

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Ассоциация онкологов России
Российская Академия медицинских наук
Федеральное медико-биологическое Агентство

**Научно-практическая конференция
с международным участием
«Совершенствование медицинской помощи при
онкологических заболеваниях, включая
актуальные проблемы
детской гематологии и онкологии.
Национальная онкологическая программа»**

VII съезд онкологов России

Сборник материалов

Том II

29-30 октября 2009 г.

Москва – 2009

УДК...
ББК ...

Научно-практическая конференция с международным участием «Совершенствование медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включая актуальные проблемы детской гематологии и онкологии. Национальная онкологическая программа». VII съезд онкологов России. Материалы съезда 29-30 октября 2009 г., Москва.

Сборник содержит результаты научных исследований, клинических наблюдений, возможности профилактики, скрининга по различным аспектам онкологии. Конференция (VII Съезд онкологов России) посвящена реализации Национальной онкологической программы, в рамках Национального проекта «Здоровье».

Национальная онкологическая программа рассчитана на повышение качества оказания специализированной помощи онкологическим больным на основе внедрения новых технологий в профилактике, диагностике и лечении злокачественных новообразований.

Наряду с традиционными разделами, посвященными вопросам диагностики, хирургического, лучевого и лекарственного лечения больных со злокачественными опухолями, а также экспериментальной онкологии и организации здравоохранения, в качестве самостоятельных рубрик представлены работы по анестезиологии, онкоморфологии, информационным технологиям, интервенционной радиологии, реконструктивно-пластической хирургии, паллиативной помощи и реабилитации.

Сборник предназначен для врачей-онкологов, радиологов, хирургов и врачей смежных специальностей.

ISBN

ООО «АртАгентство РПС»
©ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена
Росмедтехнологий» Москва 2009

Онкоколопроктология

ВЛИЯНИЕ «УПРАВЛЯЕМЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ III СТАДИИ

*Абраменкова И.В., Соловьев В.В., Семкина Е.Н., Соловьев В.И.
Смоленский ООД, Смоленск
СГМА, Смоленск*

Задача исследования: выделить риски, наиболее часто реализующиеся при выборе стратегии лечения больных раком прямой кишки (РПК) стадии III, достоверно влияющие на конечный результат и выживаемость. Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 372 больных РПК, которые находились на лечении и в последующем наблюдались в Смоленском областном онкологическом клиническом диспансере в период с 2003 по 2006 г.г. Анализировались протоколы трансабдоминальной УЗ-томографии органов брюшной полости 372 больных с впервые диагностированным РПК в период 2003-2006 г.г. и результаты комбинированного лечения 206 больных РПК стадии III в период с 2003 по 2006 г.г. Результаты. 1. Риск рестадирирования в сторону увеличения степени распространенности опухолевого процесса у больных РПК при первичном хирургическом вмешательстве (реализовался в 25.8% случаев, достоверность влияния на общую выживаемость на уровне $p=0.015$). Наибольшее количество диагностических ошибок на дооперационном этапе допускается при стандартной диагностике метастатического поражения забрюшинных лимфатических узлов (26.3%). 2. Риск неоперабельных рецидивов реализовался в 16.8% случаев в год, достоверность влияния на общую выживаемость на уровне $p=0.043$. Систематическое послеоперационное наблюдение за больными РПК позволяет выявлять рецидивы и отдаленные метастазы, однако во всех проанализированных случаях они выявлялись не своевременно, что не позволило прооперировать радикально ни одного больного. 3. Риски, возникающие в процессе лечения, – погрешности хирургической тактики – реализовались в 10% случаев, достоверность влияния на общую выживаемость на уровне $p=0.049$; некомпенсированные токсические проявления химиотерапии St III-IV по шкале CTC NCIC (21.9%, $p=0.028$ соответственно); текущее состояние рынка фармакологической продукции (неверная фармакоэкономическая или «рекламная» оценка эффективности ХТ препаратов при выборе) (56.3%, $p=0.004$). Выводы. В результате реализации выделенных рисков фиксируется 15.6% рецидивов и метастазов в течение года и 34.6% смертность в течение 3-х лет, однако данные риски являются «управляемыми» и последствия от их реализации снижаются дополнительными диагностическими и лечебными мероприятиями на 18.3%.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

*Андреев А.В., Чеканов М.Н.
НГМУ, Новосибирск*

Цель. Сравнить показатели функционального результата у пациентов, перенесших сфинктеросохраняющие резекции прямой кишки с разными уровнями, техниками формирования анастомоза и радикальные колостомирующие вмешательства. Материалы и методы. Проведено ретроспективное многоцентровое исследование указанной когорты жителей г. Новосибирска и области путем анкетирования опросниками SF-36, FIQL, Wexner score, собственными вопросами. 117 из 388 пациентов, переживших интервал не менее 12 месяцев без признаков прогрессирования или рецидива заболевания, восстановительных операций, предоставивших корректно и самостоятельно заполненные анкеты, составили 4 группы: передних резекций (ПР) – 24 (20.5%), низких передних резекций (НПР) – 27 (23.1%), сверхнизких резекций с трансанальным этапом (СНРТЭ), включавших брюшно-анальные и интрасфинктерные резекции прямой кишки – 27 (23.1%), колостомирующих радикальных операций – 39 (33.3%). Результаты. Достоверных возрастных, гендерных, различий в сроках послеоперационного периода, стадиях заболевания между группами, влияния сопутствующих заболеваний на показатели качества жизни не выявлено. Отмечено снижение качества жизни обратно пропорционально высоте резекции с наивысшими значениями после передней резекции, наименьшими у стомированных больных. Результаты SF-36, FIQL в общих чертах достоверно различимы ($p<0,05$) между группами ПР, НПР и СНРТЭ по большинству шкал. Качество жизни после СНРТЭ минимальное среди перенесших сфинктеросохраняющие вмешательства и достоверно не отличается от результатов стомирования, что объясняется уровнем фекальной инконтиненции (ПР – $3,8\pm 0,8$; НПР – $7,8\pm 1,02$; СНРТЭ – $13\pm 1,03$ баллов по Wexner) и аналогичной динамикой в различных аспектах жизнедеятельности и самочувствия. Дооперационные ожидания пациентов групп СНРТЭ и колостом одинаково не оправдались. Выводы. Качество жизни после «высоких» ПР удовлетворительно; после НПР умеренно снижено. Функциональные результаты СНРТЭ неудовлетворительны. В силу социально неприемлемого уровня калового недержания и разносторонней дезадаптации, качество жизни сопоставимо с таковым у стомированных больных; мотивы для выбора в пользу СНРТЭ, основанные на предполагаемом более высоком уровне функциональных результатов, неубедительны. Актуальным является поиск методов сохранения приемлемого анального держания при СНРТЭ, максимальная замена подобных вмешательств

модифицированной техникой НПР, дооперационное планирование функционального результата с адекватным ориентированием пациента.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Антонов А.А., Надвикова Е.А., Семиконов К.В., Маслов В.Г., Комиссаров А.В., Ахметов И.Р.
Челябинский ООД, Челябинск*

