

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИАНДРОГЕННОГО ПРЕПАРАТА «АНДРОКУР»

М.М. Наумов, В.П. Изгейм

Тюменский областной онкологический диспансер, г. Тюмень

Рак предстательной железы (РПЖ) является в настоящее время одним из самых распространенных злокачественных новообразований у мужчин. Заболеваемость РПЖ в России составляет 13-21 на 100 тыс. мужского населения. У 80—90% больных РПЖ процесс является запущенным и лечение носит паллиативный характер. Как правило, РПЖ представляет собой андрогензависимый процесс и назначение антиандрогенной терапии приводит к улучшению состояния и качества жизни. Общий принцип лечения состоит в противодействии (депривации) андрогенной стимуляции опухолевых клеток предстательной железы.

В урологическом отделении Тюменского облонкодиспансера в 2000 г. наблюдалось 7 больных, получавших андрокур. У 5 пациентов процесс был местнораспространенный, у 2 имела место генерализованная форма (поражение костей скелета). Средний возраст — 63 года.

Все больные ранее принимали лечение в режиме интермиттирующей терапии препаратом-агонистом ЛГРГ «Золадекс» 3,6 мг в виде депо-инъекции 1 раз в месяц и «Касодекс» по 50 мг один раз в сутки, и у всех больных к моменту начала лечения андрокуром достоверно отмечалось повышение уровня PSA. Методика лечения заключалась в ежемесячной инъекции агониста ЛГРГ золадекса по 3,6 мг в виде депо-инъекции и таблетированной формы андрокура по 100 мг 2 раза в день. Длительность лечения составляла 12 мес. Объективная оценка производилась перед началом лечения и через 6 мес. При оценке принимались во внимание данные пальцевого ректального исследования, уровень PSA, морфологическое исследование, данные УЗИ, компьютерной томографии, сцинтиграфии скелета, необходимых рентгено-радиологических исследований. Уровень PSA перед началом лечения превышал норму у всех больных, причем у 2 — более 40 нг/мл.

Через 6 мес у 6 больных течение болезни оценено как стабилизация процесса со снижением PSA до нормальных показателей, у одного больного на фоне лечения отмечается прогрессирование процесса.

У всех больных с положительным объективным эффектом лечения отмечалось субъективное улучшение — уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома, повышение качества мочеиспускания, каких-либо серьезных осложнений за время лечения не наблюдалось ни у одного больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ (I СТАДИЯ)

М.М. Наумов, Н.В. Боярских, Н.Н. Крылосова

Тюменский областной онкологический диспансер, г. Тюмень

Частота рака тела матки (РТМ) в последнее время в большинстве стран увеличивается, в том числе и в РФ. В структуре онкологических новообразований карцинома матки в 1987 г. занимала 7-е место, составляя 4,3% (Кудайбергенов Т.К., 1991), в 1998 г. — 5-е место, составив 6,3% (Абдрахманов Ж.Н., Позднякова А.П., 1999). Пятилетняя выживаемость, по литературным данным, в среднем составляет 66%. Течение заболеваемости определяется биологическими особенностями опухоли и организма. Из биологических особенностей опухоли важным фактором прогноза являются степень инвазии в миометрий, гистологический тип, наличие или отсутствие метастазов в лимфоузлы и др.

Проведен анализ результатов лечения по 5-летней выживаемости больных раком тела матки при I стадии. В настоящую работу вошли 245 больных, прошедших лечение в Тюменском областном онкологическом диспансере в 1991-1995 гг. Больные распределились по 3 методам лечения:

1. Хирургическое лечение (82 пациента).

2. Хирургическое+лучевое лечение (комбинированное) (135 пациентов).

3. Хирургическое+лучевое+полихимиотерапия (комплексное) (28 пациенток).

Результаты лечения по группам оценены в зависимости от инвазии опухоли в миометрий (табл. 1) и степени распространенности опухолевого процесса в полости матки (табл. 2).

Т а б л и ц а 1

Пятилетняя выживаемость больных РТМ (%) в зависимости от инвазии опухоли и метода лечения

Метод лечения	Нет инвазии	Поверхностная инвазия	Инвазия до середины	Инвазия до серозы
Хирургическое	95	91 98	50	81
Комбинированное	100	100	91	80
Комплексное	100		98	

Т а б л и ц а 2

Пятилетняя выживаемость больных с РТМ (%) в зависимости от степени распространенности и метода лечения

Метод лечения	До 1 см	1/3 полости матки	2/3 полости матки	Вся полость
Хирургическое	100	91	85	78
Комбинированное	100	98	88	85
Комплексное		95	92	88

Таким образом, при более распространенных процессах, как по степени инвазии, так и по визуальному осмотру, прослежено преимущество комбинированного и комплексного лечения по сравнению с хирургическим.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.М. Наумов, Н.В. Боярских, Е.Ю. Семенова

Тюменский областной онкологический диспансер, г. Тюмень

Без преувеличения можно сказать, что самым тяжелым и коварным заболеванием у женщин остается рак яичников. В Тюменской области среди гинекологических раков новообразования придатков занимают 3-е место.

За период с 1996 по 2001 г. по Тюменской области хотя и не отмечено роста заболеваемости (в 1996 г. он составил 5,32 на 100 000, в 2001 г. - 4,89), при детальном анализе по территориям заметен рост заболеваемости раком яичников у женщин юга области в 1,2 раза (в 1996 г. - 5,39; в 2001 г. - 6,43).

Статистические данные, касающиеся распределения больных по возрасту, свидетельствуют об увеличении заболеваемости в группах 20-29 и 40-49 лет и снижении заболеваемости в группе после 60 лет.

Проведение профилактических осмотров является важным критерием диагностики и профилактики рака гениталий. К сожалению, остается недопустимо низким процент заболеваемости, выявленной на профосмотрах. В 2001 г. он составил 1,89%, в то время как в 1996 г. - 7,71%.

Неутешительными являются данные о распределении больных по стадиям рака яичников. Следует отметить, что, несмотря на расширение диапазона методов диагностики, преобладают генерализованные формы, составив 56% в 1996 г., 61% - в 1998 г. и 51% - в 2001 г.

При оценке состояния специализированной помощи наиболее объективным критерием является летальность на протяжении первого года после установления диагноза. Показатель одногодичной летальности по Тюменской области за период с 1996 по 2001 г. снизился с 29,46 до 27,81%. Это можно объяснить тем, что возросло использование комплексных и комбинированных методов лечения, более частым применением препаратов платины.

Таким образом, основной проблемой остается позднее выявление злокачественных новообразований яичников в амбулаторно-поликлинических условиях и снижение охвата женщин профосмотрами, в то время как существующие методы лечения на ранних стадиях опухолевого процесса обеспечивают больший процент излеченности.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Невожай, Е.Ф. Ткачева

Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток

Радикальная мастэктомия продолжает оставаться самой распространенной операцией при раке молочной железы. Одним из наиболее частых послеоперационных осложнений у этих больных является лимфорея.

Целью исследования было определение факторов, способствующих длительной лимфореи у больных после радикальной мастэктомии.

Проанализированы истории болезни 138 больных раком молочной железы, у которых после радикальной мастэктомии по Пейти длительность лимфореи составляла более 30 дней.

Были выделены группы пациенток, риск возникновения послеоперационных осложнений у которых значительно выше обычного:

- возраст старше 55 лет;
- избыточный вес (> 10% от нормы);
- получивших предоперационную лучевую терапию.

Среди мероприятий, способствующих предупреждению развития длительной лимфореи, основными являются следующие:

- тщательная перевязка всех лимфатических сосудов, использование электрохирургического или лазерного скальпеля во время операции;
- применение активной аспирации из послеоперационной раны в первые 5—7 суток после операции;
- комплекс физических упражнений и лечебной гимнастики с первых суток после оперативного лечения.

Предложенные мероприятия позволили снизить количество больных с длительной лимфореей на 35%.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Е.А. Нерадовская, А.В. Нерадовский, В.А. Широков, Т.Е. Белокриницкая

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Рак эндометрия (РЭ) — одна из наиболее актуальных тем в онкогинекологии. В настоящее время отмечается рост заболеваемости этой локализации. Поэтому существует необходимость разработки методов ранней диагностики и профилактики РЭ.

На основании анализа случаев РЭ в Читинской области нами установлено, что жительницы города в 1,7 раза чаще заболевают, чем женщины сельской местности. Средний возраст пациенток составил 58,9 года. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу от 60 до 69 лет. Выявлено значительное увеличение заболеваемости РЭ у женщин в возрасте от 40 до 49 лет: (с 1997 по 2001 г. в 6 раз).

В районах в 3,4 раза реже диагностируется 0 и I стадии. При анализе причин запущенности на первом месте - несвоевременное обращение больных (58%), на втором - скрытое течение болезни (16,62%), далее — неполное обследование пациенток (8,46%), клинические ошибки диагностики (8,46%), дефекты в системе диспансерного наблюдения женщин с предраковыми заболеваниями (8,46%).

Учитывая высокую распространенность и выявленную тенденцию «омоложения» РЭ, необходимо активизировать работу с группами риска по развитию РЭ, а именно: своевременно выявлять и полноценно лечить фоновые и предраковые состояния эндометрия с последующим цитологическим и гистологическим контролем.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

ГА Неродо, В.В. Мягих

Ростовский НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону

Злокачественные эпителиальные опухоли маточных труб наиболее редки среди других злокачественных новообразований женских половых органов. Частота их колеблется от 0,17 до 3,14%. Агрессивность течения данной патологии обуславливает необходимость анализа методов лечения с целью выявления наилучшего. Материалом для наших исследований послужили ретроспективные и собственные данные о 182 больных первичным раком маточных труб, находившихся под наблюдением в Ростовском НИИ онкологии с 1956 по 2001 г.

При сравнении общей 5-летней выживаемости в зависимости от вида лечения были получены следующие результаты. В группе больных, подвергавшихся комплексному (операция + ХТ + ДГТ) лечению, общая 5-летняя выживаемость для всех стадий была выше — 55,6%, чем при других методах лечения: при комбинированном (операция + ДГТ) — 44,9%; при сочетании операции и химиотерапии — 32,5%; при оперативном лечении — 8,6%. Продолжительность безрецидивного периода существенно увеличивают разработанные в Ростовском НИИ онкологии нетрадиционные методы введения химиопрепаратов — аутогемохимиотерапия и внутривнутрибрюшинная химиотерапия. Так, 70,8% пациенток с длительностью ремиссии более 5 лет, которым проводилось комплексное лечение (операция+ХТ+ДГТ), подвергались химиотерапии по этим методикам.

Таким образом, есть все основания считать, что при условии своевременной диагностики и использования оптимального варианта лечения отдаленные результаты могут быть значительно улучшены.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ, СВЯЗАННОЙ С ПРИЕМОМ ТАМОКСИФЕНА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.В. Никаноров, Б.Н. Ковалев, В.В. Старинский

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

Работа посвящена сравнительному анализу эффективности экономических затрат на различные способы хирургического лечения гиперпластической патологии эндометрия, индуцированной тамоксифеном при адъювантной терапии рака молочной железы.

В данное исследование было включено 20 пациенток с данной патологией эндометрия. Нами оценены альтернативные методы хирургического лечения гиперплазии эндометрия: кюретаж полости матки и абляция эндометрия. Сравнительный анализ проводился путем построения дерева клинических решений.

Применяемая в качестве лечебной процедуры абляция эндометрия позволила избежать у 1/3 больных повторные кюретажи матки, предпринимаемые в связи с рецидивировавшим полипозом эндометрия. Затраты на абляцию эндометрия в сравнении с многократным механическим удалением гиперплазированного эндометрия уменьшились в 1,5 раза.

Наиболее сложным и вместе с тем наименее изученным вопросом в проблеме онкогинекологического рака пожилого и старческого возраста является вопрос о выборе метода лечения. Радикальные операции при рецидивировании гиперпластических процессов эндометрия у женщин старших возрастных групп повышают риск возможных интра- и послеоперационных осложнений. С этой точки зрения абляция эндометрия является наиболее щадящим и в то же время достаточно эффективным методом лечения этой категории больных. Кроме того, подобный подход позволяет не прерывать лечение рака молочной железы.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА

А.У. Нуров

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

По данным оргметодотдела республиканского онкологического диспансера и статуправления Минздрава Республики Дагестан, заболеваемость РМЖ изучена по климато-географическим признакам территории Дагестана, которая делится на три зоны: равнинную (низменную), предгорную и горную.

За 13 лет (1989—2001 гг.) в республике зарегистрировано 33812 первичных онкологических больных, из них РМЖ выявлено у 2746 пациенток (8,1%). В общей структуре онкозаболеваемости населения он занимает 5-е место после рака кожи — 17,2%, легкого — 15,4%, желудка — 10,4%, толстой кишки — 8,3%. У мужчин он возникает редко (8 случаев).

По частоте заболеваемости у женщин РМЖ занимает 2-е место после рака кожи. Всего за 13 лет в республике РМЖ заболело 2738 женщин. Из них в возрасте 15—39 лет — 59 (2,1%), 40—59 лет — 1456 (53,2%) и 60 лет и старше — 1223 (44,6%). Отмечается бимодальность, т.е. наличие двух возрастных пиков заболеваемости. Первый пик — в период перед менопаузой, второй — в старческом возрасте. Заболеваемость на 100 тыс. женского населения составила около 19, т.е. почти в 2 раза меньше, чем в среднем по РФ. Но и в Дагестане отмечается тенденция к значительному росту заболеваемости.

Правая молочная железа была поражена в 45,7, левая — в 54,4% случаев. Несмотря на доступность органа к обследованию, заболевание распознается поздно. Так, у 68,8% случаев к моменту лечения имелись регионарные или отдаленные метастазы.

Статистически достоверно риск возникновения РМЖ выше у женщин-мигрантов. А имеющиеся различия в зависимости от места проживания могут быть обусловлены этническим составом населения. Так, русское население сосредоточено в основном в городах и в низменной зоне, где заболеваемость сравнима с показателями по РФ. Коренные народы живут преимущественно в сельской местности, горной и предгорной зонах, где заболеваемость РМЖ низка. Очевидно, имеет значение сохранность вековых традиций и уклада жизни (особенности питания, сексуальной жизни, хозяйственной деятельности и религиозных обрядов).

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.У. Нуров

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

В связи с улучшением диагностики увеличилось число больных раком молочной железы (РМЖ), выявленных в ранней стадии. Кроме того, отмечено некоторое омоложение контингента заболевших. Поэтому на передний план выдвигается проблема сохранения органа.

Мы проанализировали результаты органосохраняющих операций у 66 женщин, наблюдавшихся нами в республиканском онкологическом диспансере. I и II стадии поражения были у 57 пациенток, Pb и Шб стадии — у 6 и у трех пациенток — Ша стадия. Секторальная резекция с подмышечной лимфаденэк-

томней произведена 28 больным, радикальная резекция с регионарной лимфодиссекцией — 38 пациенткам. Всем операция дополнена дистанционной гамма-терапией на оставшуюся паренхиму молочной железы и регионарный лимфатический аппарат (РОД 2 Гр; СОД 46—60 Гр). Кроме того, 14 больным проведено еще 3—5 курсов полихимиотерапии.

У части пациенток такой объем хирургической помощи был вынужденным в связи с недостаточной информативностью результатов интраоперационного морфологического исследования удаленного сектора молочной железы либо когда пациентки категорически отказывались от расширения хирургического вмешательства до радикальной мастэктомии. В дальнейшем 38 больным радикальная резекция была произведена в плановом порядке с согласия больных, так как размер опухоли, её локализация и морфологическое строение позволяли это сделать.

Изучение отдаленных результатов показало, что в 24,4% случаев были выявлены рецидивы заболевания и отдаленные метастазы. Рецидивы — в течение первых 6—12 мес в зоне операционного рубца или в толще кожных лоскутов, в более поздние сроки — метастазы в кости, легких, печени.

Наши клинические наблюдения показывают, что при узловых формах рака, расположенных в паренхиме верхненаружных квадрантов, не менее чем 3 см от ареолы, без регионарных метастазов, шире нужно использовать радикальную резекцию. При локализации в других квадрантах и в ранней стадии поражения также можно применять эту хирургическую тактику, но только при более благоприятных в прогностическом отношении гистологических структур^{ак} опухоли. При низкодифференцированных опухолях (скирр, солидный и перстневидно-клеточный раки) все же предпочтение следует отдавать радикальным мастэктомиям. Кроме того, радикальную резекцию следует подкреплять послеоперационной гамма-терапией. Следует также обращать внимание на важность соблюдения режима диспансерного наблюдения за пациентками, перенесшими органосохраняющие операции.

