

Подобные системы новейшего образца в нашей стране появились совсем недавно, поэтому существует острая необходимость для быстрого их внедрения в работу специализированных онкологических клиник.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) в ряде случаев является незаменимым методом оценки распространенности опухолевого процесса, включая морфологическую верификацию. Однако до сих пор не определено место эндоУЗИ в алгоритме обследования пациентов онкологического профиля.

Цель исследования: разработать рациональный алгоритм обследования пациентов онкологического профиля с включением эндоУЗИ для учета планирования комбинированных программ специализированного лечения. Оценить эффективность и безопасность использования различных методов эндоУЗИ в условиях специализированной онкологической клиники. Определить показания, противопоказания.

Материалы и методы:

С октября 2009г в условиях эндоскопического отделения клиники проведено эндоУЗИ 83 пациентам онкологического профиля. 47 (57%) исследования трансбронхиальным конвексным бронхоскопом с тонкоигольной биопсией. Использовался аппарат BF UC 160F Olympus (Япония). 22 (27%) исследований гастроскопом с радиальным электронным датчиком на аппарате GIF UE 160 AL Olympus (Япония). 14 (16%) высокочастотным минизондом 12 МГц и 20 МГц для оценки поражения слизистой пищевода, желудка и кишки. Сигнал обрабатывался на ультразвуковых цетрах Aloka-α 5 (Япония), EU ME 1 Olympus (Япония), EU C 60 Olympus (Япония). 12 (14%) пациентом исследование проводилось под наркозом.

Исследования бронхиального дерева с тонкоигольной биопсией выполнялось у пациентов с перибронхиальным расположением опухоли, а также при наличии увеличенных медиастинальных лимфоузлов. Кроме того, этому контингенту пациентов проводилось чрезпищеводное исследование с помощью радиального гастроскопа для уточнения объема метастатического поражения медиастинальных лимфоузлов.

При опухолях желудка ультразвуковое эндоскопическое исследование проводилось пациентам для оценки распространенности в отношении периорганых структур ультразвуковым гастроскопом с радиальным датчиком.

Для оценки инвазии подслизистых новообразований органов желудочно-кишечного тракта исследование проводилось с помощью высокочастотных минизондов.

Результаты и обсуждение.

Верификация диагноза после тонкоигольной биопсии получена у 18 (38%) пациентов. При исследовании высокочастотным минизондом в 5 (35%) случаях выявлена подслизистая опухоль без вовлечения мышечного слоя, которая в дальнейшем была удалена эндоскопическим путем (2 GIST опухоли, 3 липомы). В 2-х (15%) случаях выявлен рак желудка в пределах слизистого слоя. В 7 (50%) случаях выявлена инвазия подслизистой опухоли в мышечный слой, таким пациентам была выполнена хирургическая операция.

Осложнений, связанных с исследованием не было. В одном (1%) случае после тонкоигольной биопсии паратрахеального лимфоузла справа возникло кровотечение, которое было успешно остановлено эндоскопическим путем с помощью аргонплазменной коагуляции.

Выводы:

1. Трансбронхиальное исследование с тонкоигольной биопсией необходимо выполнять всем пациентам при увеличенных внутригрудных лимфоузлах в случае отсутствия другого субстрата для верификации диагноза. А также в большинстве случаев планирования комбинированных программ лечения.

2. Исследование радиальным электронным датчиком необходимо для уточнения распространенности опухоли в отношении парагастральных структур, а также опухолевой патологии панкреатобилиарной зоны.

3. Исследование высокочастотным минизондом обязательно для оценки возможности эндоскопического удаления подслизистых новообразований и раннего рака слизистой желудочно-кишечного тракта.

Заключение: проводимая работа является реализацией федеральной программы по улучшению оказания помощи пациентам онкологического профиля. Внедрение в работу специализированной клиники подобного уникального оборудования позволяет на принципиально новом качественном уровне реализовать задачи диагностики и лечения злокачественных опухолей большинства локализаций.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ САРКОМой МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

*С.А. Машурова, И.А. Горошинская,
Р.Н. Салатов, Л.А. Немашкалова,
П.С. Качесова, С.В. Абакумова*

Ростовский НИОИ

Для сарком мягких тканей характерно многократное и упорное рецидивирование, что является отличающей особенностью от других злокачественных опухолей. Рецидивирование для сарком мягких тканей является наиболее яркой характерной биологической чертой опухолевого роста. Подавляющее число рецидивов (81%) возникают в течение первого года после операции. Относительная редкость сарком мягких тканей, отсутствие для различных гистологических форм характерных клиническо-рентгенологических и морфологических признаков, недостаточное знакомство с ними врачей общелечебной сети, которым на прием попадает основная масса этих больных, очень часто приводят к ошибочному диагнозу, и в результате к нерадикальному и неадекватному лечению.