Хирургическая реабилитация колостомированных больных играет важную роль в многокомпонентном лечении больных колоректальным раком. В Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере за период с 2003 по 2007 год проведено 122 реконструктивных, восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций больным, ранее получавшим лечение по поводу колоректального рака с формированием кишечных стом. У 69 пациентов имелись одностольные колостомы, у 52 - разгрузочные двухстольные колостомы (9 сигмостом, 44 трансверзостомы), у 1 разгрузочная илеостома. Пациентам были произведены следующие виды операций: реконструктивные - 8 (реконструкция колостом по поводу рубцового стеноза - 3, эвагинации слизистой кишки - 5), восстановительные - 51 (все двухстольные колостомы были закрыты внутрибрюшинным способом, в сроки от 2 до 19 месяцев после колостомирующей операции, в среднем через 5.4 мес), реконструктивно-восстановительные - 63. Вмешательство производилось в сроки от 1 до 35 мес после первичной операции, в среднем через 7.5 мес. Длина дистальной культы кишки составляла от 7 до 70 см, в среднем 17.7 см. При восстановлении непрерывности толстого кишечника анастомоз формировался вручную в 28 случаях, с использованием циркулярных сшивающих аппаратов АКА-2 - в 18 случаях, аппаратов ILS Proximate фирмы "Ethicon" - в 16 случаях, в 1 случае было произведено низведение левой половины толстой кишки в анальный канал с последующим отсечением избытка низведенной кишки через 2 недели. После лапаротомии в 12 случаях (19 %) было выявлено прогрессирование заболевания: рецидив опухоли в дистальной культе кишки - 4, метастаз в брыжейку приводящей кишки - 4, метастаз в брыжейку тонкой кишки - 1, метастаз в забрюшинное пространство - 1, метастаз в Дугласово пространство - 1, канцероматоз брюшины малого таза - 1. В этих случаях объем операции расширялся, произведено удаление рецидивных и метастатических опухолей. В 4 случаях при подозрении на метастатическое поражение яичников была произведена аднексэктомия, в 1 - экстирпация матки с придатками. В 1 случае при наличии резектабельных метастазов в печени была произведена симультанная операция - восстановление толстокишечной непрерывности и атипичная резекция правой доли печени. У 2 пациентов реконструктивно-восстановительная операция была проведена при наличии множественных метастазов в печень, у 1 - при наличии канцероматоза брюшины. Отмечены следующие послеоперационные осложнения: несостоятельность анастомоза - 2 (3.2 %), нагноение послеоперационной раны - 5 (4.1 %), пневмония - 4 (6.4 %). Летальность составила 3.2%, умерло 2 больных. Выводы: 1. Реконструктивные операции как мероприятие, улучшающее качество жизни больных колоректальным раком, в некоторых случаях могут проводиться и у генерализованных больных. 2. Реконструктивные операции позволяют в ряде случаев не только добиться реабилитации пациентов, но и ликвидировать проявления прогрессирования заболевания.

БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ III СТАДИИ

*Ануфреенок И.В., Кохнюк В.Т., Мороз Е.Г.
РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск*

Цель работы. Оценить частоту развития местных рецидивов рака ободочной и прямой кишки. Материал и методы. В исследование включены 52 больных раком прямой кишки, 75 - раком ректосигмоидного соединения и ободочной кишки. Больным раком прямой кишки до операции проводили курс лучевой терапии РД 5Гр, СД25Гр с последующим хирургическим вмешательством через 24-48 часов. После получения результатов гистологического исследования макропрепарата все пациенты с метастазами в регионарных лимфатических узлах рандомизированы на две группы. Первая группа получала адьювантную химиотерапию по схеме 5-фторурацил 400мг/м² + лейковорин 200мг/м² в 1-5 день с интервалом 28 дней 6 курсов. Вторая группа - двухгодичный курс антиоксидантной терапии (АК и Резистон). Результаты. Установлено, что в группе больных раком прямой кишки, получавших химиотерапию, местных рецидивов заболевания не зарегистрировано. У больных, получавших курс антиоксидантной терапии, выявлены 2 случая местного рецидива заболевания. Безрецидивная 2-х годичная выживаемость составила 100 ± 0,0% и 88,2 ± 7,8% (Kaplan & Meier Test), соответственно. Различия между группами статистически не значимы (Log-Rank Test p=0,18). В группе больных раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения, получавших химиотерапию, зарегистрирован один случай развития местного рецидива заболевания. У больных, получавших антиоксидантную терапию, выявлены 2 случая развития местного рецидива заболевания. Безрецидивная 2-х годичная выживаемость составила 97,0 ± 2,9% и 93,0 ± 6,4% (Kaplan & Meier Test), соответственно. Различия в группах статистически не значимы (Log-Rank Test p=0,84). Выводы.

В течение 2-х лет наблюдения различий в частоте местного рецидивирования в изученных группах больных не выявлено. Необходимо дальнейшее наблюдение за больными.

ПРИЧИНЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Ахметзянов Ф.Ш.¹, Валиев Н.А.²

1.КГМА, Казань

2.РОД, Казань

За 1993-2004 гг. в Казанском городском онкологическом диспансере произведены экстренные операции у 437 больных раком толстой кишки (ТК), осложнившимся острой обтурационной кишечной непроходимостью. Послеоперационная летальность составила 20,6 % (90 больных). Для удобства анализа произведено условное разделение причин летального исхода на нехирургические и хирургические. К первым отнесены случаи смерти от: сердечно-сосудистой недостаточности – 13 больных, пневмонии – 9, тромбоэмболии легочной артерии – 6, почечно-печеночной недостаточности – 4, инфаркта миокарда – 4, острого нарушения мозгового кровообращения – 2 больных. Остальные 52 пациента умерли от прогрессирования перитонита, имевшегося на момент поступления (30 чел) и от перитонита, возникшего в послеоперационном периоде (22 чел). Причинами возникших в послеоперационном периоде осложнений - перитонитов, приведших к смерти, явились: несостоятельность швов наружной стомы – 7 больных (10)*, инфицирование брюшной полости во время операции – 5 (8), несостоятельность швов тонкого кишечника в местах сквозного ранения во время операции – 1 (3), несостоятельность швов анастомозов – 1 (2), перфорация острой язвы желудка – 1 (1), некроз толстой кишки проксимальнее колостомы – 2 (2), несостоятельность швов "культы" Гартманна – 3 (7), инфицирование гематомы брюшной полости – 1 (1), ятрогенные сквозные повреждения стенки колостомы в послеоперационном периоде – 1 (2). Большинство осложнений, по нашему мнению, можно было избежать, соблюдая следующие правила и приемы во время операции: - пересечение кишки с обеих сторон от опухоли производить на уровне пульсирующего кровотока внутривисцеральной артерии, определяемой визуально (др. признаки жизнеспособности кишки, указываемые в литературе, по нашему мнению недостаточны); - отрезок ТК, формирующий колостому, должен иметь свободный ход и не испытывать натяжения; колостома должна фиксироваться к брюшной стенке 2-х рядно; - при отечности кишки выше места сужения, резекцию кишки производить на наименее измененном участке. Колостома вскрывается сразу же после операции в следующих случаях: а) наличии разрывов серозной оболочки в супрастенотических отделах ТК; б) невозможности интраоперационной декомпрессии ТК; в) ятрогенном повреждении стенки кишки во время операции. Вышеуказанные приемы и правила позволили в дальнейшем значительно снизить число гнойно-септических осложнений.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Ахметзянов Ф.Ш.¹, Валиев Н.А.²

