

3-й. В течение 3 лет наблюдения рецидивы диагностированы только у 2 (2,0 %) больных 1-й группы. Отдаленные метастазы имели место во всех группах наблюдения: у 10 (9,9 %) женщин в 1-й группе, у 2 (3,9 %) – во 2-й и у 1 (3,3 %) – в 3-й. 3-летняя общая и безрецидивная выживаемость среди пациенток 1-й группы составила 86,1 % и 87,6 %; во 2-й – 100 % и 96,1%; в 3-й – 96,7 % и 96,7 % соответственно. Лучевые осложнения II–III степени тяжести возникли у больных 2-й и 3-й групп, их число соответственно составило 5,9 % и 3,3 %.

Выводы

1. Сеанс высокодозной брахитерапии угнетает рост саркомы-45 и тормозит процессы метастазирования карциномы легких РЛ-67 ($p<0,001$).

2. Предоперационное облучение в дозе 13,5 Гр с использованием 4-канального и «Ring Applicator» эндостатов позволяет в течение 3 лет избежать у больных РТМ I стадии рецидивов, снизить число метастазов до 3,3–3,9 % и повысить общую выживаемость до 96,7 % и 100 %.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

**И.А. Косенко, С.А. Мавричев, О.А. Ерохина, Т.М. Литвинова,
Г.К. Таргонская**

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

Согласно требованиям FIGO, с 1988 г. для резектабельного рака тела матки (РТМ) применяют интраоперационное стадирование, которое позволяет уточнить стадию злокачественного процесса, установленную по результатам клинического обследования больных до начала лечения. Неотъемлемой частью хирургического стадирования является выполнение интраперитонеального клеточного смыва с органов брюшной полости для определения наличия раковых клеток в брюшной полости до завершения операции. К сожалению, не всегда имеющиеся злокачественные клетки попадают в интраперитонеальный клеточный смыв, что требует новых подходов к их определению в брюшной полости.

Цель работы – сравнить способы определения наличия злокачественных клеток в брюшной полости и малом тазу у больных РТМ и выбрать наиболее оптимальный.

Материал и методы. В исследование включены 269 больных резектабельным РТМ I–IV стадий. Изучены три способа взятия материала для цитологического исследования: интраперитонеальный клеточный смыв с органов брюшной полости и малого таза (269 женщин), мазки с фимбрий ампулярных отделов маточных труб (269 женщин) и мазки с брюшины зад-

него дугласова кармана (247 женщин). После лапаротомии брали мазки-отпечатки с фимбрий ампулярных отделов маточных труб на два стекла и содержимое с брюшины заднего дугласова кармана, далее в брюшную полость вводили 150 мл физиологического раствора и получали интраперитонеальный клеточный смыв. Материал отправляли в цитологическую лабораторию для срочного исследования.

Результаты. Раковые клетки найдены у 12 (4,5 %) больных резектабельным РТМ, при этом у 9 (3,3 %) – в мазках-отпечатках, взятых из фимбрий ампулярных отделов маточных труб. Злокачественные клетки обнаружены в 4 (1,5 %) интраперитонеальных клеточных смывах, в 9 (3,3 %) мазках-отпечатках и в 2 (0,8 %) мазках, взятых с брюшины заднего дугласова кармана. Только у 1 (0,4 %) пациентки они встречались одновременно в интраперитонеальном клеточном смыве, в мазках-отпечатках с фимбрий ампулярных отделов маточных труб и в мазках из брюшины заднего дугласова кармана, у 2 (0,8 %) – в интраперитонеальном клеточном смыве и в мазках, взятых с брюшины заднего дугласова кармана, то есть в мазках-отпечатках в 2,2 раза чаще присутствуют раковые клетки, чем в смывах. Однако исключить цитологическое исследование интраперитонеальных клеточных смызов было бы

неправильным, поскольку в 25,0 % случаев выявленные в смыках раковые клетки не присутствуют в мазках, взятых из фимбрий ампулярных отделов маточных труб.

