

иммунокомпетентных клеток, играющих важную роль в функционировании иммунной системы, позволило разработать новые подходы к изучению регуляции противоопухолевого иммунного ответа. Особое внимание уделяется регуляторным Т ($CD4^+CD25^+FOXP3^+$ – Трег, NKT) лимфоцитам, а также оценке функциональной активности цитотоксических клеток. Как оказалось, вакцинация, а также интерлейкин-2, применяемый в лечении рака почки и меланомы, могут наряду с индукцией клеток-эффекторов вызывать увеличение количества Трег. В многочисленных экспериментальных исследованиях было показано, что удаление $CD4^+CD25^+$ Трег или снижение их супрессорной активности восстанавливало противоопухолевый иммунный ответ, повышало активность опухолеспецифических $CD8^+$

Т клеток-эффекторов и NK клеток и улучшало результаты вакцинотерапии и других методов иммуностимуляции. Кроме того, нами показано, что исходный высокий уровень Трег в периферической крови онкологических больных является одним из неблагоприятных признаков при вакцинотерапии. Важную, возможно уникальную, роль в регуляции иммунологической реактивности организма играют NKT клетки ($CD1d$ – зависимые NK-подобные Т-лимфоциты). В частности, NKT клетки могут формировать цепь негативной обратной связи в процессе противоопухолевого иммунного ответа. Исследованиями последних лет показано, что ведущую роль в эффективном противоопухолевом иммунном ответе играет соотношение цитотоксических и супрессорных субпопуляций иммунокомпетентных клеток.

I СТАДИЯ РАКА ЯИЧНИКА, ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

М.Ж. КАИРБАЕВА

Казахстанский медицинский университет, г. Алматы

Цель исследования: провести анализ отдаленных результатов лечения больных I стадией рака яичников.

Материал и методы – Изучены результаты лечения 83 больных раком яичников, находившихся на лечении в отделении онкогинекологии Казахского НИИ онкологии и радиологии и в отделении гинекологии ГУ РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина, за период с 1998 по 2002 г. Клинические исследования проводились у всех больных согласно стандартным методам и алгоритмам диагностики опухоли, степени ее распространенности (FIGO). После полного обследования приступали к выполнению основных этапов комбинированного лечения.

Результаты. Распространенность опухоли соответствовала IA или IB у 65 больных из 83, у 18 – IC стадии. Органосохраняющие операции были выполнены 22 больным с Ia стадией ввиду молодого возраста пациенток и настоящего желания сохранить способность к деторождению. Радикальный объем выполнен 61 больной, из них 43 женщины с IA и IB стадиями, 18 – с IC стадией. Аджьювантная химиотерапия прово-

дилась 56 больным из 61 после радикальной и 17 из 22 после органосохраняющих операций. В среднем каждая пациентка получила 4 курса лечения (от 1 до 6). Соответственно, 10 больных не получали лекарственного лечения. У 5 больных с радикальным объемом и у 5 больных с органосохраняющим объемом операции заболевание соответствовало IA стадии.

Анализ отдаленной выживаемости больных проведен в зависимости от стратегии лечения, объема хирургического вмешательства, гистологической структуры, степени дифференцировки опухоли и схем химиотерапии. Общая 5-летняя выживаемость больных с I стадией составила $75,7 \pm 7,8\%$. За этот период безрецидивная выживаемость была равна $60,4 \pm 9,0$. Выживаемость пациенток с IA и IB стадией 5-летняя безрецидивная и общая составила $61,3 \pm 10,9$ и $76,6 \pm 9,1\%$ и практически не отличалась от таковой у больных с IC стадией – $56,8 \pm 16,1$ и $69,4 \pm 15,7\%$ соответственно.