1.КГМА, Казань

2.РОД, Казань

В г. Казани с 1993 года на базе городского онкологического диспансера организовано оказание экстренной и неотложной помощи онкобольным. Нами проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью (ОТКН) в условиях онкологической клиники за период 1993 по 2004 гг. За данный период экстренным операциям подвергнуты 437 больных в возрасте 26-90 лет (средний возраст $69,8 \pm 7,8$ лет), из них 52,7% составили женщины. В 82,6% опухоль, вызвавшая ОТКН, локализовалась дистальнее поперечно-ободочной кишки. В 32,4% установлена стадия D по Dukes. У 20,6% в брюшной полости присутствовал серозный и геморрагический выпот, у 11,4% - гнойный, у 5,3% - каловый, у 6,2% - параканкротный абсцесс. Тяжесть состояния в 11,7% случаев соответствовала легкой степени тяжести по шкале SAPS, в 42,3% - средней и в 46,0% - тяжелой степени. Всего произведено 244 радикальных операций с ранней послеоперационной летальностью – 19,7%, 50 паллиативных (летальность – 24,4%), 143 симптоматических (летальность – 20,3%). Общая летальность составила 20,6% (90 больных из 437). При анализе причин летальности оказалось, что сочетание двух и более факторов у одного и того же больного, таких, как гнойный или каловый выпот, перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда, состояние тяжелой степени по шкале SAPS, длительность ОТКН ≥ 7 суткам, длительность предоперационной подготовки более 3 часов, возраст больного старше 80 лет и выраженный спаечный процесс в брюшной полости после ранее произведенных операций, в значительной степени увеличивают послеоперационную летальность. Этим больным мы производили минимальный объем хирургического вмешательства с целью ликвидации непроходимости. В последующем через 1-3 месяца (в среднем 1,5 месяца) выполнялся радикально-реконструктивный этап.

Оптимизация и сокращение предоперационной подготовки, минимизация объема операции в определенных случаях и соблюдение таких технических приемов как: пересечение кишки только на уровне пульсирующего внутривисцерального кровотока, определяемого визуально; формирование стомы без натяжения с фиксацией ее к брюшной стенке двухрядным способом с последующим ранним вскрытием, позволили снизить послеоперационную летальность в 1,6 раза. Наибольшее снижение летальности произошло среди больных с серозным и серозно-геморрагическим выпотом, наименьшее - с гнойным. Среди пациентов, с каловым содержимым в брюшной полости при лапаротомии, снижение летальности не произошло.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Барышев А.Г., Дудка А.С., Дербенёв С.Н., Коньков Р.В., Баранов А.В.
Краснодарский КОД, Краснодар*

Проблема лечения рака ободочной кишки (РОК) актуальна в связи с ростом заболеваемости, агрессивностью опухоли и стремлением выполнения радикальных операций при местно-распространенных опухолях. Цель работы: оценка эффективности комбинированных операций при лечении местно-распространенных форм РОК. В отделении колопроктологии Краснодарского клинического онкологического диспансера за период с 2002 по 2006 годы находились на лечении 612 больных с РОК. Стандартных (контрольная группа) операций выполнено 315. Из них правосторонних гемиколэктомий 108, левосторонних гемиколэктомий 56, сигмоидэктомий 104, резекций поперечно-ободочной кишки 47. С местно-распространенным РОК находилось 297 пациентов. Радикально прооперировано 280 больных. Методом выбора являлись комбинированные операции. 103 пациентам выполнены ампутации матки с придатками, овариоэктомии; 122 резекции петель тонкой кишки, прямой и сигмовидной кишок при их метастатическом поражении; 55 резекции мочевого пузыря, мочеточников, нефрэктомий. Симптоматические операции выполнены 17 пациентам. Все пациенты с III, IV стадией получили адьювантную полихимиотерапию. Ранние послеоперационные осложнения после комбинированных операций составили 22,2%, в контрольной группе 21,4%. 5-летняя выживаемость составила 53,5% и 52,8%, частота локорегионарных рецидивов 7,3% и 6,9% соответственно. Продолжительность жизни больных после симптоматических операций составила от 8 до 12 месяцев. Выводы: 1. Комбинированные и расширенные операции на толстой кишке при местно-распространенном РОК увеличивают продолжительность и качество жизни больных по отношению к симптоматическим операциям. 2. Комбинированные операции не приводят к увеличению количества послеоперационных осложнений и местных рецидивов.

ПОКАЗАНИЯ К ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Барышев А.Г., Дудка А.С., Баранов А.В., Дербенёв С.Н., Коньков Р.В.
Краснодарский КОД, Краснодар*

Обоснованность парааортальной лимфодиссекции при операциях по поводу рака прямой кишки и определение показаний к этому травматичному и сложному этапу операции до сих пор является дискуссионной. Цель работы: изучение результатов и определение показаний к проведению парааортальных лимфодиссекций при раке прямой кишки. Материалы и методы. В отделении колопроктологии Краснодарского онкологического диспансера за период с 2000г по 2006г было произведено 999 операций по поводу рака прямой кишки. В предоперационном периоде всем пациентам проводилось КТ, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства. В 576 случаях выявлены увеличенные лимфоузлы устья ниже-брыжеечных сосудов (сторожевые), с проведением их экспресс-биопсии. В этой группе мужчин было 294, женщин 282, средний возраст составлял 65 лет. Полученные результаты. При раке прямой кишки, не выходящем за пределы висцеральной фасции (Т1-Т3) в 29,1% (168 пациентов) наблюдений были выявлены метастазы в лимфатических узлах параректальной клетчатки, в 11,9% (69 случаев) – в ниже-брыжеечной группе и в 2,1% (12 случаев) – поражение узлов по восходящему пути. При раке прямой кишки, выходящем за пределы висцеральной фасции (Т4) в 79,3%(457) наблюдений были выявлены метастазы в лимфатических узлах параректальной клетчатки, в 41,8%(241) – ниже-брыжеечной группе и в 23,9%(138) – поражение узлов по восходящему пути. В 94,3%(543) по гистологической структуре пришлось на аденокарциному различной степени дифференцировки, 4,9%(28) - слизеобразующую аденокарциному, 0,8%(5) на перстневидно-клеточный, плоскоклеточный рак, а также менее часто встречающиеся виды опухолей. При наличии непораженных сторожевых лимфоузлов в парааортальной клетчатке метастазов не было обнаружено ни в одном случае. Частота местных рецидивов составила 12,8% (74 больных). Кровопотеря во время операции в среднем на уровне 400±40 мл, среднее время операции 3ч. 47±22 мин. Спаечная кишечная непроходимость в развилась в 29 случаях (5%). Выводы. Необходимость дополнения тотальной мезоректумэктомии выполнением расширенной аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомией существует только при наличии опухоли, выходящей за пределы стенки кишки

(Т4) и при наличии видимых измененных лимфоузлов парааортальной клетчатки, подтвержденных методом экспресс-биопсии.

