

кости выполнена резекция проксимальных отделов локтевой и лучевой костей, резекция локтевого сустава, артродез. У 2 больных с наименее выраженными проявлениями опухолевого процесса и выраженным клиническим эффектом от проведенной лекарственной терапии проведена резекция дистального отдела бедренной кости с использованием однополюсного эндопротезирования. При поражении б/берцовой кости произведена резекция, наложением аппарата Елизарова с последующей аутопластикой. В одном случае выполнена проксимальная резекция плечевой кости с эндопротезированием плечевого сустава, а также у одной больной с поражением дистального отдела бедренной кости выполнена резекция с установкой временного спейсера. У всех пациентов исследована степень лекарственного патоморфоза: I-степень – 10 (83%) больных, III-IV – 2 (17%). Третьим этапом лечения проведено 3-8 курсов адъювантной АГХТ: доксорубицин+цисплатин, ифосфамид+этопозид+карбоплатин. Схемы лечения подбирались с учетом степени

лекарственного патоморфоза. К настоящему времени все пациенты закончили комплексную терапию. Сроки наблюдения составляют от 3 мес до 5 лет. У одной пациентки на этапе п/операционной ПХТ, а также у 2 пациентов через 6-9 мес после окончания комплексного лечения наступила генерализация процесса с метастатическим поражением легких. Из этой группы 2 (16%) пациента погибли несмотря на проводимое противорецидивное лечение. Остальные 10 (83%) пациентов в настоящее время находятся в 3 клинической группе в полной ремиссии.

Выводы. Общая выживаемость среди пациентов с локализованными стадиями остеогенной саркомы с применением в комплексной терапии органосохранного лечения составила 83%. Общая 3-летняя выживаемость к настоящему времени может быть оценена у 6 пациентов, она составила 83%, безрецидивная – 66%, что свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ

А.А. СИДОРУК, Е.А. УЛЬРИХ, В.И. НОВИК, А.Ф. УРМАНЧЕЕВА

*ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий», г. Санкт-Петербург
ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава, г. Санкт-Петербург*

Актуальность. По данным различных раковых регистров среди злокачественных опухолей (инвазивных форм) шейки матки частота аденокарциномы колеблется от 5 до 26%. Последние десятилетия отмечается увеличение заболеваемости железистым раком шейки матки, особенно среди молодых женщин. Предшественником инвазивной аденокарциномы шейки матки является аденокарцинома in situ, а интервал времени между ними составляет 7-13 лет. Диагностика аденокарциномы in situ представляет значительные трудности. Клинические симптомы у большинства больных отсутствуют. Гинекологическое исследование, кольпоскопия, биопсия, а также эндоцервикальный кюретаж обычно недостаточно информативны, поскольку опухоль локализуется в цервикальном канале, имеет малые размеры поражения, также имеется трудность получения достаточного для исследо-

вания материала и недооценка гистологических изменений. Основное значение в выявлении аденокарциномы in situ многие авторы придают цитологическому методу исследования. Цитологическая диагностика аденокарциномы in situ более сложна и менее точна, чем при диагностике плоскоклеточной карциномы шейки матки.

Цель исследования. Оценить значение цитологического метода исследования в ранней диагностике аденокарциномы in situ шейки матки.

Материал и методы. В настоящем исследовании проанализированы клинические и морфологические данные (цитологические, гистологические, ядерные морфометрические параметры используя компьютерную морфоденситометрию - метод анализа изображения) больных аденокарциномой in situ шейки матки (n=25), получавших лечение в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова за период с 1970 по 2003 г.

Результаты. Средний возраст больных составил $46,92 \pm 2,4$ года (от 23 до 69 лет). Из 25 больных 4 были моложе 30 лет, 14 больных – 40–49 лет, 7 больных – старше 50 лет. Семнадцать пациенток (77%) находились в репродуктивном возрасте, в постменопаузе – 8 женщин. Клинические признаки заболевания отсутствовали у 10 (40%) больных. Ациклические кровянистые выделения в репродуктивном периоде или кровянистые выделения в постменопаузе из половых путей наблюдались у 8 (32%) больных. Выделения (водянистые), болевой синдром отмечен у 5 пациенток. При осмотре в зеркалах шейка матки была неизменной у 17 (68%) женщин, в 7 (28%) случаях на влагалищной части обнаружена эктопия шейки матки. Цитологическая картина аденокарциномы *in situ* шейки матки имеет свои особенности: пласты, комплексы опухолевых клеток в виде железистоподобных, папиллярных и палисадообразных структур. Клетки округло-вытянутой и цилиндрической формы с четкими границами. Ядра крупные гиперхромные, округлой, овальной формы, иногда уродливые, хроматин глыбчатый. Из 25 больных при первоначальном цитологическом исследовании клетки железистого рака были получены в 19 (76%) случаях: 15 – аденокарцинома *in situ* шейки матки, 4 – инвазивная аденокарцинома. В 4 наблюдениях верифицирована карцинома *in situ* шейки матки, 1 – плоскоклеточный рак шейки матки, 1 – атипия. После пересмотра препаратов цитологический диагноз аденокарциномы *in situ* шейки матки установлен в 25 (100%) случаях. Гистологическое исследование соскоба из цервикального канала выполнено у 21 больной: 3 (12%) случая – аденокарцинома *in situ* шейки матки, в четырех – отмечено наличие атипических клеток, 14 – без атипии. Всем больным выполнено хирургическое лечение: электроконизация

шейки матки ($n=5$), пангистерэктомия ($n=12$), пангистерэктомия с верхней третью влагалища ($n=5$), радикальная пангистерэктомия по методу Вертгейма-Мейгса ($n=3$). Гистологически аденокарцинома *in situ* шейки матки обнаружена в операционном материале в 6 (24%) случаях, и только после пересмотра микропрепаратов и выполнения серийно-ступенчатых срезов аденокарцинома *in situ* была подтверждена еще у 15 больных. После проведения цито-гистологических сопоставлений в 16 случаях выполнена компьютерная морфоденситометрия ДНК ядер атипических эндоцервикальных клеток, которая подтвердила малигнизацию эпителия эндоцервикса в 12 наблюдениях и выявила малигнизацию в 4 случаях ранее не подтвержденных гистологически. По гистотипу опухоли распределились следующим образом: 18 – эндоцервикальный тип, 1 – эндометриоидный тип, 1 – светлоклеточный, 1 – эндоцервикальный и эндометриоидный, 1 – эндометриоидный и серозный, 1 – эндометриоидный и светлоклеточный, 2 – сочетание эндоцервикальной аденокарциномы и плоскоклеточной карциномы *in situ*.

Выводы. Диагностика аденокарциномы *in situ* шейки матки представляет значительные трудности вследствие малоизученности заболевания, недостаточного опыта морфологической диагностики железистых неоплазий. Гистологическое подтверждение аденокарциномы *in situ* шейки матки зафиксировано у каждой 4-й больной с позитивным цитологическим исследованием, что потребовало дополнительного пересмотра микропрепаратов и выполнения достаточного числа серийно-ступенчатых срезов, а также применения компьютерной морфоденситометрии ДНК ядер атипических эндоцервикальных клеток, которая позволила подтвердить малигнизацию.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ ПРИ НЕЙТРОННОЙ И НЕЙТРОННО-ФОТОННОЙ ТЕРАПИИ

К.А. СИМОНОВ, В.В. ВЕЛИКАЯ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Возникновение лучевых повреждений той или иной степени выраженности

является закономерным при реализации многокомпонентных программ лечения злокачествен-