

ляция эндометрия у пациенток с предраковыми заболеваниями эндометрия. Большинство обследуемых (19 человек) находились в возрасте пери- и постменопаузы (средний возраст – 51,4 года) и 2 – в репродуктивном (32 и 36 лет). По данным морфологического исследования соскоба из полости матки железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с легким или умеренно выраженным аденоматозом имела место у 6 (29 %) больных, аденоматозные полипы – у 15 (71 %). В случаях с тяжелым аденоматозом выполнялась гистерэктомия. Абляция эндометрия проводилась гистерорезектоскопом фирмы Karl Storz с помощью вапоризирующего (режим резки) и шарового (режим коагуляции) электродов.

Результаты исследования. У всех женщин имела тяжелая соматическая патология, являющаяся относительным или абсолютным противопоказанием к гормональной терапии и радикальному оперативному лечению: ожирение IV ст. – у 66 %, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы – у 75 %, сахарный диабет – у 20 %, заболевания крови – у 10 %, прочие – у 15 %. Учитывая это, предоперационная гормональная подготовка не проводилась. Оценку отдаленных результатов абляции эндометрия проводили через 3, 6, 12, 18, 24 мес на основании клинических

данных и инструментальных методов обследования (УЗИ, цитология аспиратов из полости матки, гистология биоптатов эндометрия). У большинства пациенток наблюдалось наступление аменореи – 17 (81 %) человек, у 3 (14 %) – гипоменструальный синдром. В процессе динамического наблюдения рецидивов заболеваний эндометрия нами не обнаружено. Лишь у 1 (5 %) больной репродуктивного возраста наблюдался обычный ритм месячных, но от повторного оперативного вмешательства пациентка отказалась. При этом по результатам обследования (УЗИ, гистероскопия, морфология соскоба) в указанные сроки после абляции патологического состояния эндометрия не выявлено.

Вывод. Абляция эндометрия может служить альтернативой гистерэктомии или гормонотерапии при морфологическом предраке эндометрия, исключая тяжелый аденоматоз, только у пациенток с тяжелой соматической патологией. При этом клиническая эффективность операции выше у женщин в постменопаузе, при наличии очагового аденоматоза или аденоматозных полипов на фоне атрофического эндометрия. Однако требуется дальнейшее изучение более отдаленных результатов абляции эндометрия у данной категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЛОКАЛЬНОЙ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ III СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.А. Максимова, Т.И. Моисеенко, Н.П. Захарова

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росздрава», г. Ростов-на-Дону

Для объективной оценки эффективности локальной внутриматочной химиотерапии (ЛокХТ) на всех этапах лечения, предшествовавшего операции, мы применяли комбинированное сонографическое исследование, доплерографию в режиме цветового картирования и энергетического кодирования в стандартизованных режимах настройки. Полнота контроля хода лечения дополнялась комбинированным геникографическим исследованием. Последнее включало проведение чрезвлагалищной висцеральной флебографии и гистерографии. Для флебографии использовали контрастные йодсодержащие препараты группы диатриазота. Рентгенография выполнялась

в сагиттальной и полубоковой проекциях. Ультразвуковой мониторинг, осуществляемой ЛокХТ, обеспечивал непрерывный контроль за изменениями объема опухоли и меняющимися в ней параметрами кровотока. К моменту окончания курса внутриматочной химиотерапии регистрировалось по средним значениям уменьшение объема матки более чем в 2 раза, сокращение объема опухоли не менее чем на 40 %. Плотность сосудов в опухоли существенно уменьшалась (почти в 4 раза), вдвое замедлялась максимальная артериальная скорость кровотока (МАС) в ней, при одновременном возрастании индексов резистентности (IR) и пульсационного (IP). Анатомическая и

физиологическая адекватность контактного этапа ЛокХТ позволили совместить ее с геникографией, что дало возможность в постоянном режиме наблюдать за изменением внутрисполостного и внеорганичного компонентов опухоли. По мере проведения ЛокХТ во всех случаях отмечались постепенное увеличение размера полости матки, восстановление формы контрастной тени полости матки и увеличение четкости ее контуров. Процесс регрессии опухоли под влиянием внутриматочной химиотерапии сопровождался уменьшением зон неоваскуляризации, разрежением и упорядочением сосудистого рисунка, появлением тенденции к восстановлению флебоархитектоники матки, маточных и яичниковых вен, яичниковых сплетений.

Таким образом, комбинированные сонографические и геникографические исследования у больных

с III стадией РТМ, на всех этапах диагностических процедур, совмещенные с различными способами ЛокХТ, позволяют решать разнообразные диагностические проблемы и осуществлять нестандартный вариант химиотерапии при постоянном мониторинге лечения. Именно при этом способе неоадьювантной химиотерапии нам удалось добиться регрессии опухоли у 84 % больных, в том числе в 7,1 % случаев – полной ее резорбции, что положительно повлияло на операбельность. Отдаленные результаты лечения в группе больных с ЛокХТ на 30 % выше, чем после стандартного комбинированного лечения, и достигают 82,6 %. Пятилетняя безрецидивная выживаемость на 10 % превышает аналогичные показатели в группах с эндолимфатической и аутолимфохимиотерапией.

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП РИСКА ПО РАКУ ТЕЛА МАТКИ

А.Ф. Лазарев, Л.В. Маликова, Т.Г. Нечунаева, Н.С. Задонцева, Я.Н. Шойхет

*Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»,
ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»,
г. Барнаул*

Продолжающийся рост заболеваемости раком тела матки (РТМ), низкая частота обнаружения при профилактических осмотрах, отсутствие простых и экономически доступных методов ранней диагностики РТМ, выявление заболевания при развернутой клинической симптоматике свидетельствуют о необходимости детального выявления различных факторов риска заболевания с применением многофакторного анализа.

Цель исследования – разработка критериев формирования групп риска для улучшения раннего выявления РТМ путем определения взаимосвязи его развития с экзогенными, эндогенными факторами, учета их прогностического значения на основе корреляционного и дискриминантного анализа (КДА).

Материал и методы. В основу работы положены данные о 208 больных РТМ и 98 здоровых лицах. Сбор информации проводился по специально разработанной анкете на основе последних литературных данных. Основные вопросы, отраженные в анкете, учитывали следующие факторы: демографические, уро-

вень образования и дохода, профессиональную принадлежность и вредности, питание, вредные привычки, образ жизни, наследственную предрасположенность, группу крови, перенесенные заболевания, факторы, характеризующие менструальную и репродуктивную функции, половую активность, лабораторные показатели крови и др.

В результате определения значений относительного риска (RR) ряда факторов определены признаки, имеющие достоверно высокий и низкий RR развития РТМ. На основе КДА выделены наиболее статистически значимые признаки, оказывающее влияние на риск развития РТМ: употребление крепких спиртных напитков, преимущественно животный характер питания, малоподвижный образ жизни, первая миграция в возрасте 12–14 лет, стрессовые ситуации, регулярные скудные менструации (до 4 дней), заболевания репродуктивных органов: хронический эндометрит, миома тела матки, дисфункциональные маточные кровотечения в перименопаузе и менопаузе, нарушение толерантности к глюкозе, моноцито-