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ И ЭНДОРЕКТАЛЬНАЯ СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Бахина Н.В., Добренский М.Н., Кузнецова Л.С.

Астраханский ООД, Астрахань

АГМА, Астрахань

Ошибки в рентгенологической и эндоскопической диагностике при выявлении малых форм рака ставят перед клиницистами задачи поиска новых путей ранней и своевременной диагностики данной патологии. Цель настоящего исследования: улучшение результатов лечения больных раком прямой кишки путем использования возможностей трансабдоминальной и эндоректальной сонографии. Материал и методы. В исследование включено 257 больных с раком прямой кишки. Возраст обследуемых колебался от 32 до 81 года (медиана - 64,3 года). Сканирование прямой кишки и перианальной области проводилось на ультразвуковом аппарате Siemens - G60 S с использованием трансабдоминального конвексного датчика 3,5МГц, эндоректального конвексного датчика частотой 6,5 МГц, поверхностного линейного датчика с частотой 7.5МГц. Все случаи были верифицированы морфологическим исследованием, биопсийного и операционного материала. Результаты. Трансабдоминальная ультрасонографическая картина рака прямой кишки характеризуется изменениями толщины, структуры и наружного контура кишки. Нарушается структура стенки кишки, теряется её двухслойность, она представлена сигналами средней интенсивности. Трансабдоминальная сонография не позволяет выявить метастазы в регионарные лузлы первого порядка. Проведенные параллели ультрасонографии и патогистологического исследования показали, что при толщине стенки 10-12мм опухоль инфильтрирует мышечный слой, 13-14мм прорастает все слои, а при более 15мм врастает в параректальную клетчатку. Информативность дооперационной диагностики глубины опухолевой инвазии кишечной стенки по нашим данным составляет 80%, а достоверность диагностики отдаленных лимфогенных метастазов 93%. При эндоректальном исследовании стенка прямой кишки имеет пятислойную структуру в виде ленты толщиной 2-3мм, при патологии нарушается пятислойность её структуры. Информативность инвазии кишечной стенки при трансректальной сонографии составляет 95,9%, а точность метастатического поражения регионарных лимфоузлов 98%. Отсутствие соединительнотканной прослойки между кишкой и близлежащим органом свидетельствует о прорастании опухоли данного органа. Заключение. Таким образом, использование трансабдоминальной и эндоректальной сонографии позволяет на дооперационном этапе определять степень распространенности процесса и тактику лечения больных.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ УДАЛЕНИИ МЕТАСТАЗА РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ В ПАРААОРТАЛЬНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Белов Ю.А., Тулина И.А., Данилов М.А., Царьков П.В

РНЦХ им. Б.В.Петровского, Москва

В настоящее время хирургическое лечение метастазов колоректальных метастазов является перспективным направлением радикальной онкопроктологии. Возможность радикального лечения лимфогенных метастазов с прорастанием в стенку крупных сосудов мало изучена, что обусловлено небольшой их распространенностью, высоким риском послеоперационных осложнений, а также неясными перспективами выздоровления. В данном сообщении представлены трехлетние результаты удаления метастаза рака сигмовидной кишки в парааортальные лимфатические узлы с резекцией и протезированием брюшного отдела аорты в условиях специализированного многопрофильного стационара. Больной Д., 38 лет, в марте 2004 г. выполнено оперативное вмешательство в объеме формирования обходного сигмо-сигмоидного анастомоза по поводу местнораспространенного рака сигмовидной кишки с нарушением кишечной проходимости. Через 1 месяц развилось кровотечение из опухоли. Произведена дистальная резекция сигмовидной кишки, аорто-подвздошная лимфодиссекция, верхняя граница которой располагалась на 1 см выше уровня отхождения нижней брыжеечной артерии от аорты. Гистологическое исследование - умереннодифференцированная аденокарцинома с прорастанием всех слоев кишечной стенки и клетчатки. В 6 из 14 выявленных лимфатических узлов на уровне опухоли и области нижней брыжеечной артерии обнаружены метастазы опухоли. В последующем проведено 6 курсов химиотерапии в режиме FOLFOX. С декабря 2005 г. больная отметила появление болей в поясничной области. Обнаружено объемное образование 3x4x6 см, располагающееся спереди от аорты и седловидно охватывающее ее боковые стенки. 18.05.2006 г. выполнено удаление опухолевого узла с резекцией и протезированием брюшного отдела аорты, резекцией 12-перстной кишки, яичниковых сосудов слева. Гистологическое исследование: аденокарцинома с обширными участками некроза и прорастанием адвентиции прилежащей аорты. Больная выписана на 10-е

сутки после операции. В послеоперационном периоде больной было проведено 6 курсов химиотерапии в режиме FOLFOX. В апреле 2009 г. больной выполнена КТ органов брюшной полости: данных за рецидив нет. Опухолевые маркеры в норме. Состояние больной удовлетворительное. В 2007 г. вернулась к работе по прежней специальности (учитель) в полном объеме. В заключение необходимо отметить, что данное наблюдение демонстрирует высокий уровень диагностики и хирургии в условиях многопрофильного высококвалифицированного учреждения. Реализация подобных возможностей современной хирургической онкологии предполагает обязательное активное мониторинговое наблюдение пациентов после вмешательств в условиях колопроктологических или онкологических отделений. Отдаленный результат (3-х летняя безрецидивная выживаемость) у данной больной и последующий опыт других подобных операций даст возможность сформулировать суждение об эффективности представленной агрессивной тактики.

НЕСТАНДАРТНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Борота А.В., Левашов В.А.