Саркомы мягких тканей - агрессивно текущие, склонные к развитию местных рецидивов опухоли, требующие, согласно современным методам комплексного лечения, включающих хирургическое вмешательство, лучевую терапию, аутогемополихимиотерапию. Не всегда возможно соблюдение требований принципов зональности и фасциально-фулярного иссечения опухоли, что бывает продиктовано анатомическим расположением опухоли или сопутствующими сосудистыми заболеваниями. Для выбора правильной тактики лечения больного особенно важным является своевременное распознавание начала процесса рецидивирования, что может найти отражение в изменении биохимической среды организма.

Целью данной работы явилось изучение изменения ряда биохимических показателей крови в зависимости от клинической картины течения сарком мягких тканей.

На динамическом наблюдении находились 22 больных саркомами мягких тканей, у которых опухоль располагалась в анатомически «трудных» зонах (нижняя треть предплечья и голени, область крупных суставов). Группу составили тринадцать мужчин и девять женщин, средний возраст пациентов $48 \pm 2,4$ года. У пяти пациентов опухоль располагалась по передне-латеральной поверхности левой голени, по правой голени у одного пациента, у двух пациентов в области левого коленного сустава, в области правого коленного сустава у одного, у одного в нижней трети левого предплечья, у трех в поясничной области, у трех пациентов по задней поверхности правого бедра и у двух по медиальной поверхности левого бедра, у двух пациентов в области правой стопы и у двух по задней поверхности левого плеча. Пять пациентов имели сопутствующую сосудистую патологию: у четырех - варикозная болезнь вен нижних конечностей III-IV степени, у одного - облитерирующий эндартериит, что существенно

осложнило течение послеоперационного периода и вследствие трофических нарушений, делало невозможным проведение послеоперационной ДГТ. Послеоперационная ДГТ не проводилась также больным с опухолями располагающимися в области коленного сустава. По гистологическому строению опухолей распределение больных было следующим: злокачественная фиброзная гистиоцитома - 7, дерматофибросаркома - 1, синовиальная саркома - 3, ангиолейомиосаркома - 7, фибросаркома - 3, липосаркома - 1.

В ходе наблюдения были сформированы три группы: больные с первичными злокачественными опухолями мягких тканей, больные с рецидивами и больные с отсутствием рецидива в ходе динамического наблюдения. С первичной злокачественной опухолью мягких тканей обратилось восемь человек, в группе с рецидивом заболевания оказалось семь пациентов и семь человек находились в стадии ремиссии заболевания.

Всем пациентам в ходе динамического наблюдения в плановом порядке, через каждые три месяца проводилось биохимическое исследование некоторых показателей крови. Нами изучены и проанализированы содержание молекул средней массы (MCM_{254} и MCM_{280}), общая и эффективная концентрации альбумина (ОКА и ЭКА), его связывающая способность (ССА), коэффициент интоксикации, отражающий соотношение накопления низкомолекулярных продуктов обмена и способность альбумина к их связыванию ($KI = MCM_{254} / ЭКА \cdot 1000$), а также на биохимическом анализаторе COBAS INTEGRA 400 (Roche) проводилось определение ряда белков и активности ферментов.

У больных с первичными злокачественными опухолями мягких тканей по сравнению с группой лиц без онкопатологии имело место увеличение уровня молекул средней массы: MCM_{254} на 11% и MCM_{280} на 22,6% на фоне сниженных структурно-функциональных показателей альбумина (ОКА ниже нормы на 7,4%, ЭКА - на 20,9%, ССА - на 21%), что привело к увеличению коэффициента интоксикации на 46,7% у данной группы больных.

У больных с рецидивами саркомы мягких тканей, в отличие от больных с первичными опухолями, не наблюдалось увеличения содержания МСМ, а эффективная концентрация и связывающая способность альбумина были снижены в еще большей степени - на 26,1% и 24,8% соответственно, что обусловило менее выраженное увеличение коэффициента интоксикации на 29,1%.

