

риферической крови не отличался от такового у доноров. Однако анализ $CD4^+CD25^+$ клеток с учетом гистологического варианта опухоли выявил, что у женщин с фибромой яичников ($n=4$) наблюдалось увеличение количества $CD4^+CD25^+$ клеток, а у пациенток с тератомой яичников ($n=6$) – снижение абсолютного количества $CD4^+CD25^{high}$ Т-клеток ($P_U=0,047$). Больные с РЯ характеризовались снижением $CD4^+CD25^+$ и $CD4^+CD25^{high}$ клеток в периферической крови и увеличением этих клеток в асцитической жидкости, что свидетельствует о перераспределении популяции Тreg при РЯ. Содержание $CD4^+FOXP3^+$ и $CD8^+FOXP3^+$ клеток у женщин с ДОЯ соответствовало содержанию этих клеток у доноров, однако пациентки с фибромой яичников отличались 2-кратным возрастанием этих клеток в крови. У больных РЯ уровень $CD4^+FOXP3^+$ и $CD8^+FOXP3^+$ клеток увеличивался как в периферической крови, так и в асцитической жидкости. При этом между

количеством $CD4^+FOXP3^+$ и $CD8^+FOXP3^+$ клеток обнаруживалась достоверная прямая корреляционная связь ($r_s=0,63$, $p<0,005$), что свидетельствовало о сопряженности изменений этих регуляторных субпопуляций Т-клеток. Несмотря на выраженные изменения Тreg у больных с фибромой яичников, подавление функциональной активности Т-лимфоцитов не наблюдалось. Напротив, у больных РЯ увеличение Тreg в асцитической жидкости и отдельных субпопуляций Тreg в периферической крови сопровождалось выраженным подавлением пролиферативной активности Т-лимфоцитов.

Выводы. Выраженные изменения в количестве регуляторных Т-клеток, ассоциированные с глубоким угнетением пролиферативной активности Т-лимфоцитов, характерны именно для больных раком яичников, что может свидетельствовать о патогенетической значимости этих клеток в прогрессии опухолевого роста.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

И.А. ЛЕЙМАН, С.З. КАРТАШОВ, Ю.Н. ЛАЗУТИН, С.Н. КАБАНОВ

ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий», Ростов-на-Дону

Актуальность. Целесообразность активной хирургической тактики в лечении метастазов злокачественных новообразований в легких доказана работами последних лет. (Паршин В.Д., 2003; Пикин О.В., 2006; Трахтенберг А.Х., 2009; Pastorino U., 1997). Вместе с тем изучение дальнейшего течения опухолевого процесса для выбора оптимальной тактики лечения остается актуальным.

Цель исследования – проанализировать отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения метастазов в легкие в зависимости от дальнейшего течения опухолевого процесса.

Материал и методы. В торакальном отделении Ростовского НИИ онкологии прооперирован 71 больной с метастазами в легкие: у 16 (22,5%) первичной опухолью был рак почки, у 14 (19,7%) – меланома, у 8 (11,2%) – рак

молочной железы, у 6 (8,4%) – остеогенная саркома, у 5 (7%) – мягкотканые саркомы, у 4 (5,6%) – рак эндометрия, у 4 (5,6%) – рак тела матки, у 3 (4,2%) – рак толстого кишечника, у 3 (4,2%) – герминогенные опухоли яичка, у 3 (4,2%) – рак гортани, у 2 (2,8%) – рак щитовидной железы и по 1 наблюдению – рак яичников, рак носоглотки и хориокарцинома. Мужчин было 29 (40,8%), женщин – 42 (66,5%) в возрасте от 16 до 69 лет, средний возраст составил 47,1 года. Солитарные метастазы диагностированы у 43 (66,5%), единичные односторонние – у 21 (29,5%), единичные двухсторонние – у 3 (4,2%), множественные односторонние – у 4 (5,6%). Оперативные вмешательства выполнены в следующем объеме: сублобарные резекции – 52, лобэктомии – 19, пневмонэктомии – 3. Последовательные двухсторонние операции выполнены 3 больным. Послеоперационной летальности не

было. Консолидирующая лекарственная или химиолучевая терапия проведена 57 пациентам.

