

8 больным выполнены операции, 1 пациенту – ДГЛТ. Все больные после лечения находились под динамическим наблюдением. Через 2 года

после лечения без рецидивов и метастазов живы 93 (76,8 %) пациента.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЮЖНЫХ РАЙОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.Р. ЖУМАБАЕВ, Н. М. МАМАШОВ, Ч.Д. РЫСПЕКОВА

Ошский межобластной центр онкологии при МЗ КР, г.Ош, Кыргызская Республика

Дефицит алиментарного йода в организме является основной причиной гиперплазии щитовидной железы (ЩЖ) и фактором риска развития в ней узловых образований. По данным литературы, в 55,5–76,8 % случаев раку щитовидной железы (РЩЖ) предшествует узловой зоб.

Нами проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 1324 пациентов (1993–2007 гг.) жителей южных районов (Баткенская, Жалалабатская и Ошская области), которым было выполнено хирургическое лечение по поводу узловых образований ЩЖ. Из них женщин – 238 (92,4 %) и мужчин – 92 (7,6 %). У 120 больных, которым ранее проведены различные виды операций по поводу узловых образований ЩЖ, выявлен злокачественный процесс.

В основном больные поступали на лечение с III стадией РЩЖ (53 %). Наиболее высокой уровень заболеваемости зарегистрирован у жителей Жалалабатской области – 56,2 % случаев, в Ошской и Баткенской области – 31,2 % и 12,5 % наблюдений соответственно. Гистологическая структура опухолей была следующей: папиллярный рак выявлен у 44,4 % больных, фолликулярный – у 31,1%, недифференцированный – у 3 больных и по 1 случаю зарегистрированы умереннонедифференцированная аденокарцинома, фибросаркома, пло-

скоклеточный ороговевающий рак. До настоящего времени остается нерешенной проблема ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей ЩЖ, отсутствует дифференцированный подход при лечении узлового коллоидного зоба и аденом из фолликулярных клеток, которые в клинической практике объединены под термином «узловой эутиреоидной зоб». Наличие узлов в щитовидной железе должно насторожить любого врача, т.к. под маской «узлового эутиреоидного зоба» может протекать злокачественный процесс в ЩЖ. Пациенты с узловыми образованиями ЩЖ, длительно проживающие в эндемичной по зобу местности, должны в обязательном порядке входить в группу онкологического риска и находиться на диспансерном учете у онколога как до, так и после проведенного лечения. Для успешного лечения узловых образований ЩЖ в первую очередь необходимо иметь адекватную информацию об их морфологической структуре. Именно морфологически подтвержденный диагноз является основой для выбора правильной тактики лечения и адекватного объема оперативного вмешательства. Несмотря на это, наличие узлового зоба является абсолютным показанием к оперативному лечению как минимум в объеме гемитиреоидэктомии с резекцией перешейка ЩЖ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОГО МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКИХ

Б.Т. ЖУСУПОВА¹, Н.А. ШАНАЗАРОВ²

*ГККП «Онкологический диспансер», г. Астана¹
ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, г. Тюмень²*

Актуальность. Известно, что мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) характеризуется ускорен-

ным ростом опухолевых клеток и, как следствие, высоким потенциалом метастазирования. Этот

факт обеспечивает начальную чувствительность опухоли к цитостатикам, лучевому лечению, что и определяет выбор терапевтической тактики. Было показано, что проведение химиотерапии в лечении пациентов с локализованным МРЛ сопровождается высоким количеством местных рецидивов – более чем у 75 %. Дополнительное назначение лучевой терапии приводит к значительной, от 30% до 60 %, редукции риска интрапракальных рецидивов болезни. Выбор оптимального времени начала проведения лучевой терапии (ЛТ) относительно химиотерапии остаётся до сих пор не решённым, как и вопрос о выборе дозы и режиме фракционирования лучевой терапии. Агрессивное противоопухолевое воздействие вызывает необходимость оптимизации схем полихимиотерапии, доз препаратов с целью уменьшения токсичности лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность химиолучевого лечения ограниченного мелкоклеточного рака лёгких в зависимости от времени начала лучевой терапии при проведении одновременного химиолучевого лечения.

Материал и методы. 110 больным с ограниченной стадией МРЛ было проведено не менее 4–6 циклов химиотерапии в сочетании с лучевой терапией. Обязательным условием для включения пациента в исследование было наличие морфологической верификации опухолевого процесса. Всем больным проводилась также лучевая терапия. Основное отличие между изучаемыми группами заключалось во времени начала проведения облучения опухоли

по отношению к химиотерапии. Так, в группе I дистанционная гамма-терапия осуществлялась одновременно с лекарственным лечением, в группе II лечение выполняли последовательно, после завершения химиотерапии и купирования токсических реакций.

Результаты. Результативность химиолучевого лечения в обеих группах оказалась высокой. Показатели общей эффективности находились в пределах 70–80 %, различия статистически недостоверны. Частота полных ответов на лечение оказалась незначимо выше в группе раннего начала лучевой терапии, чем при её отсроченном проведении. Как известно, проведение одновременного химиолучевого лечения сопровождается более высокой токсичностью по сравнению с последовательными режимами. Нами также отмечено увеличение частоты токсических реакций при раннем начале ЛТ в комбинации с химиотерапией. Обращает на себя внимание зависимость возникновения нежелательных явлений от варианта последовательности проведения ЛТ и ХТ. Так, наименьшая токсичность зарегистрирована в группе последовательного проведения ЛТ и ХТ. Лечение сопровождалось достоверным увеличением осложнений в группе раннего проведения ЛТ одновременно с ХТ.

Выводы. Одномоментное проведение химиотерапии и лучевого лечения в составе комплексного лечения пациентов с ограниченным мелкоклеточным раком лёгкого увеличивает эффективность терапии при одновременном повышении частоты токсических реакций.

ЗАВИСИМОСТЬ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК ОПУХОЛИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРИ КИШЕЧНОМ И ДИФФУЗНОМ ТИПАХ РАКА ЖЕЛУДКА

**М.В. ЗАВЬЯЛОВА^{1,2}, И.В. СТЕПАНОВ^{1,2}, С.В. ВТОРУШИН^{1,2},
О.В. САВЕНКОВА¹, А.В. АВГУСТИНОВИЧ¹, А.О. КАРПОВА²**

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск¹
ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития России», г. Томск²

Актуальность. Рак желудка является одним из наиболее распространенных злокачественных

новообразований. Пролиферативную активность называют перспективным прогностическим