САРКОМА МАТКИ

А.У. Нуров

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

По данным отечественных авторов, среди всех злокачественных новообразований матки саркомы составляют от 1 до 6%. С 1989 по 2001 г. из 1804 больных раком шейки матки и тела матки, наблюдавшихся нами в республиканском онкологическом диспансере, саркома выявлена у 36 (1,9%) женщин. Наиболее часто она встречается у лиц в возрасте 40—49 лет. Одной пациентке было 16 лет, другой — 76. Преобладающим гистологическим вариантом была лейомиосаркома (22), стромальная саркома (6), мезодермальная и недифференцированная саркомы (6), гемангиосаркома (2).

Правильный диагноз ставится во время операции или (чаще) после гистологического исследования операционного макропрепарата. Только у 3 женщин саркома была диагностирована при гистологическом исследовании соскоба слизистой оболочки. У 8 больных до операции, в связи с бурным ростом опухоли, была заподозрена саркома. Остальные больные были подвергнуты оперативному вмешательству по поводу предполагаемого рака матки или яичников (7), лейомиомы (4), рождающегося миоматозно-го узла (3). У остальных 11 женщин лейомиосаркома была патоморфологической находкой в миоматозном или рождающемся узле.

Хотя в отдельных случаях опухоль была громадных размеров, росла она изолированно, не прорастая в соседние органы. Клинические проявления лейомиосаркомы почти такие же, как и при миоме. Следует только заметить, что при бурном росте опухоли на любом этапе наблюдения за больными с миомой, необходимо думать о возможной лейомиосаркоме.

Остальные гистологические варианты опухоли отличались бурным ростом и метастазированием как в регионарные лимфоузлы, так и в легкие. Наиболее ранним клиническим проявлением были тупые постоянные боли внизу живота, усиливающиеся при ходьбе, кровянистые выделения. Почти все пациентки обращали внимание на алую кровь, выделяющуюся из влагалища. У 3 женщин маточные кровотечения, возникшие при физической нагрузке, явились причиной их срочной госпитализации.

Химиолучевое лечение после хирургического вмешательства не продлевает жизнь больных, если радикальность операции, из-за местного распространения процесса, сомнительна.

ОВАРИОЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Н.А. Огнерубов, В.В. Попов, О.В. Попова

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Известно, что злокачественные опухоли толстого кишечника часто метастазируют в яичники — до 20%.

В связи с этим целью работы явилось изучить значение профилактической овариоэктомии у 31 пациентки с колоректальным раком. Возраст больных колеблется от 42 до 76 лет (медиана составила 61,5 лет). Прорастание опухолью всех слоев стенки толстого кишечника выявлено у 26 (89,7%) пациенток.

При гистологическом исследовании удаленных и резецированных яичников метастазы аденокарциномы обнаружены у 4 пациенток. Во время лапаротомии увеличение размеров яичников наблюдалось у двух больных. В двух других случаях размеры яичников составляли 2,5х2 см, без каких-либо макроскопических изменений.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об относительно высокой частоте (12,9%) метастатического поражения яичников при колоректальном раке. Показанием к овариоэктомии или резекции являются прорастание опухолью серозной оболочки стенки кишки, а также наличие увеличенных яичников. У женщин в менопаузе целесообразно выполнять двухстороннюю овариоэктомию. При сохраненной менструальной функции предпочтительнее производить клиновидную резекцию. Профилактическая овариоэктомия позволяет уточнить степень распространенности опухолевого процесса и выбрать рациональную тактику лечения.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ АЛОЭ НА ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ЖА Огольцова, П.А. Чумаченко, М.В. Мнихович, С.А. Анисимова

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Алоэ — это препарат, который относится к группе биогенных стимуляторов, обладает слабительным и фибробластическим эффектами. Экспериментально было доказано, что алоэ усиливает процессы регенерации и повышает защитные силы организма. В литературе распространено мнение, что биостимуляторы ухудшают патоморфологическую картину предраковых состояний, что в конечном итоге способствует развитию рака. Имеются сведения, что мастопатия может перейти в рак молочной железы. Поэтому, вероятно, биогенные стимуляторы противопоказаны при пролиферативных гиперпластических процессах. Целью нашего исследования является изучение влияния алоэ на течение кистозной мастопатии в эксперименте. Объект исследования — белые самки крыс, которым один раз в неделю в/м вводилось 10 мг синестрола для получения модели кистозной мастопатии. Через полтора месяца крыс поделили на группу опыта и контрольную. В течение 30 дней крысам группы опыта вводили алоэ в терапевтических дозах, одной крысе вводили ударную дозу (в восемь раз больше терапевтической). В результате были получены следующие данные. В контрольной группе — типичная картина кистозной мастопатии. В группе опыта при получении крысами алоэ через месяц — картина мастопатии в неизменённом виде. В нескольких случаях мы наблюдаем неполный регресс мастопатии: протоки расположены мелкими группами, спадшиеся. Вокруг протоков имеется фиброз. У крысы, получавшей ударную дозу, наблюдается значительный регресс: протоки лежат группами, по 8—10, окружённые фиброзной тканью, в просвете некоторых имеется белковая масса. На наш взгляд, алоэ оказывает существенное влияние на течение кистозной мастопатии, проявляющееся в неполном обратном развитии мастопатии.

ФАКТОРЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПРОГНОЗА НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПХТ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.И. Орлова, Ю.Я. Дмитриев, И.А. Курзыкова

Государственный медицинский университет, г. Саратов

Задача исследования — определить возможность увеличения частоты выполнения органосохраняющих операций с учетом факторов прогноза положительного эффекта неоадьювантной полихимиотерапии (НПХТ) по схеме CMF при раке молочной железы (РМЖ).

Лечение получали больные со Па — Шб стадией заболевания РМЖ. НПХТ проводилась по схеме CMF каждые две недели, 3 цикла. Группу сравнения составили 52 больных, отобранных с учетом параметров положительного прогноза.

Осуществлена ретроспективная оценка результатов НПХТ у 120 больных РМЖ. Сопоставлялся эффект лекарственного лечения при различных клинико-морфологических параметрах. В качестве основного критерия оценки был выбран лекарственный патоморфоз (1—2-я степень — 61,7%, 3-4-я степень — 38,3%). Определены следующие факторы положительного прогноза эффекта НПХТ (возраст больных до 40 лет, узловая форма роста, средний уровень иммунитета, отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах и патологии щитовидной железы). Положительный эффект лечения в основной группе составил 38,3%, а в группе сравнения увеличился до 64,2%. Органосохраняющие операции осуществлены 30,8% больным основной группы и 73,7% женщинам из группы сравнения.

Выделенные параметры положительного прогноза эффекта НПХТ по схеме CMF у больных РМЖ способствуют не только достижению большего числа полных морфологических регрессий, но и проведению органосохраняющих оперативных вмешательств у большего числа больных.

ОРГАНОСОХРАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИКАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Д.Д. Пак, Э.К. Сарибекян

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва.

К 90—м годам произошло широкое распространение органосохраняющих операций. Вначале при I стадии, впоследствии при ПА и даже при ПБ стадиях. Тенденция к выполнению более экономных операций привела к появлению различных вариантов органосохраняющих операций, вплоть до лампэктомии. На наш взгляд, самой перспективной органосохраняющей операцией является радикальная резекция, при которой удаляют 1/4 - 1/3 части железы с подлежащей фасцией, межмышечной и подключично-подмышечно-подлопаточной клетчаткой. К более экономным вариантам органосохраняющих операций мы относимся настороженно в связи с высокой вероятностью местного рецидивирования. В отделении общей онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена проведен анализ лечения 868 больных раком молочной железы, которым была выполнена радикальная резекция. Из них больных I стадией было 182 человека, Па стадии — 554, Пб стадии — 152. Из 182 больных I стадией 125 выполнено оперативное вмешательство без дополнительного лечения, 57 — операция + лучевая терапия. Большинству больных Па стадии выполнена операция с послеоперационной лучевой терапией на оставшуюся часть молочной железы, у 138 больных с неблагоприятными морфологическими данными лечение дополнили лучевой и химиогормонотерапией. Пятилетняя выживаемость и частота отдаленного метастазирования при комбинированном и комплексном лечении после радикальных резекций и мастэктомий почти одинаковы. Рецидивы при начальных формах рака (Г1—2N0) после радикальных резекций возникали в 5,8±0,9%, после мастэктомий — в 2,1±0,7%. Больные раком молочной железы Пб стадии получили комбинированное и

ПЕРВИЧНАЯ МАММОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

МНИОИ им. И.А. Герцена, г. Москва

У 49(9,1%) больных в качестве аутоотрансплантата использован кожно-жировой лоскут на прямой мышце живота, у 427 (78,6%) — кожно-мышечный или мышечный лоскут широчайшей мышцы спины, у 67(12,3%) — фрагмент большой грудной мышцы. У 504 (92,9%) больных оперативное вмешательство выполнено в плане комбинированного или комплексного лечения. Послеоперационные осложнения отмечены у 37(6,9%) больных: тотальный некроз (3) и краевой (26) аутоотрансплантата, нагноение раны (5), кровотечение из раны (3). Отличный косметический результат получен у 21,6% больных, хороший — у 48,0%, удовлетворительный — у 28,4%, неудовлетворительный отмечен у 2%. местный рецидив рака выявлен у 14(2,6%) больных. Результаты этих операций в плане комбинированного или комплексного лечения вполне сопоставимы с результатами применения мастэктомий. пятилетняя выживаемость при I (T1N0M0) стадии составила 95%, при IIa (T1N1M0,T2N0M0) - 89,5%, при IIб (T2N1M0, T3N0M0) - 81,2%, при IIia (T3N1-2M0) — 71,3%. Качество жизни больных значительно улучшилось, что обусловлено сохранением молочной железы.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.Д. Пак, А.В. Ермаков

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

По данным МНИОИ, при раке молочной железы I—IIa стадии 5-летняя выживаемость составляет более 90%, а 10-летняя - 82%. Эти показатели вселяют оптимизм и позволяют развивать хирургию экономных вмешательств в сторону уменьшения их объема для получения прекрасных косметических результатов. До недавнего времени при экономных операциях по поводу рака молочной железы I—IIa стадии в подавляющем большинстве случаев лимфодиссекция выполнялась в полном объеме. Анализ материала почти 1000 больных показал, что при локализации опухоли в наружных отделах железы при отсутствии измененных подмышечных лимфатических узлов ни у одной больной не был выявлен изолированный метастаз в лимфатические узлы подключичной клетчатки. При медиальной локализации опухоли у 234 больных при размерах опухоли до 3 см лишь у 2 больных были обнаружены изолированные метастазы в подключичные лимфатические узлы. Состояние подмышечных лимфатических узлов является наиболее важным прогностическим показателем, и так как эта информация может быть получена при гистологическом исследовании всех или большего числа лимфатических узлов, то подмышечная лимфодиссекция является важнейшим этапом. Однако если минимально инвазивные диагностические процедуры могут обеспечить точное дооперационное стадирование (N), то подмышечная лимфаденэктомия может быть исключена у больных с непораженными лимфатическими узлами, тем не менее это не приводит к уменьшению объема операции при неизмененных лимфатических узлах. Методика идентификации и удаления сторожевого лимфатического узла с помощью радионуклидного датчика является простой и эффективной. Лимфосцинтиграфия в большинстве случаев позволяет определить сторожевой лимфатический узел в течение 30 мин. Прогностическая значимость биопсии сторожевого лимфатического узла составляет 97,5%, что позволяет не выполнять подключично-подмышечную лимфаденэктомию у тех больных, у которых не поражен сторожевой лимфатический узел. Это в значительной степени улучшает качество жизни больных, снижает частоту осложнений и в конечном счете сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

ПРОСТАТОСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Г. Панин, Л.А. Ковыршина, А.В. Живов, А.Ю. Плеханов, М.Э. Топузов

ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Внедрение в практику определения простатоспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови в значительной мере позволило улучшить дифференциальную диагностику заболеваний предстательной железы (ПЖ), таких как доброкачественная гиперплазия ПЖ, рак предстательной железы (РПЖ). Но несмотря на высокую чувствительность и прогностическую точность результата определения ПСА в сыворотке крови, последний не может быть использован самостоятельно для диагностики ранних стадий РПЖ. В клинике урологии академии им. И.И. Мечникова было обследовано 266 мужчин с заболеваниями ПЖ в возрасте от 49 до 85 лет. Больным проводили определение уровня ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование (ГРУЗИ) ПЖ, биопсию простаты с взятием биоптатов из транзиторной зоны (ТЗ) с их морфологическим исследованием. У 51 чел. выявлен РПЖ, из них у 4 (7,6%) больных РПЖ уровень ПСА находился в пределах нормы. У И (20,8%) больных выявлен РПЖ Т3 стадии. Из 139 больных, перенесших аденомэктомию, у 9 (6,8%) выявлен РПЖ в удаленных узлах. Из 110 мужчин, перенесших биопсию простаты, рак Т3 стадии ПЖ выявлен у 5% больных. Проведенные нами исследования показывают, что биопсию простаты целесообразно проводить даже при нормальных значениях ПСА,

если при этом пальпаторно определяются в ПЖ очаги уплотнения. Также необходимо брать биоптаты не только из периферической зоны, но и из ТЗ. Взятие биоптатов из ТЗ имеет важное значение, так как рак в этой зоне не пальпируется, опухоль данной локализации чрезвычайно трудно визуализировать при ТРУЗИ, распространенность рака, расположенного в ТЗ, составляет, по данным разных авторов, от 2,0 до 29,4% (Плотникова Н.А., 1999; Cheng J.J. et al., 1998 и др.).

ДИСГОРМОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗРЕЛОМ И УВЯДАЮЩЕМ ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Е.С. Панкратова, П.А. Чумаченко, М.В. Мнихович

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Одной из актуальных проблем диагностики дисгормональной патологии молочных желез как предракового состояния является то, что данная патология обнаруживается у 75% женщин зрелого и пожилого возраста. Изучены морфологические препараты у 113 больных с патологией молочных желез в возрасте 25—70 лет. Гистотопографические срезы окрашивались гематоксилин-эозином, пикроофуксином. В 82 наблюдениях (72,5%) отмечено патологическое отклонение: 74 (65,5%) — кистозные расширения протоков, в 8 (7,1%) — кистозное расширение протоков в сочетании с фибroadеномой. Кистозная болезнь (КБ) имеет разную степень выраженности. По нашим данным, это три формы КБ: лёгкая (КБ-1), средняя (КБ-2) и тяжёлая (КБ-3). Частота встречаемости патологических процессов молочных желез следующая: в возрасте 25-40 лет патология в 70% наблюдений, 41-50 лет - 85,7%, в возрасте до 60 лет - 78,9%, старше 60 лет — в 67,2% случаев. Анализ материала показал — в возрасте 25—70 лет молочные железы без патологии и с КБ-1 встречаются в 74,3%, КБ-2, КБ-3 и фибroadенома в сочетании с кистозной болезнью — в 25,7%. У многорожавших женщин патология молочной железы отмечена в 86,7%, а у малорожавших и нерожавших — в 70,4%.

Таким образом, патологические процессы в молочных железах в возрасте 25—67 лет выявлены в 79% случаев, а от 60 лет и старше - в 67%.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГОРМОНОЗАВИСИМЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.Ф. Писарева, А.П. Бояркина, И.Н. Одинцова, Э.А. Губерт, И.Б. Пыжова

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Изучена заболеваемость гормонозависимыми злокачественными новообразованиями женского населения Томской области и г. Томска за 1991—1997 гг. с учетом возраста и пола.

В работе использовались современные методы эпидемиологических исследований, из гормонозависимых опухолей рассматривались: рак тела матки (РТМ), яичников (РЯ) и молочной железы (РМЖ), которых за исследуемый период было зарегистрировано 2359 случаев.

В структуре онкологической заболеваемости гормонозависимые опухоли распределены следующим образом: РМЖ - 1-е место (17%), РТМ - 6-е (6,1%), РЯ - 9-е (5%). Стандартизованные показатели заболеваемости составили: РТМ - 10,9 (РФ-12,2), РЯ - 9,5 (РФ-9,9) и РМЖ - 31,6 (РФ-35,5) на 100 тыс. населения. В городе Томске заболеваемость РЯ в 1,1, РТМ в 1,5, РМЖ в 1,3 раза выше, чем по области. Имеет место достаточно большая мозаичность ее распределения по районам области. С возрастом заболеваемость растет, пик заболеваемости для РЯ и РТМ отмечен в возрасте 65—69 лет, а для РМЖ — в 70—74 года.

