

и Алайскую долину на юге. Население г. Ош в 2005 г. составило 247,6 тысяч человек, на его территории проживают представители более 80 национальностей. Удельный вес кыргызов составляет 39 %, узбеков – 49 %, русских – 6 % населения города.

Материал и методы. Клиническому анализу подвергнуто 247 случаев РМЖ, зарегистрированных в г. Ош за период с 1993 по 2005 г. Источниками информации о случаях заболевания РМЖ служили извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования (учетная форма №090/у), контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030-6/у), амбулаторные карты (учетная форма № 25), выписки из стационарной карты (учетная форма № 027-1/у) Национального центра онкологии, Ошского межобластного центра онкологии, центра семейной медицины «Мир семьи», данные государственного статистического управления о возрастно-половом и этническом составе населения г. Ош. Во всех случаях имела морфологическая верификация диагноза. Для получения достоверной информации о заболеваемости раком молочной железы изучены также материалы ЗАГС – актовые записи о гражданском состоянии за период с 1993 по 2005 г. Для исключения дубликатов проведена алфавитизация массива данных. Материал статистически обработан с использованием прикладных программ.

Результаты. За период с 1993 по 2005 г. в городе Ош было зарегистрировано 247 больных

РМЖ. По возрастным показателям уровень заболеваемости растет вплоть до наступления периода менопаузы, для женщин в постменопаузе тенденция роста заболеваемости уменьшается с возрастом. В период с 1995 по 2005 г. отмечается подъем заболеваемости, что объясняется изменением социальных условий, отражающихся на увеличении возраста вступления в брак, большем количестве аборт, меньшем числе детей в семье и вскармливаний. В исследовании 23,6 % больных составили кыргызки, 27,6 % – узбечки, 29,1 % – русские. Рак молочной железы I стадии был выявлен у 4 (1,6 %), II стадии – у 74 (30 %), III стадии – у 119 (48,2 %), IV стадии – у 50 больных (20,2 %). Одногодичная летальность составила 26,4 % (65), более 5 лет прожили 95 больных (38,5 %).

Выводы. В результате проведенного анализа получены интенсивные показатели заболеваемости РМЖ с по возрастной и этнической оценкой. Эти данные могут быть использованы в расчетах риска развития РМЖ в женской популяции г. Ош. Заболеваемость РМЖ имеет тенденцию к росту, удельный вес пациенток моложе 40 лет составляет 11 %. Пик заболеваемости приходится на наиболее активные в социальном плане возрастные группы 40–49 и 50–59 лет. Рак I–II стадии выявлен у 32 % больных, что связано с плохой осведомленностью женского населения о заболеваниях молочной железы, несвоевременным обращением больных, низкой онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети.

ТЕРМОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

К.В. Семиконов, В.А. Маслов, А.В. Комиссаров, А.А. Антонов

Челябинский областной онкологический диспансер

Актуальность. Данный способ лечения предназначен для наиболее эффективного проведения многокомпонентного лечения при раке анального канала, средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки. Стандартом хирургического лечения данной патологии является брюшнопромежностная экстирпация прямой

кишки или брюшноанальная резекция при раке среднеампулярного отдела прямой кишки. При хирургическом лечении рецидивы возникают у 18,3–28,6 % пациентов. При комбинированном лечении перед операцией больным проводят интенсивно-концентрированный курс дистанционной гамма-терапии, в режиме РОД 5 Гр, 5 раз в

нед, независимо от стадии первичной опухоли. Рецидивы при данном виде лечения возникают в 7,1–17,2 % случаев. В качестве радиосенсибилизатора в некоторых клиниках используют локальную гипертермию (42–45°C) на первичную опухоль с применением ректального датчика и СВЧ-излучения (460 МГц, 915 МГц). Рецидивы при этом отмечены у 2,9–7,1 % больных. К недостаткам использования СВЧ можно отнести усиление тенезмов, появление выраженных ректитов и более выраженные общие лучевые реакции.

Результаты. В нашей клинике, при выборе схем комбинированного лечения рака прямой кишки, используем дифференцированный подход, определяющийся стадией заболевания. Наличие метастазов в параректальной клетчатке и распространение опухоли за пределы стенки кишки, выявленные при ТРУЗИ, являются основанием для проведения пролонгированных курсов лучевой терапии. Стремление к проведению подобных режимов дистанционной гамма-терапии основывается на том, что данная методика дает наиболее выраженный патоморфоз опухоли, особенно в сочетании с радиомодифицирующими агентами. В качестве последних используем термо- и химиомодификацию (для усиления повреждающего воздействия на опухолевые клетки). В настоящее время в комплексном лечении используется следующая схе-

ма: пролонгированный курс лучевой терапии на фоне 5-фторурацила (ежедневно перед сеансом ДГТ) + термотерапия (аппарат «Радиотерм Ч»). Оперативное лечение при раке анального канала I стадии не выполняется. В остальных случаях через 3–4 нед после термохимиолучевой терапии осуществляем хирургическое вмешательство. В дальнейшем, при выявлении метастазов в регионарных лимфоузлах, проводится адъювантная химиотерапия.

С января 2005 г. в ЧООД пролечено 25 пациентов с местно-распространенным раком прямой кишки. У 8 пациентов опухоль располагалась в анальном канале, у 10 – в нижнеампулярном, у 7 – в среднеампулярном отделе прямой кишки. После проведения предоперационного курса химиолучевой терапии с термомодификацией всем больным выполнялся хирургический этап лечения. У 2 больных получен патоморфоз опухоли IV степени, у 9 – III степени, у 12 – II степени, у 2 – I степени. При этом у последних проводился интенсивно концентрированный курс ДГТ (СОД 25 Гр) и три сеанса термотерапии. У двух пациентов после выполнения хирургического этапа лечения возникла несостоятельность кишечного анастомоза (8 %), потребовавшая повторного хирургического вмешательства. Других осложнений после проведения комплексного лечения зафиксировано не было. В 20 % случаев отмечены лучевые реакции в виде лучевого ректита.

PLA ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА GP3A КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

А.В. Серегин, К.Ю. Кашинцев, В.А. Енгай, Н.А. Шустикский, А.А. Серегин

Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО, г. Москва

Актуальность. Насущной проблемой современной урологии является разработка новых методов диагностики и лечения рака почки, среди которых свое место занимает изучение генетических нарушений при новообразованиях почек. Молекулы клеточной адгезии играют важную роль в патогенезе злокачественных опухолей мочеполовой системы. Ген гликопротеина 3А (GP3A) кодирует бета 3 субъединицу

интегринового рецептора и содержит PLA (Leu33Pro) полиморфизм.

Целью работы явилось определение клинического значения PLA полиморфизма гена GP3A при раке почки.

Материал и методы. В наше исследование было включено 130 пациентов, из которых у 100 пациентов диагностирован рак почки и 30 пациентов составили контрольную группу. PLA