

между опухолями с разным иммунофенотипом ($p>0,05$); предварительно проведенный тест Краскела–Уоллиса также не выявил достоверных различий в выборках ($H=4,17$; $p=0,24$). Отсутствовала статистически значимая коррек-

ляция ИМ Ki-67 с иммунофенотипом опухоли ($r=0,04$; $p=0,7$).

Выводы. Взаимосвязь между экспрессией белков p53 и bcl-2 и пролиферативной активностью рака легкого отсутствует.

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Д.Г. ЛАЗАРЕВА

Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Барнаул,
Алтайский краевой онкологический диспансер, г. Барнаул

Рак шейки матки (РШМ) занимает 2 место в мире по онкологической заболеваемости среди женского населения, уступая только заболеваемости раком молочной железы. Среди женского населения в возрасте 20–40 лет РШМ является основной причиной смерти женщин от злокачественных новообразований (15,9%). Стадия процесса влияет на прогноз заболевания, наилучшим прогноз является при выявлении рака в стадии *in situ*. Рак шейки матки причинно обусловлен персистирующей в организме ВПЧ-инфекцией, и, как следствие, развивающимися на этом фоне фоновыми и предраковыми внутриэпителиальными изменениями слизистых оболочек шейки матки, цервикального канала, влагалища. В высоконкогенным типам относят 16,18, 31, 33, 45 и другие типы ВПЧ.

В Алтайском крае (АК) охват контингентов цитологическим скринингом, направленным на раннее и своевременное выявление РШМ и предраковых изменений, составляет 59,5–61,5%. Цитологической лабораторией ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» в 2007 г. было обследовано 76297 женщин (подлежало осмотру 128212), из них в возрасте до 30 лет – 19640 женщин. Всего в АК в 2007 году были выявлены 81 новый случай рака *in situ* и 315 дисплазий I–III степени.

Практические рекомендации, определяющие тактику ведения женщин с патологическими результатами цитологического исследования, LSILs и HSILs, включают рекомендации относительно сроков наблюдения, забора мазков, биопсии, хирургическому лечению. Стандартных

рекомендаций относительно противовирусной терапии по ведению пациенток с интраэпителиальными неоплазиями не существует. Однако даже своевременно выполненное хирургическое лечения по поводу рака шейки матки *in situ* не гарантирует отсутствие возобновления патологического процесса, индуцированного вирусом папилломы человека при вкладе других кофакторов риска РШМ.

В отделении онкогинекологии АКОД, в рамках данного исследования, за 2007–2009 гг. было пролечено 44 больных (в возрасте от 19 до 42 лет) с HSILs (дисплазии II–III ст., с-р *in situ*). Схема лечения направлена на: 1) углубленное лечение вирусной инфекции; противовоспалительную терапию с акцентом на иммунотерапию; 2) снижение риска развития ранних и отсроченных осложнений диатермоконизации шейки матки. Ведение больных с HSILs включало: противовоспалительную местную терапию, лечение индукторами интерферона на предоперационном этапе; системную неспецифическую противовирусную терапию непосредственно перед и после диатермоконизации; раннее назначение и длительное проведение местной противовирусной терапии и иммунотерапии в составе 1 цикла противовирусного лечения после хирургического этапа; проведение как минимум двух циклов лечения со сменой схемы использования противовирусных и иммунопрепараторов; лечение полового партнера; контроль после проведенного лечения – ВПЧ-тестирование (ПЦР) и онкоцитология шейки матки, оценка клинических проявлений ВПЧ-инфекции.

Наблюдение за группой пациентов (HSILs), пролеченных по данной схеме показало улучшение сроков заживления ШМ после ДК в 1,2–1,5 раза, полное отсутствие осложнений после ДК; нормализацию менструального цикла в течение 3–5 мес. после лечения; нормализацию био-

ценоза влагалища, отсутствие обострений воспалительных заболеваний со стороны женских половых органов; у 80% больных из имевших данные поражения до лечения исчезновение клинических проявлений ВПЧ-инфекции.

ИНДУКЦИОННАЯ ХИМИОИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

**Ю.Н. ЛАЗУТИН, С.З. КАРТАШОВ, С.Н. КАБАНОВ,
И.А. ЛЕЙМАН, Е.Г. ВОЙТКЕВИЧ**

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

Рак легкого вследствие высокой заболеваемости, низкой операбельности и выживаемости, а также резистентности к химиотерапии относится к опухолям, лекарственное лечение которых является предметом непрекращающихся научных исследований.

Цель исследования – изучить эффективность индукционной химиоиммунотерапии с использованием низких доз рекомбинантного интерлейкина-2 (ронколейкина) в лечении больных с местно-распространенным и генерализованным раком легкого.

Материал и методы. В 2004–2008 гг. в торакальном отделении Ростовского НИИ онкологии индукционная лекарственная терапия проведена 49 больным. Основную группу составили 32 пациента, которым при проведении платиносодержащих режимов ПХТ последовательно в промежутках между инфузиями цитостатиков вводился ронколейкин в дозе 500 000 МЕ/м², стабилизированный инкубацией с аутокровью. Характеристика основной группы: мужчин – 29 (90,6%), женщин – 3 (9,4%); возраст 35–45 лет – 3 (9,4%), 46–55 лет – 17 (53%), 56–65 лет и старше – 12 (37,5%); исходный статус по шкале ВОЗ: 0 баллов – 2 (6,2%), 1 балл – 11 (34,4%), 2 балла – 17 (53,2%), 3 балла – 2 (6,2%); IIIА стадия – 11 (34,4%), IIIВ – 10 (31,2%), IV стадия – 11 (34,4%); плоскоклеточный рак – 18 (56,2%), мелкоклеточный – 11 (34,4%), железистый – 3 (9,4%). Контрольную группу составили 17 больных, которым проведена ПХТ платиносодержащими режимами. Характеристика контрольной

группы: мужчин – 16 (90,2%), женщин – 1 (5,8%); возраст 35–45 лет – 2 (11,7%), 45–55 лет – 6 (35,3%), 56–65 лет и старше – 8 (47%). Исходный статус: 1 балл – 4 (21,5%), 2 балла – 12 (70,6%), 3 балла – 1 (5,8%); IIIА стадия – 3 (17,6%), III В – 9 (52,9%), IV – 5 (29,4%); плоскоклеточный рак – 7 (41,2%), мелкоклеточный – 7 (41,2%), железистый – 2 (11,7%), крупноклеточный – 1 (5,8%). Статистически достоверных различий основных характеристик пациентов основной и контрольной групп не выявлено. Оценка непосредственных результатов лечения проводилась через 3 нед после завершения 2-го курса индукционной терапии.

Результаты. В основной группе непосредственные результаты были следующими: полная регрессия – 3 (9,5%), частичная – 16 (50%), стабилизация – 9 (28%), прогрессирование – 4 (12,5%); в контрольной группе частичная регрессия – 10 (62,8%), стабилизация – 3 (18,7%), прогрессирование – 3 (18,7%). Из-под наблюдения выбыли 4 (12,5%) больных основной, 1 (5,8%) – контрольной группы. Радикально прооперировано по 1 больному в каждой из групп, химиолучевое лечение проведено 20 (62,5%) больным основной и 6 (35,3%) контрольной группы, паллиативную химиотерапию продолжили 11 (34,4%) и 10 (58,9%) пациентов соответственно. Медиана бессобытийной выживаемости составила 12 мес в основной и 6,5 мес в контрольной группе, медиана общей выживаемости 14 мес и 8 мес соответственно. Наблюданная 1-годичная выживаемость составила 67,3% – 19 больных в