Донецкий противоопухолевый центр, Донецк

Межрегиональный онкологический центр, Бузулук

Цели и задачи. Изучить целесообразность хирургического лечения больных с местнораспространенным раком прямой кишки, тела и шейки матки, мочевого пузыря, и возможность оптимизации окончания оперативного лечения. Материалы и методы. Использованы результаты лечения и наблюдения 71 пациента в период 2001-2009 гг., имеющих диагноз рак прямой кишки-43 больных (60,4%) со стадией процесса T4N0-2M0-1 (в т.ч. 9(21%) рецидивы после лечения стадий T2-3 N0-1M0-1), рак тела матки-6 больных(9,7%) со стадией T4N0-1M0, рак шейки матки-6 больных(9,7%) T3ab-4aN0-1M0-1, рак мочевого пузыря T4abN0-2M0, 7 человек(11,2%). Из исследования были исключены пациенты, имеющие распространение опухоли только на параректальную или паравезикальную клетчатку. Прооперировано 62 человека(87,3%), остальным пациентам были вынуждены отказать в виду развившейся ОПН или поступившим в стационар с явлениями ХПН в предоперационном периоде, а так же с явлениями тяжелого лимфостаза либо илеофemorального тромбоза. Преобладающими по половому признаку были женщины - 41(66%). Возраст всех пациентов колебался от 47 до 82 лет. В радикальном и условно-радикальном режиме прооперирован 51 пациент (82,3%). Интраоперационное распространение опухоли на один орган встретилось у 46(74%), на два органа - 14(22,5%), три органа были поражены у двух больных(3,5%). Оперативные вмешательства выполнены строго по принципу en block. Комбинированные операции после удаления двух органов (прямая и тонкая кишка, матка и верхнеампулярный или РС-отдел.) заканчивались формированием анастомозов 43(69,4%) больных. Передние экзентерации выполнены у женщин с поражением опухолью мочевого пузыря с мочеточниками и шейки матки-3(4,8%), операции заканчивались ушиванием культи предверия влагалища наглухо и формированием ортотопического мочевого пузыря закрытой петлей из илеоцекального угла. Задние экзентерации также выполнены у женщин с поражением матки и прямой кишки в средне-нижнеампулярном отделах с низведением левой половины ободочной кишки в анальный канал-7(11,3%) пациентов, при этом принципиальной позицией считаем выполнение подобной операции при прорастании опухоли из прямой кишки более чем на половину задней стенки влагалища. Тотальные экзентерации выполнены у 11 больных(17,7%) женщин с местнораспространенным раком шейки матки-3 и раком тела матки-2, у мужчин с местнораспространенным раком прямой кишки и мочевого пузыря-6. У одного из пациентов было выполнено низведение левой половины в анальный канал и илеоцистопластика по Бриккеру(1,6%). Двум после низведения выполнена илеоцекоцистопластика открытой петлей по методу Майнца-1. Остальным больным сформирован ортотопический мочевой пузырь закрытой петлей из илеоцекального угла или участка подвздошной кишки. У одной пациентки вынуждены были закончить операцию с формированием уретерокутанеостом и сигмостомы.(1,6%) Гистологическое подтверждение распространения опухоли на один орган подтверждено у 34(74%) пациентов, на два органа у 6(42,8%), на три у 1(50%), метастазирование в лимфоузлы подтверждено в 37(59,7%) случаях. Результаты. Летальность в п/о периоде 4,8%-умерло 3 пациента, причиной смерти гнойно-септические осложнения со стороны раны - 1, острая сердечная недостаточность - 2. Осложнения наблюдались в виде длительной лимфорреи до 3 недель у 7 пациентов(11,2%), несостоятельность уретероуретероанастомоза в результате ранней миграции мочеточникового катетера - 1(1,6%), п/о пневмония у 3 пациентов(4,8%), к летальным исходам не привели, несостоятельности межкишечных и пузырно-кишечных анастомозов не было. В раннем п/о периоде хронический пиелонефрит развился у 2 пациентов(3,2%), в отдаленном у 5(8%), ХПН-I стадии у 3(4,8%) пациентов, требующая инфузионной коррекции. Выводы. При распространенном раке органов малого таза с вовлечением одного-трех органов не должно быть причиной отказа в комбинированных операциях, включая разные виды экзентерации таза. Операция должна быть направлена на расширение объема, обеспечивающего удаление всего опухолевого массива. На завершающем этапе операции должны быть нацелены на восстановление естественного пути физиологических отпавлений, гарантирующих качество жизни.

РОЛЬ ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

*Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Волченко Н.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Борисова О.В., Тюриков А.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель исследования: оценить место иммуноцитохимического исследования в интраоперационной диагностике перитонеальной диссеминации при колоректальном раке. Материалы и методы. Иммуноцитохимические реакции проводились на рутинных и жидкостных цитологических препаратах. При проведении исследования применяли антитела ("ДАКО") к эпителиальному мембранному антигену (ЭМА), раковоэмбриональному антигену (РЭА) и эпителиальному антигену Her-EP4. Для выявления иммунной реакции использовали систему Ultra Vision LP (USA), определение пероксидазной активности выполнялось с помощью 3,3-диаминобензидина. Цитопрепараты докрашивали гематоксилином Майера. В качестве материала для исследования использовалась асцитическая жидкость и смывы из брюшной полости. Результаты. В ходе проделанной работы исследовано 12 экссудатов и 41 смыв из брюшной полости. В 8-ми случаях (66,67%) реактивный характер экссудата был подтверждён ИЦХ. В 1-ом случае (8,33%) специфический характер экссудата был заподозрен цитологически и подтверждён путём ИЦХ. В 2-х случаях (16,67%) цитологически диагностирован реактивный характер экссудата, но при ИЦХ были выявлены единичные опухолевые клетки. В 1-ом случае (8,33%) цитологически экссудат имел специфический характер, однако при ИЦХ был выявлен его реактивно-воспалительный характер. При исследовании смывов в 35 наблюдениях (85,37%) и цитологически, и ИЦХ опухолевых клеток обнаружено не было. В 1-ом наблюдении (2,44%) цитологически было высказано предположение о наличии опухолевых клеток, что было подтверждено ИЦХ. В 4-х наблюдениях (9,76%) в ходе стандартного цитологического исследования опухолевые клетки не были обнаружены, но при ИЦХ в смыве из брюшной полости были выявлены единичные опухолевые клетки. В 1-ом наблюдении (2,44%) при ИЦХ отмечена ложноположительная экспрессия антигена Her-EP4. Выводы. Всё выше изложенное свидетельствует о том, что ИЦХ исследование экссудатов и смывов из брюшной полости при КРР повышает достоверность цитологической диагностики и позволяет увеличить число наблюдений с доказанной внутрибрюшной диссеминацией, а значит более точно определить распространённость опухолевого процесса.

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОБТУРИРУЮЩИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Васильев С.В., Попов Д.Е., Ем А.Е., Семенов А.В.
Городской центр колопроктологии, Санкт-Петербург,
СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург*

Цель исследования: выбор оптимального способа устранения кишечной непроходимости у больных обтурирующим колоректальным раком. Материалы и методы: 570 больных с обтурирующими формами колоректального рака, которые были оперированы в Городском колопроктологическом центре в период с 2001 по 2008 год. Большинство больных (73%) поступили в стационар по экстренным показаниям, оставшаяся часть (27%) – в плановом порядке. Средний возраст пациентов составил 67 лет. Из числа всех прооперированных женщин было 363 (64%), мужчин – 207 (36%). Хирургическое лечение в плановом порядке выполнено 98 (17,2%) больным, по срочным показаниям – 267 (46,8%), в экстренном порядке – 205 (36%) пациентам. Методы хирургического лечения кишечной непроходимости в группе больных с локализацией первичной опухоли в прямой кишке: операция Гартмана – 104 (52,8%); передняя резекция прямой кишки (ПРПК) с формированием превентивной колостомы – 8 (4%); ПРПК с интраоперационной ортоградной механической очисткой кишечника – 26(13,2%); формирование разгрузочной колостомы – 49 (25%); брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 10 (5%). Больным второй группы с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки выполнялись следующие хирургические вмешательства: резекция кишки с интраоперационной ортоградной механической очисткой и формированием первичного анастомоза – 48 (12,9%); обструктивная резекция ободочной кишки – 180 (48,3%); левосторонняя гемиколэктомия – 25 (6,7%); разгрузочная колостома – 86 (23%); формирование обходного анастомоза – 28 (7,5%); субтотальная колэктомия – 6 (1,6%). Результаты. В 32% случаев встречались различные послеоперационные осложнения. Летальность составила 7,2% (41 случай). Самой частой причиной смерти, у 24 пациентов (4,2%), стала нарастающая раковая интоксикация, у 12 (2,1%) больных развился разлитой каловый перитонит на фоне диастатических разрывов кишечной стенки при декомпенсированной кишечной непроходимости, двое больных скончались по причине ТЭЛА и трое на фоне декомпенсации сопутствующей соматической патологии в раннем послеоперационном периоде. Выводы. Выбор способа хирургического лечения больных обтурирующим раком левых отделов толстой кишки зависит от локализации опухоли, степени выраженности явлений кишечной непроходимости, стадии заболевания, а также от общего состояния пациента.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ

