

Стадия	Лучевое лечение		Хирургическое лечение	
	рентгенотерапия	контактная аппликационная терапия	условно-радикальные операции	радикальные операции
T1	9/133 (6,8 %)	3/55 (5,5 %)	1/24 (4,2 %)	4/102 (3,9 %)
T2	8/82 (9,8 %)	2/22 (9,1 %)	—	3/42 (7,1 %)
Всего	17/215 (7,9 %)	9/77 (11,7 %)	1/24 (4,2 %)	7/144 (4,9 %)

В нашем материале отмечено более частое развитие преходящих осложнений после лучевых методов, чем при радикальном хирургическом лечении при T1, T2, и для обеих стадий вместе, различие статистически значимое — $p < 0,05$. Представляет интерес сопоставимое значение патологии послеоперационного периода после условно-радикальных и радикальных операций. При сопоставлении этих данных с частотой рецидивов напрашивается вывод о несостоятельности аргумента меньшего травматизма в ущерб объему резекции. Все преходящие осложнения влияли на длительность заживления и ухудшали качество жизни и социальную активность пациента в этом периоде.

В качестве клинически значимых непреходящих осложнений учитывались поздние лучевые повреждения 3–4 степени (выраженные телеангиэктазии, атрофический дерматит с эрозированием, лучевая язва губы) и стойкие послеоперационные осложнения: рубцовая деформация губы, значительная асимметрия нижней зоны лица, дисфункция угла рта. В большинстве случаев эти осложнения требовали хирургической коррекции. При наличии в постлучевом рубце деструктивных изменений проводилась диагностика с рецидивом рака. Стойкие осложнения в значительной степени снижали качество жизни пациентов и их социальную активность. Сведения об их частоте при различных методах лечения приведены в таблице 3.

Альтернативные методы лечения рака губы характеризуются сопоставимыми показателями развития стойких функциональных и косметических нарушений в нижней зоне лица.

Таблица 3 — Стойкие осложнения после различных методов лечения рака губы

Стадия	Лучевое лечение		Хирургическое лечение	
	рентгенотерапия	контактная аппликационная терапия	условно-радикальные операции	радикальные операции
T1	12/133 (9,0 %)	3/55 (5,5 %)	2/24 (8,3 %)	4/102 (3,9 %)
T2	9/82 (11,0 %)	1/22 (4,5 %)	—	4/42 (9,5 %)
Всего	21/215 (9,8 %)	4/77 (5,2 %)	2/24 (8,3 %)	8/144 (5,6 %)

Статистически значимые различия имеются только между подгруппами короткофокусной рентгенотерапии и контактной аппликационной терапии ($p < 0,05$). При этом следует отметить, что послеоперационные осложнения регистрировались чаще при выполнении пластического замещения классическими методами. Применение способов, разработанных в нашей клинике (С. А. Иванов, Н. М. Тризна, 2004), позволило сократить частоту стойких осложнений в 2–3 раза в зависимости от топических характеристик дефекта. Даже без учета этого факта тезис о значительном превосходстве радиотерапии перед хирургией рака губы в косметическом и функциональном отношении представляется излишне преувеличенным.

Перикуративное качество жизни является значимым фактором, формирующим отношение пациента к способу лечения при условии равной эффективности. До 90% больных интересуются объемом долечебной подготовки, длительностью лечения, количеством процедур, т. е. степенью изменения привычного образа жизни. При наличии выбора пациент отдает предпочтение менее «обременительному» способу, если это не влечет ущерб для надежности. При подготовке к лучевому лечению долечебное обследование включает обязательное выполнение биопсии с гистологическим исследованием. Это подразумевает не менее 2–3 посещения консультативной поликлиники. В 4-х случаях в нашем материале верификация растягивалась на срок более 1 месяца из-за сложностей морфологической диагностики. Для жителей, проживающих вдали от областного центра, это было связано с дополнительной потерей времени и средств. Хирургическое удаление очаговых новообразований губ может быть последним диагностическим этапом и сократить длительность и стоимость подготовки к лечению. Сама операция является значительным стрессовым фактором, обусловленным болевыми ощущениями и инвазивной процедурой разъединения тканей. В этом отношении лучевая терапия представляется более щадящей методикой. Около 3 % больных отвергают хирургический метод априори: «резать не дам». Длительность лечения от первого сеанса облучения до последнего при стандартном режиме составляет не менее 3-х недель. В течение этого периода пациент находится в стационаре или ежедневно посещает клинику. После окончания облучения не менее 3-х недель уходит на купирование острой лучевой реакции. Хирургическое лечение от дня операции до снятия швов при заживлении первичным натяжением длится не более 10 суток. Пребывание в стационаре может ограничиться 2–4 днями. С 12–14 дня после операции трудовая и социальная активность пациента восстанавливается (при отсутствии осложнений). Наконец, в случае возникновения рецидива, проведенная ранее лучевая терапия ограничивает выбор метода в большей степени, чем операция.