Результаты. Одногодичная выживаемость составила 74,6%, трехлетняя – 47,8%, пятилетняя – 33,8%. После удаления солитарных метастазов пятилетняя выживаемость составила 32,4%, единичных метастазов – 24%. После операций по поводу множественных метастазов все четверо больных умерли в течение года. По характеру дальнейшего течения опухолевого процесса выделено 3 типа прогрессирования метастазирования: интраторакальный, экстрадоракальный и смешанный. В течение 1 года от интраторакального метастазирования умерло 9 (12,6%) больных, экстрадоракального – 4 (5,6%), смешанного – 5 (7%). В последующие 2 года от перечисленных причин умерло 4 (5,6%), 8 (11,2%) и 5 (7%) соответственно и от конкурирующей патологии – 2 (2,8%). В последующий период наблюдения структура летальности видоизменилась, от прогрессирования основного заболевания умерло 6 (8,4%), а от конкурирующей патологии – 4 (5,6%). Таким образом, за пя-

тилетний период наблюдения структура летальности такова: прогрессирование внутригрудного метастазирования – 15,5%, экстрадоракального – 23,9%, смешанного – 15,5%, конкурирующая патология – 8,4%.

Выводы. Оперативное вмешательство является методом выбора в лечении больных с солитарными и единичными метастазами в легкие вне зависимости от времени их обнаружения. Удаление множественных метастазов является методом выбора в лечении химиорезистентных опухолей, однако следует избегать вмешательств в объеме пневмон- и лобэктомии. После удаления метастазов пациентам с первичным проявлением диссеминации показано проведение интенсивной противорецидивной терапии. Необходимо шире ставить показания для выполнения повторных операций по удалению внутрилегочных метастазов. При вовлечении в процесс внутригрудных лимфатических узлов целесообразно проведение одновременной химиолучевой терапии.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

К.Б. ЛЕЛЯВИН, В.В. ДВОРНИЧЕНКО, О.Т. ХАЛМУРАТОВ

Иркутский областной онкологический диспансер

Актуальность. В хирургическом лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) радикальная цистэктомия (РЦЭ) с различными видами деривации мочи является единственным радикальным методом. На сегодняшний день оправданным является поиск методов профилактики характерных осложнений этой операции, которые и обуславливают высокую послеоперационную летальность.

Цель исследования – определить причины, обуславливающие послеоперационные осложнения при радикальной цистэктомии у больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 244 РЦЭ с различными видами деривации мочи, выполненных по поводу РМП, из них со стадиями процесса $T_1N_0M_0$ – у 44 (18%),

$T_2N_0M_0$ – у 89 (36,4%), $T_3N_0M_0$ – у 62 (25,4%), $T_{4a}N_0M_0$ – у 26 (10,6%), $T_{3-4a}N_{1-2}M_0$ – у 23 (9,6%) больных. Мужчин – 219 (89,7%), женщин – 25 (10,3%). Средний возраст составил $68,3 \pm 0,4$ года. Переходноклочный РМП верифицирован у 233 (95,5%), плоскоклочный – у 6 (2,45%), аденосквамозный – у 1 (0,4%), аденокарцинома – у 4 (1,63%) больных. Высокая, умеренная и низкая степень дифференцировки определены – у 130 (53,3%), 69 (29,1%) и 43 (17,6%) больных соответственно. Методы деривации мочи после цистэктомии, применяемые нами: Bricker – у 56 (22,9%) больных, ортотопическая илеоцистопластика по U. Studer – у 8 (3,2%), сигмовидно-прямокишечный резервуар по Mainz-pouch II – у 9 (3,7%), сигмоцистопластика по Reddy – у 8 (3,2%), уретерокутанеостомия – у 140 (57,3%), уретеросигмостомия – у 12 (4,9%), ортотопическая пластика желудком по Митчеллу