

стствует о возможности эффективного использования ЛТ для лечения первичной опухоли при РК НН. Относительно раннее время развития рецидива может быть объяснено неполной резорбцией патологического образования при ЛТ. Все пациенты с рецидивами были подвергнуты хирургическому лечению.

### **Выводы**

Установлено, что частота развития рецидива после ЛТ составляет 9,4% от всего числа пациентов, 5-летняя ВВП при РК НН – 90,5% (SE 2,6%). Медиана времени развития рецидива составила 13 (4; 30) месяцев.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Okeanov A. [Cancer in Belarus: facts and figures. Analysis of the data of the Belarusian Cancer Register for 2010–2019]. – Minsk: RNPC OMR named after N.N. Alexandrov, 2020. 298 p. (In Russ.)
2. Rubin, A. I. Basal cell carcinoma / A. I. Rubin, E. H. Chen, D. Ratner // N Engl J Med. – 2005. – № 353. – P. 2262–2269.
3. Distribution of Basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma by facial esthetic unit / J. H. Choi [et al.] // Arch Plast Surg. – 2013. – Vol. 40(4). – P. 387–391.
4. Mendez, B. M. Current Basal and Squamous Cell Skin Cancer Management / B. M. Mendez, J. F. Thornton. // Plast Reconstr Surg. – 2018. – Vol. 42(3). – P. 373e–387e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000004696.
5. Meta-analysis of published data on incompletely excised basal cell carcinomas of the ear and nose with introduction of an innovative treatment strategy / C. Rogalski [et al.] // J Dtsch Dermatol Ges. – 2007. – № 5(2). – P. 118–126.

**УДК 616-006.448-07-08**

**А. О. Жарикова, О. И. Ананченко**

*Научный руководитель: д.м.н, профессор В. Н. Беляковский*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ**

### **Введение**

Множественная миелома (плазмноклеточная миелома, ВОЗ 2017 г.) – это В-клеточная злокачественная опухоль, парапротеинемический гемобластоз, характеризующийся мультифокальной пролиферацией неопластических плазматических клеток с секрецией моноклонального иммуноглобулина [1, 2]. Распространенность множественной миеломы – 4–5,7 на 100 тыс. населения. Мужчины болеют несколько чаще женщин в соотношении 3:2. Частота заболевания увеличивается с возрастом, средний возраст пациентов с множественной миеломой – 62 года [1].

Клинические проявления заболевания разнообразны, но в значительной мере определяются инфильтрацией костного мозга (далее – КМ) плазматическими клетками, секрецией опухолевыми клетками моноклонального Ig с резким снижением выработки нормальных поликлональных Ig. Вследствие этого множественная миелома проявляется развитием органных повреждений в виде деструктивного поражения скелета, развитием почечной недостаточности, анемии, гиперкальциемии, синдрома гипервязкости [3].

### **Цель**

Программа исследования включала решение следующих задач:

- 1) проанализировать научно-методическую литературу, статьи, клинические рекомендации по изучаемой проблеме;
- 2) оценить частоту встречаемости множественной миеломы среди пациентов мужского и женского пола, разных возрастных групп;

- 3) выявить наиболее частые жалобы у пациентов с множественной миеломой;
- 4) определить наиболее частые клинические и лабораторные проявления диффузно-очаговой формы множественной миеломы.

#### **Материал и методы исследования**

Материалом для исследования являются 33 медицинские карты стационарного пациента, отобранные в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», за 2019–2023 годы с установленным клиническим диагнозом «Множественная миелома диффузно-очаговая форма, впервые выявленная».