Получены аналитические представления динамики заболеваемости и дана оценка прогноза ее до 2005 г. К прогнозируемому году заболеваемость РЯ может составить в среднем 15,1 на 100 тыс. населения, что в 1,7 раза, а для РМЖ - 44,3, что в 1,5 раза выше, чем в 1991-1995 гг.

Что касается динамики и прогноза заболеваемости РТМ, то регулярного роста или снижения уровня показателей на статистически достоверном уровне не отмечено.

Полученные материалы использованы при реализации комплексной целевой научно-практической программы «Онкология».

ПОЛИНЕОПЛАЗИИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Л.Ф. Писарева, Е.Ц. Чойнзонов, Д.А. Шишкин, С.А. Коломиец

НИИ онкологии ТНЦСО РАМН, г. Томск

За период с 1991 по 2001 г. в Томской области зарегистрировано 258 случаев полинеоплазии репродуктивных органов (47 мужчин и 211 женщин). Чаще наблюдалось сочетание двух новообразований (92,6%), из них метакронные опухоли диагностированы у 182 (70,5%) пациентов, синхронные - у 57 (22,1%). У 19 больных (7,4%) имелось по три новообразования. Всего у 258 пациентов выявлено 535 злокачественных опухолей.

Диагноз полинеоплазии устанавливался в возрасте от 34 до 87 лет, при этом женщины болели в более раннем возрасте. У мужчин высокие показатели заболеваемости регистрируются в возрасте 70 — 84 года, пик приходится на 75 — 79 лет. У женщин пик заболеваемости отмечается в возрастной группе 55 — 59 лет и 70 — 74 года.

В структуре первично-множественных опухолей (ПМО) преобладали полинеоплазии молочной железы (38,6%). Последние чаще встречались в сочетании с новообразованиями других гормонозависимых органов (36,8%). Реже наблюдались сочетания с опухолями желудочно-кишечного тракта (20,8%), кожи (14,5%), легких (7,3%) и гемобластозами (5,2%).

ПМО шейки матки наблюдались в 22,1% случаев. При раке шейки матки наиболее часто последующие опухоли выявлялись в желудочно-кишечном тракте (26,4%), гормональных органах (24,5%) и коже (22,6%). Значительно реже встречались новообразования легкого (13,2%) и мочевыделительных органов (11,3%).

Злокачественные опухоли тела матки и яичников в структуре ПМО составили 17,3 и 4,7% соответственно. Наиболее частым было сочетание поражений гормонозависимых органов: при раке тела матки в 28,6% (с опухолями яичников, молочной и щитовидной железы), при раке яичников — в 58,3% (с опухолями молочной железы и тела матки); реже — с органами желудочно-кишечного тракта (21,4 и 25% соответственно). У больных раком тела матки достаточно часто встречались сочетания с опухолями мочевыделительной системы (19%), гемобластозами (9,5%) и новообразованиями легких (9,5%). При раке яичников в 8,3% наблюдалось сочетание с опухолями легкого.

У мужчин ПМО репродуктивных органов были представлены раком простаты, которые, как правило, встречались в синхронных сочетаниях (67,4%), метакронные опухоли составили 30,2%, сочетание трех опухолей — 2,4%. Чаще других при раке предстательной железы выявлялись опухоли мочеполовой системы — 41,9% и желудочно-кишечного тракта — 23,3%.

Таким образом, контрольное обследование онкологических больных должно осуществляться не только с учетом особенностей рецидивирования и метастазирования, но и с учетом возможности появления новой самостоятельной опухоли. Особого внимания требуют органы с высокой частотой возникновения полинеоплазии - у женщин при опухолях органов репродуктивной системы необходимо сосредоточить внимание на гормонозависимых органах и желудочно-кишечном тракте. У мужчин при раке простаты необходимо более тщательное обследование со стороны органов мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта.

КОМПЬЮТЕРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Плохое, А.Н. Тахтамыш

Дорожная клиническая больница, Саратовский медицинский университет, Саратов

Возможность предсказать течение заболевания по биологическим параметрам опухоли и организма имеет большое практическое значение. Лечащий врач призван решать вопросы о рациональном выборе плана лечения после дообследования пациентки в стационаре, о разработке рационального диспансерного наблюдения за больной. Проблема прогнозирования пятилетней выживаемости при раке молочной железы имеет, кроме того, социальный аспект, связанный с возможностью инвалидизации больной в молодом трудоспособном возрасте.

Целью исследования явилась разработка и создание экспертной системы прогнозирования исхода заболевания при раке молочной железы. Для решения поставленных задач проанализированы результаты обследования и лечения 1258 больных раком молочной железы с 1989 по 1994 г.

Для прогноза исхода заболевания был выбран один критерий — пятилетняя выживаемость. В соответствии с методикой прогноза пятилетней выживаемости все больные были разделены на 2 класса: класс А — 849 больных, проживших более 5 лет после лечения; класс В — 409 больных, погибших от прогрессирования опухолевого процесса в срок до 5 лет после лечения.

Результаты проведенного многофакторного анализа явились основанием для разработки способа прогнозирования пятилетней выживаемости. В основу разработки модели прогноза положены следующие факторы, характеризующие:

1. Особенности опухоли — размер, локализацию по квадрантам молочной железы, клиническую форму роста, гистотип опухоли, степень дифференцировки, степень злокачественности, наличие или отсутствие регионарных метастазов.

2. Биологические особенности организма — возраст, ряд иммунологических показателей (уровень клеточного, гуморального звеньев иммунитета, общая неспецифическая резистентность организма), степень выраженности сопутствующей патологии, эндокринно-гинекологическую патологию.

3. Эффективность проводимого лечения — размер опухоли в динамике, оценку степени лечебного патоморфоза.

Результаты компьютерной обработки данных с оценкой информативности признаков и расчетом диагностических коэффициентов позволили определить суммарный диагностический коэффициент, обладающий аккумулярующим эффектом в отношении большого количества признаков, несущих прогностическую информацию.

Полученные данные о неблагоприятном прогнозе заболевания следует использовать для решения вопроса о назначении либо продолжении системного адъювантного лечения с превентивной целью. При неблагоприятном прогнозе рекомендуется тщательное диспансерное наблюдение онколога со своевременным принятием мер для детального дообследования и лечения больной. В случае благоприятного прогноза пятилетней выживаемости эта информация может быть использована для принятия решения о возвращении больной к труду.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Плохое, Л.Ф. Жандарова, А.Н. Тахтамыш, Л.М. Кузнецова

Дорожная клиническая больница, Саратовский медицинский университет, г. Саратов

Рак молочной железы — один из наиболее трудных разделов онкоморфологии, что связано прежде всего с многообразием гистологических форм. Вместе с тем гистологический тип опухоли является бесспорно значимым фактором прогноза регионарного метастазирования и пятилетней выживаемости.

Проанализированы отдаленные результаты лечения 1258 больных раком молочной железы, получивших лечение в клинике онкологии с 1989 по 1994 г. Возраст больных варьировал от 20 до 84 лет. Более пяти лет прожили 849 больных, таким образом, общая пятилетняя выживаемость составила 67,4%.

Больные распределены по гистотипу на основании цитологического и окончательного гистологического заключений. У 162 (12,8%) больных опухоль на дооперационном этапе не удалось верифицировать. Эффективность цитологического метода составила 87,2%. При интраоперационном исследовании опухоль верифицирована у 97,3% больных.

Рассмотрена зависимость метастазирования в регионарные лимфоузлы от гистотипа опухоли, степени дифференцировки и злокачественности. Частота регионарного метастазирования при низкодифференцированных опухолях составила 59,6%, при высокодифференцированных — 37,9% ($p < 0,05$). Опухоли с I степенью злокачественности отличаются меньшей агрессивностью и более редким регионарным метастазированием (25,9%). Напротив, опухоли с III степенью злокачественности в 78,3% случаев сопровождаются регионарными метастазами ($p < 0,05$).

При особых формах рака - папиллярном, тубулярном и раке Педжета - не обнаружены метастазы в регионарные лимфоузлы. При других гистотипах достоверных различий не отмечено.

На основании вышеизложенного по исходным биологическим параметрам опухоли можно выделить морфологические факторы риска регионарного метастазирования. К ним относятся прежде всего инфильтрирующий протоковый рак, низкая степень дифференцировки опухоли, высокая степень злокачественности. Указанные факторы являются прогностически значимыми в отношении частоты возникновения метастазов в регионарные лимфоузлы и учитываются в совокупности при составлении плана лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ГОРМОНОТЕРАПИИ ТАМОКСИФЕНОМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

Е.Ю. Ппохова, В.Н. Плохое

Дорожная клиническая больница, г. Саратов

В настоящее время оптимальным подходом при проведении гормонотерапии I линии рака молочной железы является назначение тамоксифена, относящегося к антиэстрогенам. При его использовании отмечается повышенная опасность возникновения гиперплазии и рака эндометрия.

Целью исследования явилось определение возможности гормонотерапии тамоксифеном у больных РМЖ при гиперпластических заболеваниях матки. Клинический раздел работы обобщает результаты обследования и лечения 209 больных раком молочной железы с сопутствующими гиперпластическими заболеваниями матки.

Основную группу составили 109 женщин, больных РМЖ, которым выполнено удаление матки с придатками по поводу сопутствующей гинекологической патологии. Группу сравнения составили 100 больных, получавших консервативное лечение по поводу гиперпластических заболеваний матки.

Все больные после окончания лечения в адьювантном режиме получали тамоксифен в дозе 20 мг/сут ежедневно. Прием тамоксифена хорошо переносился больными и не вызывал серьезных побочных эффектов у пациенток, у которых была удалена матка с придатками. Среди этой группы больных побочные действия отмечены у 13 (11,9%) женщин в виде тошноты, приливов, депрессии, отеков. Однако степень выраженности отрицательных эффектов не потребовала отмены препарата.

В группе женщин, не оперированных на гениталиях и принимавших тамоксифен, появление патологии гениталий на фоне приема тамоксифена отмечено у 47 (47,0%) пациенток. Следует заметить, что такое большое количество побочных эффектов со стороны гениталий на фоне приема тамоксифена диагностировано у больных с ранее возникшими гиперпластическими заболеваниями матки.

Основной патологией у 31(31,0%) пациентки явились рецидивы гиперплазии эндометрия. Изменения в яичниках в виде появления фолликулярных кист диагностированы у 7(7,0%) больных, рост миомы матки — у 8(8,0%). Рак эндометрия I стадии выявлен у 1 (1,0%) больной перименопаузального возраста.

Таким образом, гиперпластические заболевания матки ограничивают применение тамоксифена, являющегося на сегодняшний день «золотым» стандартом гормонотерапии РМЖ. Удаление патологически измененных органов-мишеней (матки с придатками) позволило, с одной стороны, в полном объеме проводить гормонотерапию рака молочной железы, с другой — выполнить радикальное лечение гиперпластических заболеваний матки.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.В. Поддубская, Д.В. Комов, А.С. Ожерельев

НИИ клинической онкологии, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Ранняя диагностика и оптимальная лечебная тактика при начальных стадиях рака молочной железы (РМЖ) позволяют ограничить объем хирургического вмешательства секторальной резекцией молочной железы и обязательным удалением «сторожевого» лимфатического узла (СЛУ), то есть лимфоузла в регионарном бассейне, являющегося первым барьером на пути продвижения опухолевых клеток от первичного очага. Обнаружение и морфологическое исследование СЛУ важно также для оценки выживания при РМЖ. Мы применяем одновременно два метода детекции СЛУ. Накануне операции перитуморально с 4 позиций вводится коллоид-[^{99m}Tc] (1мКи), затем в режиме статической сцинтиграфии на у-камере ICOM (Siemens) измеряется накопление изотопа. Визуально во время операции определяется накопление 1% метиленового синего в клетчатке, который вводится непосредственно перед разрезом кожи. Из 40 больных первичным РМЖ (возраст 37—70 лет, первичная опухоль T1-2, локализованная в наружных квадрантах) СЛУ выявлен в 90% случаях, в 20% его локализация нетипична (не в аксиллярной впадине, а в подключичной и надключичной зонах, контрлатерально и т.д.). Метастазы выявлены в 30% случаях, в том числе в СЛУ. Ни в одном случае не было обнаружено метастазов в ЛУ следующего порядка, если СЛУ оказывался непораженным. Дальнейшие исследования направлены на определение категории больных, не подлежащих аксиллярной лимфодиссекции, что позволит снизить число больных с функциональными нарушениями после лимфаденоэктоми, а также составить индивидуальную схему лимфодренажа. Иммуногистохимическое исследование СЛУ позволяет определить экспрессию маркеров ангиогенеза и метастазирования опухоли.

ЛЕЧЕНИЕ ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.С. Пономарев, Д.Д. Пак

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва и МООнЦ, г. Мурманск

В структуре заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) у 15—20% больных выявляется отечно-инфильтративная форма (ОИФ РМЖ). Выбор метода лечения ОИФ РМЖ - до сих пор окончательно не решенная проблема. На современном этапе в связи с развитием химио- и лучевой терапии считается допустимым проведение радикальной мастэктомии (РМЭ).

Аналізу подлежало 172 случая ОИФ РМЖ, куда не включались больные с отдаленными метастазами. 36 пациенткам проведено консервативное лечение, 136 на одном из этапов лечения произведена РМЭ (по Холстеду — 38, по Пейти — 40, по Маддену — 58). Большинство пациенток получали 1—3 курса неoadъювантной ПХТ (CAF, CMF) и ТГТ СОД до 45 Гр. После РМЭ, как правило, проводилось 3-5 курсов адъювантной ПХТ.

В результате проведенного лечения общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость составила: 7,1 и 7,1% (консервативная терапия); 34,2 и 28,9% (РМЭ по Холстеду); 42,5 и 42,5% (РМЭ по Пейти); 36,2 и 32,8% (РМЭ по Маддену) соответственно. На 1-м году жизни местные рецидивы возникли после консервативного лечения в 55,5%, после РМЭ по Холстеду - в 36,8%, по Пейти - в 30%, по Маддену - в 24,1%. Средняя продолжительность жизни после РМЭ составила 45,5 мес, без операции — 24,5 мес. У оперированной группы больных возникновение рецидива сокращалось в 2 раза, во 2-й группе — в 1,3 раза.

Таким образом, включение РМЭ в комплексное лечение ОИФ РМЖ увеличивает продолжительность жизни в среднем до 46 мес, а количество местных рецидивов сокращает в 2 раза. Выполнение РМЭ по Холстеду не имеет преимуществ перед функционально-щадящими РМЭ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ю.Н. Пономарева, Т.Е. Белокриницкая, В.А. Широков

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Не вызывает сомнения актуальность изучения этиопатогенетических особенностей рака шейки матки как одной из ведущих опухолей в структуре онкологической заболеваемости и смертности.

Нами проведен проспективный анализ анамнестических данных 76 больных цервикальной карциномой. Диагноз был выставлен на основании клинических данных и подтвержден кольпоскопически, цитологически и гистологически. Контрольную группу составили 30 здоровых небеременных женщин, сопоставимых по возрасту, данным анамнеза и не имеющих в настоящем патологии шейки матки. Стадию неопластического процесса определяли в соответствии с классификацией по системе TNM и по системе FIGO (1997).

Общая продолжительность сексуальной жизни у больных цервикальным раком в сопоставлении со здоровыми женщинами была более длительной ввиду раннего начала половой жизни ($p < 0,05$). У пациенток с карциномой шейки матки было более 4 сексуальных партнеров против 2 в контроле ($p < 0,05$).

Для регуляции фертильности большинство больных карциномой шейки матки использовали внутриматочные контрацептивы (ВМК), здоровые женщины — барьерную контрацепцию.

Половина пациенток с опухолью шейки матки прерывали беременность до 10 раз, в контрольной группе у всех женщин было менее 3 аборт ($p < 0,001$). Более 60% обследованных с цервикальным раком были многорожавшие ($p < 0,001$).

Практически у всех больных раком шейки матки в отличие от контрольной группы был отягощенный гинекологический анамнез: воспалительные заболевания матки и придатков; эрозия и псевдоэрозия шейки матки; миома матки и эндометриоз; послеродовые деформации шейки; воспалительные заболевания влагалища; доброкачественные опухоли яичников ($p < 0,001$).

Среди экстрагенитальных заболеваний при цервикальной карциноме встречались болезни сердца и сосудов, патология пищеварительной системы, заболевания почек, обменно-эндокринные нарушения, патология легких ($p < 0,05$).

