

гормона в крови у мальчиков соответствовало нормам. У девочек со стороны половых гормонов также выявлены изменения до начала и после химиолучевого лечения. Низкие показатели эстрадиола в крови выявлены у 4 из 12 девочек до проводимой ХТ, этот же уровень сохранялся и после лечения. У 3 пациентов, получивших 6-8 курсов ХТ, определялось повышение уровня тестостерона (более 5 нмоль/л). У 2 из 12 девочек выявлено слабое развитие вторичных половых признаков. Во время проведения химиотерапии у

больных с гипоестрогенемией отмечалось нарушение менструальной функции – от нарушения цикла до аменореи. Показатели пролактина, прогестерона, ЛГ, ФСГ не были изменены у данной группы больных.

Выводы. Установлено, что больные лимфомами имеют значительные нарушения полового созревания, функции гонад еще до начала лечения, выявлено у 18 больных (69%). А после химиолучевого лечения в 57% случаев развиваются эндокринные нарушения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТИМОДЕПРЕССИН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Л. ПАЛИЙ, Л.Ю. ВЛАДИМИРОВА, А.Э. СТОРОЖАКОВА, Н.А. АБРАМОВА

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

Актуальность. Проведение многокурсовой полихимиотерапии у больных раком молочной железы часто осложняется развитием гранулоцитопений.

Цель исследования – проанализировать возможности применения тимодепрессина для профилактики гранулоцитопении при проведении химиотерапии.

Материал и методы. В исследование включено 16 больных местно-распространенным и диссеминированным раком молочной железы, которым были применены антрациклинсодержащие комбинации химиотерапии, имевших лейкопению I–III степени в анамнезе после предшествующих курсов химиотерапии. Пре-

парат применяли у всех пациенток в течение 5 дней в дозе 1 мл 0,1% раствора, начиная за сутки до начала курса химиотерапии.

Результаты. У 75% (12) больных после химиотерапии, проводившейся на фоне применения тимодепрессина лейкопения не отмечалась, у 25% пациенток отмечалась преходящая лейкопения I степени.

Выводы. Полученные нами результаты показывают, что применение тимодепрессина при проведении курсов цитотоксической терапии позволяет значительно сократить количество гематологических осложнений, что позволяет рекомендовать его для клинического применения.

СПОСОБ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ «НИЗКОМ» РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

И.В. ПАНКРАТОВ, А.П. КОШЕЛЬ, Н.В. СЕВОСТЬЯНОВА

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова ГОУ ВПО СибГМУ, г. Северск

Актуальность. Брюшно-промежностная экстирпация до недавнего времени являлась операцией выбора при опухолях нижне-, средне-, а зачастую и верхнеампулярных отделов прямой

кишки. Однако выполнение данной операций приводит к стойкой инвалидизации и снижению качества жизни больного. Достигнув определенного радикализма, исследователи во всем

мире продолжают поиски способов улучшения функциональных результатов этой операции. Результаты патоморфологического исследования операционного материала по изучению дистального распространения опухоли при раке прямой кишки послужили толчком для обоснования сфинктеросохраняющих операций. Согласно последним данным, интерсфинктерная резекция прямой кишки является онкологически оправданной при экзофитных злокачественных опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки, и при этом гораздо физиологичнее экстирпации органа.

Материал и методы. В нашей клинике разработан в эксперименте и внедрен в практику способ интерсфинктерной резекции прямой кишки (патент РФ №2206280 от 20.06.03) с формированием толстокишечного резервуара с гладкомышечным жомом. Радикализм интерсфинктерной резекции по отношению к «низкому» раку достигается сочетанием тотальной мезоректумэктомии до уровня перехода леваторов в длинную мышцу анального канала и удалением прямой кишки с внутренним сфинктером.

Всего по данной методике оперировано 46 больных (27 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 34 до 77 лет ($57,1 \pm 4,7$). Во всех случаях экзофитные злокачественные новообразования располагались в нижеампулярном отделе, стадия процесса $T_{1-3}N_{0-1}M_0$. При морфологическом исследовании послеоперационного материала по местному распространению стадия опухолевого процесса составляла T_1 – в 3 (6,5%), T_2 – в 31 (67,4%), T_3 – в 12 случаях (26,1%). По степени дифференцировки опухоли прямой кишки распределились следующим образом: высокодифференцированная аденокарцинома выявлена у 27 (58,7%), среднедифференцированная аденокарцинома – у 19 (41,3%) пациентов. При морфологическом исследовании лимфатических узлов регионарное метастазирование выявлено: N_0 – в 42 случаях (91,3%), N_1 – в 4-х случаях (8,7%).

Для достоверной оценки характера роста «низкого» рака и решения вопроса о возможности выполнения интерсфинктерной резекции всем пациентам в предоперационном периоде проводилась эндоскопическая ультрасонография. В контрольные сроки после операции пациенты проходили комплексное стационарное

обследование с использованием клинических и инструментальных (ФКС, ирригоскопия, эндоскопическая ультрасонография, аноректальная манометрия, профилометрия) методов. Оценку калового держания проводили на основании опросника Wexner score.

