

ожирением процент пальпаторного выявления образований молочной железы достоверно ниже, а размеры выявленных образований больше чем в контрольной группе 1 ($p < 0,05$).

С целью верификации диагноза всем пациентам осуществлялась тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗ-контролем. При проведении тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвука игла вводилась в образование в молочной железе, после чего осуществляется медленная аспирация содержимого, при этом выполнялось медленное смещение иглы в пределах узлового образования. По данным ряда авторов примерно более чем в 40% случаев информативность ТАБ оказывается недостаточной из-за получения неинформативного материала, а также вследствие постановки так называемого "непонятного" диагноза. В нашем исследовании смещение иглы под УЗ-контролем в пределах узла позволило получить информативный материал с первой попытки биопсии в 59% случаях. По результатам полученных исследований в целом чувствительность УЗМ в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных образований при использовании датчика частотой 7,5 МГц составила от 82%, специфичность — от 76%.

Выводы.

Для полноценной диагностики заболеваний молочной железы необходимо учитывать ростовые показатели женщин, с явлениями ожирения необходимо полноценное медицинское обследование, включающее в себя осмотр врача первичного приема — клинициста и осмотр врача ультразвуковой диагностики. При единой работе всех этих специалистов неадекватность диагноза сводится к нулю. Стандартизация работы врача, комплексный подход к диагностике заболеваний молочных желез может во многом улучшить существующее ныне положение.

ШКАЛА ТЯЖЕСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СКЕЛЕТА (ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ) И ШКАЛА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.Б. Зотов, А.Г. Синяков, С.А. Ральченко,
А.А. Мойсеев, А.Б. Хисматуллина

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Предложена шкала тяжести метастатического поражения скелета для оценки опорно-двигательной функции (5-ти балльная) и шкала физической активности (5-ти балльная), используемые при онкологических заболеваниях. Совместное использование этих шкал позволяет дать комплексную оценку поражения скелета и уровня физической активности в динамике.

Ключевые слова: метастазы, кости, скелет, шкала физической активности, шкала тяжести метастатического поражения скелета

Метастатическое поражение костей скелета при раке молочной железы является наиболее частым сценарием прогрессирования опухоли этой локализации. Тем не менее, у многих женщин диагностика остеогенных осложнений, нередко, происходит на этапе патологического перелома. Когда возможности восстановительного лечения крайне ограничены или невозможны.

С целью унификации уровня метастатического поражения опорного скелета при РМЖ нами разработана балльная клинико-диагностическая шкала, включающая следующие категории.

Клинико-диагностическая Шкала тяжести метастатического поражения скелета (опорно-двигательная функция)

0 — нет болей и др. клинических признаков (при подтвержденном метастатическом поражении скелета);

1 — боль, незначительно ограничивающая обычную физическую активность;

2 — боль без патологического перелома, значительно ограничивающая обычную физическую активность;

3 — патологический перелом с болевым синдромом, ограничивающий обычную физическую активность;

4 — патологический перелом с болевым синдромом, резко ограничивающий физическую активность (обслуживание в пределах палаты / квартиры);

5 — патологический перелом, исключающий способность самообслуживания (перелом бедра, перелом позвоночника с компрессией спинного мозга и развитием тяжелого пареза/плегии и др.).

Шкала позволяет:

1. Оценить степень поражения скелета при выявлении метастатического процесса у больных РМЖ 3 кл. группы. Дополнительным элементом оценки будет длительность клинических признаков (длительность болевого синдрома) до постановки диагноза.

2. Сравнить отдельные ЛПУ по своевременному выявлению поражения скелета у больных 3-й кл. группы, в т.ч. как критерий оценки эффективности внедрения системы третичной профилактики (например, образовательный аспект, рассчитанный на врачей общей лечебной сети).

3. Сравнить эффективность (по степени сохранения физической активности) различных лечебных подходов при одном уровне поражения скелета.

В данной шкале физическая активность является ключевым элементом, т.к. она отражает качество жизни. Поэтому параллельно с предложенной выше клинико-анатомической системой оценки тяжести поражения скелета должна использоваться шкала уровня физической активности.

сти (специально разработанная для оценки только опорно-двигательной функции).

Шкала уровня физической активности:

1 – физическая активность и самообслуживание в пределах кровати (резко снижена);

2 – физическая активность и минимальное самообслуживание в пределах палаты / квартиры (значительно снижена);

3 – легкое ограничение физической активности, способна выполнять привычную работу по дому (незначительно снижена);

4 – передвигается и обслуживает себя без ограничений (не снижена).