Заключение

Данные нашего материала свидетельствуют о большей противоопухолевой эффективности хирургического лечения рака губы I–II стадии, по сравнению с короткофокусной рентгенотерапией и контактной аппликационной лучевой терапией. Не получено сведений о более частом развитии проходящих или стойких послелечебных осложнений после радикальных операций. Имеется перспектива улучшения результатов хирургии за счет внедрения применения разработанных нами способов восстановления губы. Проведение лучевого лечения приводит к нарушению привычного образа жизни пациента на более длительный срок, чем оперативное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 2000. — С. 126–141.
2. Цыбырнэ, Г. А. Рак нижней губы / Г. А. Цыбырнэ, Н. М. Годорожа. — Кишинёв: Штиинца, 1978. — 118 с.
3. Bucur, A. Management of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip and N0-neck / A. Bucur, L. Stefanescu // Journal of Craniomaxillofacial Surgery. — 2004. — № 32 (1). — P. 16–18.
4. Carcinoma of the Lip / Z. Petrovich [et al.] // Archives of Otorinolaryngology. — 1979. — Vol. 105. — P. 187–191.
5. A comparison of results after radiotherapy and surgery for stage I squamous cell carcinoma of the lower lip / J.G. de Visscher [et al.] // Head and Neck. — 1999. — № 21(6). — P. 526–530.

УДК: 616.12 – 007.1 – 053.1 – 02 - 089

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ивкина С. С.

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

Врожденные пороки сердца (ВПС) — одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей (30 % от всех врожденных пороков развития). В последние годы отмечается увеличение этого показателя, обусловленное, вероятно, применением более совершенных методов функциональной диагностики. Риск развития ВПС во многих случаях обусловлен сочетанием наследственной предрасположенности с многосторонним патологическим влиянием внутренних и внешних факторов среды. В Республике Беларусь ежегодно рождается 8–9 % детей с ВПС на 1 тыс. родившихся. В Центре «Кардиология» ежегодно проводится более 650 операций на открытом сердце и более 400 эндоваскулярных операций.

Целью исследования

Изучение особенностей течения врожденных пороков сердца у детей, после оперативного лечения.

Для реализации поставленной цели было проанализировано 30 историй болезни детей с ВПС, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной клинической больницы за период с сентября по декабрь 2010 г. Все дети были прооперированы по поводу ВПС в разные сроки.

В результате проведенного анализа было выявлено, что девочек и мальчиков было примерно поровну — 16 (53,3 %) и 14 (46,7 %).

Среди обследованных, жители г. Гомеля составили 10 (33,3 %), жители Гомельской области — 20 (66,7 %) детей.

Длительность пребывания в стационаре составила: минимальное количество дней — 3, максимальное — 30, средняя продолжительность госпитализации — 15 дней.

Изучив наследственность, было выявлено, что только у 4 (13,3 %) пациентов отягощена наследственность по ВПС (рисунок 1).

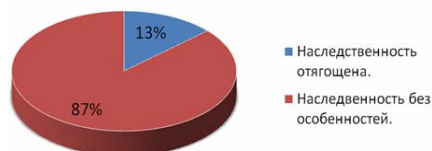


Рисунок 1 — Частота наследственной отягощенности у детей с ВПС

Хирургическая коррекция проводилась детям в Центре «Кардиология» г. Минска в различном возрасте (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, большинство детей были прооперированы в возрасте от 1 до 5 лет. На момент госпитализации у большего количества детей — 18 (60 %) после хирургического лечения прошло несколько лет (от 1 до 5), 2 (6,7 %) ребенка были прооперированы в текущем году.