*Васильев С.В., Корытова Л.И., Попов Д.Е., Гонта Е.В., Лисичкин А.В.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург
Городской центр колопроктологии, Санкт-Петербург
СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург*

Частота местных рецидивов после хирургического лечения рака прямой кишки остается неизменной на протяжении многих лет. В связи с этим актуальными представляются вопросы неoadьювантного комбинированного и комплексного лечения данной категории больных. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных раком прямой кишки. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 158 больных раком прямой кишки за период с 2006 по 2009 год. Из них 81(51%) женщин и 77 (49%) мужчин. Средний возраст больных составил 60,7 лет. У всех пациентов имелись первичнорезектабельные формы рака прямой кишки стадий А, В и С по классификации Duke`s. По данным гистологического заключения у больных диагностирована аденокарцинома разных степеней дифференцировки. Все больные были разделены на две группы: 1 группа (n=66) получала неoadьювантную лучевую терапию в режиме крупного фракционирования (разовая доза 5 Гр в течение 5 дней до СОД 25 Гр.) на линейных ускорителях с энергией фотонного излучения 6-18 МЭВ с использованием многопольного облучения. В качестве радиомодификаторов использовались колетекс-гель-5 фторурацил или колетекс-гель с метронидазолом 10 мг/м², вводимые перед началом каждого сеанса неoadьювантной лучевой терапии интратректально. Всем больным не позднее 48 часов от последнего сеанса лучевой терапии выполнялась радикальная операция. Контрольную группу составили 92 больных, которым была выполнена радикальная операция без проведения неoadьювантной лучевой терапии. Сравнимые группы больных не отличались по возрасту, полу, локализации, гистологической структуре и степени местного распространения опухоли. Результаты лечения: Среди больных, подвергшихся только хирургическому лечению, послеоперационные осложнения возникли в 12% случаев. В основной группе у 28% больных. Наиболее частыми были осложнения, носившие сугубо раневой характер, проявляющиеся нагноением и вялотекущим заживлением тазово-промежностных ран. Послеоперационной летальности не было ни в одной из групп. Всем больным для определения непосредственного эффекта от проведенной лучевой терапии выполнялось ТРУЗИ до начала облучения и после 5 сеанса. Частичный ответ на проведенное лечение был достигнут у 29%. У 12(18%) пациентов регрессия опухоли имела особо выраженный характер, что позволило изменить ранее предполагаемый характер операции на сфинктеросохраняющую. Общая трехлетняя выживаемость больных с использованием предоперационной лучевой терапии составила 89,6%. В контрольной группе данный показатель соответствовал 67 %. Выводы. По нашим данным, комбинированное лечение рака прямой кишки позволяет в ряде случаев изменить планируемый объем оперативного вмешательства в пользу сфинктеросохраняющего, а также увеличить 3-летнюю выживаемость по сравнению с больными, перенесшими только хирургическое лечение. Данное исследование требует дальнейшего изучения ближайших и отдаленных результатов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ И ЛЕГКИЕ

*Вишневский А.А., Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Пикунов М.Ю.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва*

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печень и легкие. Материалы и методы. За последние 5 лет в Институте хирургии им. А.В. Вишневского проведено обследование и лечение 79 больных с метастазами колоректального рака. У всех больных первичная опухоль кишки была удалена. Первичная опухоль кишки была представлена: 81% аденокарцинома, 19% плоскоклеточный рак. У 20% пациентов метастазы в легкие и печень были выявлены одномоментно с опухолью толстой кишки, у 80% - через 6 и более месяцев после операции на толстой кишке. Всем больным проведена полихимиотерапия. По поводу вторичного сочетанного поражения печени и легких оперировано 42 пациентов. Из них метастазы колоректального рака были у 30 в печени и одном легком, у 12 в печени и легких. Средний возраст составил 51,2 года (25-69 лет). Всем больным данной группы проводилось предоперационное обследование в объеме: КТ грудной и брюшной полости с высоким разрешением и трехмерной реконструкцией, контрастным усилением, УЗИ брюшной полости и грудной клетки, дуплексное сканирование сосудов брюшной полости, определение онкомаркеров, колоноскопия, общеклинические анализы. Критериями отбора пациентов к операции по удалению метастазов из печени и легких являлось отсутствие рецидива (продолженного роста) опухоли в толстой кишке, отсутствие генерализации опухолевого процесса, отсутствие эффекта от химиотерапии, переносимость хирургического лечения. Последовательность операций была следующей: 1. Одномоментное удаление метастазов из печени, затем из легкого - 6 (14,4%) больных. 2. Метастазэктомия из печени, затем через 2-3 недели из легкого - 25

(59,5%). 3. Метастазэктомия из печени, затем через 2-3 нед. из двух легких - одномоментно 8 (19%). 4. Метастазэктомия из печени, затем через 2-3 нед. - из одного легкого, через 2-3 нед. - из другого легкого 3 (7,1%). Объем резекции печени по поводу метастазов был следующий: гемигепатэктомии 21 (50%), расширенные гемигепатэктомии – 9 (21,5%), трисегментэктомии – 6 (14,2%), бисегментэктомии – 6 (14,2%). Объем резекции легкого по поводу метастазов был следующий: прецизионная (лазерная, коагуляционная) метастазэктомия - 21 (50%), аппаратная резекция легкого по типу краевой или атипичной сублобарной резекции - 15 (35,7%), лобэктомия – 3 (7,1%), видеоторакоскопическая резекция легкого – 3(7,1%) . Результаты. Медиана выживаемости у прооперированных пациентов составляет 24 мес. Продолжительность жизни по нашим данным следующая: 1 год – 80%; 3 года – 21%; 5 лет - 4,5%. Заключение. Лучшие результаты лечения метастазов колоректального рака в печень и легкие достигнуты у больных, перенесших резекцию печени, а затем, через 2-3 недели – метастазэктомию из легкого/легких, особенно у тех пациентов, когда вторичные очаги были выявлены лишь спустя 6 и более месяцев после удаления первичной опухоли. Вид хирургического вмешательства на легких на прогноз заболевания значения не имел. Более благоприятно больные переносили двухсторонние резекции легкого через миниторакотомию с резекцией ребра и видеоторакоскопическую резекцию легкого. Однако, при видеоторакоскопической резекции органа пальпация легкого необходима. Наиболее оптимальной является видеоторакоскопическая ассистенция.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

*Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.
Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Москва*