Превалирующее число женщин с карциномой шейки матки курили ($p < 0,001$).

Таким образом, в генезе неопластического процесса шейки матки определенную роль играют неблагоприятные экзогенные факторы, которые в сочетании с имеющимся преморбидным фоном, по-видимому, обеспечивают атипическую трансформацию шеечного эпителия.

АКТИВНОСТЬ ЦИТОХРОМОВ P4501A КАК ФАКТОР РИСКА В РАЗВИТИИ МИОМЫ МАТКИ

Е.В. Почос, Л.Ф. Гуляева

*Клиника Центра клинической и экспериментальной медицины СО РАМН,
НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, г. Новосибирск*

Миома — доброкачественная гормонозависимая опухоль мышечной оболочки матки. Среди женщин старше 30 лет 15—17% страдают миомой. Различные стадии развития миом обусловлены изменением рецепции матки к гормонам яичника, нарушением функции системы гипоталамус — гипофиз — яичники с абсолютной или относительной недостаточностью прогестерона. Установлено, что в развитии миомы половые гормоны играют определяющую роль. Эстрогены стимулируют рост опухоли, тогда как прогестерон — подавляет. При миоме матки нарушается метаболизм половых стероидов. Секретция эстрогенов и прогестерона яичников носит циклический характер, зависящий от фазы полового цикла. Распад эстрогенов происходит в печени. Они экскретируются в виде эфиров с серной или глюкуроновой кислотой, эстриол преимущественно выделяется в виде глюкуронида, а эстрон — эфира с серной кислотой. Другим инактивирующим механизмом является окисление эстрогенов цитохромами P450 подсемейств 1A и 1B1. Образовавшиеся в результате гидроксиметаболиты могут связываться с серной или глюкуроновой кислотой.

Целью работы является исследование взаимосвязи между активностью цитохромов P450 1A подсемейств и уровнем эстрогенов в крови как фактора риска развития миомы. Были исследованы женщины, страдающие миомой (30 чел.), и здоровые женщины (20 чел.). У женщин, страдающих миомой, в 50% случаев имеются сопутствующие заболевания печени и желчевыводящих путей. Активность ферментов метаболизма ксенобиотиков оценивали с помощью тестового лекарства теофиллина, который метаболизируется цитохромами P450 1A. При проведении обследования установлено, что у больных с миомой матки наблюдается снижение активности цитохромов P450 1A1 и 1A2. У здоровых женщин активность этих ферментов в пределах нормы.

Таким образом, можно предположить, что снижение активности цитохромов P450 1A1, 1A2 на фоне гиперэстрогении может быть одним из факторов риска развития миомы матки.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОГРАММЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Т. А. Прокопьева

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Программа реабилитации больных после радикального лечения рака шейки матки требует новых подходов. Поэтому целью исследования явилось изучение ранних проявлений эстрогенного дефицита: вазомоторных, психоэмоциональных — и определение возможности применения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у пациенток после радикального лечения рака шейки матки.

Материалом для исследования послужили данные клинического наблюдения за 82 пациентками с плоскоклеточным раком шейки матки, получившими хирургическое и комбинированное лечение с 1995 по 2000 г. в Удмуртском республиканском клиническом онкологическом диспансере. Для выявления клинических вариантов (нейровегетативный, психоэмоциональный) поствариоэктомического синдрома, для определения его тяжести был использован модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана в версии Е.В. Уваровой.

У всех пациенток имелась та или иная выраженность нейровегетативного и психоэмоционального синдрома. В наибольшей степени тяжесть (средняя и тяжелая) этих синдромов по ММИ отмечена в группе пациенток пременопаузального периода (87,5 и 69,8% соответственно). Несколько ниже она в репродуктивном периоде (59,4 и 58,3%), и статистически значимы эти различия у пациенток постменопаузального периода в сравнении с группой больных пременопаузального периода (44,7 и 55,3%). В

среднем в сроки до 3 лет нейровегетативные и психоэмоциональные расстройства отмечены у подавляющего числа пациенток вне зависимости от периода жизни. Для больных постменопаузального периода проявления нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств в сроках до 1 года — наивысшие (63,8 и 66,0% соответственно). ЗИПТ проведена 60 больным (38 — в репродуктивном периоде, 15 — в пременопаузальном и 7 — в постменопаузальном). У всех пациенток в течение 6—12 мес полностью ликвидированы нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения, расцененные как средняя и тяжелая степень. Выявлена целесообразность назначения ЗИПТ в раннем послеоперационном периоде. По данным пятилетнего наблюдения ЗИПТ не повысила риска рецидива заболевания.

Выводы. ЗИПТ высокоэффективна в коррекции хирургической монопаузы и может использоваться в процессе реабилитации больных раком шейки матки после радикального лечения.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЕЙ СПИНЫ И ЭНДОПРОТЕЗОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.А. Рассказова, Д.Д. Пак

МНИОИ им. П. А. Герцена, г. Москва

Выполнение подкожных мастэктомии и субтотальной радикальной резекции молочной железы с сохранением значительной площади кожи, субмаммарной складки, сосково-ареолярного комплекса отвечает требованиям эстетической хирургии. Больным с малыми размерами молочной железы реконструкция возможна большой грудной или широчайшей мышцей спины. Однако у женщин со средними и большими размерами молочных желез для восстановления объема и формы необходимо использование широчайшей мышцы спины в комплексе с эндопротезом.

В отделении общей онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена с ноября 1998 по апрель 2002 г. выполнено 14 органосохраняющих операций (субтотальная резекция у 8 пациенток, подкожная мастэктомия у 6) с реконструкцией широчайшей мышцей спины и эндопротезом необходимого объема. Распределение пациенток по стадиям Па (T2N0M0) - 6 (42,9%), Пб (T2-3N0-1M0) - 5 (35,7%), IIa (T2N2M0) - 2 (14,3%), Шб (T4N1M0) — 1 (7,1%). Комбинированное лечение проведено 5 пациенткам, комплексное — 9. Осложнения составили 14,2%. Краевой некроз кожи наблюдался у 1 (7,1%) пациентки, удаление протеза осуществлено у 1 (7,1%) больной из-за разрыва капсулы протеза.

Данные хирургические операции обеспечивают высокий процент отличных и хороших косметических результатов, что является залогом успешного решения психосоциальной реабилитации больных.

ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ НЕПОВРЕЖДАЮЩЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

И.Р. Рахматулина

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Одним из эффективных иммуномодулирующих и активных адаптогенных физических факторов является низкоэнергетическое лазерное излучение, наибольший эффект от воздействия которого в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях был достигнут при направленном облучении иммунокомпетентных органов.

Проведено облучение зоны селезенки и тимуса 54 больным раком яичников с III стадией заболевания на твердотельном аппарате с перестраиваемой длиной волны производства НПО «Зенит» (г. Зеленоград) — портативной установке АЛТ-1. В зоне тимуса и селезенки облучали по одному полю, диаметр которых составил соответственно 3 и 5 см, в течение 60 с. Лечение проводили ежедневно, курс состоял из 5 сеансов.

В группе больных до 50 лет регистрировались достоверное увеличение ($p < 0,05$) абсолютного и относительного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, теofilлинрезистентных клеток, а также снижение содержания теofilлинчувствительных клеток через 24 ч и через 1 мес после окончания курса лазеротерапии. Через 1 мес после воздействия нормализовался иммунорегуляторный индекс.

Лазерное излучение неповреждающей интенсивности с локализацией воздействий на иммунокомпетентные органы обладает иммуномодулирующим действием. Выраженность его эффекта зависит от исходного состояния иммунной системы больных раком яичников. В группе больных старше 50 лет иммуномодулирующее действие лазерного излучения проявилось в меньшей степени, но не происходило и угнетения функций иммунной системы на фоне проведения агрессивных методов лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СПЕКТРОСКОПИИ

Ю.Ю. Романская, А.В. Акпеев, А.В. Важенин

*Уральский научно-практический центр радиационной медицины,
Областной онкологический диспансер, г. Челябинск*

В УНПЦ РМ и ООД г. Челябинска для диагностики и мониторингового наблюдения за пациентами со злокачественными новообразованиями, в частности раком молочной железы, наряду со стандартными методами исследования используется метод лазерной корреляционной спектроскопии (ЛКС). В основе метода лежит регистрация частиц различного гидродинамического радиуса в любой нативной биологической жидкости, в данном случае плазме крови. Было обследовано 77 человек, больных раком молочной железы. Диагноз был выставлен в соответствии с международной классификацией злокачественных опухолей 1989 г. по системе TNM. Гистологическая верификация опухоли проведена всем пациентам. После окончания лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного) осмотрено в динамике 12 онкологических больных. Данных по прогрессированию не получено. При сравнении распределения светорассеивающих частиц у лиц с различными стадиями онкологического процесса статистически достоверной степени дифференцировки получено не было.

При сравнении распределения светорассеивающих частиц у лиц со злокачественными новообразованиями до и после лечения и при сравнении их у пациентов с соматической патологией выявлена тенденция к нормализации показателей ЛК-спектра онкобольных после проведенного лечения, что может служить одним из критериев эффективности их лечения.

СКРИНИНГ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

СП. Селиванов, Е.В. Ковалева, С.Н. Исаева

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Решение задачи своевременного выявления и лечения онкологических больных на ранних стадиях, с одной стороны, требует проведения массового обследования, а с другой — применение ко всему населению диагностических клинико-лабораторных методов практически невозможно, в том числе и с экономической точки зрения. Учитывая это, была сформирована двухэтапная научнообоснованная скрининг-программа, позволяющая с помощью доступных для массового применения методов сузить группу лиц, подлежащих углубленному диагностическому обследованию. На первом этапе — популяционный скрининг — осуществляется отбор пациентов в группу повышенного риска развития рака предстательной железы, основанный на анализе результатов анкеты, содержащей различные факторы (проф. вредности, наследственность, миграция, особенности питания и образа жизни, половой конституции и поведения и др.). На втором этапе — диагностический скрининг — сформированная группа риска проходит дальней-

шее оперативное комплексное обследование. К таким методам обследования в настоящий момент относятся пальцевое ректальное обследование, определение ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование и уточняющая диагностика путем пункционной биопсии предстательной железы. Таким образом, применение разработанного подхода формирования групп риска, позволяющего охватить за короткий период большие массы людей, будет способствовать целенаправленному обследованию населения и своевременному выявлению и лечению рака предстательной железы на ранних стадиях. Проведение же мониторинга и оздоровления пациентов, отобранных в группу повышенного риска и имеющих предрасположенность к возникновению рака предстательной железы, поможет предупредить и снизить заболеваемость.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАКСАНОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Ю.П. Селезнев, Л.И. Воробьева, И.Л. Киселев, Л.А. Жилыева,
Л.И. Маренкова**

Курский медицинский университет, областной онкодиспансер, г. Курск

Рак молочной железы — одно из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин. Частота его неуклонно растет, особенно в пожилом возрасте. В связи с ростом заболеваемости увеличилось и число умерших от рака молочной железы до 13% от общего числа умерших от рака. Основная причина смерти — метастазирование новообразования. Лекарственная терапия — основной метод лечения этих больных.

Цель исследования — оценить клиническую эффективность и переносимость использования данного препарата у больных с метастатическим раком молочной железы.

Пролечено 20 больных с морфологически верифицированным раком молочной железы в возрасте от 35 до 65 лет за период с 1998 по 2001 г. Метастазы рака возникли после комплексного лечения у 15 больных от 11 до 36 мес после радикального лечения. У 5 пациенток был первично распространенный рак. Всем больным проводилась адъювантная химиотерапия по стандартным схемам CMF и CAF без выраженного лечебного эффекта. У 4 больных были изолированные метастазы в печень, у 3 — в легкие, у 5 — множественные поражения костной системы и у 8 — сочетанное поражение костной системы с паренхиматозными органами.

Таксаны в монотерапии использовали у 9 пациенток, в сочетании с доксорубицином — у 11.

При использовании таксанов в монотерапии и в сочетании с доксорубицином отмечено наступление положительного эффекта в более ранние сроки после 1—2 курсов по сравнению с классическими схемами ПХТ (3—6 курсов). Характерно уменьшение или исчезновение болевого синдрома, у части больных отмечалось уменьшение очагов в печени и легких, улучшалось общее состояние. Лечение не сопровождалось увеличением числа осложнений, токсические реакции были умеренными. В результате проведенной терапии стабилизация процесса отмечалась у 55% пациенток, частичная регрессия — у 35%, ухудшение — у 10%.

Комбинация таксанов с доксорубицином обладает более значительным противоопухолевым эффектом и позволяет получить выраженный клинический эффект у больных с метастатическим раком молочной железы, повышает качество жизни и является предпочтительной у пациенток с неблагоприятным прогнозом и быстрым прогрессированием заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАВЕЛЬБИНА® В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1116 СТАДИИ

Л.А. Семичковский, Л.А. Путырский

ГУ «НИИ ОМР им. Н.Н. Александрова», г. Минск

Преобладание стратегии системных воздействий в лечении больных местнораспространенным раком молочной железы (МРМЖ) сохраняет актуальность дискуссий по вопросам сочетанного использования и переносимости предоперационных химиолучевых воздействий, поиска наиболее эффективных схем неoadъювантной полихимиотерапии (НПХТ). Винорельбин (Навельбин®) обладает доказанно более выраженной противоопухолевой активностью, умеренной токсичностью, невысокой перекрестной резистентностью и более широким спектром действия по сравнению со своими предшественниками, однако данные о его использовании в составе НПХТ крайне ограничены.

В проспективное рандомизированное исследование включены 87 соматически компенсированных больных МРМЖ IIIb стадии (T4N0-2M0) в возрасте 35-65 лет. В равноценных группах сравниваются схемы FAC-50 ((5-фторурацил, доксорубин, циклофосфан, $p=45$) и ANVB ((доксорубин, навельбин, $p=42$): 2 блока с интервалом 21 день с последующей предоперационной лучевой терапией в режиме среднего фракционирования дозы в составе структурной схемы комплексного лечения: ХТ-ЛТ-О-ЛТ-ХТ(ТАМ) (ХТ - химиотерапия, ЛТ - лучевая терапия, О - операция, ТАМ - тамоксифен). Протокол одобрен этическим комитетом и оценивался по критериям ВОЗ.

Результаты: на 174 блока НПХТ без токсических реакций пролечены 13,4% больных, обратимые проявления токсичности III степени отмечены в 3,7% случаев, IV степени — не зафиксированы ($p(\text{FAC/ANVB})=0,34$). Общий ответ, представляющий сумму полных и частичных регрессий, составил 54,0% (FAC/ANVB - 55,6 и 52,4% соответственно ($p=0,41$)). Радикально оперировано 85 (97,7%) пациентов. Модифицированная радикальная мастэктомия по типу Madden выполнена у 94,2% больных, мастэктомия по Patey и Halsted — у 3,5 и 2,3% соответственно. В 18,4% случаев при тотальном поражении МЖ или регионарного лимфоколлектора НПХТ облегчала или делала возможным выполнение операции. При анализе ближайших результатов лечения (медиана наблюдения равна 26 мес) отмечена тенденция к увеличению показателей общей и безрецидивной выживаемости в группах с НПХТ по сравнению с рандомизированной контрольной группой ($p=47$) без использования НПХТ ($p>0,1$).

Полученные результаты подтверждают высокую эффективность и хорошую переносимость использования Навельбина® в качестве неoadъювантного агента в лечении больных МРМЖ.

СПОСОБ КОНТАКТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ

Ю.С. Сидоренко, Т.И. Моисеенко

НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону

В последнее время возросло число местнораспространенных и неоперабельных форм рака эндометрия (РЭ), когда возможности лучевого лечения ограничены, а системная химиотерапия мало- или вообще неэффективна. Резистентность аденокарциномы к цитостатическим воздействиям можно объяснить своеобразным кровоснабжением опухолевого очага, влияющим на доставку цитостатика к опухоли.

Для увеличения резектабельности больных с местнораспространенным РЭ в РНИОИ разработан способ контактной химиотерапии у неоперабельных больных РЭ или с противопоказаниями к операции. Для пролонгированной контактной внутриполостной химиотерапии применяли антрациклиновый антибиотик и антиметаболит из производных пиримидина на мазевой основе. Препараты вводили каждые три дня в полость матки через цервикальный канал без предварительного расширения; процедура не сопровождалась осложнениями и не требовала обезболивания. Лечение контролировалось сонографически и рентгенологически.