Результаты. В группе оперированных больных местный рецидив развился у 1 (2,17%) пациента через 17 мес после операции со стадией опухолевого процесса $T_3N_1M_0$, с гистологическим типом опухоли – среднедифференцированная аденокарцинома. Данному пациенту выполнена повторная операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Отдаленные метастазы в печень, легкие диагностированы в разные сроки наблюдения у 5 (10,87%) больных. Показатели 3- и 5-летней выживаемости составили соответственно 84% и 63%. Они соответствуют аналогичным показателям выживаемости, приводимым другими авторами.

По данным фиброколоноскопии резервуар располагался сразу над зоной искусственного сфинктера, имел шаровидную форму. Слизистая кишки на всем протяжении, без явлений атрофии и воспаления. Гладкомышечный жом обладал способностью к непроизвольному тоническому сокращению. При эндоскопической ультрасонографии определялась характерная слоистость для стенки толстой кишки. Искусственный сфинктер представлял собой равномерное циркулярное гипоехогенное образование толщиной в среднем до 4,8 мм из дубликатуры мышечной оболочки. Ни в одном случае не было выявлено признаков дистрофического или рубцового изменения. При проведении проктографии через 6 мес сформированный резервуар в большинстве случаев походил на ампулу, представляя собой равномерно расширенный участок низведенной кишки над уровнем тазового дна.

При аноректальной манометрии показатель порогового объема резервуара находился в пределах нормы и не имел достоверных отличий в различные сроки после операции. Увеличение объема дефекации и максимально переносимого объема у пациентов в различные сроки после операции свидетельствует о растяжимости стенки кишки в области сформированной «искусственной ампулы».

По данным анкетирования по Wexner score с увеличением сроков после операции отмечается положительная динамика. В раннем послеоперационном периоде средний показатель Wexner score составил $15,2 \pm 2,7$, в отдаленном (6-12 месяцев) – $11,4 \pm 2,3$ балла, а спустя 3 года – показатель калового держания составил $7,2 \pm 1,9$. Все это свидетельствует о восстановлении континентальной функции прямой кишки.

Выводы. Разработанный способ, направленный на восстановление резервуарной функции и профилактику синдрома «низкой передней резекции», позволяет значительно повысить уровень качества жизни больных, особенно в отдаленном послеоперационном периоде в первую очередь за счет снижения проявлений анальной инконтиненции.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. ПАНФЕРОВА¹, И.Н. ОДИНЦОВА²

*Иркутский областной онкологический диспансер, г. Иркутск¹
ГУ НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск²*

Актуальность. Знание основных тенденций заболеваемости злокачественными новообразованиями, процесса накопления контингентов позволяет рационально планировать активное выявление больных, коечный фонд онкологических учреждений, диспансеризацию и построение корректных реабилитационных программ.

Цель работы. Изучение особенностей распространения рака молочной железы среди населения Иркутской области с 1993 по 2007 г., по показателям трех пятилетних периодов (1993–1997, 1998–2002, 2003–2007 гг.), а также среди сельского и городского, коренного и пришлого населения.

Материал и методы. Исследование проводилось на основе банка данных злокачественных новообразований населения Иркутской области на основе учётно-отчётной документации областного онкологического диспансера. Временные и возрастные особенности заболеваемости исследовались с помощью повозрастных интенсивных (ИП) и стандартизованных показателей (СП) на 100 тыс. населения. Сведения о среднегодовой численности женского населения в соответствующих половозрастных группировках за изучаемые годы получены в региональном органе государственной статистики. При обработке материала использовались методы статистического анализа в предположении нормального закона распределения исходных величин. Различия результатов считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. За период 1993 – 2007 гг. в области зарегистрировано 57 286 женщин с впервые установленным диагнозом ЗНО, из них в 11 082 случаях был выявлен РМЖ, т.е. у каждой 5-й больной. При этом абсолютное число заболевших в 2007 г. в 1,8 раза больше, чем в 1993 г. В структуре онкологической заболеваемости женского населения за весь период наблюдения РМЖ неизменно является ведущей патологией. Далее следуют злокачественные новообразования кожи (без меланомы), желудка, ободочной кишки и шейки матки. Удельный вес РМЖ составляет 20,1 из 36,7% злокачественных новообразований репродуктивной системы (2007 г.). За исследуемый период с 1993 по 2007 г. в структуре онкозаболеваемости доля данного заболевания увеличилась с 17,7 до 20,1%. В женской популяции области РМЖ встречался в 2007 г. с частотой $50,0 \pm 3,3$ на 100 тыс. населения, при этом показатели составили в 1993–1997 гг. $32,7 \pm 1,2$, в 1998–2002 гг. – $37,5 \pm 1,2$ ‰_{0000} , в 2003–2007 гг. – $45,8 \pm 1,4$ ‰_{0000} .

С возрастом имеет место устойчивый рост уровня заболеваемости. В наибольшей степени негативные последствия РМЖ актуальны для женщин репродуктивного возраста. В возрасте 45–49 лет доля РМЖ в структуре онкозаболеваемости женского населения составляет 30,1%. Затем удельный вес РМЖ снижается и в возрасте 75 лет и старше составляет 12,2%. В этой возрастной группе РМЖ в структуре