Не установлено статистически достоверной корреляции между выживаемостью больных и объемом хирургического лечения, проведения

химиотерапии и схемы химиопрепаратов. Выживаемость больных коррелировала с гистологической структурой опухоли. Безрецидивная 5-летняя выживаемость при раке яичников составила $54,8 \pm 11,4\%$, при опухолях стромы полового тяжа – 100% , при герминогенных опухолях – $43,1 \pm 20,1\%$, при гонадобластоме – 100% . Общая выживаемость была равна $65,3 \pm 10,6\%$; 100% ; $68,9 \pm 20\%$ и 100% соответственно. Вместе с тем сравнение клинического течения рака яичников I стадии в зависимости от степени дифференцировки

опухоли не обнаружило статистически достоверных различий.

Выводы. Наиболее значимым фактором, влияющим на отдаленные результаты терапии при ранних стадиях рака яичника, оказалось гистологическое строение опухоли. По нашим данным, объем хирургического вмешательства не оказывает статистически значимого влияния на результаты лечения. Благоприятным прогнозом характеризуются опухоли стромы полового тяжа и гонадобластомы, при которых 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость составила 100% .

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

М.Р. КАЙРБАЕВ

Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы

Ежегодно в мире выявляется около 500 тысяч новых случаев рака шейки матки (РШМ) и почти 250 тысяч женщин умирает от этого заболевания. Ранняя диагностика инвазивного РШМ обеспечивает наилучшие отдаленные результаты, и вопросы лечения данной группы пациентов отработаны в большинстве стран мира и не вызывают дискуссий. В более сложном положении клиницисты оказываются при выборе метода лечения больных с местнораспространенным РШМ. Традиционная сочетанная лучевая и химиолучевая терапия позволяют добиться выживаемости больных РШМ IIB–IIIB стадии по FIGO в пределах $50\text{--}60\%$. В этой связи изучение новых схем комбинированного и комплексного лечения является актуальным.

Цель исследования – изучить непосредственные и отдаленные результаты системной неоадъювантной химиотерапии (НАХТ) при местнораспространенном РШМ.

Материал и методы. Исследование основано на данных о лечении 27 больных РШМ стадий FIGO IIB–IIIB. Средний возраст больных составил $45,33 \pm 1,57$ года ($32\text{--}61$ год).

На первом этапе больные получали 2 курса НАХТ по схеме цисплатин 75 мг/м^2 в 1 день и гемзар $800\text{--}1000 \text{ мг/м}^2$ в 1 и 8 дни 21-дневного цикла. После завершения двух курсов НАХТ при достаточной регрессии проводилось опера-

тивное лечение с последующим облучением при необходимости. При отсутствии условий для хирургического лечения пациентки получали сочетанную лучевую терапию по радикальной программе.

Результаты. Объективный эффект в виде полных (ПР) и частичных регрессий (ЧР) зарегистрирован в $81,5\%$ случаев. ПР опухоли отмечена у 2 больных ($7,4\%$), ЧР выявлена по данным обследования у 20 женщин ($74,1\%$). Регрессия менее 50% отмечена у 4 больных ($14,8\%$), а отсутствие эффекта – в 1 случае ($3,7\%$). Данные клинической оценки эффективности коррелировали с результатами цитологических исследований: I степень регрессии выявлена у 1 пациентки ($7,4\%$), II степень – у 4 ($14,8\%$) больных, III степень – у 8 ($47,1\%$) женщин, IV – в $11,1\%$ случаев. Измеряемый объем опухоли на шейке матки регрессировал статистически значимо после завершения НАХТ: от $82,36 \text{ см}^3$ до $6,98 \text{ см}^3$ ($p=0,018$). Хирургическая активность после НАХТ составила $62,9\%$. Общая 5-летняя выживаемость больных составила $75,0 \pm 13,0\%$. Выживаемость больных подвергнутых хирургическому лечению, оказалась выше таковой у неоперированных больных: $82,0 \pm 3,6\%$ и $71,0 \pm 2,7\%$ соответственно.

Выводы. Неоадъювантная химиотерапия у больных местнораспространенным РШМ