Данный способ лечения применили у 37 больных РЭ в возрасте от 51 до 78 лет со ПБ - III стадиями заболевания. Морфологическая структура опухоли — аденокарцинома умеренной и низкой степени дифференцировки. Впоследствии радикально пролечены 35 пациенток, 2 больных продолжили сочетанно-лучевое лечение. Все больные находятся под наблюдением в сроки от 1,5 до 4 лет без рецидивов и метастазов.

Таким образом, метод контактной внутриматочной химиотерапии является эффективным и перспективным неoadьювантным воздействием, позволяющим преодолеть резистентность РЭ к цитостатическим препаратам.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ХИМИОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ю.С. Сидоренко, Л.Ю. Владимирова, А.И. Верховцева, А.В. Шепеленко

НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону

Неотъемлемой частью современной онкологии являются проблемы повышения эффективности лечения больных раком молочной железы (РМЖ). Целью исследования явилось изучение возможности применения плазмофереза (ПА) в химиотерапии РМЖ. В исследовании использован метод аутоплазмохимиотерапии (АПХТ). В своей основе он имеет ПА с фильтрационной или центрифужной обработкой аутокрови, проводимой дискретно или непрерывно. Плазму инкубировали с химиопрепаратами при $t=37^{\circ}\text{C}$ в течение 1 ч и реинфузировали. 50 больным местнораспространенным РМЖ (T2-4N1-2M0-1, где M1 — метастазы в надключичные лимфоузлы на стороне поражения) и 20 больным РМЖ IV стадии (T — любое, N — любое, M1) в возрасте 30-70 лет проводили 2 курса АПХТ по схеме СМА в общепринятых дозах. У больных с местно-распространенным РМЖ полная и частичная регрессия составила 89,9%, прогрессирования не отмечено. Всем больным проведено радикальное оперативное лечение. Показатели 3-летней общей выживаемости 96%, безрецидивной — 95,7%. У больных РМЖ IV стадии полная регрессия отмечена у 7,7%, частичная — у 77%, прогрессирования не было. Токсичность АПХТ не превышала таковой при стандартной химиотерапии. У 36,6% больных отмечалась гипертермия 1-й степени в первые сутки после проведения фильтрационного ПА. Других осложнений не было. Выявлено иммунокорректирующее действие ПА по увеличению количества CD8+лимфоцитов ответа Т-лимфоцитов на Кон А. Итак, применение аппаратного ПА расширяет технологические возможности метода АПХТ, не увеличивает токсичности лечения, обладает иммуномодулирующим действием и является перспективным в химиотерапии онкологических больных.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СОХРАНЕНИЮ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ю.С. Сидоренко, П.А. Крузе

НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону

Рак шейки матки остается актуальной проблемой онкогинекологии. Учитывая тенденцию роста заболеваемости среди молодых женщин, сегодня очень важно не только сохранение жизни, но и улучшение ее качества.

Оригинальный способ профилактики развития посткастрационного синдрома при раке шейки матки Ib стадии путем временного выведения яичников из зоны облучения предложен в РНИОИ академиком РАМН Ю.С. Сидоренко. Методика заключается в проведении тазовой лимфаденэктомии и гистерэктомии с трубами, после чего из круглой маточной связки формируются ложе для оставленного яичника. Для придания мобильности гонад на конце круглой связки фиксируют 2 лигатуры, одну выводят через катетер по передней аксиллярной линии в области подреберья, другую — через круглую маточную

связку. Натягиванием верхней лигатуры яичники выводятся из зоны облучения, нижней — возвращаются в малый таз. После завершения лучевой терапии нити натягивают до упора, извлекают катетеры и отсекают лигатуры на уровне кожи, таким образом гонады остаются в малом тазу, в ранее созданном ложе.

Всем пациенткам после лечения по данной методике проводилась оценка состояния гонад с помощью ультразвукового сканирования с доплерометрией и определения гормонального статуса. Результаты исследований подтвердили функциональную активность сохраненных яичников, что говорит о целесообразности применения описанного метода в учреждениях онкологического профиля.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТКАСТРАЦИОННОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Ю.С. Сидоренко, Т.И. Моисеенко, Т.А. Федотова

НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону

Рак эндометрия (РЭ) среди опухолей гениталий у женщин перемещается на первое место. Около 5% опухолей половой сферы у женщин до 40 лет приходится на долю минимального РЭ. Учитывая распространенность РЭ среди молодых женщин, выбор способа их хирургического лечения и профилактика посткастрационного синдрома (ПКС) представляются весьма актуальными.

В РНИОИ установлено, что при отсутствии противопоказаний для сохранения интактных яичников гистерэктомия дополняется их фиксацией к смежным структурам в малом тазу. Способ овариопексии обеспечивает яичникам физиологическое положение, препятствует деформации их магистральных сосудов, сохраняет ангиоархитектонику, оптимальный кровоток, длительно поддерживая структурную и функциональную полноценность. Овариопексия осуществлена у 17 больных РЭ 1а стадии, сроки наблюдения составляют 36–48 мес.

Если сохранить яичники невозможно, гормональная заместительная терапия (ГЗТ) начинается в ранние сроки после операции и проводится до возраста естественной менопаузы. Для ГЗТ использовались комбинированные эстроген-гестагенные препараты. Под наблюдением в течение 48–60 мес состоят 49 больных РЭ 1а стадии, получающих ГЗТ.

Таким образом, ПКС можно избежать, сохраняя интактные яичники и создавая условия для их длительного оптимального функционирования, и с помощью раннего замещения гормональной функции яичников при их удалении. У пациенток нет проявлений гормонального дефицита и связанного с ним ухудшения соматического и психоэмоционального здоровья.

МЕТОД АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.С. Сидоренко, М.Д. Холодный, Н.В. Николаева

НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее часто встречающейся опухолью у женщин во всем мире. Около половины больных при обращении за помощью имеют местнораспространенные формы заболевания. Исследования последних лет указывают на первично-системный характер данного заболевания, поэтому лечение местнораспространенных форм необходимо начинать с химиотерапии (ХТ). С целью снижения токсичности и повышения эффективности ХТ в Ростовском НИИ онкологии разработаны методы введения химиопрепаратов (ХП) на собственных биологических средах организма — крови, лимфе, плазме. Полученные результаты послужили основанием для разработки нового метода введения ХП. Нами проведено лечение 20 больных РМЖ III–IV стадии T3–4N1–2M0–1 (надключичные лимфоузлы) в возрасте от 36 до 72 лет. Лечение проводилось следующим образом: в 1-й и 8-й день из подвздошной кости производили эксфузии костномозговой взвеси в объеме 200–300 мл. ХП (доксорубицин 40 мг/м²,

циклофосфан 800 мг/м², 5-фторурацил 750 мг/м²) инкубировали с полученной аутомиеловзвесью с последующим внутривенным введением.

В результате проведенного лечения у 75% больных достигнута частичная регрессия опухоли (> 65%), в 25% случаев — стабилизация процесса. Прогрессирование опухолевого процесса не было отмечено ни в одном случае. Из осложнений терапии отмечались: анемия I степени - 15%, нейтропения I степени - 25%, II степени - 10%. Кроме того, наблюдались: тошнота - 45%, преходящая рвота — 20%. После 1—2 курсов АМХТ больным проводилось оперативное лечение в объеме радикальной мастэктомии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Д. Ситдикова, М.М. Камитова *Казанский государственный*

медицинский университет, г. Казань

В наши дни репродуктивная система подвергается мощному воздействию различных необратимых факторов, связанных с загрязнением окружающей среды и использованием техники и продуктов химического синтеза. Одной из сложных задач является профилактика и лечение онкологических заболеваний, в частности рака молочной железы у женщин.

Уровень интенсивности показателей смертности от онкологических заболеваний молочной железы в нефтедобывающем регионе Татарстана в 1996 г. составил 12,3 на 100 000 (мировой стандарт в этом же году был равен 7,18). К 2000 г. этот показатель значительно вырос и достиг значения 14,7. Имеет место рост заболеваемости женской части населения раком молочной железы — с 23,5 на 100 000 до 30,5 на 100 000 в 1996 и 2000 г. соответственно.

Рассчитанные относительные онкологические риски на территории Республики Татарстан с оценкой достоверности показателей определили районы с высокими показателями вероятности возникновения злокачественных новообразований — территории, специализирующиеся на нефтедобыче и нефтепереработке. В этих отраслях при выполнении многих производственных операций возможен тесный контакт с канцерогенами и потенциально канцерогенными соединениями.

Таким образом, техногенное загрязнение среды обитания человека оказывает влияние на структуру и уровни онкологической заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Татарстана.

НЕЙТРОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.М. Слонимская, Л.И. Мусабаева, Р.А. Шагиахметова, Ж.А. Жогина

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Одно из ведущих мест в лечении местнораспространенного рака молочной железы занимает лучевая терапия. Однако даже в условиях предоперационного применения различных видов ионизирующего излучения, таких как гамма-терапия, тормозное излучение бетатронов и быстрых электронов, частота рецидивов при комплексном лечении составляет 9—10%. Возможно, это обусловлено относительной резистентностью РМЖ к стандартной фотонной терапии, возрастающей по мере увеличения размеров первичной опухоли, а также вероятностью наличия мультицентричных очагов рака. Ведется непрерывный поиск новых, более эффективных методов лечения.

Целью исследования было изучение эффективности нейтронно-фотонной терапии в комплексном лечении больных с местнораспространенными формами рака молочной железы (МРРМЖ),

Основную исследуемую группу составили 26 больных с МРРМЖ. Программа лечения включала проведение в предоперационном периоде 1—2 курсов химиотерапии по схеме CMF, нейтронной терапии, радикальную мастэктомию с последующей дистанционной гамма-терапией на зоны регионарного лимфооттока и адъювантной химиотерапией (4—5 курсов) по вышеуказанной схеме. Нейтронную терапию проводили на область молочной железы, 3 фракции с интервалом 48—72 ч; разовой РОД — 2,4 Гр (по 1,2 Гр с каждого поля), до СОД — 7,2 Гр (38–40 Гр по изозэффекту). Контрольные группы составили 14 больных, которым проводилась дистанционная гамма-терапия крупными фракциями, и 31 больная, получившая дистанционную гамма-терапию в режиме стандартного фракционирования дозы.

Разработанный режим предоперационного курса нейтронной терапии в суммарной очаговой дозе 7,2 Гр у больных с первичным МРРМЖ не оказывал негативного влияния на ход оперативного вмешательства, течение послеоперационного периода и заживление раны. После проведения неоадъювантных курсов химиотерапии по схеме CMF и облучения быстрыми нейтронами 6,3 МэВ у 88,6% больных отмечена частичная регрессия опухоли, подтвержденная оценкой терапевтического патоморфоза. Комплексное лечение МРРМЖ с использованием нейтронно-фотонной терапии позволило добиться снижения частоты местных рецидивов опухоли в 2,5 — 3 раза по сравнению со стандартными методиками фотонной терапии. При этом 3-летняя безрецидивная выживаемость в группе больных с предоперационной нейтронной терапией составила 94,9+4,2% и была достоверно выше по сравнению с группами пациентов, получавших фотонную терапию крупными фракциями (80,5+6,4%) и гамма-терапию в стандартном режиме (83,2+6,4%).

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.П. Смирнова, Е.М. Слонимская, Е.В. Малахова, И.В. Кондакова

НИИ онкологии ТЩ СО РАМН, г. Томск

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенной формой злокачественных новообразований у женщин. Этиология рака молочной железы во многом остается неясной. По литературным данным, одним из факторов канцерогенеза могут быть свободные радикалы. В ткани молочной железы предшественниками свободных радикалов, по-видимому, являются стероидные гормоны, которые в процессе тканевого метаболизма превращаются в хиноны и гидрохиноны, обладающие генотоксическим эффектом. Антиоксидантные ферменты (АОФ), контролируя концентрацию радикалов, могут вовлекаться в процесс канцерогенеза и опухолевую прогрессию. Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению антиоксидантных ферментов в тканях рака молочной железы, не определена их роль у различных групп больных.

Целью настоящего исследования было изучение активности антиоксидантных ферментов в опухолевой ткани у больных со злокачественными новообразованиями молочной железы в зависимости от стадии процесса, пролиферативной активности опухоли, объема предоперационного лечения и показателей общей и безрецидивной выживаемости.

В исследование были включены больные раком молочной железы, находящиеся на лечении в отделении общей онкологии Томского научного центра РАМН. Больные распределялись по стадиям заболевания следующим образом: T1N0M0 - 12 больных, T2N0M0 - 14 больных, T3N1-2M0 - 15 больных. На первом этапе лечения все больные получали предоперационную химиотерапию, затем пациенткам выполнялась радикальная мастэктомия или резекция. Активность АОФ определялось в тканях РМЖ спектрофотометрически, статистическую обработку проводили с использованием непараметрического U-критерия.

При исследовании различий в ферментативной активности в тканях РМЖ разных стадий обнаружено прогрессирующее нарастание активности супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы и глутатионтрансферазы с увеличением стадийности. Противоположные изменения наблюдались в активности глутатионредуктазы. Рассмотрев отдельно группу больных РМЖ, среди которых у 8 человек

возникли метастазы и рецидивы и 1 человек умер, мы обнаружили существенное различие активности АОФ между группами больных с осложнениями и без них. Активность всех исследованных АОФ была значительно повышена в опухолях больных, имеющих впоследствии рецидивы и метастазы. Предоперационная химиотерапия в различных режимах как стандартными, так и высокими дозами в основном существенно не меняла активности АОФ.

Таким образом, представленные результаты свидетельствуют о том, что высокая активность АОФ в большей степени характерна для РМЖ, причем с увеличением активности ферментов значительно возрастает. Активность АОФ может быть дополнительным прогностическим критерием возникновения рецидивов и метастазов у больных РМЖ.

АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ТКАНЯХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПРОЦЕССОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ

Л.П. Смирнова, И.В. Кондакова, Е.М. Слонимская, С.А. Глущенко, М.Ф. Ялова

НИИ онкологии ТНЦ РАМН, г. Томск

Антиоксидантные ферменты (АОФ) являются регуляторами свободнорадикальных процессов в клетках. В последнее время в литературе появился ряд сообщений о роли активных кислородных метаболитов в регуляции клеточной пролиферации. Известно, что супероксидный радикал и перекись водорода в низких концентрациях стимулируют деление клеток. Антиоксидантные ферменты, контролируя концентрацию радикалов, могут выступать в качестве регуляторов пролиферации. Показано, что марганецсодержащая супероксиддисмутаза (СОД) является одним из факторов супрессии опухолей молочной железы. Однако нет данных о степени участия различных АОФ в регуляции пролиферации опухолей. Изучение этого вопроса могло бы помочь найти механизмы, влияя на которые, можно существенно уменьшить скорость роста злокачественных новообразований. Нашей задачей было изучение зависимости активности АОФ от выраженности процессов пролиферации в ткани опухолей молочной железы. Исследовали ткани злокачественных опухолей и фиброаденомы у 65 больных. Пролиферативную активность опухолевой ткани оценивали по митотическому индексу. Активность АОФ определялась спектрофотометрически. Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрического U-критерия. Анализ пролиферативной активности показал, что опухоли обладают высокой степенью гетерогенности. Показатели митотического индекса варьировали от 3 до 12% в фиброаденомах и от 16 до 46 % в злокачественных опухолях. В связи с этим мы разделили значения активности АОФ на 5 групп в зависимости от митотического индекса. Практически во всех группах получены достоверные отличия в активности ферментов. Минимальная активность СОД наблюдалась в группах с минимальным (фиброаденомы) и максимальным митотическими индексами. Изменения активности каталазы имеют противоположный характер. Фермент наиболее активен в слабопролиферирующей фиброаденоме. В злокачественных опухолях с невысоким индексом пролиферации его активность в 6 раз меньше по сравнению с фиброаденомами, но увеличивается по мере возрастания значений митотического индекса. Установлено, что активность глутатионзависимых ферментов — глутатионпероксидазы, глутатионтрансферазы, глутатионредуктазы — достоверно снижалась в группе с максимальным митотическим индексом. Низкая активность антиоксидантных ферментов в этой группе опухолей говорит о возможном участии активных форм кислорода в стимуляции роста клеточной популяции. Полученные нами результаты, несомненно, внесут свой вклад в понимание механизмов, регулирующих пролиферацию опухолевых клеток.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА ДВУХ РЕЖИМОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Т.П. Спирина, И.И. Мещерякова

Саратовский государственный медицинский университет, г. Саратов

Предоперационная телегамматерапия (ТГТ) широко применяется в лечении рака молочной железы (РМЖ). Проанализированы результаты лечения предоперационной ТГТ в режимах дробного фракционирования в классическом варианте (КФ) и динамического фракционирования (ДФ). Для анализа использованы 80 историй болезни пациентов с РМЖ (по 40 историй болезни с ДФ и КФ), находившихся в клинике факультетской хирургии и онкологии СГМУ в 1999-2000 гг. Лечебный эффект оценивался по степени уменьшения объема пальпируемого образования, по изменению проекционной площади опухоли на рентгенограмме. Результаты сопоставлялись со степенью лечебного патоморфоза в опухолевой ткани.