Актуальность. В России число больных раком толстой кишки ежегодно увеличивается более чем на 50 тысяч. У каждого третьего на момент диагностики имеются метастазы в печень. Цель. Оценить факторы прогноза и выживаемость после резекций печени по поводу метастазов колоректального рака в печень. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 115 больных метастатическим колоректальным раком печени, оперированных с 1995 по 2007 гг. Стадирование метастатического поражения печени осуществляли по классификации mTNM. Распределение больных по стадиям: 1-я – 0%, 2-я – 0%, 3-я – 42%, 4-я – 58%. Отдаленные результаты оценены у 84% больных в сроки от 1 до 12 лет. Результаты. Трех-, пяти- и десятилетняя выживаемость при метастатическом колоректальном раке составила 36%, 24% и 15% соответственно. Факторами, оказавшими достоверное влияние на выживаемость при метастатическом колоректальном раке, оказались: стадия первичной опухоли TNM, число очагов опухоли, отступ от края опухоли (<1 и ≥1 см), сывороточный уровень СЕА и СА-19.9, объем интраоперационной кровопотери более 1500 мл. Не влияли на прогноз следующие факторы: возраст, пол, метастазы в лимфатические узлы, внепеченочное распространение опухоли, число пораженных сегментов, уни- или билобарный характер поражения, объем резекции (сегментарные и большие), трансфузия донорской эритроцитарной массы, применения аппарата возврата крови, факт применения приема Прингла, длительность приема Прингла, осложненное течение послеоперационного периода, проведение химиотерапии. Основной причиной, определивший относительно невысокую выживаемость больных, была распространенность болезни, как на момент удаления первичного очага, так и при операции на печени. У 73% больных имели место множественные метастазы, только у 26% больных удалось выполнить резекцию печени с отступом 1 см и более, у 56% больных имела место 4-я стадия первичной опухоли на момент ее удаления. Достоверное влияние на выживаемость оказали повторные резекции, которые были выполнены 22 больным. Пятилетняя выживаемость в этой группе больных составила 44%. Заключение. Резекция печени остается основным способом лечения метастатического колоректального рака. Необходимо расширение показаний к повторным резекциям печени. Длительность жизни после резекции печени определяется факторами, отражающими местное распространение опухоли и степень ее иррадикации.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Воробьев Г.И., Пересада И.В., Филон А.Ф., Челноков М.
ГНЦК, Москва*

До настоящего времени при раке прямой кишки операцией выбора остается трансабдоминальное удаление или резекция органа. В то же время, по сообщениям многих авторов результаты местного лечения начальных форм рака Tis-1 с высокой степенью дифференцировки G1-2, без поражения параректальных лимфатических узлов N0 сопоставимы по онкологической эффективности брюшно-промежностным вмешательствам. Как правило, основанием к локальному удалению новообразований служит преклонный возраст и тяжелые сопутствующие заболевания больных, а в некоторых случаях и категорический отказ пациентов от абдоминальных вмешательств, связанных с формированием стомы. По данным многих исследователей, метод трансанальной эндомикрхирургии (ТЭМ), в отличие от трансабдоминальных

способов лечения, сочетает в себе низкую травматичность, сохранение функции органа и удовлетворительные результаты лечения. Целью нашей работы является уточнение показаний и противопоказаний к методу ТЭМ при лечении начальных форм рака прямой кишки. Материалы и методы. С 1999 по 2009 г. методом ТЭ оперировано 57 пациентов с начальными стадиями рака прямой кишки: 26 мужчин и 31 женщина в возрасте от 43 до 86 лет ($63,5 \pm 11,8$). Размер новообразований колебался от 0,8 до 6 см, в среднем - $2,8 \pm 1,5$ см. Опухоли располагались на расстоянии от 1 до 17 см от зубчатой линии, в среднем - $4,9 \pm 2,9$ см. В предоперационном периоде на основании гистологического и цитологического исследования диагноз рака был верифицирован у 45 из 57 больных, у 12 пациентов с ворсинчатыми опухолями данных за злокачественную трансформацию до операции не выявлено. При исследовании операционных препаратов у 12 из 57 пациентов была выявлена *carcinoma in situ*, у 35 – аденокарцинома pT1G1G2, у 2 - pT1G3, и у 6 – pT2G1G2. 4 пациента с опухолями T2G2 и 1 с T1G2 с выявленной лимфо-венной инвазией в послеоперационном периоде перенесли дистанционную лучевую терапию СОД 42 Гр. Результаты: Интраоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность операции составила $50,5 \pm 15,4$ (25 - 90) мин. Средняя кровопотеря – $25,5 \pm 24,1$ (10 - 110) мл. В раннем послеоперационном периоде у 72 летней пациентки с опухолью pT1G2 на 8 см возникла флегмона таза с развитием сепсиса, послужившего причиной летального исхода. Летальность составила 1,8 %. Медиана наблюдения за пациентами составила 22,6 мес. (от 1 до 108 мес.). Рецидивы новообразований выявлены у 2 пациентов (2,8 %) с опухолями T1G2 через 17 и 16 месяцев наблюдения. Одному пациенту выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, и он жив в течение 19 месяцев без признаков рецидива опухоли. Второй пациент отказался от предложенной операции и погиб от генерализации процесса через 4 месяца. Заключение. Таким образом, полученными нами данные свидетельствуют, что ТЭ удаление ранних форм рака у больных пожилого возраста, а так же при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний связано с относительно невысоким операционным риском и риском возврата заболевания.

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ОНКОМАРКЕРОВ ПРИ РЕЦИДИВАХ РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шаранов Г.Н., Быховец И.В., Турлай Д.М.
МЦ при Спецстрое РФ, Москва
3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого, Москва*

Цель исследования: изучить изменения уровня молекулярно-биологических маркеров РЭА, СА 19-9, щелочной фосфатазы и их прогностическую значимость при хирургическом лечении злокачественных новообразований брюшной полости. Клинический материал охватывает исследование, проведенное в 1996-2007 годах 175 пациентам, находившимся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневого МО РФ по поводу распространенного колоректального рака. В процессе исследований мы изучали уровень молекулярно-биологических онкомаркеров в сыворотке крови пациентов - раково-эмбионального антигена (РЭА), карбогидратного ракового антигена 19-9 (СА 19-9) и вторичного онкомаркера (неспецифического характера) щелочной фосфатазы (ЩФ) в предоперационный период и через 1, 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения. Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам: - Группа I - 40 человек (22,8 %), радикальные операции (РО) с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); - Группа II - 42 человек (24,1%), циторедуктивные вмешательства (ЦО), с использованием ВГХТ; - Группа III - 45 человек (25,7%), которым были проведены (РО) без применения ВГХТ; - Группа IV - 48 человек (27,4 %) (ЦО) без применения ВГХТ. Проводя анализ содержания СА - 19-9 в сыворотке крови, нам не удалось найти статистически значимое подтверждение зависимости между объемом опухолевой массы и количественным уровнем маркера в крови. Изменения РЭА мы наблюдали у 65,3% пациентов IV группы за 3-9 месяцев до клинической манифестации симптомов рецидива, что является достаточно высоким прогностическим критерием в выборе дальнейшей тактики лечения и основанием для проведения повторных «second look» операций. Динамика изменений показателей РЭА во II и IV группах пациентов после ЦО отличалась от аналогичных показателей в I и в III группах: так, через месяц после проведения оперативного вмешательства уровень маркера в крови у пациентов II группы составил $4,2 \pm 2,2$ нм/мл, что в 15 раз ниже, по сравнению с исходными значениями до начала лечения. У больных IV группы значение $\Sigma \text{таг}$ в данный период времени составило $9,3 \pm 3,1$ нм/мл. В дальнейшем мы наблюдали достоверное снижение показателей у пациентов II группы в течение всего исследуемого периода. Указанные данные свидетельствуют в пользу ЦО, выполненных с применением ВГХТ. Низкие уровни РЭА подтверждают наличие факта длительной и стойкой стабилизации патологического процесса. У 21 пациента (45,7%) II группы отмечали повышение уровня РЭА, что свидетельствовало о рецидиве (как правило, канцероматозе брюшины) рака и необходимости выполнения повторных ЦО. Вместе с тем, проведенное нами ранговое распределение маркеров по уровню диагностической значимости показало, что концентрация в крови СА - 19-9 по своим диагностическим возможностям стоит на втором месте по важности после РЭА. Таким образом, рассмотренные клинико-лабораторные аспекты диагностики ранних и поздних рецидивов рака у исследуемого контингента, позволили сделать вывод о высокой диагностической значимости