Выводы

1. В интраперитонеальном клеточном смыте у больных резектабельным РТМ раковые клетки встречаются в 1,5 % случаев, в мазках из фимбрий ампулярного отдела труб – в 3,3 %, на брюшине заднего дугласова кармана – в 0,8 %.

2. От взятия мазков с брюшины заднего дугласова кармана следует отказаться, так как частота выявления в них раковых клеток почти в 2 раза ниже, чем в интраперитонеальных смыках.

3. Для более точного выявления раковых клеток в брюшной полости необходимо интраперитонеальные клеточные смыты сочетать со взятием мазков из фимбрий ампулярных отделов маточных труб.

К ВОПРОСУ О ПОПУЛЯЦИОННОМ СКРИНИНГЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Г.В. Костевич, Т.М. Литвинова, И.А. Косенко, О.А. Ерохина, Л.М. Курьян

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

При селективном скрининге рака тела матки (РТМ), основанном на группах риска, опыт применения которого имеется в России (г. Санкт-Петербург) и Японии, в качестве основного теста используется цитологический. Больные, имеющие агрессивный гистотип опухоли (нейэндометриоидный рак и низкодифференцированная эндометриоидная adenокарцинома), в группы риска не входят, что может привести к снижению эффективности селективного скрининга.

Цель работы: обосновать необходимость проведения популяционного скрининга РТМ в Беларуси.

Материал и методы. В исследование включены 7753 больных РТМ, информация о которых получена из базы данных Белорусского канцер-регистра. У 3710 (47,9 %) больных был РТМ I стадии, у 2273 (29,3 %) – II, у 879 (11,3 %) – III, у 459 (5,9 %) – IV. В 432 (5,6 %) случаях стадия РТМ не была установлена. Верификация гистотипа опухоли в канцер-регистре имела место у 6546 (84,4 %) больных РТМ.

Результаты. При изучении гистологической структуры опухоли установлено наличие эндометриоидной adenокарциномы у 6096 (93,1 %) женщин, неэндометриоидного рака – у 450 (6,9 %). Низкодифференцированная эндометриоидная adenокарцинома диагностирована в 16,9 % (1032 женщины) случаев. Среди больных с неэндометриоидным раком 128 (1,95 %) имели светлоклеточную карциному, 194 (3,0 %) – плоскоклеточную и 128 (1,95 %) – недифференцированную. Практически 23,8 % боль-

ных РТМ не попадали в группу риска, то есть в селективный скрининг.

Возраст пациенток, взятых в исследование, варьировал от 19 до 94 лет, составляя в среднем $60,5 \pm 9,9$ года. Обнаружено, что с 35 лет число пациенток начинает равномерно увеличиваться, достигая максимума в 60–64 года (20,4 %), и уменьшается в возрасте 85 лет и старше (0,8 %). Эти данные свидетельствуют, что популяционный скрининг можно начинать у женщин с 35 лет и завершать его в 84 года. Изучение кривой заболеваемости РТМ в Беларуси за 1970–2005 гг. показало, что обследование лучше проводить ежегодно у женщин в возрастных группах 55–69 лет, через 2 года – 45–54 и 70–74 года, через 3 года – 40–44 года и 75–79 лет, через 5 лет – 35–39 и 80–84 года.

В качестве теста для скрининга следует использовать цитологический метод, поскольку обнаружить РТМ при наличии атрофичного эндометрия, который довольно часто встречается при неэндометриоидном раке, методом сонографии весьма сложно. Для взятия материала из полости матки авторами предложен маточный шприц одноразового применения, который был апробирован у 93 больных РТМ. У 74 (79,4 %) пациенток полученный материал соответствовал гистологическим данным, у 15 (16,1 %) – обнаружены клетки, свидетельствующие о пролиферативных процессах в эндометрии, и только у 4 (4,3 %) – патология в эндометрии не найдена.