

ми. На основании кривых Каплана-Майера общая выживаемость в группе пациенток, оперированных с 11 по 21 дни менструального цикла, оказалась на порядок выше по сравнению с группой больных, которым оперативное вмешательство выполнялось с 22 по 10 дни ($p=0,00008$). Данную тенденцию полностью подтверждают показатели общей 3-х и 5-ти летней выживаемости — 74,1% и 59,1%, 52,9% и 29% соответственно. Причем если различия в трехлетней выживаемости между группами носят статистически значимый характер ($p=0,025$), то различия в пятилетней выживаемости оказались высоко достоверными ($p<0,001$).

Различия между группами оказались еще более существенными при анализе безрецидивной выживаемости. Показатели 3-х летней безрецидивной выживаемости были в 2 раза выше в группе пациенток, оперированных с 11 по 21 дни менструального цикла в сравнении с больными, которым хирургическое вмешательство выполнялось с 22 по 10 дни — 59,5% против 31,3%. Различия в 5-ти летней безрецидивной выживаемости выглядели ещё более демонстративно. У половины больных из первой группы в течение 5-летнего срока развивался рецидив заболевания. В то время как во второй группе число таких пациентов не достигало 15% ($p<0,001$).

Мы применили регрессионную модель Кокса пропорционального риска для проверки независимых влияний ряда клинических факторов на показатели общей и безрецидивной выживаемости. В качестве переменных были использованы следующие параметры: возраст пациентки; день менструального цикла, на момент выполнения оперативного вмешательства; стадия опухолевого процесса; размер первичного опухолевого очага; статус регионарных лимфатических узлов; факт проведения лучевой и лекарственной

терапии в лечении первичной опухоли. Построенная модель была достоверна как по общей ($p=0,00001$), так и по безрецидивной ($p<0,000001$) выживаемости. Коэффициенты регрессии оценивались на основе критерия максимального правдоподобия модели. Анализ данных показал, что значимыми параметрами в многофакторном анализе для общей выживаемости являются — возраст больной ($p=0,027$) и день менструального цикла на момент выполнения хирургического вмешательства ($p=0,0001$). Для безрецидивной выживаемости эти же параметры сохранили прогностическое значение только с большей степенью достоверности ($p=0,0009$ и $p=0,00008$ соответственно). Кроме того, в разряд статистически значимых дополнительно вошел такой показатель, как метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов ($p=0,040$).

Таким образом, период менструального цикла на момент выполнения оперативного вмешательства оказывает существенное влияние на результаты лечения больных раком молочной железы. Наиболее благоприятный период для выполнения операции приходится на 22-10 дни менструального цикла. Влияние периода менструального цикла на результаты хирургического лечения больных раком молочной железы зависит от статуса регионарных лимфатических узлов. У больных без метастазов в регионарные лимфоузлы менструальный цикл практически не оказывает влияния на результаты выживаемости. В то время как у пациенток с метастатическим поражением лимфатических узлов показатели общей и особенно безрецидивной выживаемости во многом зависят от периода менструального цикла в течение которого выполняется хирургическое вмешательство.

Организация ранней диагностики злокачественных новообразований органов репродукции у женщин г.Казани

САДЫКОВ М.Н. МАВЛЮТОВА З.В. ГАБИТОВ Н.А.
МУЗ «Городской онкологический диспансер»

Заболеваемость женщин города Казани постоянно выше, чем у сельских жительниц. Причем существует тенденция постоянного роста заболеваемости.

Показатели работы централизованной цитологической лаборатории за 5 лет.

	ОБЩЕЕ КОЛ-ВО	КОЛ-ВО ПАТОЛОГИИ (Д1, Д2, ВОСП.)	ДИСПЛАЗИЯ 3 СТ.	ПОДОЗРЕНИЯ	СА
2000 г.	153.963	40.855	254	79	24
2001 г.	141.655	38.598	421	64	27
2002 г.	121.551	40.149	587	85	14
2003 г.	113.511	37.889	203	110	15
2004 г.	109.887	36.010	214	61	10

Так заболеваемость на 100.000 женского населения с 1993 по 2000г. выросла: по раку шейки матки с 13,6 до 19,5, раку тела матки с 13,5 до 19,9, раку яичника с 14,5 до 18,9

В связи с этим, с целью раннего выявления и своевременного лечения предраковых заболеваний и рака гениталий онкологической службой города в 1999 году была разработана програм-

Заболеваемость раком органов репродукции у женщин г.Казани за 5 лет (на 100.000 жен. населения).