Для диагностики множественной миеломы и оценки ее клинических и лабораторных проявлений были выполнены: общий анализ крови, биохимический анализ крови, мультиспиральная компьютерная томография (далее – МСКТ), исследование костного мозга (стерильная костномозговая пункция) – миелограмма, иммунофенотипический анализ.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2016, Statistica 12,0. Результаты представлены в виде медианы (Me), верхнего и нижнего квартилей (Q1÷Q3). Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

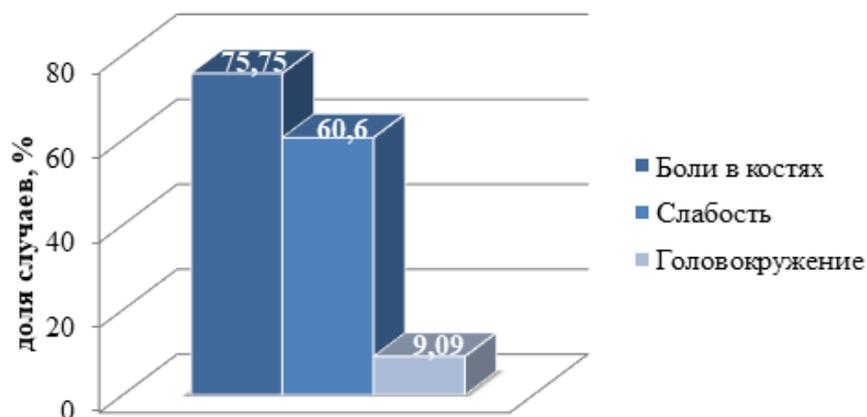
Методы исследования – ретроспективный и эмпирический.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемую группу были включены 33 пациента, из них 22 лица мужского пола (66,67%) и 11 лиц женского пола (33,33%). Всем пациентам исследуемой группы был установлен клинический диагноз «Множественная миелома диффузно-очаговая форма, впервые выявленная». Средний возраст дебюта заболевания составил 63,0 [58,0÷69,0] года.

По результатам проведенного анализа установлено, что клинический диагноз «множественная миелома» у мужчин и женщин выявлялся в соотношении 2:1, однако значимых различий по полу ( $\chi^2=7,33$ ,  $p=0,0132$ ) и возрасту (средний возраст женщин составил 63,0 [56,0÷69,0] года, мужчин – 63,5 [58,0÷70,0] лет,  $p=0,64$ ) среди пациентов с множественной миеломой не установлено.

В структуре жалоб, предъявляемых пациентами, преобладают жалобы на боли в костях (25 пациентов – 75,75% случаев). Жалобы общего характера встречались в 69,69% случаев – на чувство слабости предъявляли жалобы 20 пациентов (60,6%), на головокружение – 3 пациента (9,09% случаев). Структура жалоб пациентов с множественной миеломой представлена на рисунке 1.



**Рисунок 1 – Структура жалоб пациентов с множественной миеломой**

В структуре проявлений множественной миеломы преобладают (в 81,81% случаев) остеодеструктивный синдром, синдром вторичного иммунодефицита (48,48% случаев) и анемия злокачественного новообразования.

Анемический синдром осложнял течение множественной миеломы в 45,45% случаев и проявлялся развитием нормохромной нормоцитарной анемии со средним содержанием гемоглобина 97,8 [85,0÷105,0] г/л, эритроцитов 2,98 [2,6÷3,4]×10<sup>12</sup>/L, цветовым показателем равным 0,92 [0,85÷0,95]. При этом у двух пациентов отмечалось сочетание анемии с вторичной тромбоцитопенией со средним содержанием тромбоцитов 72,2 [62,0÷82,4] × 10<sup>9</sup>/L.

Со стороны нервной системы проявлениями множественной миеломы явились дистальная полиневропатия и вторичная люмбагия, со стороны мочевыделительной системы – миеломная нефропатия и хроническая болезнь почек, стадия С1, со стороны системы крови, помимо анемии и вторичной тромбоцитопении, – синдром гипервязкости и геморрагический синдром. Осложнения множественной миеломы представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Структура осложнений множественной миеломы

Осложнения основного заболевания	Количество пациентов (n)	n (%)
Остеодеструктивный синдром	27	81,81
Синдром вторичного иммунодефицита	16	48,48
Анемия злокачественного новообразования	15	45,45
Дистальная полиневропатия	6	18,18
Синдром гипервязкости	4	12,12
Миеломная нефропатия	4	12,12
Вторичная тромбоцитопения	2	6,06
Вторичная люмбагия	2	6,06
Хроническая болезнь почек, стадия С1	1	3,03
Геморрагический синдром	1	3,03

