

Результаты и обсуждение.

По данным областного популяционного канцер-регистра в 2009 году по югу Тюменской области было впервые зарегистрировано 4233 злокачественных новообразований, что составило 275,04 больных на 100000 населения. В структуре онкологической заболеваемости мужчин лидирует опухоль легкого 24,56%. Уровень заболеваемости этой локализацией повысился с 14,66% в 2005 году до 17,24% в 2009 году. Количество выявленных случаев в ранних стадиях снизилось с 41,6% в 2005 году до 31,03% в 2009 году. Динамика показателей выявленных больных с запущенными стадиями рака трахеи, бронхов, легкого имеет тенденцию к повышению с 24,61% в 2005 году до 31,87% в 2009 году.

Снижается показатель одногодичной летальности с 69,39% до 59,33% в 2005 и 2009 гг. соответственно. Смертность несколько повышается (в 2005 году 32,20 на 100000 населения, а в 2009 году 32,69). Повысился показатель 5-летней выживаемости с 31,81% в 2005 году до 35,53% в 2009 году. Количество больных, выявленных при профилактических осмотрах, снизилось с 44,14% до 38,62%.

Выводы.

Несмотря на предпринимаемые меры по пропаганде здорового образа жизни, социальную рекламу повышается уровень заболеваемости раком легкого. Учитывая повышение случаев диагностики заболевания в запущенной форме, снижение выявляемости на ранних стадиях, при прохождении профилактических осмотров целесообразно ужесточить контроль по прохождению гражданами скрининговой флюорографии, особенно у лиц с факторами риска.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН В 1950-2009 ГГ.

Е.А. Чертов, Б.В. Слезко, А.В. Логвиненко

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) у мужчин – относительно редкое заболевание, которое встречается в 100 раз реже, чем рак МЖ у женщин. Первая монография с детальным описанием была выпущена в 1720 г. *Zaurentius Heister*. (Островская И.М., 1988).

РМЖ у мужчин составляет приблизительно 0,7% от всех случаев РМЖ в США. Более высокий удельный вес 2,4% наблюдается в Западной Африке (*Ajaaj D.*, 1982). Необычайно высокая

частота в Замбии, где 15% всех опухолей молочной железы приходится на мужчин (*Mabuchi A.*, 1985). В России в структуре онкологической заболеваемости женщин рак МЖ занимает 1 место. Заболеваемость и смертность от этой болезни за 30 лет выросли в 4 раза: в 1970 г. стандартизованные показатели заболеваемости и смертности на 100 000 населения составляли 9,6 и 4,2; в 2000 г. – 38,3 и 17,2 соответственно (*Давыдов М.И. и Аксель Е.М.*, 2009).

С 1957 по 2000 г. в клиниках РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН находились на лечении 188 мужчин, страдающих раком молочной железы различной стадии. Средний возраст пациентов составил 57,4 года. I-IIА стадия процесса была у 34 (18%) пациентов, IIВ стадия – 30 (15,9%), местнораспространенный рак диагностирован у 88 (46,8%) больных, первично-генерализованный – у 24 (12,7%).

Проведено лечение: хирургическое – 13,3%; комплексное 35%; комбинированное 41%; симптоматическое 12,7%. 10-летняя выживаемость у больных с I-IIА стадией рака МЖ составила 91,5%, IIВ – 72,5%, IV – 3,2%. (*В.П. Летягин и соавт.*, 2005 год).

За период с 1950 года по 2009 год в Тюменском областном онкологическом диспансере (ТООД) с диагнозом рак молочной наблюдалось 104 пациента: I стадия – 15,30%; II – 36,50%; III – 23%; IV – 13,4%; стадия не известна – 11,5%.

Проведено лечение: хирургическое – 36,5%; комплексное 12,5%; комбинированное 10,6%; симптоматическое 15,4%; 3,8% лечение не проводилось. Уточнить информацию о виде лечения не удалось 21,6%.

5-летняя выживаемость: I стадия – 43,75%, II – 26,3%, III – 16,7%, IV стадия 0%. Среди лиц с неизвестной стадией заболевания 5-летняя выживаемость составила 8,3%. 5-летняя выживаемость женщин при РМЖ: I стадия 84-100%, II стадия – 65-80%, III стадия – 45-50%, IV стадия – 15-18% (*Давыдов М.И. и Аксель Е.М.*, 2009).

Таким образом, рак молочной железы у мужчин на территории Тюменской области является актуальной проблемой, так как показатели выживаемости выглядят менее привлекательно в сравнении с данными федерального центра и, в том числе, уступают таковым у женского населения.

