

вании комплексной оценки анамнестических, клинических, ультрасонографических, гистологических данных, параметров гормонального статуса (всего 47 признаков) у 92 больных, в том числе у 52 больных раком эндометрия в сочетании с миомой матки и у 40 больных с типичной и атипичной гиперплазией эндометрия и миомой матки.

**Результаты.** В результате проведённой пошаговой логистической регрессии была определена регрессионная функция, в которую вошли наиболее информативные показатели с уровнем значимости  $p < 0,05$ : возраст, значение индекса массы тела, ширина матки, объём матки, уровень глобулина, связывающего половые стероиды сыворотки крови.

На следующем этапе было определено значение регрессионной функции (F) по формуле

$$F = 27,209 + 0,307 \times x_1 + 0,478 \times x_2 + (-1,027) \times x_3 + 0,194 \times x_4 + (-0,194) \times x_5,$$

где:  $x_1$  = возраст;

$x_2$  = индекс массы тела;

$x_3$  = ширина матки (мм);

$x_4$  = объём матки (см<sup>3</sup>);

$x_5$  = уровень глобулина, связывающего половые стероиды сыворотки крови (нмоль/л),

Объём матки рассчитывался по стандартной формуле (Brunn J., 1981)

$$V_{\text{матки}} (\text{см}^3) = \frac{[(\text{длина}(\text{мм}) + \text{поперечник}(\text{мм}) + \text{ширина}(\text{мм}))^3]}{60,79} \times 1000,$$

где V матки – объём матки;

60,79 – постоянный коэффициент;

1000 – коэффициент пересчёта из мм<sup>3</sup> в см<sup>3</sup>.

Затем, используя значение регрессионной функции и основание натурального логарифма (e), была разработана математическая модель в виде формулы для оценки риска развития рака эндометрия у больных с сочетанной патологией эндо- и миометрия.

Математическая модель имеет вид

$$P = \frac{e^F}{1 + e^F} \times 100\%,$$

где P – вероятность развития рака эндометрия у больных с гиперпластическими процессами и миомой матки; e (основание натурального логарифма) = 2,718; F – регрессионная функция.

При значении  $P \geq 50\%$  констатировали наличие онкологического риска в плане развития рака эндометрия, а при значении  $P < 50\%$  – отсутствие такового риска. Проверка модели проводилась на группе больных гиперпластическими процессами эндометрия с миомой матки, которые не включались в построение модели (n=30). Точка деления  $P=0,5$ . Средний возраст пациенток, вошедших в проверочную группу, составил  $47,8 \pm 5,8$  года. Чувствительность модели составила 87 %, специфичность – 85 %.

**Выводы.** Впервые разработана математическая модель прогноза онкологического риска у больных гиперпластическими процессами эндометрия и миомой матки с учётом возраста, индекса массы тела, ширины матки, объёма матки, уровня глобулина, связывающего половые стероиды сыворотки крови, позволяющей с чувствительностью 87 % и специфичностью 85 % прогнозировать онкологический риск и активизировать тактику лечения пациенток.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Е.А. НАДВИКОВА, В.Г. МАСЛОВ, К.В. СЕМИКОПОВ, А.Ю. ДАНИЛИНА

ГЛПУ «Челябинский областной онкологический диспансер»

**Цель исследования.** Изучить непосредственные результаты хирургического лечения

больных с метастазами в печень при колоректальном раке.

**Материал и методы.** Проанализированы непосредственные результаты 32 больных (1990–2006 гг.), перенесших резекции печени по поводу метастазов колоректального рака. Средний возраст составил 53,3 года. По половой структуре преобладали мужчины – 55 %. В 97,4 % опухоль имела строение аденокарциномы. Поражение правой доли было отмечено у 16 больных (50 %), левой – у 5 (15,6 %). Билобарное поражение оказалось у 11 больных (34,4 %). В 20 случаях операции выполнены синхронно с удалением первичного очага, 12 – метастазно. 4 больным были выполнены правосторонние гемигепатэктомии (ГГЭ), 2 – расширенные правосторонние ГГЭ, 3 – левосторонние ГГЭ в комбинации с атипичными резекциями правой доли, 23 больным были выполнены атипичные резекции печени. Соотношение обширных и экономных резекций печени составило 9 (28,1 %)/23 (71,9 %) соответственно.

**Результаты.** Послеоперационная летальность (смерть в сроки до 30 дней после операции) составила 6,3 % (n=2). В обоих случаях

больные перенесли обширные резекции печени. Один больной умер в результате отека головного мозга, другой в результате полиорганной недостаточности на фоне сочетанных осложнений. Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 больных (31,3 %), из них у 6 больных имелись сочетанные осложнения. Структура осложнений выглядит следующим образом: пневмония – 3; гематома поддиафрагмального пространства – 3; плеврит – 2; панкреатит – 2; перитонит – 2; желчеистечение из ложа удаленной опухоли – 2; кровотечение из послеоперационной раны – 1; гастродуоденальное кровотечение – 2; несостоятельность анастомоза – 1; кишечный свищ – 2; эвентрация – 1; отёк головного мозга – 1.

**Выводы.** Послеоперационные летальность и осложнения составили 6,3 % и 31,3 % соответственно. Непосредственные результаты лечения наших пациентов соответствуют данным литературы. В настоящее время проводится исследование по отдаленным результатам этой категории больных.

## РАДИОМОДИФИЦИРУЮЩАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ГОРТАНИ III СТАДИИ

Ф.Х. НАЛГИЕВА, Н.А. ШАНАЗАРОВ, Б.Т. ЖУСУПОВА

*Городской онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан*

**Цель исследования.** Сравнение отдаленных результатов лучевой и химиолучевой терапии плоскоклеточного рака гортани III стадии.

**Материал и методы.** В исследование были включены 43 больных раком гортани III стадии, получивших лечение в городском онкологическом диспансере г. Астаны. Больные были распределены на две группы: в первую группу вошел 21 пациент, которые получили лучевую терапию обычным фракционированием РОД 2 Гр, до суммарной очаговой дозы 60–65 Гр; вторую группу составили 23 пациента, которым проводилось химиолучевое лечение. Химиотерапия проводилась препаратами цисплатин (40–50 мг/м<sup>2</sup>) и 5-фторурацил (500 мг/м<sup>2</sup>) (один или два курса). Лучевая терапия проводилась по стандартной методике расщепленным курсом с разовой дозой 2 Гр, по 5 фракций в нед, до СОД

40 Гр, химиотерапию подключали с начала дистанционной гамма-терапии, затем после двухнедельного перерыва продолжали ДГТ до СОД 60 Гр, на фоне 2-го курса химиотерапии.

**Результаты.** Пятилетняя выживаемость в первой группе составила 63,2 %, во второй – 78 %. Частота неудач в группе химиолучевой терапии составила 25,1 %, против 40,9 % при лучевом лечении.

**Выводы.** Анализ отдаленных результатов лечения больных раком гортани III стадии выявил преимущество химиолучевой терапии по показателям локального контроля, пятилетней выживаемости и качеству жизни в сравнении с лучевым лечением. Следует также отметить, что при неудачах лечения остается возможность проведения оперативного удаления остаточной опухоли гортани.