

больных, морфологические формы опухолей, методы лечения).

Рассматривая возраст больных, необходимо отметить, что, несмотря на то, что во всём исследуемом периоде самой многочисленной группой оказались пациентки от 45 до 69 лет, где ЗНО тела матки встречались в 67,7% в 1999 г. и 72,3% в 2008 г., всё же удалось найти некоторые различия. Связаны они с «омоложением» новообразований эндометрия. В 2008 г. в возрасте 45–49 лет диагностировано 12,8% от всех вновь выявленных новообразований, в то время как в 1999 г. – 5,8%. Прирост за 10 лет составил 54%.

Во все исследуемые периоды подавляющее большинство опухолей эндометрия приходилось на аденокарциномы различной степени дифференцировки (73,5–78%). Примерно с одинаковой частотой (по 2%) встречались железисто-плоскоклеточные раки, железистые раки с плоскоклеточной метаплазией и плоскоклеточные новообразования.

В лечебных программах больных раком тела матки традиционно преобладает комбинированный метод с использованием хирургии и лучевой терапии. Выявлены некоторые различия в использовании расширенных операций с лимфаденэктомией. Данная операция выполнена у 4 (1,7%) больных в 1999 г. и 8 (3,1%) в 2008 г.

Знания о необходимости использования системных методов лечения больных местнораспространённым и распространённым РТМ обосновали более частое применение химиоте-

рапии в 2008 г. В прошедшем году эта методика применялась у 13,6% больных. Прирост использования этой методики составил почти 40%.

Хотелось бы также отметить, что за исследуемый период произошли изменения и в населении Омской области. Соотношение женского населения, проживающего в городе и селе в 1999 г. равнялось 0,6, в то время как в 2008 г. это соотношение составило 1,3. Известно также, что показатели летальности на первом году всегда были хуже у сельских жительниц, т.е. динамика перераспределения населения может оказывать влияние на показатель одногодичной летальности. Т.е. при перераспределении населения в сторону города показатель одногодичной летальности ожидаемо улучшается. Что касается показателей смертности, то в 1999 г. он составлял 8,8, а в 2008 г. 8,6 на 100 тыс. женского населения. Статистически достоверной разницы между ними нет. Показатель пятилетней выживаемости за десятилетие изменился более значительно (с 58,4% в 1999 г. до 61% в 2008 г.).

Выводы. При отсутствии значительных изменений в структуре заболеваемости опухолями тела матки в Омской области в последнее десятилетие использовали более агрессивные методы лечения. Однако не удалось добиться значительной разницы по отдельным показателям, а с учётом лучшей стадийной диагностики результаты лечения этих больных выглядят даже несколько хуже в сравнении с 1999 г.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. МЕШЕЧКИН

ФГУ «РНЦРХТ», г. Санкт-Петербург

Актуальность. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает 1 место и составляет 19,8 %. Рак молочной железы III – IV стадии в Санкт-Петербурге составляет – 34,6% и 38,7 % соответственно. Большинство больных РМЖ погибают от отдалённых метастазов. Метастатическое пораже-

ние головного мозга диагностируется примерно у 25-50% онкологических больных. Облучение головного мозга у больных с метастазами РМЖ в головной мозг в 60-80 % наблюдений позволяет достигнуть полного или частичного улучшения неврологической симптоматики и общего состояния, что увеличивает продолжительность жизни и улучшает её качество.

Вопрос о совместном действии лекарственного и лучевого факторов у больных решается не только для первичной опухоли, но и относительно внутримозговых метастазов. Сведения об эффективности различных химиопрепаратов при этой патологии противоречивы. По данным разных авторов, использование химиотерапии способствует достижению регрессии метастатических очагов лишь у части больных.

Цель исследования – определение эффективности комбинированного химиолучевого лечения и улучшение качества жизни больных с метастазами рака молочной железы в головной мозг.

