

белкового концентрата асцитической жидкости минимальная резидуальная опухоль достигнута у 87,5% больных, тогда как при стандартной внутрибрюшинной химиотерапии наблюдалась у 56,7% прооперированных женщин ($p < 0,05$). Для оценки ближайших результатов лечения больных асцитной формой рака яичников нами были рассчитаны показатели 2-летней общей и безрецидивной выживаемости. Двухлетняя общая выживаемость больных в основной группе составила 79,5%, а в группе контроля – 59,5% ($p < 0,05$). Анализ двухлетней безрецидивной выживаемости больных позволяет отметить несомненные преимущества метода ВБХАТ, что находит свое отражение в высоком проценте (51,0%) двухлетней безрецидивной выживаемости

больных по сравнению со стандартной ВБХТ, в которой этот показатель составил 27,3%. Медиана бессобытийной выживаемости в основной группе достигает 23 месяцев, а в контрольной – 12 месяцев.

Выводы. Применение неоадьювантной внутрибрюшинной полихимиотерапии на белковом концентрате асцитической жидкости является оправданным и эффективным компонентом в комплексном лечении больных асцитной формой рака яичников III-IV стадий, так как позволяет улучшить непосредственные и ближайшие результаты лечения и создает возможность для проведения большего количества оптимальных циторедуктивных операций.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕЦИДИВИРОВАНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

В.П. НИКИТИНА, Г.А. НЕРОДО

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Цель исследования – изучить наиболее значимые гормональные показатели, изменяющиеся при прогрессировании болезни, выявить возможность использования этих показателей для прогнозирования эффективности комплексного лечения больных рака тела матки и дальнейшего течения болезней.

Материал и методы. Представлены результаты клинического наблюдения и лабораторного исследования 75 больных с установленным диагнозом рака тела матки. В работе использованы биохимические методы, радиоиммунный анализ, методы вариационной статистики.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что характер изменения стероидогенеза и степень отклонения его от нормы коррелировали с длительностью безрецидивного периода. У 75% больных генерализация рака тела матки происходила на фоне низкой продукции эстрона ($5,28 \pm 0,46$). У 82% – количество эстрадиола составило $3,95 \pm 0,35$. Соответственно возобновление опухолевого процесса у 25% женщин наступало при следующем количестве этих гормонов: эстрон – $16,45 \pm 3,50$; эстрадиол

– $13,61 \pm 1,40$. При всех сроках генерализации опухоли самым ярким проявлением стероидного дисбаланса у больных репродуктивного возраста было преобладание эстриола над суммой активных фракций женских половых гормонов. С увеличением безрецидивного срока от 1 до 2 лет после радикального лечения нарушения в стероидном равновесии женских половых гормонов усугублялись, что было вызвано дальнейшим снижением продукции эстрона и эстрадиола и сохранением продукции эстриола. При возобновлении злокачественного роста спустя год после радикального лечения рака тела матки происходит снижение коэффициента отношения эстрадиола к андростерону, в среднем почти вдвое. При этом у больных стойко сохраняется, а со временем и усугубляется, дисбаланс между отдельными фракциями андрогенных метаболитов, и в первую очередь между андростероном и этиохоланолоном. Дальнейший анализ полученных результатов показал, что возобновление злокачественного процесса, сопровождающегося развитием отдаленных метастазов, происходит при гормональ-

ных нарушениях, характер которых обусловлен длительностью безрецидивного периода. Так, сумма активных фракций и особенно уровень эстрадиола ($5,81 \pm 0,06$) были наиболее низкими при развитии рецидива и метастазов в первый год после лечения. С увеличением послеоперационного срока от 1 до 2 лет, в течение которого прогрессировал злокачественный процесс, происходило перераспределение отдельных форм женских половых гормонов: продукция активных эстрогенов увеличивалась, количество эстрадиола возросло в 4,5 раза, а уровень эстриола в сравнении с предыдущей группой уменьшился от $17,78 \pm 1,80$ до $13,30 \pm 1,40$. Прогрессирование опухолевого процесса у большинства больных РТМ в глубокой менопаузе проходило на фоне повышенной продукции

суммарных эстрогенов. Увеличение экскреции эстрогенных гормонов обусловлено возрастанием активных форм женских стероидов: $\mathcal{E}_1 - 7,70 \pm 0,84$, при норме $4,90 \pm 0,35$; $\mathcal{E}_2 - 4,69 \pm 0,25$, при норме $3,50 \pm 0,36$.

Выводы. Нарушение гормонального баланса при раке тела матки тесно связано, прежде всего, с возрастной характеристикой больных и состоянием овариальной функции. Определенный тип разбалансированности стероидов в основных чертах прослеживается в каждой возрастной группе на всех или на большинстве этапов развития опухоли. При этом первостепенную роль играют не столько отклонения абсолютного уровня половых гормонов от нормы, сколько нарушение соотношения между их отдельными фракциями.

ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТИМУСА

В.Н. НИКИШОВ, Е.И. СИГАЛ, А.М. СИГАЛ, В.П. ПОТАНИН, Р.Ш. ХАСАНОВ, Р.Е. СИГАЛ, М.В. БУРМИСТРОВ

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Цель исследования – определить эффективность видеоторакоскопии в диагностике и лечении новообразований вилочковой железы.

Материал и методы. Выполнено 78 видеоторакоскопических операций по поводу заболеваний вилочковой железы. Средний возраст больных составил 43,7 (12–74) года. Показаниями для применения видеоторакоскопии как метода диагностики и лечения служили опухоли, опухолевидные новообразования. Видеоторакоскопическую биопсию выполняли с целью ревизии плевральной полости средостения при наличии данных предоперационного обследования о распространенности исследования с целью верификации диагноза 24 больным.

Результаты. После выполнения диагностической видеоторакоскопии у 14 пациентов диагностирована тимомы (55,5%), в 5 (18,3%) случаях – рак тимуса. У 10 (25,9%) больных подтверждена морфологически лимфома вилочковой железы. Процесс верифицирован у 23 (95,3%) пациентов. Радикально прооперированы 54 пациента. Из них по поводу новообразований вилочковой железы – 40 операций (тимомы – 34,

лимфогранулематоз тимуса – 5, тератома – 1, киста вилочковой железы – 2).

Больные с тимомами распределены по классификации Masaoka следующим образом: I стадия – 21 (61,7%), II стадия – 11 (32,3%), III стадия – 2 (5,8%) больных. Из 34 больных с тимомами у 14 больных (41,7%) тимомы сопровождалась развитием миастении. Экссудация после ВТС тимэктомии в среднем составила 201 мл (50–900 мл), сроки дренирования 2,4 (1–4) дня. Средняя продолжительность операции – 73 (30–170) мин, среднее время нахождения в палате интенсивной терапии – 2,4 (1–16) дня. Максимальный размер удаляемого препарата достигал 10 см в диаметре.

Выводы. Диагностическая видеоторакоскопия позволяет провести ревизию плевральной полости и средостения для определения распространенности процесса и выполнения биопсии. Выполнение видеоторакоскопической биопсии позволяет провести полноценное иммуногистохимическое исследование полученного материала и установить точный морфологический диагноз больным с нере-