Сравниваемые группы статистически идентичны по возрасту и стадии опухолевого процесса ($p < 0,05$). Клинико-рентгенологические данные после ТГТ соответствовали степени патоморфоза в 50% случаев. При изучении гистологических препаратов больных, получавших предоперационную ТГТ в режиме КФ, патоморфоз I—II степени отмечен в 50% наблюдений, выраженный патоморфоз (III—IV степени) — также в 50%, после облучения в режиме ДФ — 40 и 60% соответственно. Статистически разница не определяется. Таким образом, установлено, что ТГТ в режиме ДФ имеет преимущество: меньшую лучевую нагрузку на окружающие ткани, лучший лечебный эффект по сравнению с КФ.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭФФЕКТА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.П. Спирина, И.И. Мещерякова *Саратовский государственный
медицинский университет, г. Саратов*

В лечении рака молочной железы (РМЖ) широко используется предоперационная телегамматерапия (ТГТ) и неоадьювантная химиотерапия (НХТ). Эффект предоперационного лечения оценивался клинически, рентгенологически и цитологически (процент дистрофически измененных клеток в биоптате, ПДИК). Результаты сравнивались со степенью лечебного патоморфоза в опухолевой ткани после операции. Проанализированы 134 истории болезни пациентов с РМЖ, находившихся в клинике кафедры факультетской хирургии и онкологии СГМУ в 1999—2000 гг., которым проводились предоперационные ТГТ (80 человек) или НХТ (54 человек). В группе больных с ТГТ клинические результаты соответствовали патоморфологическим изменениям лишь в 50% случаев. Цитологический контроль (ПДИК) показал 80% совпадений со степенью патоморфоза. У больных после неоадьювантной химиотерапии процент совпадений был следующим: клинически — 70, рентгенологически — 72, морфологически — 80.

Малая информативность клинико-рентгенологических методов объясняется перифокальной инфильтрацией, постлучевым фиброзом, склерозом тканей и т.д., наслаивающимися на величину клинического объекта и его рентгенологическую проекцию. Цитологический метод, отражающий непосредственно изменения в клетках, оказался более информативным (совпадения в 80%).

Таким образом, в случаях, когда от оценки эффекта зависит изменение программы предоперационного лечения, следует ориентироваться на морфологические методы контроля.

СТРУКТУРА АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**М.Н. Стахеева, Е.Ю. Гарбуков, Е.М. Слонимская, Н.В. Чердынцева,
Н.Н. Бабышкина, Е.А. Афримзон**

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Поскольку развитие опухоли в организме сопровождается процессами дезадаптации, необходимость оценки адаптационного статуса больного не вызывает сомнений. Целью работы явилось исследование структуры адаптационных реакций у пациенток с предопухолевыми изменениями в молочной железе и раком.

В исследование включены наблюдения за 87 больными с проявлениями фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ), 51 пациенткой с фибroadеномой (ФА) и 65 больными раком молочной железы (РМЖ). Типы адаптационных реакций определяли по методу Л.Х. Гаркави (1998).

В структуре адаптационных реакций у больных с ФА 90% составляли «благоприятные» реакции тренировки, спокойной и повышенной активации, характеризующиеся наличием функциональных и пластических резервов систем гомеостаза. Развитие ФКМ сопровождалось большим напряжением адаптационных систем: наблюдалась тенденция к увеличению до 15% частоты встречаемости реакции переактивации и хронического стресса. У пациенток с РМЖ неблагоприятные энергозатратные реакции переактивации и хронического стресса занимали 30% в структуре адаптационного статуса. Таким образом, при переходе от доброкачественных пролиферативных заболеваний молочной железы к раку выявляется устойчивая тенденция к увеличению доли реакций хронического стресса и переактивации, сопровождающихся истощением резервов организма.

ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Н. Тахтамыш, В.Н. Плохов, Т.П. Спирина

СГМУ, дорожная клиническая больница, г. Саратов

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний у женщин. В Саратовской области заболеваемость в 2001 г. составила 64 на 100 000 женщин. С патогенетической точки зрения нарушения в репродуктивной системе при раке молочной железы всегда имеют диффузный характер. Эти изменения могут носить синхронный характер (одновременно в молочной железе, матке, яичниках, железах эндокринной системы) или метасинхронный, т.е. первоначально в молочной железе, затем в гениталиях.

Такое понимание характера патологического процесса позволяет правильно определить план обследования и адекватную тактику лечения.

Работа основана на результатах обследования 531 женщины, находившейся на лечении в клинике онкологии СГМУ в 1998-1999 гг. по поводу РМЖ.

Для диагностики патологии репродуктивной системы использованы клиническая, термографическая, ультразвуковая, эндоскопическая и многоэтапная морфологическая (дооперационная, интраоперационная, послеоперационная) верификации.

Применение специальных методов диагностики позволило у 82,8% больных РМЖ выявить сопутствующую гинекологическую патологию. Установлено, что каждой возрастной группе соответствуют определенные изменения: так, в молодом возрасте преобладают воспалительные заболевания матки и придатков, в пожилом — гиперпластические процессы эндометрия, патология печени и т.п.

Удручающим является тот факт, что только у 8% больных патология диагностирована при профилактических осмотрах гинекологами. Диагностика изменений в гениталиях у больных РМЖ имеет большое практическое значение: устанавливается патогенетическая форма рака, характер и объем симультанных операций на органах репродуктивной системы.

Показания к операциям на гениталиях у больных раком молочной железы имеют адъювантный или лечебный характер.

Адъювантные показания (у 62 больных) — это наличие гинекологической патологии, которая у больных РМЖ представляет патогенетическую угрозу активации и прогресса онкологического заболевания. В метастатической стадии РМЖ (у 42 больных) операции на гениталиях носили лечебный характер и выполнялись как первый этап гормонотерапии. У этих больных целью операции было устранение основного источника гиперэстрогении.

Сопутствующая гинекологическая патология у анализируемой группы больных рассматривается нами не только с позиций патогенетической связи с РМЖ, но и дополнительной возможности его ранней диагностики.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ПРЕДРАКОВЫМИ СОСТОЯНИЯМИ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

А.С. Тетерин, В.Г. Селяницкая

*Государственный областной клинический диагностический центр,
Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН,
г. Новосибирск*

Известно, что для пациенток с раком эндометрия (РЭ) характерны нарушения углеводного обмена в виде сахарного диабета (СД) 2-го типа. Однако состояние углеводного обмена на стадии предопухолевых изменений эндометрия остается недостаточно изученным. Цель исследования — изучить характер нарушений углеводного обмена у пациенток с предраковыми состояниями и РЭ для обоснования мероприятий по комплексной профилактике РЭ. Две основные группы составили 26 женщин с предраковыми состояниями эндометрия и 72 пациентки с РЭ I — IV стадии, в группу контроля включены 35 женщин без клинических признаков опухолевого поражения матки. С целью выявления нарушений углеводного обмена проводили измерение уровня глюкозы натощак, а также пероральный глюкозотолерантный тест. Интерпретацию результатов перорального глюкозотолерантного теста осуществляли согласно рекомендациям ВОЗ. Результаты исследования показывают, что у пациенток в основных группах имеются нарушения углеводного обмена, однако характер этих нарушений различен: для группы пациенток с РЭ характерно преобладание СД 2-го типа (40,4%) и меньшее число случаев нарушения толерантности к глюкозе (26,3%). В группе больных с предраковыми состояниями наблюдали преобладание нарушенной толерантности к глюкозе (23,8%) над частотой СД 2-го типа (9,1%). Результаты подтверждают, что в программах вторичной профилактики РЭ необходимо использовать коррекцию нарушенной толерантности к углеводам.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛОМ ШЕЙКИ МАТКИ

А.З. Файзуллина, Ч.Х. Валиахметова, А.М. Ханов

Башкирский республиканский онкологический диспансер, г. Уфа

По данным ВОЗ (1998 г.), причиной возникновения рака шейки матки в 88% случаев является вирус папилломы человека, передаваемый половым путем, поэтому комплексная диагностика вируса и своевременное лечение являются реальным путем профилактики рака шейки матки. Цель нашего исследования — изучение возможности клинко-морфологической диагностики папиллом. Нами обследовано 78 женщин в возрасте от 18 до 65 лет с заболеваниями шейки матки. Используются анкетный, кольпоскопический и морфологический методы.

Результаты и обсуждение. У 30 женщин выявлена папиллома шейки матки: из них 8 чел. в возрасте 18—25 лет; 8 — 26—35 лет; 8 — 36—45 лет; 6 — старше 46 лет. В анамнезе у 20 пациенток наблюда-

лись хронические сальпингоофориты; у 22 — патология шейки матки; у 4 — миома матки; 16 раньше лечились по поводу заболеваний шейки матки. Данные кольпоскопа: у 21 женщины экзофитные папилломы — хорошо отграниченный возвышенный «бородавчатый» рельеф с четкой капиллярной сетью; все эти пациентки в возрасте до 35 лет. У 9 чел. инвертированные (плоские) формы представлены чаще участками «побелевшего» эпителия, точечным рисунком в зоне трансформации; все пациентки старше 35 лет. При гистологическом исследовании биоптатов шейки матки: папиллома — у 19 чел.; паракератоз — у 13; дискератоз — у 1; дисплазия легкой и умеренной степени — у 5. Так как характерными морфологическими признаками папилломовирусной инфекции (ПВИ) являются «койлоцитарная атипия», амфилия цитоплазмы, дискератоз и паракератоз, мы считаем, что таким женщинам необходимо проводить обследование на вирус папилломы человека с последующим патогенетическим лечением.

Таким образом, папиллома встречается с одинаковой частотой во всех возрастных группах. У женщин до 35 лет на шейке матки определяются чаще экзофитные формы папиллом; старше 35 лет — инвертированные. По нашему мнению, паракератоз, дискератоз, дисплазии I—II степени при клинических и кольпоскопических данных возможно расценивать как проявления ПВИ шейки матки. Анкетный, кольпоскопический и морфологический методы можно считать методами первичного скрининга на ПВИ шейки матки.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОЗА РАННИХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.А. Хамидуллина, И.М. Жигун

Казахский НИИ онкологии и радиологии, Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

Иммуногистохимические маркеры, отражающие функциональное состояние опухолевых клеток, имеют значение в оценке особенностей течения и исхода онкологических заболеваний. Некоторые онкогены (или антионкогены) являются независимыми прогностическими и предсказательными признаками (Пожариский К.М., Леенман Е.Е., 2000).

Задача исследования. Провести иммуногистохимическое исследование экспрессии белков Ki-67, Bcl-2, а также HER2/neu и рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевой ткани ранних форм рака молочной железы и установить их прогностическое значение.

Материал и методы. При морфологическом ретроспективном исследовании были отобраны для дальнейшего иммуногистохимического фенотипирования по 50 случаев ранних форм рака и предрака из архива лаборатории патоморфологии КазНИИОиР. Исследование проводилось на парафиновых блоках опухоли с использованием соответствующих антител фирмы «Novocastta» к Ki-67, Bcl-2, HER2/neu и рецепторам эстрогенов и прогестерона.

Выводы. Выявлены достоверные различия в уровнях экспрессии данных биомаркеров. Установлено, что увеличение экспрессии HER2/neu и Ki-67 при ранних формах рака молочной железы свидетельствует о быстром прогрессировании и возникновении рецидива опухоли. Обнаружено также, что появление онкобелка HER2/neu в очагах тяжелой дисплазии и рака *in situ* также приводит к неблагоприятному исходу заболевания.

О ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

Т.Д. Ханхашанова, Э.В. Дулганова, Д.В. Аюшина

Бурятский республиканский онкологический диспансер, г. Улан-Удэ

Проведен анализ 194 случаев опухолей яичников по оперативному материалу и пункциям заднего свода за 3 года. Сопоставление результатов цитологического исследования с данными гистологического анализа оперативного материала показало, что в 132 (94,3%) случаях из 140 точно определен характер опухолевого процесса; в 8 случаях допущена ошибка, при этом в 3 — ложноотрицательное (гиподиагно-

стика) и в 5 — ложноположительное (гипердиагностика) заключение. В первом случае в цитограммах присутствовали мономорфные опухолевые клетки со слабо выраженными признаками атипии и полиморфизма. Гипердиагностика имела место в тех случаях, когда на фоне большого числа элементов воспалительного процесса были обнаружены комплексы клеток с выраженными признаками дистрофических изменений, атипии и полиморфизма реактивного происхождения, которые были приняты за злокачественный процесс. При исследовании препаратов пункций заднего свода цитологическое заключение было определено как аденокарцинома в 44 (81,55%) случаях из 54. В 5 (9,25%) случаях высказано предположение о гистологической структуре опухолей и в 5 (9,25%) случаях гистологическая форма опухолей определена ошибочно. Ошибки допущены при гранулезоклеточных и мезонефроидных опухолях по 1,85%, тератобластоме и дисгерминоме — по 3,7%. В 5 (9,25%) случаях уточнить гистологическую структуру опухоли не представилось возможным, и поэтому ограничились определением характера опухолевого процесса. Таким образом, цитологическое исследование является достоверным методом выявления рака яичников и поэтому должно широко применяться в практической онкогинекологии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОБЩЕГО И СВОБОДНОГО ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АГЕНТА ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.А. Хурсевич, Е.А. Усынин, С.А. Тузилов, СП. Селиванов, С.А. Исаева, Т.А. Ковалик

НИИ онкологии ТНЦСОРАМН, г. Томск

Рак предстательной железы является актуальной проблемой в современной онкологии, что обусловлено неуклонным ростом заболеваемости и смертности и несовершенством диагностики.

Цель исследования: оценка клинического значения комплексного определения общего и свободного ПСА при раке и доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материалы и методы: в исследование включены 48 больных раком предстательной железы, 102 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, контрольная группа состояла из 21 практически здорового мужчины. Возраст в исследуемых группах 45—78 лет, средний возраст — 59 лет. Пороговым значением для общего ПСА принимался уровень 4 ng/ml, для коэффициента соотношения свободного ПСА к общему — значение 0,15. При сравнительном анализе показателей уровня сывороточного ПСА в сыворотке крови в исследуемых группах установлено, что в группе пациентов с раком предстательной железы уровень ПСА достоверно выше, чем в группе с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и контрольной группе. При исследовании показателей соотношения свободного ПСА к общему выяснилось, что степень прироста концентрации свободного ПСА в сыворотке крови была достоверно ниже в группе рака предстательной железы, чем в группе пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и в контрольной группе. Коэффициент корреляции для рака и доброкачественной гиперплазии предстательной железы составил 0,72 и 0,83 соответственно и является статистически достоверным.

Выводы: 1. У пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы уровень свободного сывороточного ПСА достоверно выше, чем в группе пациентов с раком предстательной железы. 2. Комплексное определение свободной и общей фракций ПСА достоверно повышает специфичность дифференциальной диагностики рака и доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРЕКИСНОГО СТАТУСА РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКОВ ПОРАЖЕННОГО ОРГАНА ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ И РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Б.С. Хышиктуев, Н.А. Хышиктуева, В.А. Каюков

Медицинская академия, областной онкологический диспансер, г. Чита

Рак шейки матки является ведущей опухолью в структуре женской онкогинекологической заболеваемости и смертности в мире и, как правило, данному процессу закономерно предшествуют доброкачественные изменения эндоцервикса. При этом особенности свободнорадикального окисления липидов в ткани шейки матки при патологии в различных участках от очага поражения не изучались.

Цель исследования: рассмотреть особенности перекисных процессов в различных участках ткани шейки матки при доброкачественных изменениях и злокачественной гиперплазии.

Показано, что при дисплазии максимальный уровень продуктов перекисного окисления липидов регистрируется в очаге поражения, по мере удаления от которого величины изучаемых параметров снижаются. При этом каталазная и общая антиокислительная активность были минимальны в очаге поражения.