Материал и методы. Работа основана на сведениях о 60 больных с метастазами рака молочной железы в головной мозг. Возраст пациентов от 30 до 81 года, средний возраст составил 49,2 года. Индекс Karnofsky до лечения колебался от 40 до 90%. По данным комплексного обследования у 51 больной выявлено множественное поражение головного мозга, а у 9 пациенток – единичное. В большинстве случаев метастазы располагались преимущественно в белом веществе больших полушарий – у 41 больной, в мозжечке – у 10, в стволе – у 6, в оболочках мозга – у 3 пациенток. Всем пациенткам перед лучевой терапией (ЛТ) проводилось клинико-лучевое обследование для выявления распространенности (наличие метастазов в другие органы) опухолевого процесса. Метастазы в головной мозг у 30 больных сочетались с метастазами в печень – 6,6% (4 больных), в легкие – 25% (15 больных), в кости скелета – 18,3% (11 больных). Больные получали лечение, которое включало ЛТ, химиотерапию (ХТ), а также гормональные, противоопухолевые и антиконвульсивные препараты. Начальная доза дексаметазона составляла от 10 до 32 мг/сут, а к концу облучения дозы снижали до 4-8 мг/сутки. Дистанционная ЛТ проводилась на аппаратах: SL-75/5, SL-20, РОКУС-М. Весь объем головного мозга облучали с двух противоположных полей, затем локально на отдельные опухолевые очаги. При ЛТ разовые очаговые дозы (РОД) варьировали от 1 до 5 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) – от 40 до 60 изоГр. ЛТ была проведена всем больным в полном объеме, без перерывов в лечении. ХТ проводилась в сочетании с лучевой терапией, при этом были использованы следующие

схемы химиотерапии: 1 схема – у 20 пациенток применяли VCR 1,5 мг/м², внутривенно в 1 и 8 день + CCNU 100 мг/м², перорально в 1 день + ЛТ на весь объем головного мозга (РОД=2-3 Гр, СОД=40 изоГр), далее локально (РОД=3 Гр, до СОД=60 изоГр) на отдельные опухолевые очаги. Повторные циклы ХТ каждые 6-8 недель. 2 схема – 22 пациентки получали мустофоран в дозе 208 мг, внутривенно в 1 и 8 сутки + ЛТ на весь объем ГМ (РОД=2-3 Гр, СОД=40 изоГр), далее локально (РОД=3 Гр, до СОД=60 изоГр). Повторение циклов ХТ с однократным введением мустофорана в дозе 208 мг каждые 6-8 недель. 3 схема – 5 пациенток получали темодал (75 мг/м²/день, перорально, 1-14 дни) + ЛТ на весь объем головного мозга (РОД=2-3 Гр, СОД=40 изоГр), далее локально (РОД=3 Гр, до СОД=60 изоГр), далее 6 курсов ХТ по схеме: темодал – 150-200 мг/м²/сутки 1-5 дни каждые 4 недели. 4 схема – 6 пациенток получали келикс в дозе 25 мг/м², внутривенно в 1 и 14 дни + ЛТ на весь объем головного мозга (РОД=2-3 Гр, СОД=40 изоГр) + локально (РОД=3 Гр, до СОД=60 изоГр) на очаги. Повторение циклов ХТ с введением келикса в дозе 50 мг/м² внутривенно 1 раз каждые 4 недели.

Результаты. Через 1-2 недели после завершения курса ЛТ у 79% больных была отмечена положительная динамика. Качество жизни у каждого больного оценивали по динамике общемозговых и очаговых симптомов поражения головного мозга по шкале критериев физической активности Karnofsky. Абсолютное большинство пациенток (88,7%) отметило исчезновение или уменьшение головных болей, 69,3% – урежение частоты и глубины эпилептических приступов, восстановление речи – 54,3%, улучшение зрения – 33,4%, восстановление двигательных функций – 64,5% больных, 27,6% пациентов вернулись к обычному образу жизни. У больных, леченных по 1 схеме, продолжительность жизни составила от 16 до 25 мес., по 2 схеме – от 18 до 28 мес, по 3 схеме – от 20 до 32 мес и по 4 схеме продолжительность жизни составила от 12 до 27 мес.