ДИАГНОСТИКА

КЛЕТочный СОСТАВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА

СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА

Т.В. Авдеенко, М.В. Вусик, Р.И. Плешко,
М.Б. Каракешничева, В.А. Евтушенко

НИИ Онкологии СО РАМН, г. Томск

Несмотря на стабильное снижение заболеваемости и летальности, своевременная диагностика рака желудка (РЖ) по-прежнему остается крайне актуальной проблемой в онкологии. Современное представление о развитии рака на фоне предопухолевых патологических изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ) предполагает существование ряда последовательных этапов длительного патологического процесса в СОЖ (начинающегося с воспалительного процесса через кишечную метаплазию и дисплазию к возникновению рака). Большое значение в развитии предопухолевых и опухолевых изменений имеет разбалансировка местных и системных защитных факторов. Универсальной, генетически запрограммированной реакцией организма на повреждение является воспаление и его проявление – воспалительная инфильтрация. Характеристика воспалительного клеточного инфильтрата позволяет составить представление о состоянии защитных сил организма на различных этапах гастроканцерогенеза.

Цель исследования: изучить особенности воспалительного инфильтрата стромы слизистой оболочки желудка у больных с предопухолевыми изменениями желудка.

Материалы и методы.

В эндоскопическом отделении НИИ онкологии СО РАМН г. Томска амбулаторно проведено гастроскопическое исследование с забором биопсийного материала 166 пациентам с гастроэнтерологическими жалобами из поликлинической сети города. Из 166 пациентов после гистологического исследования биопсийных препаратов у 19 пациентов выявлена неполная кишечная метаплазия, в 7 случаях – полная кишечная метаплазия и в 14 случаях – дисплазия 2-3 степени.

Результаты и обсуждение.

Анализ полученных результатов показал, что при переходе от фоновых процессов (очаговый атрофический гастрит, поверхностный гастрит) к дисплазии в СОЖ изменяется состав клеточного инфильтрата. Происходит увеличение количества макрофагов, сегментоядерных нейтрофилов и эозинофилов с одновременным снижением содержания лимфоцитов и плазмочитов. Известно, что нейтрофилы обладают неспецифической цитотоксичностью, они привлекаются в очаг воспаления цитокинами макрофагов и лим-

фоцитов. Их высокое содержание в инфильтрате СОЖ может свидетельствовать об усилении деструктивных процессов, что и наблюдалось у 23% больных.

Эозинофилы, содержание которых при дисплазии увеличивалось до $82,6 \pm 19,5\%$, по сравнению с группой контроля $32,92 \pm 2,12\%$, также обладают цитотоксичностью и способностью к цитолизу, так как их гранулы содержат катионные белки, в частности большой основной протеин, способный повреждать мембраны клеток. Подтверждением усиления деструктивных процессов стало выявленное нами повышение концентрации нуклеиновых кислот в желудочной слизи, которые являлись маркерами распадающихся ядер эпителиоцитов, или лейкоцитов.

В ходе наших исследований показано, что при дисплазии в несколько раз увеличивается содержание в инфильтрате СОЖ тучных клеток 324 ± 141 в 1 мм^2 , особенно низко гранулированных форм 317 ± 143 в 1 мм^2 . Известно, что тучные клетки способны участвовать в противоопухолевом иммунитете как регуляторные клетки. Медиаторы и цитокины, выделяющиеся при их дегрануляции, способствуют инициации сенсibilизированных антигенами Т-лимфоцитов, которые, в свою очередь могут усиливать дегрануляцию тучных клеток посредством секреции лимфокинов. Исследование тканевых базофилов показало, что их естественная противоопухолевая цитотоксичность опосредована действием на клетки-мишени таких медиаторов как: серотонин, катехоламины, протеазы и т.д.

Выводы.

Таким образом, дисплазия СОЖ характеризуется более высокой клеточностью воспалительного инфильтрата в строме, с преобладанием форменных элементов, обеспечивающих клеточный иммунитет (лаброцитов, макрофагов, сегментоядерных лейкоцитов), по сравнению с больными с очаговой атрофией и поверхностным гастритом. В воспалительном инфильтрате СОЖ происходит увеличение числа нейтрофилов на 36%, макрофагов и тучных клеток - в 2 и 9 раз, эозинофилов в 2 раза, соответственно, и уменьшение содержания лимфоцитов на 35% и плазмочитов на 55%, ($p < 0,05$) с изменением соотношения низко- и высокогранулированных форм эозинофилов. Характеристика воспалительного клеточного инфильтрата позволит составить представление о состоянии защитных сил организма на различных этапах канцерогенеза. Исследование воспалительного инфильтрата в СОЖ помогает оценить реакции местного иммунитета слизистой оболочки желудка и дать косвенное представление о прогнозе заболевания, а также

сформировать группы повышенного риска по раку желудка.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И МАГНИТНО – РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

*Л.К. Дигай, Н.А. Шаназаров,
Е.А. Шунько, Н.М. Федоров*

РДЦ, г. Астана, Казахстан
Тюменский ООД

Цель работы: провести сравнительную характеристику ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии в клиничко-экономическом аспекте в диагностике и лечении распространенного рака шейки матки.

