

носторонним. При этом, множественные поражения выявлено у 64 больных, единичные — у 9, солитарные — у 16, что составило 71,9 %; 10,1 и 17,3 % случаев соответственно. Множественные метастазы у 78 (87,6 %) больных имели округлую форму, у 11 (12,4 %) были неправильной формы. Они мало отличались между собой по размерам и составили у 19,3 % случаев 0,8–2,0 см, у 53,9 % — 2,0–3,0 см и у 26,8 % — более 3,0 см. У большинства (83,9 %) контуры образований были четкими. В 11,2 % случаев выявлено метастатическое поражение плевры в форме экссудативного плеврита. Многочисленные исследователи отмечают, что развитие метастатического плеврита может явиться результатом дальнейшего распространения опухолевого процесса при наличии метастатических опухолей в легких. Хотя чаще отмечают наличие метастатического плеврита с сопутствующими легочными метастазами. В 17 (19,1 %) больных определялись расширенные бесструктурные корни легких из-за увеличенных метастатически измененных лимфатических узлов. При этом отмечалась деформация усиление легочного рисунка, особенно в прикорневой зоне, что соответствовало распространению опухолевой инфильтрации по лимфатическим путям вдоль бронхов и сосудов.

#### **Выводы**

Таким образом, цифровая рентгенография как достаточно информативный и доступный метод диагностики позволяет определить все формы метастатического поражения легких у больных на рак молочных желез, что способствует повышению эффективности лечения. Но с целью ранней диагностики и уточнения характера метастатического поражения легких целесообразно применение комплексной лучевой диагностики. Поэтому, перспективным является проведение дальнейших исследований по изучению возможностей комплексной лучевой диагностики в определении ранних лучевых признаков метастазов рака молочных желез в легкие.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Андрешкина, И. Н. Клинико-рентгенологические варианты метастазов в легкие при раке молочной железы / И. Н. Андрешкина, В. Н. Плохое // Медицинская визуализация. — 2012. — № 1. — С. 56–59.
2. Васько, Л. М. Іноваційний метод цифрової рентгенологічної візуалізації — малодозовий томосинтез / Л. М. Васько // Актуальні проблеми сучасної медицини. — 2018. — Т. 18, № 1(61). — С. 292–296.
3. Виявляємість променевих ознак легеневих метастазів раку молочних залоз / Л. М. Васько [и др.] // Радіологія в Україні: VII Націон. конгрес з міжнар. участю. м. Київ 28-30.03.19. — Київ, 2019. — С. 81–82.
4. Маммология: Национальное руководство / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 491 с.
5. Остманн, Й. В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й. В. Остманн, К. Уальд, Дж. Кроссин. — М.: Мед. лит., 2017. — 368 с.
6. Breast cancer lung metastasis: Molecular biology and therapeutic implications / L. Jin [et al.] // Cancer Biol Ther. — 2018. — Vol. 19(10). — P. 858–868. — doi: 10.1080/15384047.2018.1456599.
7. Heck, L. Recent advances in X-ray imaging of breast tissue: From two- to three-dimensional imaging / L. Heck, J. Herzen // Physica Medica. — 2020. — Vol. 79. — P. 69–79. — doi:10.1016/j.ejmp.2020.10.025.
8. Organ-specific metastasis of breast cancer: molecular and cellular mechanisms underlying lung metastasis / M. Yousefi [et al.] // Cell Oncol (Dordr). — 2018. — Vol. 41 (2). — P. 123–140. — doi: 10.1007/s13402-018-0376-6.
9. Spontaneous pneumothorax associated with cavitating pulmonary metastasis from breast cancer: A case report and literature review / A. Hashinokuchi [et al.] // General Thoracic and Cardiovascular Surgery. — 2021. — Vol. 69 (1). — P. 137–141. — doi:10.1007/s11748-020-01423-1.

УДК 616.31-006.6-08

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА I–II СТАДИИ**

**Дюбанова Е. В., Полякова К. А., Лаевская А. Н.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Одним из часто встречающихся видов онкологических заболеваний челюстно-лицевой области является рак слизистой оболочки полости рта (РСОПР). Заболевание характеризуется агрессивным клиническим поведением и часты-

ми рецидивами после проведенного лечения [1]. Основными методами лечения при резектабельной опухоли являются хирургическое или лучевая терапия [2]. Авторы высказывают различные точки зрения на предмет оптимального лечебного плана. Аргументом в пользу выполнения операции является возможность более радикального удаления опухоли [1, 3]. Лучевое или химиолучевое лечение позволяет сохранить целостность функционально значимых анатомических структур [1–3]. Анализ результатов лечения РСОПР с использованием хирургического метода и (химио)лучевого лечения позволяет сопоставить их эффективность.