ЛОКАЛИЗАЦИЯ	2000	2001	2002	2003	2004	РТ
ШЕЙКА МАТКИ	19,5	15,7	15,3	16,4	18,4	15,2
ТЕЛО МАТКИ	19,9	17,8	19,2	23,5	22,2	14,9
ЯИЧНИКИ	18,9	19,0	16,1	17,4	16,2	13,9

ма вторичной профилактики рака гениталий и внедрен в работу женских консультаций и поликлиник бланк профилактического

Запущенность ЗНО гениталий за 2000-2004г. (в %)

ЛОКАЛИЗАЦИЯ	2000	2001	2002	2003	2004	РТ
ШЕЙКА МАТКИ	18,3	17,2	21,1	27,8	19,1	21,7
ТЕЛО МАТКИ	3,4	3,8	4,4	3,6	5,3	8,5
ЯИЧНИКИ	17,1	14,3	12,6	14,6	14,4	18,1
Запущенность стабильно ниже, чем в РТ и РФ						

осмотра — 1 этапа, который позволяет выделить группу риска для углубленного обследования на 2 этапе.

Для контроля проводимых мероприятий, а также для консультации выявленных больных, к каждой женской консультации и поликлинике прикреплен куратор из врачей онкологов, разосланы методические рекомендаций, ежегодно проводятся семинары с врачами женских консультаций и акушерками смотровых кабинетов по ранней диагностике рака органов репродукции.

Особенностью предлагаемого метода обследования 1 этапа является осмотр женских половых органов, взятие мазка на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала с неизменной «на глаз» шейки с начала половой жизни, а также формирование группы риска по раку шейки матки, яичников, тела матки, и молочной железы.

На 2 этапе для установления фактора риска по показаниям производятся: УЗИ молочных желез, малого таза, кольпоскопия, биопсия, обследование на онкомаркеры: СА-125, ХГЧ, аспирационная биопсия, либо диагностическое выскабливание, гистероскопия, PCR диагностика на ВИЧ-16-18 и другие.

Некоторые из этих обследований проводятся за счет средств женчины.

После установления фактора риска куратор совместно с врачом женской консультации составляет план активных профилактических и лечебных мероприятий.

Контингент больных ЗНО, состоящих на учете 5 лет и более
(к числу больных, находившихся под наблюдением).

ЛОКАЛИЗАЦИЯ	2000	2001	2002	2003	2004	РТ
ШЕЙКА МАТКИ	64,5	17,66	69,8	72,3	73,1	71,5
ТЕЛО МАТКИ	57,1	59,5	62,0	61,7	62,7	50,7
ЯИЧНИКИ	52,3	52,9	55,6	56,1	60,8	55,0

В городе при онкологическом диспансере работает централизованная цитологическая лаборатория, куда присылаются мазки из 37 учреждений города. Для осмотра этих мазков выделены 2,25 ставки врача и 5 ставок лаборанта.

Некоторые лечебные учреждения города имеют своих цитологов, их количество увеличилось за последние 3 года.

Охват цитологическим скринингом, подлежащих осмотру женщин, составляет 70% по данным женских консультаций города. Отмечается увеличение выявляемости больных дисплазией 1-2 степени.

Нами проведен анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований гениталий у женщин г. Казани за 5 лет после внедрения программы вторичной профилактики рака гениталий.

Доля злокачественных новообразований гениталий в общей структуре заболеваемости стабильно составляет в течение 10 лет 15,7-15,9%.

Заболеваемость раком шейки матки снизилась с 19,5% в 2000г. до 18,4% в 2004г. Больше 50% раков шейки матки приходится на возраст до 55 лет, пик заболеваемости — 45-49 лет. Увеличилось количество больных в возрасте 30-35 лет. Каждая 5-я больная раком шейки матки выявлена в стадии *In situ*.

