

в 10 наблюдениях смерть наступила в течение первого года и у одного больного – через 1,5 года после установления диагноза и проведения комплексного лечения (хирургическое и адьювантная химиотерапия).

С 1994 по 2008 г. в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте было произведено 2908 оперативных вмешательств по поводу рака желудка. Выполнены различные объемы оперативных вмешательств 1806 мужчинам и 1102 женщинам, включавшие гастрэктомию, проксимальную и дистальную резекцию желудка. По данным исследования операционного материала при сравнении первого 5-летия (1994–1998 гг.) и последнего (2004–2008 гг.) отмечено увеличение количества

оперативных вмешательств с 789 до 1227, т.е. в 1,5 раза. За период 1994–2008 гг. перстневидноклеточный рак был диагностирован в 407 наблюдениях. Доля перстневидноклеточного рака желудка по отношению к другим гистотипам составила 14%. Кроме того, отмечено увеличение перстневидноклеточного рака за период с 1994 по 2008 г. в 5 раз. Особенности гистологической картины перстневидноклеточного рака являлись: диффузно-инфильтративный характер роста с преимущественно подслизистым характером роста, значительная распространенность опухоли по площади желудка.

**Выводы.** Проведенный клинико-морфологический анализ свидетельствует об особенностях течения перстневидноклеточного рака.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ВВЕДЕНИЯ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Г.А. НЕРОДО, Н.Е. ЛЕВЧЕНКО, Л.Ю. ГОЛОТИНА, А.П. МЕНЬШЕНИНА

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

Рак яичников в силу его тяжелого клинического течения и высокой смертности является наиболее агрессивной опухолью женских гениталий. Учитывая высокую чувствительность опухолей яичников к цитостатикам, химиотерапия за последние десятилетия приобрела особое значение в лечении данной патологии. Однако до сих пор остаются спорными вопросы последовательности методов лечения распространенного рака яичников и пути введения химиопрепаратов.

**Цель исследования.** Изучить непосредственные и ближайшие результаты комплексного лечения больных асцитной формой рака яичников (РЯ) путем проведения неоадьювантной внутрибрюшинной химиотерапии на белковом концентрате асцитической жидкости.

**Материал и методы.** В исследование включены 62 пациентки распространенным раком яичников асцитной формы III–IV стадий. Пациенткам основной группы (32 женщины) внутрибрюшинная неоадьювантная химиотерапия проводилась на белковом концентрате асцитической

жидкости (ВБХАТ). Для этого асцитическую жидкость подвергали фильтрационной детоксикации, полученный белковый концентрат инкубировали с курсовой дозой химиопрепаратов, затем вводили внутрибрюшинно. Пациентки контрольной группы (30 женщины) лечились по стандартной методике внутрибрюшинной химиотерапии – химиопрепараты растворяли на теплом физиологическом растворе (ВБХТ). Больным обеих групп проводили химиотерапию по схеме «САР».

**Результаты.** При оценке непосредственных результатов отмечено, что более высокий процент достижения регрессии опухоли констатирован в основной группе – 78,1% против 40% в контрольной группе. ВБХАТ позволила достичь полной регрессии опухоли в 28,1%, в то время как ВБХТ – в 6,7% случаев ( $p < 0,05$ ). Частичная регрессия в основной группе отмечена в 50% случаев, в группе контроля – в 33,3%. При сравнительном анализе количества оптимальных циторедуктивных операций в исследуемых группах установлено, что при использовании

белкового концентрата асцитической жидкости минимальная резидуальная опухоль достигнута у 87,5% больных, тогда как при стандартной внутрибрюшинной химиотерапии наблюдалась у 56,7% прооперированных женщин ( $p < 0,05$ ). Для оценки ближайших результатов лечения больных асцитной формой рака яичников нами были рассчитаны показатели 2-летней общей и безрецидивной выживаемости. Двухлетняя общая выживаемость больных в основной группе составила 79,5%, а в группе контроля – 59,5% ( $p < 0,05$ ). Анализ двухлетней безрецидивной выживаемости больных позволяет отметить несомненные преимущества метода ВБХАТ, что находит свое отражение в высоком проценте (51,0%) двухлетней безрецидивной выживаемости

больных по сравнению со стандартной ВБХТ, в которой этот показатель составил 27,3%. Медиана бессобытийной выживаемости в основной группе достигает 23 месяцев, а в контрольной – 12 месяцев.

**Выводы.** Применение неоадьювантной внутрибрюшинной полихимиотерапии на белковом концентрате асцитической жидкости является оправданным и эффективным компонентом в комплексном лечении больных асцитной формой рака яичников III-IV стадий, так как позволяет улучшить непосредственные и ближайшие результаты лечения и создает возможность для проведения большего количества оптимальных циторедуктивных операций.

## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕЦИДИВИРОВАНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

В.П. НИКИТИНА, Г.А. НЕРОДО

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

**Цель исследования** – изучить наиболее значимые гормональные показатели, изменяющиеся при прогрессировании болезни, выявить возможность использования этих показателей для прогнозирования эффективности комплексного лечения больных рака тела матки и дальнейшего течения болезни.

**Материал и методы.** Представлены результаты клинического наблюдения и лабораторного исследования 75 больных с установленным диагнозом рака тела матки. В работе использованы биохимические методы, радиоиммунный анализ, методы вариационной статистики.

**Результаты.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что характер изменения стероидогенеза и степень отклонения его от нормы коррелировали с длительностью безрецидивного периода. У 75% больных генерализация рака тела матки происходила на фоне низкой продукции эстрона ( $5,28 \pm 0,46$ ). У 82% – количество эстрадиола составило  $3,95 \pm 0,35$ . Соответственно возобновление опухолевого процесса у 25% женщин наступало при следующем количестве этих гормонов: эстрон –  $16,45 \pm 3,50$ ; эстрадиол

–  $13,61 \pm 1,40$ . При всех сроках генерализации опухоли самым ярким проявлением стероидного дисбаланса у больных репродуктивного возраста было преобладание эстриола над суммой активных фракций женских половых гормонов. С увеличением безрецидивного срока от 1 до 2 лет после радикального лечения нарушения в стероидном равновесии женских половых гормонов усугублялись, что было вызвано дальнейшим снижением продукции эстрона и эстрадиола и сохранением продукции эстриола. При возобновлении злокачественного роста спустя год после радикального лечения рака тела матки происходит снижение коэффициента отношения эстрадиола к андростерону, в среднем почти вдвое. При этом у больных стойко сохраняется, а со временем и усугубляется, дисбаланс между отдельными фракциями андрогенных метаболитов, и в первую очередь между андростероном и этиохоланолоном. Дальнейший анализ полученных результатов показал, что возобновление злокачественного процесса, сопровождающегося развитием отдаленных метастазов, происходит при гормональ-