

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Грек Н. И., Хоров А. О., Бондарчук Ю. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра онкологии

**Актуальность.** Ответ опухоли на неoadьювантную химиотерапию (НАХТ) при раке молочной железы (РМЖ) определяется с помощью клинических (физикальное и инструментальное обследование) и патоморфологических критериев. По данным литературы [1], субъективный клинический эффект часто имеет тенденцию к преувеличению и в 60-70% случаев неточно «предсказывает» полный патоморфологический ответ (pCR).

**Цель.** Сравнительный анализ результатов клинического и патоморфологического ответа опухоли на НАХТ при РМЖ и определение наиболее точного метода оценки остаточной опухоли как критерия эффективности НАХТ.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование было включено 76 пациенток с диагнозом РМЖ, получавших лечение на базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в период с 2015 по 2018 гг. Всем пациенткам лечение было начато с курсов НАХТ, в 67,1% случаев применялась схема FAC (5-фторурацил+доксорубин+циклофосфамид) с интервалом в 21 день. Клиническая оценка эффективности предоперационного лечения осуществлялась по критериям RECIST 1.1. Материалом для морфологического исследования служили трепанобиоптаты опухолей молочной железы, взятые до начала лечения, и операционный материал, полученный после завершения НАХТ. Оценку степени лечебного патоморфоза проводили с использованием адаптированной классификации Лавниковой-Miller-Payne. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием Microsoft Excel 2013, пакета программ «Statistica» 10.0. для Windows (StatSoft, Inc., США).

**Результаты.** Клиническая оценка эффективности НАХТ показала, что полный регресс опухоли (cCR) выявлен у 24 пациенток (31,6%), частичный регресс – у 28 пациенток (36,8%) и стабилизация заболевания – у 24 пациенток (31,6%). Прогрессирование опухолевого роста во время лечения не наблюдалось. Предоперационная терапия индуцировала проявления лечебного патоморфоза разной степени выраженности: 0 степени у 1 пациентки (1,3%), I-II степени у 49 (64,5%), III степени у 14 (18,4%) и IV степени (pCR) у 12 (15,8%). При сравнении результатов cCR (31,6%) и pCR (15,8%) выявлено их несоответствие. Более точную характеристику регресса опухоли после НАХТ дает морфологический анализ.

Выводы. Достижение с помощью НАХТ полной клинической регрессии опухоли не всегда ассоциировано с pCR. «Золотым стандартом» в первичной оценке эффективности НАХТ является микроскопическое изучение остаточной опухоли.

#### Литература

1. Семиглазов, В. Ф. Предоперационное (неоадьювантное) лечение рака молочной железы / В. Ф. Семиглазов // Медицинский альманах. – 2008. – № 4. – С. 68-70.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

**Грибок А. В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Научный руководитель – преподаватель-стажер Довнар А. И.

**Актуальность.** Необходимость дальнейшего изучения проблемы черепно-мозговой травмы не вызывает сомнений. Частота, тяжесть травмы, трудности диагностики и сложность тактических планов в лечении пострадавших делают эту проблему не только важной в социальном и лечебно-профилактическом отношении, но и сложной научной задачей [1, с.17]. Анализ вариантов хирургических вмешательств при черепно-мозговой травме позволит планировать оказание хирургической экстренной помощи.

**Цель.** Анализ способов хирургического лечения у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой.

**Материалы и методы.** Проведён анализ случаев лечения в нейрохирургическом отделении УЗ «ГКБСМП» города Гродно 42 пациентов с различными видами тяжёлой черепно-мозговой травмы за период с января по декабрь 2018 года.

**Результаты.** В группу исследования включены пациенты в возрасте с 10 лет до 81 года, средний возраст которых составил 57,8 лет. Большинство пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой составили мужчины – 33 (78,6%).

Патологии, выявленные при черепно-мозговой травме, были представлены: вдавленные переломы черепа – 3(7,1%), травматические гидромы – 2(4,8%), эпидуральные гематомы – 5(11,9%), внутримозговые гематомы – 3(7,1%), субдуральные гематомы – 25(59,5%), гемаррагический ушиб – 4(9,5%).

Виды хирургических вмешательств, проводимые при этих патологиях, были следующие: костно-пластическая трепанация черепа при гематоме – 8(19%), декомпрессивная трепанация черепа при гематоме – 29(69%), ликвидация вдавленного перелома – 3(7,1%), удаление гидром через фрезевое отверстие – 2(4,8%).