Заболеваемость раком эндометрия в пределах от 19,9% — до 22,2%.

По раку яичников последние 3 года отмечается некоторое снижение заболеваемости — с 18,9% в 2000г. до 16,2% в 2004 г., что объясняется широким применением и доступностью УЗИ обследования в женских консультациях, при обнаружении небольших новообразований в области придатков шире ставится вопрос об их удалении.

Благодаря выявлению больных в ранней стадии, а также применению современных схем химиотерапии, улучшению анестезиологической службы, применению повторных циторедуктивных операций, увеличилось количество больных, которые прожили 5 лет и более.

Существует система единого гинеколога — онколога, начиная с женской консультации и хирургическое лечение в отделении, тем самым укорачивается время нахождения больной до лечения, которое составляет менее недели.

Считаем данную схему профилактических осмотров неорганизованного населения наиболее информативной и эффективной.

Необходимо стремиться к охвату цитологическим скринингом 80% здоровых женщин в 2 года 1 раз с начала половой жизни.

Таким образом, мы имеем пока неплохие показатели благодаря сохранению прежних традиций профилактических осмотров в женских консультациях и поликлиниках города.

Современные аспекты диагностики и прогнозирования результатов лечения больных раком прямой кишки

И.Г.ГАТАУЛЛИН, С.В.ПЕТРОВ, А.А.ВАЛИЕВ

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Актуальность проблемы. Неуклонный рост заболеваемости и смертности населения от колоректального рака делает особо актуальным вопрос о стратегии и тактике в лечении этой обширной категории больных. Ежегодно в мире диагностируется более 800 тыс. вновь выявленных пациентов с колоректальным раком и 440 тыс. смертельных исходов от данного заболевания. В России в настоящее время рак толстой кишки занимает третье место в структуре злокачественных новообразований (Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., 2000г., Аксель Е.М., Ушакова Т.И. 2001 г.). Смертность от колоректального рака в динамике за последние десять лет остается относительно стабильной и составляет 8-9 на 100 тыс. мужского населения и 6-7 среди женского населения, при этом средний годовой прирост данного показателя для опухолевой патологии прямой кишки 1,6%, а ободочной 2,02% (Старинский В.В., Ременник Л.В., Харченко Н.В., Мокина В.Д. 1998 г.).

За последние десятилетия произошел значительный скачок в понимании природы злокачественных новообразований и это обусловило определенные успехи в диагностике и лечении онкологических заболеваний. Постановка диагноза злокачественной опухоли в настоящее время требует не только клинко-морфологического анализа, но при необходимости, результатов дополнительных молекулярно-биологических методов исследования, в том числе иммуногистохимических (Петров С.В., Райхлин Н.Т., 2004). Данное условие привело к широкому использованию иммуногистохимических методов к практической диагностической работе. Кроме того, моле-

кулярная диагностика позволяет выявлять генотипические и фенотипические характеристики опухоли, которые могли бы указывать на вероятность прогрессирования опухолевого процесса после хирургического лечения и влиять на отдаленный результат.

Современные концепции в лечении больных колоректальным раком должны основываться на использовании молекулярно-генетических данных о развитии злокачественных опухолей у человека. Считается неоспоримой роль онкогенов и генов-супрессоров в контроле за скоростью роста, способностью к метастазированию, неоангиогенезу злокачественных опухолей. Данные маркеры могут быть использованы в качестве диагностических методов для выявления досимптоматических и ранних форм злокачественного процесса, прогнозирования течения заболевания, выявления рецидивов рака и отдаленного метастазирования. Современные разработки с привлечением иммуноморфологического анализа тканевых биомаркеров позволяют спрогнозировать эффективность проводимого лечения и своевременно его корректировать, изменяя лечебную тактику.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось улучшение отдаленных результатов лечения больных колоректальным раком и их прогнозирование, путем изучения клинко-иммуноморфологических параметров опухоли.

Материалы и методы исследования. Исходя из поставленных задач, нами были проанализированы 76 случаев колоректаль-