Материалы и методы исследования.

Материалом для исследования послужили данные о 193 больных раком шейки матки, проходивших лечение за период с 2004 по 2009 год в городском онкологическом диспансере г. Астаны. Основными критериями включения в исследование явились: морфологически подтвержденный диагноз рака шейки матки и проведение магнитно-резонансной томографии на различных этапах диагностики и лечения. Возраст больных варьировал от 26 до 83 лет, средний возраст составил $48,9 \pm 5,9$ лет. В группах исследования преобладали женщины в возрасте от 41 до 50 лет (30,6%), в большинстве случаев ($82,4 \pm 7,5\%$) раком шейки матки болеют женщины трудоспособного возраста, и только в $17,6 \pm 7,5\%$ случаев рак выявлен у лиц пожилого и старческого возраста. На основании влагалищного исследования на зеркалах определяли размеры первичной опухоли рака шейки матки. У большинства больных ($51,8 \pm 12,9\%$) первичная опухоль шейки матки имела распространение за пределы матки, но без прорастания стенки таза или нижней трети влагалища (T₂). Распространение опухолевого процесса на влагалище или стенки таза (T₃) отмечено у $27,5 \pm 10,3\%$ больных. Распространение опухолевого процесса на стенку мочевого пузыря или прямой кишки выявлено у 5 ($2,6 \pm 1,3\%$) больных. При установлении диагноза РШМ для оценки состояния регионарного лимфоколлектора 35 больным было проведено только УЗИ, при проведении которого лимфатические узлы не визуализировались, и оценить их состояние было невозможно, вследствие чего была установлена N_x. У большинства больных ($50,8 \pm 13,0\%$) регионарные лимфатические узлы были интактными. Наибольшее количество больных было со II

($31,6 \pm 11,2\%$) и III ($51,3 \pm 12,9\%$) стадиями опухолевого процесса. Рак шейки матки диагностирован у 89 женщин ($46,1 \pm 12,9\%$) на 0, I, II стадиях, на запущенных III-IV стадиях – у 104 ($53,9 \pm 12,95$) женщин.

Всем больным при обращении проводилось общеклиническое обследование, которое включало в себя сбор анамнеза заболевания, гинекологического анамнеза, влагалищное исследование. Цитологическое исследование проводилось в лаборатории цитологической морфологии городского онкологического диспансера г. Астана. Полученные мазки окрашивали по распространенным и чаще всего применяемым методикам: Романовского-Гимза, Паппенгейма, Папаниколау – «Pap-тест». Гистологическая верификация диагноза проводилась в лаборатории центрального патологоанатомического бюро г. Астана, а также в лаборатории патоморфологии КазНИИиОР г. Алматы. Для гистологического исследования ткани шейки матки биоптаты фиксировали в 10% нейтральном формалине с последующей заливкой в парафин. Серийные топографические срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону. Готовые микропрепараты просматривались и описывались в микроскопе LEICA DMLS, микрофотографии выполнялись с использованием программы LEICA IM 1000. УЗИ органов малого таза производилось на аппарате фирмы Siemens в городском онкологическом диспансере г. Астана конвексным датчиком для абдоминальных исследований 3,5 МГц и внутриволостным конвексным датчиком 7,5 МГц. Магнитно – резонансная томография проводилась в поликлинике УДП РК на аппарате Magnetom Avanto (Siemens - Германия) с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Протокол исследования включал T₂ – взвешенные изображения (ВИ) в сагитальной, аксиальной и коронарной плоскостях, T₁-ВИ в аксиальной плоскости, T₂-ВИ в аксиальной плоскости, T₂-ВИ с подавлением сигнала от жира, T₁-ВИ в сагитальной и аксиальной плоскостях с внутривенным контрастным усилением.

Результаты и выводы.

Анализ полученных показал, что проведение МРТ позволяет визуализировать лимфатические узлы, размеры которых превышают 7 мм, в то время как УЗИ выявляет лимфатические узлы, размеры которых превышают 10 мм. Размеры лимфатических узлов по данным МРТ превышают аналогичные показатели, полученные при УЗИ. Наиболее показательной эффективностью магнитно-резонансной томографии становится видной при размерах первичной опухоли T₁. Так, по результатам УЗИ ни у одной из 13 женщин не выявлено увеличенных лимфатических