

лофосфан – 800–1000 мг) и антиметаболитов (метотрексат – 30–40 мг и 5-фторурацил – 800–1000 мг). Средние суммарные курсовые дозы химиопрепаратов по схеме «супер-СМФ» составили: циклофосфан – 3200–4000 мг, метотрексат – 120–160 мг, 5-фторурацил – 3200–4000 мг. Проводимая неоадьювантная АЛХТ привела к клиническому улучшению у 112 из 120 больных, что позволило выполнить радикальную операцию. Сле-

дующим этапом лечения проводилась лучевая терапия. Пятилетняя выживаемость при комплексном методе лечения РЭ III стадии с применением предоперационной АЛХТ достигает 78,95 %. Данный способ лечения ранее неоперабельных больных позволяет улучшить непосредственные результаты лечения, выполнить хирургический этап лечения и продлить жизнь подобным больным.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ И ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Е.Н. Славнова, З.Д. Гладунова

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

Целью нашего исследования явилась разработка цитоморфологических критериев дифференциальной диагностики железистой гиперплазии эндометрия, атипической железистой гиперплазии эндометрия и высокодифференцированной аденокарциномы.

Материалом для исследования послужили 214 аспиратов из полости матки больных с гистологическим контролем (у 57 больных – железистая гиперплазия эндометрия, у 94 – атипическая железистая гиперплазия эндометрия, у 63 – высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия). Цитологические препараты окрашивались по методу Паппенгейма. Для минимизации числа цитологических признаков применялся метод дискриминантного анализа с использованием компьютера.

При обычном рутинном цитологическом исследовании аспиратов из полости матки использовано 56 цитологических признаков, характеризующих вид клеток, морфологию ядра, цитоплазмы, ядерно-цитоплазматическое отношение (я/ц), степень выраженности атипии клеток, особенности межклеточных связей. Сначала гиподиагностика высокодифференцированной АК составила 22 %; гипердиагностика – 3 % и отмечена при АГЭ. Гипердиагностика АГЭ имела место при ЖГЭ в 8,7 %.

Применение компьютерных технологий позволяет минимизировать число цитологических дифференциально-диагностических признаков высокодифференцированной АК, АЖГ и ЖГЭ до 12, выделив наиболее информативные: палочковидная форма ядер

пролиферирующих клеток, небольшой размер ядер пролиферирующих клеток, равномерная мелкозернистая структура хроматина пролиферирующих клеток, разрозненные атипичные клетки, комплексы с нагромождением атипичных клеток, полиморфизм атипичных клеток, гиперхромия ядер атипичных клеток, равномерная мелкозернистая структура хроматина ядер атипичных клеток, неравномерная грубая структура хроматина ядер атипичных клеток, количество атипичных клеток, «голые» ядра атипичных клеток, эндометриальные стромальные клетки. Использование выделенных признаков обеспечивает при полноценном клеточном мазке правильную цитологическую диагностику в 97,7 %. Цитологическая гиподиагностика высокодифференцированных АК эндометрия при исследовании аспиратов полости матки не менее чем в 30 % обусловлена плохим взятием материала и отсутствием опухолевых клеток в мазках.

Причины расхождений цитологических и гистологических данных при визуальной характеристике патологических процессов в эндометрии могут быть объяснены: субъективными трудностями оценки цитологических картинок; отсутствием четких унифицированных представлений о видах цитограмм при различной патологии эндометрия; недостаточной информативностью исследуемого цитологического материала, когда в мазках преобладают клетки, отражающие фоновые процессы, или отсутствуют клетки, характеризующие основной процесс.

Минимизация числа цитологических дифферен-

циально-диагностических признаков для диагностики различных патологических процессов эндометрия (ЖГЭ, АГЭ, АК) позволяет определить характер патологического процесса в 97,7 % случаев. Ведущим дифференциально-диагностическим цитологическим

критерием для разделения АГЭ и высокодифференцированной АК является присутствие при АК значительного числа клеток среднего размера, обладающих признаками атипии с крупными ядрами, имеющими неравномерную грубую структуру хроматина.

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ НА ФОНЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Р.М. Смолякова, И.А. Косенко, Т.М. Литвинова, Н.М. Егорова, Т.М. Кудина

ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», г. Минск

Наличие первичного иммунодефицита характерно для больных, имеющих злокачественные новообразования, в том числе и рак тела матки (РТМ). Одним из наиболее перспективных средств, способствующих нормализации иммунитета при различной патологии, является лазерная гемотерапия.

Цель исследования – изучить влияние внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на показатели иммунологического статуса у больных РТМ, получивших комбинированную терапию.

Материал и методы. Показатели иммунограммы были изучены у 140 женщин. Пациентки разделены на 3 группы, которые сопоставимы по возрасту, гистологической структуре опухоли, сопутствующим заболеваниям. У больных 1-й группы (40 женщин) лечение начинали с сеанса предоперационной контактной лучевой терапии в дозе 13,5 Гр радионуклидом ^{192}Ir , после чего выполняли операцию в объеме экстирпации матки с придатками с последующим курсом дистанционной лучевой терапии на область малого таза в дозе 40 Гр. Пациенткам 2-й группы (51 человек) выполняли пять процедур ВЛОК (аппарат «ЛМ-03» длина волны 0,63 мкм, мощность дозы 1,5–2,0 мВт), а затем проводили такой же курс комбинированной терапии, как и больным 1-й группы. У больных 3-й группы (49 наблюдений) специальное лечение было дополнено 8 процедурами квантовой гемотерапии на аппарате «ЛЮЗАР-МП» (длина волны 0,67 мкм и мощность 1,5–2,0 мВт).

Установлено, что под влиянием однократной

дозы 13,5 Гр и операции статистически значимо повышалось количество лейкоцитов в крови ($p < 0,001$) больных РТМ и снижался уровень иммуноглобулинов IgG ($p < 0,05$) и IgA ($p < 0,01$) по сравнению с таковыми до начала лечения. Изменения остальных показателей оказались статистически незначимы ($p > 0,05$). После операции существенных изменений в иммунологическом статусе не происходило ($p > 0,05$). Проводимый курс послеоперационного облучения органов малого таза обладал депрессивным иммунологическим действием: под его влиянием снижались статистически значимо лейкоциты ($p < 0,001$), лимфоциты ($p < 0,001$), общие лимфоциты ($p < 0,001$), Т-активные лимфоциты ($p < 0,001$), Т-хелперы ($p < 0,05$), Т-цитостатические лимфоциты ($p < 0,05$), В-лимфоциты ($p < 0,05$) с одновременным повышением фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,05$). Аналогичные изменения с иммунологическими показателями происходили у больных 2-й группы. У пациенток 3-й группы в процессе лечения изменений со стороны клеточного и гуморального иммунитета не отмечено.

Выводы

1. Комбинированное лечение угнетает иммунитет больных РТМ I стадии.

2. Дополнительное проведение 8 процедур ВЛОК в ходе комбинированного лечения обеспечивает нормализацию показателей иммунологического статуса.