Выводы. Включение химиолучевого фактора в комбинированное лечение метастазов рака молочной железы в головной мозг способствовало увеличению продолжительности жизни до 25-32 месяцев, уменьшению или

исчезновению неврологической симптоматики, повышению индекса Karnofsky, возвращению

более 27% больных к привычному образу жизни и работе.

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Л.И. МИРЗАЕВА, И.Р. ЮНУСМЕТОВ, Б.А. АБДУРАХМАНОВ, Т.А. ТИХОНОВА

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

Актуальность. В последние годы во всех экономически развитых странах мира, в том числе и в Казахстане, растет заболеваемость раком толстой кишки. В Южно-Казахстанской области среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта рак ободочной и прямой кишки по частоте стоит на втором месте после рака желудка. При этом почти половина (46–72%) этих опухолей локализуется в дистальном отделе прямой кишки (2,60/0000), и эти показатели в 2 раза ниже среднереспубликанских.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии, диагностики, непосредственных и отдаленных результатов лечения рака прямой кишки.

Материал и методы. Частота рака прямой кишки по республике постоянно растет, только за последние 10 лет она выросла почти в 2 раза. А по нашей области отмечают небольшие колебания по годам, но заметного роста заболеваемости не отмечается, что видно при изучении заболеваемости по годам: всего за 11 лет 608 больных. Мужчины составили – 53,2%, женщины – 46,8%, по возрасту до 40 лет – 10,8%, 41-50 лет – 23,4%, 51-60 – 29,1%, 61-70 – 16,4% и старше 70 лет – 20,3%. Из указанных 608 больных 88,6% больных были госпитализированы в областной онкологический диспансер для проведения специализированного лечения, 11,4% больным отказано в госпитализации, т.к. они признаны инкурабельными. Несмотря на визуальную форму у нас очень высок процент выявления больных в запущенной стадии (60-65%). Основная причина такого явления заключается в том, что эти больные вначале обращаются к хирургам территориальной поликлиники с патологией прямой кишки, кровотечениями, где, по нашим данным, в 85% случаев этим больным не проводится даже пальцевое исследование прямой кишки. Больным выставляется диагноз

колит, трещина, геморрой и пр. и длительное время проводят соответствующее выставленному диагнозу лечение, и лишь при безуспешности такого лечения эти больные направляются в онкодиспансер для уточнения диагноза без выписки из амбулаторной карты, без полного обследования. Хотя во многих районных больницах и поликлиниках города имеются возможности и оснащенность для проведения ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии. Это свидетельствует о слабом знании врачами общей лечебной сети онкологии, вследствие чего такая низкая онконастороженность. Из направленных к нам больных на обследование и уточнение диагноза у 21,1% (125 больных) диагноз рака прямой кишки не подтвердился. Из 583 больных с подтвержденным диагнозом у 2/3 была запущенная форма (III-IV стадия процесса). Опухоль имела локализацию в ректосигмоидном отделе и верхнеампулярном отделе у 19,3% больных, в ампулярном – у 72,2% и в анальном отделе – у 8,5% больных. Экзофитная форма выявлена у 64,5%, эндофитная – у 36,3%. Аденокарцинома различной степени дифференцировки установлена в 91%, плоскоклеточный в 2,9% случаев. Диагноз морфологически подтвержден у 92,5% больных.

Результаты. Из 583 зарегистрированных за эти годы больных 466 (80%) были госпитализированы в областной онкодиспансер для проведения стационарного лечения. Вид хирургического вмешательства выбран с учетом локализации процесса, стадии, возраста больных, сопутствующей патологии. Брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки проведена у 116 (26,2%) больных, передняя резекция прямой кишки – у 28 (6,0%), брюшно-анальная резекция – у 54 (11,3%), операция Гартмана – у 126 (26,0%), паллиативные вмешательства – у 142 (30,5%). Одногодичная летальность после радикальных