Установлено, что при раке шейки матки наибольшее накопление продуктов свободнорадикальных реакций происходит в участках экстенсивного роста, здесь же минимальны уровни антиоксидантов. Общая антиокислительная активность была наименьшей в пограничном участке. В ткани без признаков злокачественного роста скорость каталазной реакции оставалась на уровне контроля. Обсуждаются механизмы вариабельности сдвигов тканевых параметров системы «перекисное окисление — антиоксиданты» при данных патологических состояниях.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МАЛИГНИЗАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

М.А. Цесарский, И.Г. Фролова, И.В. Фёдорова, Е.М. Слонимская, С.А. Величко

НИИ онкологии ТНЦ РАМН, г. Томск

По данным, взятым из литературы, 30% женщин с выявленными опухолями моложе 40 лет, а это как раз тот возраст, на который приходится пик доброкачественных пролиферативных заболеваний молочной железы и в котором имеет место неблагоприятный для маммографии рентгеноплотный фон. Целью работы явилось определение диагностической эффективности ультразвукового метода исследования в раннем выявлении рака молочной железы, развившегося в фиброаденоме или кисте на фоне диффузных доброкачественных пролиферативных заболеваний. В исследование включены 260 женщин с различными доброкачественными пролиферативными заболеваниями молочной железы, на фоне которых определялись кисты (средний возраст пациенток — 45 лет) и фиброаденомы (средний возраст 40 лет). Всем женщинам проводились ультразвуковая и рентгеновская маммографии, пункционная биопсия с последующим морфологическим исследованием. Ультразвуковое исследование явилось высокоэффективным методом диагностики кист и фиброаденом на фоне выраженной диффузной патологии молочных желез, чувствительность которой составляет 100 и 90±2,6% соответственно. Специфичными ультразвуковыми критериями для малигнизированной фиброаденомы были неровный контур опухоли (72% наблюдений), неоднородная внутренняя структура (89%) и центральное акустическое ослабление (17%), для рака в кисте — наличие синдрома внутреннего эха (87%) и ослабления акустического сигнала позади образования (66,7%). Чувствительность сонографии в выявлении малигнизированных фиброаденом оказалась невысокой и составила 61%. Рак в кисте был выявлен при ультразвуковом исследовании в 93,3% случаев, а при рентгеновской маммографии — только в 40%. Полученные данные позволяют считать целесообразным расширение возрастного ценза до 50 лет для обязательного применения сонографии при диагностике заболеваний молочной железы. Определён дифференциальный ряд при данных патологических состояниях и разработан диагностический алгоритм.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ УЗИ-ТЕХНОЛОГИИ В МАММОЛОГИИ**М.А. Цесарский, И.Г. Фролова, Е.М. Слонимская, С.А. Величко***НИИ онкологии ТНЦРАМН, г. Томск*

В практике нередко случаи, связанные с трудностями получения информативного клеточного материала. Порой объемное образование четко определяется при клинических или лучевых методах исследования, а верифицировать диагноз морфологически не удаётся. Это может быть обусловлено несколькими причинами: непальпируемым образованием, отсутствием технического оснащения, распадом опухоли и т.д. Для уменьшения количества неинформативных биопсий наиболее доступным для широкого круга медицинских учреждений является проведение интервенционных мероприятий под контролем УЗИ в реальном масштабе времени.

Основные интервенционные мероприятия под контролем УЗИ мы условно разделили на 4 группы: 1) пункция кистозных образований с аспирацией содержимого кисты и последующим введением воздуха. Данная манипуляция имеет как диагностическое, так и лечебное значение; 2) пункция солидных образований с забором материала для цитологического исследования; 3) использование аппарата для вакуум assistance biopsy «Mammotom» (Англия), который позволяет проводить удаление фиброаденом без операционного разреза; 4) разметка опухолевого узла, которая производится в следующих ситуациях: непальпируемое образование непосредственно перед операцией; перед неoadъювантной химиотерапией. Имеющееся техническое оснащение позволяет нам осуществлять первые 2 группы мероприятий. Наиболее интересными представляются результаты, полученные при диагностике рака, развившегося в кисте. Нами было выявлено 18 случаев рака в кисте. Наиболее часто злокачественный процесс развивался в локальных участках фиброза с множественными кистами. Следует отметить, что верификация диагноза у 8 больных была получена только в ходе операции, хотя имелись лучевые признаки солидного компонента в просвете кисты или снаружи от её стенки. Отсутствие опухолевых клеток в пункционном материале было обусловлено: преждевременными пункционными мероприятиями, проводимыми без визуального контроля; наличием множества мелких кист, окружающих интересующее нас образование, с выраженным фиброзом вокруг; глубоким расположением опухоли; и 2 случая, когда, несмотря на большие размеры опухоли, мы встретили достаточные трудности при верификации диагноза, что было обусловлено наличием множественных участков распада и геморрагии в солидном компоненте опухоли.

В настоящее время наибольшую важность представляет 4-я группа. Нередко после проведения предоперационного лечения наблюдается хорошая чувствительность опухоли к химиопрепаратам, что отражается в 100% регрессе узла. При отсутствии предварительной разметки в данной ситуации становится проблематичным проведение органосохранного оперативного вмешательства там, где оно показано. Таким образом, актуальной является разработка методик и материалов для разметки опухолевого узла с длительным нахождением (до 2 мес) метки в тканях молочной железы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКШИХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**Е.В. Чащина, Е.В. Котляров***Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск*

Развитие ранних и поздних осложнений после лучевой терапии, проведённой по поводу рака шейки матки, имеет своеобразие в клинической картине, дифференциальной диагностике и в подходах к лечению. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение клинических проявлений и особенностей лечебно-тактических мероприятий у больных, получивших лучевую терапию по поводу рака шейки матки.

Проводился ретроспективный анализ 72 историй болезни прооперированных больных, находившихся на <VV> наблюдении после радикальной дозы лучевой терапии по поводу рака шейки матки. Дна-

лиз охватывал временной период с 1968 по 2001 г. (33 года). Лечение больных проводилось в областном онкологическом диспансере. Все больные получили лучевую терапию по радикальной программе. Возраст больных раком шейки матки колебался от 36 до 78 лет, средний возраст составил 52,3 года.

У всех прослеженных нами больных в различные сроки после окончания сочетанно-лучевого лечения возникали клинические ситуации, требующие экстренного хирургического вмешательства. В клинике у 58 больных (80,6%) присутствовал болевой синдром. Увеличенная и болезненная при пальпации матка наблюдалась у 51 больной (70,8%). По поводу опухоли в животе больших размеров были взяты на оперативное лечение 12 больных (16,7%). У 3 больных (4,2%) возникло угрожающее жизни кровотечение. Причём у части больных наблюдалось сочетание вышеописанных симптомов.

На оперативное лечение больные были взяты со следующими диагнозами: рецидив рака шейки матки в полости матки — 40 (55,6%), опухоль яичника — 11 (15,3%), рецидив рака шейки матки — 8 (11,1%), неизлеченность процесса - 7 (9,7%), кровотечение - 3 (4,2%), пельвиоперитонит - 2 (2,8%), подозрение на рак тела матки — 1 (1,4%).

После оперативного лечения проводилось морфологическое исследование удалённых тканей. Опухолевая патология выявлена у 44 больных (61,6%), причём у 19 (26,4%) из них — рецидив рака шейки матки в полости матки, у 13 (18,1%) — рак тела матки, у 5 (6,9%) - рецидив рака шейки матки, у 4 (5,6%) - рак яичников, у 2 (2,8%) — неизлеченность процесса, у 1 (1,4%) - метастаз в подвздошные лимфоузлы. Неопухолевая патология выявлена у 28 больных (38,9%): у 9 (12,5%) - лейомиома тела матки, у 8 (11,1%) - гнойно-некротический эндометрит, у 7 (9,7%) - доброкачественные опухоли яичников, у 4 (5,6%) - аденомиоз, полипоз эндометрия.

Таким образом, оперативное лечение больных, ранее получивших сочетанную лучевую терапию по поводу рака шейки матки, возможно, целесообразно и позволяет добиться продления жизни больных и значительно улучшить ее качество.

СОСТОЯНИЕ 1-й ФАЗЫ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Е.В. Черняк, Ю.И. Черняк, Н.И. Портяная *Ангарский онкодиспансер, Филиал 5*

ГНЦ-Институт биофизики, г. Ангарск

Концептуально химический канцерогенез связывают с образованием реактивных метаболитов в реакциях биотрансформации ксенобиотиков (БК) и повреждением ими «критических генов» (Гуляева Л.Ф. и соавт., 2000). Представляло интерес изучение состояния 1-й фазы биотрансформации ксенобиотиков у женщин с опухолями яичников.

О состоянии 1-й фазы БК судили по кинетике выведения антипирина (АП) в слюне обследуемых. Сбор проб проводили на 10—12-й день менструального цикла через 1,5, 3, 6, 8, 24, 30 и 36 ч после приема натошак АП (10 мг/кг). Для характеристики процесса использовали следующие параметры: $T_{1/2}$ - период полувыведения (ч), Cl — величину клиренса элиминации (мл/мин/кг), V_d — объем кажущегося распределения (л/кг). Под наблюдением находились 46 женщин, из которых 14 имели доброкачественные опухоли, 6 — злокачественные новообразования яичников. Удельный вес женщин репродуктивного возраста составил 45%, остальные находились в постменопаузе. Во всех случаях диагноз верифицирован морфологически. Контрольную группу составили 26 гинекологически здоровых женщин, сопоставимых по возрасту и социальным условиям.

Выявлено увеличение V_d ($p < 0,05$) у женщин с доброкачественными опухолями относительно контроля, $59,85 \pm 3,3$ и $50,47 \pm 2,14$ соответственно. Особого внимания заслуживают изменения противоположной направленности ($p < 0,05$) величин Cl в группах со злокачественными и доброкачественными опухолями, $46,44 \pm 3,84$ и $64,41 \pm 6,5$ соответственно, контроль - $51,68 \pm 3,66$. В целом полученные данные свидетельствуют об угнетении 1-й фазы системы биотрансформации ксенобиотиков у больных со злокачественными опухолями.

ВЛИЯНИЕ КЛЕТОК APUD-СИСТЕМЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ

А.Л. Чернышева, Л.А. Коломиец, Н.Г. Крицкая, М.Ф. Ялова, С.А. Глущенко

НИИ онкологии ТЩ СО РАМН, г. Томск

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи наличия клеток APUD-системы с пролиферативной активностью эндометрия при гиперпластических процессах и раке эндометрия, а также идентификация серотонина, продуцируемого апудоцитами эндометрия.

Всего были обследованы 184 пациентки в возрасте от 25 до 72 лет. Отбор больных производился на основании гистологического диагноза. Выявление клеток APUD-системы осуществлялось методом Гримелиуса. Проллиферативная активность оценивалась по классификации И.А. Алова (1979).

Было выявлено, что клетки диффузной эндокринной системы найдены у 14% пациенток с гиперпластическими процессами и у 36% больных раком эндометрия.

Обменно-эндокринные нарушения в виде ожирения, сахарного диабета и гипертонической болезни обнаружены у 92% больных с апудоцитами и у 38% больных без апудоцитов в эндометрии.

Оценка взаимосвязи пролиферативной активности эндометрия: количество патологических митозов и митотический индекс с наличием клеток диффузной эндокринной системы — выявила, что у больных с наличием апудоцитов в эндометрии снижены показатели пролиферативной активности в 1,5—2 раза по сравнению с больными, у которых в эндометрии эти клетки не выявлены.

Также была выявлена взаимосвязь количества апудоцитов в эндометрии со степенью дифференцировки рака эндометрия — обнаружено, что по мере снижения дифференцировки опухоли уменьшается количество апудоцитов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Л.Н. Чивчиш, Л.А. Коломиец, Л.И. Мусабаева

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Целью исследования явилась разработка комбинированного лечения рака тела матки 16—IIa стадий с интраоперационной лучевой терапией быстрыми электронами 6 МэВ и дистанционной гамма-терапией. В онкогинекологическом отделении НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН проводится клиническая апробация комбинированного метода лечения рака тела матки 16—IIa стадий с применением ИОЛТ и ДГТ. Под наблюдением находились 15 больных раком тела матки. Средний возраст составил 59±1,5 года. У всех больных была верифицирована аденокарцинома эндометрия различной степени дифференцировки.

Всем больным проведено радикальное оперативное вмешательство — экстирпация матки с придатками. ИОЛТ проводилась во время операции на культю влагалища пучком быстрых электронов 6 МэВ излучением малогабаритного бетатрона в разовой дозе 10 Гр, установленного в операционной. С целью уменьшения лучевого воздействия на мочевой пузырь и прямую кишку их экранировали специально разработанными пластинами из дюралюминия. Середина поля облучения культи влагалища помечалась хирургической скрепкой из никелид титана для последующей топографии с целью разметки полей облучения для гамма-терапии.

Послеоперационная гамма-терапия проводилась в стандартном режиме фракционирования; РОД 2,0 Гр 5 фракций в неделю. СОД на область параметрия (точка В) составила 44 Гр, на культю влагалища (точка А) с учетом ИОЛТ — 10 Гр. Оценивались течение раннего послеоперационного периода, сроки начала ДГТ, ее переносимость, характер лучевых реакций.

Полученные предварительные результаты динамического наблюдения сроком от 3—12 мес показали, что дополнительная интраоперационная лучевая терапия на культю влагалища с экранированием критических органов не вызывает лучевых осложнений, что позволяет надеяться на увеличение безрецидивной выживаемости и снижение лучевых повреждений.

К КОПРОСУ О МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИЗМЕНЕНИИ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ВВЕДЕНИИ СИНЕСТРОЛА И ОКИСИ КРЕМНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ПА Чумаченко, М.В. Мнихович, Е.С. Панкратова

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Фиброаденома молочной железы встречается в различных возрастных группах. Этому заболеванию подвержены 10—20% всех женщин. Известно, что эта опухоль может озлокачествляться и переходить в рак или саркому молочной железы. Несмотря на то, что в литературе фиброаденоме молочной железы уделяют много внимания, остается открытым вопрос о пато- и морфогенезе, в изучении которого немаловажную роль играет создание модели этого процесса. Это и было основной целью нашего исследования.

При проведении данного опыта объектом исследования были белые самки крыс, которым один раз в неделю в/м вводилось 10 мг синестрола и одновременно правая молочная железа импрегнировалась 0,5 мл кремниевой болтушки в определенной концентрации. Левая железа — контроль мастопатии. Опыт длился в течение месяца. Молочные железы фиксировались 10% раствором формалина и окрашивались гематоксилин-эозином.

При воздействии синестрола и окиси кремния в молочной железе протоки кистозно расширены, с белковым содержимым в просвете. Вокруг кистозно-расширенных протоков определяется мощная фиброзная строма, просвет протоков заполнен клетками слущенного эпителия, эпителий протоков уплощен, базальная мембрана тонкая. В контрольной молочной железе — типичные картины кистозной мастопатии.

Таким образом, мы смогли моделировать патологический процесс: фиброаденоматоз молочной железы у белых беспородных нерожавших самок крыс.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ВИРУСПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ С ПРЕДОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

О.Н. Чуруксаева, Л.А. Коломиец, Л.Н. Уразова, Н.В. Севостьянова

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Целью исследования было выявить кольпоскопические особенности эпителия шейки матки при предопухолевых и опухолевых вируснопозитивных процессах.

На наличие HPV 16/18-инфекции было обследовано 395 женщин в возрасте 16—78 лет. Все обследованные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 50 пациенток с верифицированным диагнозом рака шейки матки I—IV стадии, вторую - 57 больных с дисплазией шейки матки I—III степени, третью группу составили здоровые женщины (288 человек).