### **Цель**

Проанализировать 5-летнюю выживаемость после лечения РСОПР I–II стадии с использованием разномодалных методов.

### **Материал и методы исследования**

Работа была выполнена на базе Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов. Исследовали — частоту использования различных методов лечения, частоту локальных рецидивов РСОПР, общую выживаемость и обусловленную заболеванием смертность в течение 5 лет после лечения. Сравнивали общую выживаемость и смертность после проведения комбинированного и (химио)лучевого лечения. Статистическая обработка данных — пакет программ «Statistica! 8.0, использовали точный двусторонний критерий Фишера, значимость различия при  $p < 0,05$ .

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

Нами было проанализированы данные о результатах лечения 127 пациентов с РСОПР в Гомельской области в 2011–2015 гг. Распределение по полу: 27 (21,3 %) женщин и 100 (78,7 %) мужчин. Возраст исследуемых от 31 до 88 лет, средний возраст составил 60 лет. I стадия заболевания установлена у 37 пациентов, II стадия — 100 пациентов. Локализация опухоли: ротовая часть языка — 49, дно рта — 48, альвеолярный отросток — 4, небо — 10, щека — 11. Представленные данные в целом соответствуют таковым в Беларуси в целом.

Пациенты исследуемого коллектива получали следующее лечение: лучевая или химиолучевая терапия (группа 1) — 81 наблюдение, лечение с выполнением хирургического вмешательства на первом или последующем этапе (группа 2) — 31 наблюдение. Еще 15 лицам лечение проведено не было в связи с отказом или противопоказаниями. Пациенты 1 и 2 групп не имели статистически значимых отличий по возрасту, половому распределению и стадии заболевания.

Противоопухолевое лечение проводили согласно действующим национальным стандартам. Хирургическое вмешательство состояло в удалении участка, пораженного опухолью, с захватом 1,5–2,0 см здоровых тканей. Типичные вмешательства — гемиглоссэктомия и резекция дна рта, выполнены 27 пациентам. Резекция челюстных костей выполнена 8 пациентам. Одномоментная элективная шейная лимфодиссекция проведена 11 пациентам. Лучевая терапия проводилась методом дистанционного облучения в разовой дозе 2 Гр, суммарной дозе 70 Гр. При одномоментной химиотерапии использовали внутривенное введение цисплатина в стандартном режиме. Облучение было проведено непрерывным курсом в 76 случаях, сплит-курсом — в 5 случаях.

В течение 5 лет после завершения лечения рецидив рака развился у 72 из 112 лиц из 1 и 2 группы (61,2 %). В большинстве наблюдений отмечено локальное прогрессирование РСОПР — 70 случаев, рост регионарных метастазов — 12 случаев, у части пациентов имели место оба варианта прогрессирования как синхронно, так и метакронно. Это подтверждает общую закономерность к местному прогрессированию данной локализации рака. Данные представлены на рисунке 1.

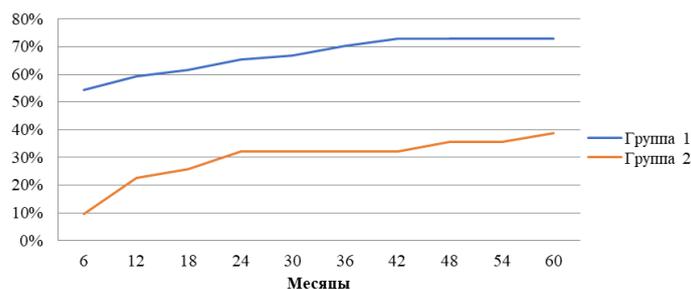


Рисунок 1 — Число случаев прогрессирования РСОПР

Как следует из приведенных данных, основное число случаев прогрессирования отмечено в первые 6 месяцев после проведенного лечения. Частота рецидивов выше в группе 1 (44 (54,3 %) пациента), чем в группе 2 (9 (9,7 %) пациентов), различие является статистически значимым для первого полугодия и для всего пятилетнего срока наблюдения,  $p < 0,05$ . Поскольку случаи прогрессирования после нехирургического лечения представляли собой, как правило, первично неизлеченную опухоль, 16 пациентам удалось выполнить радикальное хирургическое вмешательство. Остальные отказались от предложенной операции. Полученные сведения подтверждают высокую вероятность рецидива РСОПР, а также значительное число отказа пациентов от хирургического лечения с учетом функциональной значимости анатомической зоны.

Общая выживаемость пациентов независимо от причины смерти в группах 1 и 2 представлена на рисунке 2.