Таким образом, основными клиническими проявлениями множественной миеломы явились боли в костях, слабость, дистальная полиневропатия, миеломная нефропатия и хроническая болезнь почек. Основными лабораторными признаками явились анемия злокачественного новообразования, синдром гипервязкости, вторичная тромбоцитопения, гиперкальциемия и плазмоцитоз (>10%, по данным биопсии костного мозга). Частота встречаемости основных клинических проявлений представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Частота встречаемости основных клинических и лабораторных проявлений множественной миеломы

Клинические проявления и лабораторные признаки	Частота (%)
Боль в костях (позвоночник, грудная клетка, реже длинные кости)	75,75
Гиперпротеинемия	75,75
КМ плазмоцитоз >10%	72,72
Слабость	60,6
Анемия злокачественного новообразования	45,45
Гиперкальциемия	27,27
Дистальная полиневропатия	18,18
Синдром гипервязкости	12,12
Миеломная нефропатия	12,12
Вторичная тромбоцитопения	6,06
Хроническая болезнь почек, стадия С1	3,03

По данным биохимического анализа крови М-белок (М-градиент) был обнаружен у всех пациентов в содержании 14,4 [5,9÷17,7] г/л. Среднее содержание общего белка у пациентов исследуемой группы составило 95,0 [85,0÷100,0] г/л, кальция – 2,32 [2,21÷2,56] ммоль/л. Таким образом, гиперпротеинемия обнаружена у 25 пациентов (75,75% случаев), гиперкальциемия – у 9 пациентов (27,27% случаев).

По результатам выполнения стерильной костномозговой пункции плазмоцитоз более 10% был выявлен у 24 пациентов, что составило 72,72%. Медиана содержания плазмоцитов в КМ составила 15,0 [9,6÷25,0] %.

### **Выводы**

1) Для множественной миеломы наиболее характерными проявлениями являются поражение костей скелета (в особенности, плоских) с развитием костных болей и патологических переломов, нормохромная нормоцитарная анемия, гиперпротеинемия, наличие М-градиента, гиперкальциемия, а также наличие в КМ более 10% плазматических клеток, парапротеины в сыворотке [1–3].

2) Множественная миелома у мужчин и женщин выявляется в соотношении 2:1, однако значимых различий по полу ( $\chi^2=7,33$ ,  $p=0,0132$ ) и возрасту ( $p=0,64$ ) не установлено. Дебют заболевания приходится на возраст 63,0 [58,0÷69,0] года.

3) Наиболее часто (в 75,75% случаев) пациенты предъявляли жалобы на боли в костях вследствие развития остеодеструктивного синдрома, реже – на чувство слабости (60,6% случаев) и головокружение (9,09% случаев).

4) Наиболее частыми осложнениями множественной миеломы явились остеодеструктивный синдром (81,81%), синдром вторичного иммунодефицита (48,48%) и анемия злокачественного новообразования (45,45% случаев).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Новикова, И. А. Клиническая лабораторная гематология: учебное пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск: Выш. шк., 2023. – 400 с.
2. Множественная миелома : Клинические рекомендации Ассоциации содействия развитию гематологии и трансплантологии костного мозга «Национальное гематологическое общество», Региональной общественной организации «Общество онкогематологов», Общероссийского национального союза «Ассоциация онкологов России», 2021. – М. : утв. Мин. Здрав. РФ, 2021. – 217 с.
3. Кравченко, Д. В. Множественная миелома. Практическое пособие для врачей / Д. В. Кравченко, С. А. Ходулева, Д. К. Новик. – Гомель: государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», 2016. – 83 с.

**УДК 615.89:616-006.6**

**Я. В. Кикинёва**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **«НАРОДНЫЕ» МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ – ЗНАЧЕНИЕ И ПРАКТИКА ПО ДАННЫМ ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Введение**

Одной из проблем онкологии является склонность некоторых пациентов прибегать к альтернативным лечебным практикам, к которым относят способы, эффективность и безопасность которых не были доказаны научным методом. Так, в 2018 году были опубликованы данные, согласно которым пациенты, прибегавшие к парамедицине, были склонны