У больных с саркомой мягких тканей без рецидивов на момент исследования не выявлено значимых изменений уровня МСМ, а показатели состояния молекулы альбумина были более низ-

кими, чем в двух других группах: ОКА ниже уровня в группе здоровых доноров на 14,7%, ЭКА – на 38,5%, ССА – на 27,9%, что привело к повышению коэффициента КИ на 74,1%. Можно думать, что в данном случае увеличение последнего параметра не свидетельствует об усилении эндогенной интоксикации и предположительно обусловлено тем, что у больных саркомой мягких тканей без рецидивов молекулы альбумина, возможно, более активно связывают продукты измененного при опухолевой болезни метаболизма и их активные центры оказываются заполненными в большей степени, чем у первичных больных и больных с рецидивами. Очевидно, что по изученным показателям эндогенной интоксикации не представляется возможным судить о развитии рецидива заболевания.

В тоже время у больных с первичными опухолями мягких тканей и у больных с рецидивами саркомы, по сравнению с группой больных без рецидивов саркомы мягких тканей на момент исследования, было выявлено более высокое содержание ряда белков, прирост которых в сыворотке крови относят к важным диагностическим показателям клинической биохимии. Так среднее значение уровня С-реактивного белка в группе больных с первичными опухолями был выше в 12,9 раза, а в группе больных с рецидивами саркомы – в 14,5 раза, среднее значение гаптоглобина – в 2,2 раза и в 2,1 раза соответственно, а средний уровень миоглобина превышал значение в группе больных без рецидивов на 28,8% и 31,9% соответственно. У больных с первичными опухолями и у больных с рецидивами саркомы мягких тканей также были выявлены более высокие значения активности лактатдегидрогеназы и щелочной фосфатазы, активация которых характерна для многих групп онкологических больных. Среднее значение активности лактатдегидрогеназы в группе больных с первичными опухолями было на 39,8%, а в группе больных с рецидивами на 30,9% выше по сравнению с уровнем у больных с саркомой без рецидива. По щелочной фосфатазе превышение средних значений активности достигло 3,1 раза и 2 раз соответственно для больных с первичными опухолями и с рецидивами саркомы мягких тканей. Полученные данные свидетельствуют о том, что повышение в крови больных при контрольных осмотрах одного или нескольких из вышеперечисленных белков, а также высокая активность лактатдегидрогеназы и щелочной фосфатазы должны насторожить клинициста, поскольку могут указывать на наличие рецидива заболевания.

Таким образом, выявленные биохимические различия у больных с рецидивами и без рецидивов свидетельствуют о диагностической значимо-

сти выполнения подобных несложных исследований ряда белков и ферментов в крови при контрольных осмотрах пациентов с саркомой мягких тканей, особенно в сомнительных случаях.

МАССОВАЯ МАММОГРАФИЯ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПРИ СКРИНИНГЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Ш. Навесова, О.К. Кулакеев, Д.Т. Арыбжанов

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

Ежегодно в мире регистрируется около 10 млн. новых случаев онкологических заболеваний, и более 6,2 млн человек умирают от рака. В развитых странах 46% случаев рака регистрируется в возрастной группе старше 64 лет, а в 2050г. ожидается рост этого показателя до 71%. Современная лучевая диагностика заболеваний молочной железы включает целый ряд методов визуализации, основным из которых является рентгеновская маммография (РМГ) – “золотой стандарт”, старейший и надежный метод, благодаря которому выявляется большинство злокачественных новообразований молочной железы. Скрининговая РМГ позволяет уменьшить смертность от РГЖ как минимум на 25-30%, в Швеции этот показатель достигает 36-44%.

Цель исследования: изучить результаты маммографического скрининга РМЖ по данным ООД ЮКО.

Материал и методы.

В основу исследования легли данные маммографического обследования женщин в возрасте 50-60 лет по всем районам и городам ЮКО за период 2007-2008 гг. За указанный период маммография проведена у 54547 женщин. Отбор исследуемых групп женщин производился в соответствии с приказом министерства здравоохранения Республики Казахстан № 607 «О проведении профилактических осмотров путем скрининг обследований женщин в возрасте 50-60 лет на выявление предопухолевых заболеваний и рака молочной железы» все женщины проходили профосмотры в участковых поликлиниках по месту жительства, где обязательно проходили осмотр молочных желез. При выявлении на опухолевые образования молочных желез больные повторно осматривались участковым онкологом поликлиники. Далее женщины с наличием патологии молочных желез в обязательном порядке проходили УЗИ молочных желез и маммографию и формировалась группа риска, затем эти женщины направлялись на консультацию маммологам в ООД ЮКО. После осмотра маммологов ООД каждой