Эта шкала отражает динамический аспект эффективности или неэффективности различных подходов к лечению, в том числе при различной выраженности анатомического дефекта.

Совместное использование этих шкал позволяет дать комплексную оценку поражения скелета и уровня физической активности.

Внедрение ее в практическую работу отделений Тюменского областного онкологического диспансера свидетельствует о ее достаточной эффективности у больных РМЖ, возможности использования, как в клинической, так и научной работе.

ТКАНЕВОЙ УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

О.И. Кит, А.В. Шапошников, Е.Ю. Златник, Е.А. Никителова, Г.И. Загора, Ю.А. Геворкян, М.А. Аверкин, П.Б. Шуликов

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Важное место в осуществлении межклеточных взаимодействий и реализации противоопухолевого ответа иммунной системы принадлежит цитокиновой регуляции.

Цитокины – биологически активные вещества, которые являются продуктами иммунокомпетентных клеток и одновременно регулируют их активность через соответствующие рецепторы. По основным механизмам действия цитокины подразделяются на ростовые (колонестимулирующие) факторы, контролирующие продукцию иммунокомпетентных клеток; провоспалительные (IL-1, 6, 8, 12, 18, TNF-α и др.), обеспечивающие мобилизацию и активацию клеток – участников воспаления; противовоспалительные цитокины (IL-2, 4 и др.) с альтернативным характером действия, ограничивающие развитие воспаления, регулирующие клеточный и гуморальный иммунитет. Цитокины также регулируют процессы ангиогенеза, регенерации, пролиферации, апоптоза, метаболические процессы и т.д. Основными продуцентами провоспалительных

цитокинов являются активированные моноциты, макрофаги, ДК, NK, а также Т- и В-лимфоциты; противовоспалительных – Т-клетки, преимущественно, CD3+CD4+CD8- (Th1 и Th2). Продуцентами цитокинов могут быть не только иммунокомпетентные клетки, но и клетки микроокружения опухоли.

Многие цитокины (IL-1α, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-α, IL-23, IL-24) могут вырабатываться и лимфоцитами и опухолевыми клетками. Известно, что IL-6, IL-8, IL-10, IL-1α и его рецепторный антагонист IL-1RA не только способны продуцироваться опухолевыми клетками, но и проявляют себя как факторы усиления опухолевой прогрессии, активирующие ангиогенез и миграцию опухолевых клеток, а TNF-α, являясь индуктором апоптоза и неоангиогенеза, может вызывать усиление гибели например, лимфоцитов, находящихся на данной территории, и распространение туда опухолевых клеток.

Цитокины являются молекулами короткодистантного взаимодействия, их локальное содержание играет важную роль в межклеточных взаимодействиях и иммунологических реакциях при развитии злокачественного процесса.

Цель исследования: изучить тканевой уровень цитокинов при колоректальном раке

Материалы и методы.

Для изучения местного уровня цитокинов, нами было проведено исследование участков ткани кишки у 20 больных первичными спорадическими аденокарциномами толстого кишечника (III стадии), в возрасте от 36 до 76 лет. Больные, у которых рак толстой кишки развился из предшествующих полипов, язвенного колита или болезни Крона, в исследования не были включены.

В ходе оперативных вмешательств проводилось удаление опухолевого очага с последующим исследованием ткани опухоли, а также визуально неизмененных участков кишки, отступя 1-3 см (перитуморальная зона) и 10 см (линия резекции) от края опухоли. Последнюю мы считали нормой, так как для тканей нормы нет. Полученные образцы их temporae помещались в среду 199 для исследования в иммунологической лаборатории. Аналогичные участки, взятые в формалине, направляли в патоморфологическую лабораторию РНИОИ для верификации диагноза.

Локальный уровень провоспалительных (TNF-α, IL-6, IL-8, IL-10, IL-1RA) и противовоспалительных цитокинов (IL-2), выделенных из образцов ткани кишки, определяли иммуноферментным методом. Образцы ткани отмывали в среде для удаления клеток крови, размельчали и гомогенизировали в растворе Версена на магнитной мешалке в течение 15 минут при температуре 22°C, фильтровали через капроновый фильтр.

Гомогенат стерильно отбирали и хранили при -20°C в течение 1 месяца до иммуноферментного исследования, которое проводили с помо-