

АУТОБИОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ СТАДИЙ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Л.Ю. СИДЕНКО, Р.Е. ТОЛМАХ, Ю.Ю. КОЗЕЛЬ, Ю.А. НЕСТЕРОВА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Остеогенная саркома является самой распространенной злокачественной опухолью костей у детей и подростков. Частота встречаемости среди всех злокачественных новообразований костей достигает 70-75%. В настоящее время достигнуты значительные успехи в лечении локализованных стадий остеогенной саркомы. Общая пятилетняя выживаемость при ПА-ПВ стадии онкологического процесса составляет 65-70%. В основе терапии лежит применение комплексной терапии: многокурсовая дозоинтенсивная полихимиотерапия (ПХТ) и хирургическое лечение. Основопологающим направлением этапа локального контроля является использование органосохраняющих операций, применение которых не только не ухудшает общую выживаемость, но и играет ведущую роль в физической, психологической и социальной реабилитации среди данной группы пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного лечения локализованных стадий остеогенной саркомы у детей и подростков с применением введения цитостатиков на аутосредах и проведением органосохраняющих хирургических вмешательств.

Материал и методы. В отделении детской онкологии РНИОИ за период с 2001 по 2008 год пролечено 12 пациентов с верифицированной остеогенной саркомой конечностей при локализованных стадиях с использованием вышеописанных методов лечения. Среди этих пациентов юношей – 5 (42%), девочек и девушек – 7 (58%). Соотношение по полу 1:1,4. Средний возраст на момент постановки диагноза составил 14,5 года. Разброс по возрасту составил от 10 до 20 лет. Минимальный рост больных – 137 см. У всех пациентов первичный опухолевый очаг был локализован в длинных трубчатых костях:

дистальный метафиз бедренной кости-8 (68%), проксимальный метадиафиз локтевой кости – 1 (8%), проксимальный метафиз с распространением на головку плечевой кости – 1 (8%), проксимальный метадиафиз большеберцовой кости – 2 (16%). В 100% наблюдений деструктивный процесс в костях сопровождался наличием мягкотканного компонента, размер которого варьировал от 5-6 до 12-15 см в диаметре. Первым этапом лечения все пациенты получили 3-4 курса неадьювантной ПХТ с использованием доксорубина и цисплатина. С целью снижения проявлений токсичности, активации антистрессорных адаптационных реакций, повышения общей неспецифической резистентности организма цитостатики вводились на аутосредах: аутогемохимиотерапия (АГХТ) и аутоплазмахимиотерапия (АПХТ). При АГХТ забирали не более 5% от ОЦК, рассчитанного по номограмме, при АПХТ, забирали 30-50% от ОЦП. АГХТ проведена 10 (83%), пациентам АПХТ – 2 пациентам (17%).

Результаты. Выраженный клинический эффект в виде значительного уменьшения мягкотканного компонента в размерах, склерозирование опухолевого очага, улучшение функциональной активности конечности от проведенного цитостатического лечения отмечен у 10 (83%) больных, частичный клинический эффект – у 2 (22,2%) пациентов. Оценка достигнутого эффекта проводилась с использованием клинических, УЗИ, рентгенологических (СРКТ, рентгенография) методов. Вторым этапом терапии проводилось органосохранное хирургическое лечение. У 5 (41%) пациентов с поражением дистального метафиза бедренной кости применена дистальная резекция бедренной кости с эндопротезированием коленного сустава. При поражении локтевой

кости выполнена резекция проксимальных отделов локтевой и лучевой костей, резекция локтевого сустава, артродез. У 2 больных с наименее выраженными проявлениями опухолевого процесса и выраженным клиническим эффектом от проведенной лекарственной терапии проведена резекция дистального отдела бедренной кости с использованием однополюсного эндопротезирования. При поражении б/берцовой кости произведена резекция, наложением аппарата Елизарова с последующей аутопластикой. В одном случае выполнена проксимальная резекция плечевой кости с эндопротезированием плечевого сустава, а также у одной больной с поражением дистального отдела бедренной кости выполнена резекция с установкой временного спейсера. У всех пациентов исследована степень лекарственного патоморфоза: I-III – 10 (83%) больных, III-IV – 2 (17%). Третьим этапом лечения проведено 3-8 курсов адьювантной АГХТ: доксорубицин+цисплатин, ифосфамид+этопозид+карбоплатин. Схемы лечения подбирались с учетом степени

лекарственного патоморфоза. К настоящему времени все пациенты закончили комплексную терапию. Сроки наблюдения составляют от 3 мес до 5 лет. У одной пациентки на этапе п/операционной ПХТ, а также у 2 пациентов через 6-9 мес после окончания комплексного лечения наступила генерализация процесса с метастатическим поражением легких. Из этой группы 2 (16%) пациента погибли несмотря на проводимое противорецидивное лечение. Остальные 10 (83%) пациентов в настоящее время находятся в 3 клинической группе в полной ремиссии.

Выводы. Общая выживаемость среди пациентов с локализованными стадиями остеогенной саркомы с применением в комплексной терапии органосохранного лечения составила 83%. Общая 3-летняя выживаемость к настоящему времени может быть оценена у 6 пациентов, она составила 83%, безрецидивная – 66%, что свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ

А.А. СИДОРУК, Е.А. УЛЬРИХ, В.И. НОВИК, А.Ф. УРМАНЧЕЕВА

ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий», г. Санкт-Петербург
ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава, г. Санкт-Петербург

Актуальность. По данным различных раковых регистров среди злокачественных опухолей (инвазивных форм) шейки матки частота аденокарциномы колеблется от 5 до 26%. Последние десятилетия отмечается увеличение заболеваемости железистым раком шейки матки, особенно среди молодых женщин. Предшественником инвазивной аденокарциномы шейки матки является аденокарцинома in situ, а интервал времени между ними составляет 7-13 лет. Диагностика аденокарциномы in situ представляет значительные трудности. Клинические симптомы у большинства больных отсутствуют. Гинекологическое исследование, кольпоскопия, биопсия, а также эндоцервикальный кюретаж обычно недостаточно информативны, поскольку опухоль локализуется в цервикальном канале, имеет малые размеры поражения, также имеется трудность получения достаточного для исследо-

вания материала и недооценка гистологических изменений. Основное значение в выявлении аденокарциномы in situ многие авторы придают цитологическому методу исследования. Цитологическая диагностика аденокарциномы in situ более сложна и менее точна, чем при диагностике плоскоклеточной карциномы шейки матки.

Цель исследования. Оценить значение цитологического метода исследования в ранней диагностике аденокарциномы in situ шейки матки.

Материал и методы. В настоящем исследовании проанализированы клинические и морфологические данные (цитологические, гистологические, ядерные морфометрические параметры используя компьютерную морфоденситометрию - метод анализа изображения) больных аденокарциномой in situ шейки матки (n=25), получавших лечение в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова за период с 1970 по 2003 г.