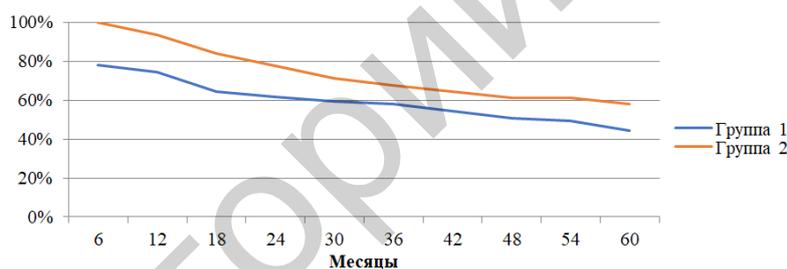


Рисунок 2 — Общая выживаемость пациентов с РСОПР

Общая выживаемость пациентов с РСОПР в группе 2 является более высокой на протяжении всего периода наблюдения. Различие по этому показателю является статистически значимым,  $p < 0,05$ . Возможно, при более активном использовании хирургического лечения при неизлеченной опухоли у пациентов группы 1 можно было бы достичь лучших показателей. Смертность от РСОПР в течение 5 лет после лечения составила 48,2 % для пациентов, которым было проведено специальное лечение по радикальной программе, и 53,2 % во всем коллективе, включая лиц, которым лечение не проводилось. Данные о смертности представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Смертность от рака РСОПР в зависимости от проведенного лечения

Группа	Смертность от рака, месяцы после лечения									
	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Группа 1, n = 81	16 (19,8 %)	29 (35,8 %)	37 (45,7 %)	37 (45,7 %)	38 (46,9 %)	39 (48,1 %)	41 (50,6 %)	43 (53,1 %)	43 (53,1 %)	43 (53,1 %)
Группа 2, n = 31	—	2 (6,5 %)	5 (16,1 %)	6 (19,4 %)	8 (25,8 %)	8 (25,8 %)	9 (29 %)	10 (32,3 %)	10 (32,3 %)	11 (35,5 %)

Число смерти пациентов от РСОПР в группе 1 превышает таковое в группе 2 со статистической значимостью на протяжении первых трех лет наблюдения,

различие по этому показателю является статистически значимым,  $p < 0,05$ . Однако к окончанию 5-летнего периода статистическая значимость не прослеживается. Это свидетельствует о том, что пациенты с неизлеченной опухолью погибают раньше, если им не выполняют хирургическое вмешательство.

#### **Выводы**

Прогрессирование РСОПР после проведенного лечения отмечено в 61,2 % случаев в нашем материале. Рецидив опухоли развивался более часто, если первичное лечение не включало хирургическое вмешательство, по сравнению с пациентами, которым выполнена операция, различие статистически значимое.

Общая 5-летняя выживаемость при РСОПР в нашем материале составила 48,2 % после проведенного лечения и 31,5 % — во всем коллективе. Выживаемость в группе, где первичное лечение включало хирургическое вмешательство была выше, чем в группе без хирургического лечения, различие статистически значимое.

Смертность от РСОПР на протяжении 5 лет в исследуемом коллективе составила 48,2 %. При этом показатели смертности не имели статистически значимого различия в зависимости от метода лечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Современный взгляд на диагностику и лечение рака слизистой оболочки полости рта / В. Н. Николенко [и др.] // Голова и шея. — 2017. — № 4. — С. 36–42.
2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: клинический протокол / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. — Минск: Профессиональные издания, 2019. — 616 с.
3. Рак слизистой оболочки полости рта — две стороны одной проблемы / Г. А. Гинзбург [и др.] // Сибирский онкологический журнал. — 2010. — № 3. — С. 61–62.

**УДК 618.19-006.6-053(476.2)«2019»**

### **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОК ОНКОМАМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЗ «ГКОД»**

*Дятлов Д. С., Кругликова А. В., Шепелевич А. Н.*

**Научный руководитель: доцент, к.м.н. В. В. Похожай**

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

#### **Введение**

Рак молочной железы — гетерогенная группа злокачественных опухолей из эпителия паренхимы молочных желез и сосково-ареолярного комплекса, характеризующихся разнообразным и агрессивным клиническим поведением [1].

В Беларуси показатели заболеваемости находятся в пределах 40–50 на 100 тыс. женского населения, приведенного по возрастной структуре к мировому стандарту. Во многих европейских странах эти показатели в 2 раза выше. Так, в Дании — 105, в Нидерландах — 104,5, во Франции — 99 на 100 тыс. женского населения.

В структуре онкопатологии у женщин Республики Беларусь РМЖ составляет 17,6 %. При этом основной прирост заболеваемости приходится на возрастную группу старше 60 лет.

Отмечается незначительное повышение риска у женщин, имеющих доброкачественные уплотнения в молочной железе, и в значительно большей степени у тех, кто ранее перенес РМЖ или рак яичников. Если пациентка страдала РМЖ в прошлом, то риск рецидива у нее очень высок. Этот риск составляет около 1 % в год, и таким образом через 10 лет риск развития РМЖ у пациентки составит 10 % [2].