В первой группе больных клинически выраженная форма в виде остроконечных кондилом отсутствовала. Кольпоскопические проявления у вирусинфицированных пациенток были представлены зоной атипичных сосудов (66%), участками лейкоплакии (33,2%), полями атипичного эпителия (67%), йод-негативными участками (17%). При вируснегативных раках шейки матки кольпоскопическая картина была следующей: лейкоплакия выявлялась в 6,2% случаев, зона атипичных сосудов - в 31,2%, йод-негативные участки — в 18,7%, поля атипичного эпителия в виде мозаики и пунктации — в 43,7%, у 5 человек наблюдался клинически выраженный рак, эндоскопически проявляющийся атипичными сосудистыми разрастаниями, отеком или изъязвлениями. У вируснопозитивных больных раком шейки матки кольпоскопически в 5,3 раза чаще выявлялась лейкоплакия шейки матки, в 2,1 раза чаще отмечалась зона атипичных сосудов и в 1,5 раза чаще встречались поля атипичного эпителия, чем при вируснезависимых раках шейки матки. Кольпоскопическая картина папилломавирусной инфекции у больных второй группы характеризовалась полиморфными проявлениями. Поражения имели блестящий белый

цвет, шероховатую (в 15,5% случаев) или плоскую (14%) поверхность, нечеткие границы, пальцеобразные выпячивания. В микропапиллярном эпителии сосудистая сеть была распределена равномерно. В большинстве случаев папилломы носили очаговый характер. В 4,6% HPV-инфекция выглядела как кондилломатозный кольпит: на неизменном эпителии присутствовали белые точки — верхушки папилл. В 23,2% случаев отмечалось неравномерное поглощение йодного раствора Люголя эпителием шейки матки, что является признаком, отличающим эпителий, пораженный вирусом папилломы, от атипичного. В 2,3% зарегистрирована эритроплакия. Ассоциация интраэпителиальных (или плоских) кондилом с цервикальной интраэпителиальной неоплазией I—II степени наблюдалась у 9 человек, что составило 25,1%, с тяжелой дисплазией — в 30%.

Кольпоскопическая картина слизистой шейки матки в третьей группе оставалась без изменений. Таким образом, увеличение признаков злокачественности эпителия шейки матки, наблюдаемое у вирус-положительных больных, обусловлено онкотропным влиянием онкогенных вирусов.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

О.Н. Чуруксаева, Л.А. Коломиец, Л.Н. Уразова, Н.В. Севостьянова

НИИ онкологии ТЦ СО РАМН, г. Томск

За период 1999–2001 гг. в НИИ онкологии ТЦ СО РАМН было обследовано 790 пациенток с различной патологией шейки матки. На основании проведенного комплексного обследования, включающего клиническое, кольпоскопическое, цитоморфологическое исследования и HPV-тестирование на онкотропные (16/18) вирусы папилломы, была разработана схема алгоритма ранней диагностики вирус-положительного рака шейки матки. Полученные результаты позволили выделить факторы риска по развитию вирус-положительного рака шейки матки: молодой возраст женщин, низкий процент использования барьерных методов контрацепции, большое количество сексуальных партнеров, наличие в анамнезе урогенитальных инфекций (герпес, хламидиоз), эрозии шейки матки, цитологические изменения клеток эндоцервикса.

Проводимое на первом этапе HPV-тестирование на онкогенные вирусы среди пациенток, входящих в группу повышенного онкологического риска, определяет последующее целенаправленное комплексное обследование. При наличии цитологических изменений в эндоцервикальных клетках у вирусоносителей необходимо проведение расширенной кольпоскопии шейки матки, так как в 75,5% случаев наблюдается латентная, а в 16,3% — субклиническая формы онкогенной цервикальной HPV-инфекции. При отсутствии цитоморфологических изменений больным вирусоносителям назначается противовирусное лечение. Вирус-положительным больным с фоновой и предопухолевой патологией шейки матки проводится комплексное лечение: традиционное и противовирусное.

Вирусоносителям при отсутствии кольпоскопических изменений повторное обследование возможно через 5 лет, так как время злокачественной трансформации нормальных клеток эндоцервикса в опухолевые под влиянием онкотропных вирусов составляет 5–10 лет. При наличии диспластических изменений у вирусинфицированных больных, учитывая агрессивные характеристики 18 типа HPV-инфекции и высокий риск рецидива заболевания, повторное комплексное обследование должно проводиться через более короткий интервал — 1–2 года.

Таким образом, разработанный алгоритм ранней диагностики рака шейки матки с включением HPV-тестирования на онкогенные типы на первом этапе обследования может быть разумным компромиссом существующего цитологического скрининга, позволяющим объективизировать формирование групп повышенного онкологического риска по развитию рака шейки матки, оптимизировать сроки динамического наблюдения и лечения лиц, входящих в группу риска, что в целом может существенно увеличить эффективность выявления этой патологии на доклинических и ранних стадиях.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ И БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ТЕЛА МАТКИ

Е.Г. Шварев, Т.В. Руднева, Л.В. Дикарева

Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань

Целью исследования было определение патогенетической и диагностической значимости ряда микроэлементов и опухолевых маркеров, таких как термостабильная щелочная фосфатаза (ТЩФ), неспецифическая тканевая гамма-эстераза (НТЭ), у больных с опухолями тела матки. Проводилось клинико-генеалогическое, цитологическое, патогистологическое, иммунохимическое, рентгенологическое исследования, атомно-абсорбционная спектрография, УЗИ. Материалом исследования явились истории болезней, биологические жидкости, ткани оперированных больных.

В работе представлены данные о прямой зависимости между частотой выявления ряда опухолевых маркеров в эндометриальном секрете, с одной стороны, и характером патологии эндометрия — с другой. Результаты анализа показали, что при нормальном строении тела матки, а также при миоме матки (ММ) и раке тела матки (РТМ) в исследуемых образцах тканей опухолей сохранялся определенный порядок содержания солей тяжелых металлов (СТМ): $Zn > Fe > Cu > Pb > Cd > Mn > Co > Ni$. При раке тела матки отмечено повышение концентрации всех СТМ. Таким образом, появление в ткани эндометрия и его секрете ТЩФ и НТЭ, а также изменение концентрации некоторых СТМ должны рассматриваться как набор клинических маркеров, свидетельствующий о риске развития ряда гормонозависимых опухолей органов репродуктивной системы, например РТМ и ММ.

-

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ ОПУХОЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Г. Шварев, Л.В. Дикарева, А.Б. Федоренко, Т.В. Руднева

Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань

Цель исследования: изучить уровень заболеваемости злокачественными и доброкачественными гормонозависимыми опухолями (ГЗО) репродуктивной системы.

Объекты исследования: статистические медико-демографические данные федерального и регионального уровней: форма 7, 14, 32, 35; архивный патогистологический материал от больных с гормонозависимой патологией (16060 случаев).

Методы исследования: статистический, эпидемиологический, патогистологический.

В течение двух последних десятилетий во всем мире отмечается четкая тенденция к увеличению частоты развития ГЗО, как злокачественных, так и доброкачественных.

Результаты и их обсуждение. При анализе региональных демографических особенностей в Астраханской области за период с 1990 по 1999 г. отмечено увеличение контингента женщин позднего репродуктивного и пременопаузального периодов ($p < 0,05$). За исследуемый период времени заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) увеличилась на 38,4%, в то же время не отмечено заметного роста частоты рака эндометрия (РЭ). Между тем более углубленное изучение заболеваемости РЭ в различных возрастных группах выявило ее многократное увеличение у женщин пременопаузального возраста, что следует рассматривать как тенденцию к «омоложению» этого контингента больных. Наиболее демонстративен данный факт при определении моды у больных РЭ и РМЖ. Данный показатель колебался за последние 10 лет от 53,5 до 67,7 лет и от 44,4 до 67,9 лет соответственно, имея тенденцию к снижению.

МАКРОСОМИЯ КАК МАРКЕР ФОРМИРОВАНИЯ ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ ОПУХОЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Е.Г. Шварев, Л.В. Дикарева, Т.В. Руднева, О.Е. Зайцева

Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань

Во всем мире отмечается отчетливая тенденция к увеличению частоты развития гормонозависимых опухолей (ГЗО) репродуктивной системы. Аналогичная ситуация отмечена также и в Астраханской области (Шварев Е.Г., 1998; Дикарева Л.В., 2001). Среди факторов, влияющих на рост новообразований, необходимо выделить: изменение репродуктивного поведения и увеличение числа больных с длительно существующими эндокринно-метаболическими нарушениями (ЭМН), создающими синдром канкрофилии (Дильман В.М., 1984). У женщин репродуктивного возраста одним из клинических маркеров, формирующихся ЭМН, считается рождение плода весом 4000 г и более. Для оценки степени их выраженности использовался массо-ростовой индекс (МРИ) (Brey L., 1981), коэффициент окружность талии/окружность бедер (ОТ/ОБ), характеризующие патологические формы ожирения.

Целью исследования было изучить взаимосвязь преморбидного фона у женщин, родоразрешившихся детьми с крупной массой тела и последующим риском развития у них гормонозависимой патологии органов репродуктивной системы.

Нами проанализирована динамика индекса Brey у 499 беременных в возрасте от 18 до 30 лет за период с 1990 по 1999 г. (средний возраст $24,9 \pm 0,5$ года), имевших в анамнезе признаки ЭМН и родоразрешившихся крупным плодом. Для сравнения за этот же временной период был изучен индекс Brey у 509 беременных аналогичного возраста ($23,4 \pm 0,61$ года), не имевших ЭМН и родивших детей массой 3000—3500 г. Было установлено, что у беременных с признаками ЭМН (без учета паритета родов) прослеживается явная тенденция нарастания индекса Brey по сравнению с контрольной группой, при этом среднее значение индекса Brey в указанных группах составило $26,23 \pm 0,6$ и $21,9 \pm 0,42$ соответственно ($p < 0,05$). Любопытно, что тенденция нарастания индекса Brey оказалась наиболее демонстративной у первородящих. Таким образом, девочки-макросомы и родившие их женщины имеют в перспективе более высокий риск развития гормонозависимой патологии и должны быть взяты на диспансерное наблюдение с целью ее дальнейшей профилактики.

ХРОНОХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

А.И. Шевченко, О.Ю. Петрова, О.А. Смирнова

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Перспективным направлением в лечении рака яичников следует считать хронобиологический подход, то есть использование химиопрепаратов в то время суток, когда большая часть опухолевых клеток пребывает в той фазе митотического цикла, которая наиболее чувствительна к данному препарату, а его миелотоксическое воздействие является минимальным. Нами изучен клеточный цикл опухолевых клеток в образцах асцитической жидкости у 28 больных раком яичников. Забор её для исследования производился каждый час на протяжении суток. Параллельно изучалась суточная митотическая активность клеток костного мозга. Максимум клеток в фазе синтеза ДНК у больных раком яичников обнаружен между 12 и 17 часами. Наибольшее количество клеток костного мозга в этой фазе отмечено с 16 до 22 ч.

Полученные результаты легли в основу хронотерапевтического подхода при химиотерапии рака яичников у 48 больных после нерадикальных операций при III и IV стадиях с остаточными опухолями и метастазами. В контрольную группу вошли 42 пациентки с аналогичной патологией, которые получали химиотерапию без учета суточных биоритмов опухолевых клеток. Использовали схему CAP (циклофос-

фан, адриамицин, цисплатин). Химиопрепараты вводили в интервале от 12 до 16 ч, то есть в предполагаемые фазы синтеза и митоза раковых клеток.

В исследуемой группе получено достоверное увеличение числа ремиссий и уменьшение выраженности токсических проявлений при проведении химиотерапии в сравнении с контрольной группой, что подчеркивает необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Е.А. Шейко, А.И. Шихлярова, Л.Ю. Голотина

НИИ онкологии, г. Ростов-на-Дону

В задачу данного исследования входило изучение люминесцентно-спектральных характеристик синтетической активности лимфоцитов периферической крови больных распространенной формой рака яичников при эндолимфатическом способе введения химиопрепаратов, которое осуществлялось дважды в неделю. Ранее на основании полученных экспериментальных и клинических данных люминесцентно-спектральных исследований лейкоцитов периферической крови онкоурологических больных был предложен прогностический критерий оценки и контроля за проводимой терапией (Шейко Е.А., 1992). Таким критерием назван параметр (Х, характеризующий соотношение количества односпиральных и двуспиральных нуклеиновых кислот в клетке, значения этого параметра могут быть использованы в качестве сигнального теста, содержащего обобщенную информацию о комплексе изменений в организме больного.

Исследования крови больных раком яичников показали, что значения параметра ОС меняется на протяжении лечения и в зависимости от его результатов. До начала лечения спектр люминесценции представлен только одной полосой с максимумом в зеленой области спектра (530 нм), значения а низкие (0,098 у.е). После первой лимфоинфузии химиопрепарата на спектре появляется, хотя и нерезко выраженная, вторая полоса излучения с максимумом в красной области спектра (640 нм). В процессе противоопухолевого лечения соотношение интенсивностей в этих областях спектра меняется в пользу спектра с максимумом в красной области. На последних этапах лечения при достижении клинического эффекта значительно уменьшалась интенсивность полосы излучения с длиной волны 530 нм в пользу длины волны 640 нм. По мере нормализации состояния и достижения клинического эффекта у больных раком яичников значения параметра ОС возрастают от 0,44 до 2,12 у.е. В случаях, когда состояние больных ухудшалось, значения параметра ОС снижались до 0,022—0,048 у.е.

Таким образом, люминесцентные характеристики лимфоцитов периферической крови могут помочь в объективной оценке состояния больных раком яичников и позволяют следить за эффективностью проводимого лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТЫВА (1995- 2001 гг.)

А.А. Шивит-оол

Республиканский онкологический диспансер, г. Кызыл

В Республике Тыва, как в целом по России, одной из основных проблем современной онкологии является рак молочной железы (РМЖ), от которого чаще всего страдает наиболее трудоспособная и социально активная часть женского населения.

105 Целью настоящего исследования явилось изучение заболеваемости раком молочной железы женщин Республики Тыва в зависимости от возраста, национальности и местности проживания.

В 1995 г. в Республике Тыва удельный вес РМЖ в структуре опухолей репродуктивных органов составлял 27,4%, а в 2001 г. — уже 46,9%. Представленные показатели свидетельствуют о том, что в республике наблюдается стабильно высокий рост заболеваемости раком молочной железы.

Динамика показателей заболеваемости злокачественными опухолями молочной железы у женщин коренной национальности и пришлого женского населения, а также у жительниц города и сельской местности имеет свои особенности. Так, если в 1995 г. пациентки коренной национальности, страдающие РМЖ, составляли только четвертую часть (6 из 23), то в 2001 г. — уже более половины (25 из 42). В 1995 г. среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования молочной железы доминировали женщины русской национальности, проживающие в городе: 14 из 23, взятых на учет. К 2001 г. ситуация существенно изменилась — абсолютное большинство случаев рака молочной железы наблюдалось у женщин коренной национальности, проживающих в сельской местности (25) по сравнению с русскими городскими пациентками (17).

Основной пик заболеваемости РМЖ регистрируется в возрасте от 45 до 64 лет. Показатель заболеваемости для этой возрастной категории достигает 163,9 на 100 тыс женского населения. Однако следует отметить, что за последние 2 года наблюдается рост числа пациенток с раком молочной железы молодого возраста, в том числе и до 30 лет.

Такие статистические показатели, как морфологическая верификация диагноза, показатели одногодичной летальности, находятся примерно на том же уровне, что и по Российской Федерации. Исключение составляют показатели запущенности — 19% по сравнению с 12,4%, отмеченными в РФ.

Таким образом, заболеваемость раком молочной железы в Республике Тыва имеет прогрессирующий характер роста. Для решения этой проблемы республиканским онкологическим диспансером разработана территориальная противораковая программа на 2001—2003 гг., в которой одним из главных направлений является организация скрининга, что позволит снизить показатели заболеваемости и смертности от рака молочной железы.

СИСТЕМНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Л.Е. Юркова

ЦНИРРИМЗРФ, г. Санкт-Петербург

Системная лучевая терапия (СЛТ) в комбинации с хирургическим вмешательством и химиотерапией является принципиально новым подходом к лечению распространенного рака яичников.

СЛТ в виде субтотального облучения тела (СТОТ) применена в первичном комбинированном лечении 88 больных злокачественными опухолями яичников III—IV стадий в качестве второго этапа после выполнения циторедуктивной операции с последующей консолидирующей химиотерапией. СТОТ осуществляли в объеме от купола диафрагмы до стоп в двух дозно-временных режимах с суммарными дозами 1 Гр или 9 Гр в зависимости от исходного иммунного статуса пациенток до лечения. В референтной группе (91 наблюдение) в трехкомпонентной схеме комбинированного лечения использована не системная, а традиционная лучевая терапия.

Применение СЛТ позволило увеличить частоту клинических ремиссий с 64,8 до 87,0%, при этом длительность безрецидивного периода возросла с 6,7 ($\pm 0,6$) до 33,6 ($\pm 3,3$) мес. Показатели трех- и пятилетней прямой выживаемости достигли 49,4 и 33,8% при соответствующих значениях 13,2 и 6,6% в референтной группе.

Представленные результаты свидетельствуют о высокой эффективности СЛТ в качестве компонента комбинированного лечения распространенного рака яичников.