онкомаркеров – РЭА, СА-19-9, также фермента ЩФ в определении дальнейшей тактики в комплексном лечении раковой болезни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ВГХТ

*Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шаранов Г.Н., Быховец И.В., Турлай Д.М.
МЦ при Спецстрое РФ, Москва
3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого, Москва*

Цель исследования: оценить состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных с поздними стадиями колоректального рака в пред- и послеоперационный периоды оперативных вмешательств с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ). Задачи исследования: изучить степень влияния ВГХТ на параметры клеточного, гуморального и неспецифического иммунитета и оценить характер иммунологических изменений при различных видах оперативного вмешательства. В исследовании участвовало 148 человек, находившихся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневого с 1996 года по 2007 годы по поводу распространенного колоректального рака. I группа - 36 человек (24,3%), которым были проведены радикальные операции (РО) с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ). II группа - 40 человек (27,0%), после циторедуктивных вмешательств (ЦО), также с использованием ВГХТ. III группа – 37 человек (25,0%), РО без применения ВГХТ, группа IV - 35 человек (23,7%) ЦО без применения ВГХТ. Подтверждением данного положения является достоверное увеличение показателя Ea-РОК ($p < 0,05$) в I группе в ранний послеоперационный период в 1,6 и 3,0 раза, а во II группе в 2,5 и 4,5 раза соответственно по сравнению с исходными значениями. Аналогичные изменения мы наблюдали со стороны субпопуляций Т-лимфоцитов: так активность Т-киллеров в I группе на 4-7 сутки после операции возросла в 1,2 раза, а на 11-14 сутки – в 2,0 раза по сравнению с дооперационным уровнем. Аналогично во II группе показатели возросли в 1,5 и 1,7 раза. Соответственно, возрос иммунорегуляторный индекс, интегральный показатель которого для пациентов I и II групп соответствовал значению 1,3 (нижняя граница нормы). Отсутствие непосредственных факторов угнетения цитотоксических реакций, продуцируемых опухолевыми клетками, способствует восстановлению функций иммунологического надзора в полном объеме, а низкий процент осложнений при ВГХТ, включая и инфекционные, обеспечивает целенаправленное воздействие Т-клеточного звена иммунитета на соответствующие субстраты в специфических клетках-мишенях. Максимальная циторедукция при распространенном колоректальном раке способствует активизации иммунных реакций, в первую очередь клеточного иммунитета. Повышение абсолютного числа натуральных киллеров и цитотоксических лимфоцитов является мощным дополнительным фактором в борьбе с опухолью, наряду с циторедукцией и химиотерапией. Достоверно установленные значения сниженных показателей Т-клеточной активности в поздние сроки наблюдений подтверждаются клиническими и гисто-морфологическими исследованиями: у 37 пациентов III группы (25%) и 35 пациентов IV группы (23,7%) в период от 6 до 12 месяцев развивался рецидив рака, в 52,4% случаев сопровождающийся канцероматозом брюшины. Вывод. Метод ВГХТ оказывает непосредственное положительное влияние на иммунные процессы в организме и способствует нормализации иммунных показателей, особенно в позднем послеоперационном периоде. Уменьшение объема опухолевой массы и ВГХТ способствует увеличению удельного веса пролиферирующих клеток, улучшению клеточного распределения кислорода, снижению активности Т-супрессоров и количества резистентных клонов, деблокируют иммунную систему и активируют иммунный ответ.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ

*Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шаранов Г.Н., Быховец И. В., Турлай Д.М.
ГИУВ Минобороны РФ, Москва
МЦ при Спецстрое РФ, Москва*

При проведении стандартных биохимических исследований у пациентов с распространенным колоректальным раком, мы обнаружили интересный феномен, связанный с изменением уровня щелочной фосфатазы, который коррелировал с формой и распространенностью патологического процесса и изменялся в зависимости от наличия или отсутствия метастатического поражения. Нередко увеличенный уровень энзима является единственным признаком прогрессирования злокачественного процесса. В исследование включено 239 человек находившихся на лечении в ЦВКГ им. А.А. Вишневого с 1996 по 2007г.г. по поводу распространенного колоректального рака. Высокий уровень концентрации ЩФ в крови до начала лечения зафиксирован у всех пациентов и составил в среднем 207 ± 8.1 нмоль/л. В послеоперационном периоде уровень ЩФ был снижен до нормальных значений практически у исследуемых пациентов. В последующем при возникновении рецидива заболевания (139 больных) в сроки от 3 до 12 месяцев у всех этих больных мы отмечали всплеск активности фермента. При прогрессировании раковой болезни человека

повышение уровня ЩФ нами отмечено $1,5 \pm 0,5$ месяца раньше, чем повышение уровня РЭА, СА-19-9. В терминальной стадии заболевания уровень ЩФ повышался у всех больных более 1000 нмоль/л. Рассмотрим вариант ферментативной активности в кишечно-ректальном гомогенате на примере внутриклеточной энзимной регуляции при использовании высокотемпературных факторов. Известно, что по принципу компартиментализации, или приуроченности, внутриклеточно наибольший процент ЩФ сосредоточен в цитоплазматических мембранах клеток. Воздействие на ткани высокой температурной реакцией в момент проведения ВГХТ вызывает деструкцию клеточных структур, и в первую очередь клеточных мембран. В этом случае патологическая гиперферментемия обусловлена разрушением клеток и персистенцией фермента в свободную кровь. Однако этот механизм не объясняет характера повышения уровня ЩФ при вторичном метастазировании. По нашему мнению, основу данного явления составляет усиление внутриклеточной каталитической активности ферментных систем, проявляющееся при высоком уровне клеточных митозов, характерных для развития метастазов. Именно пролиферативная активность раковых клеток вызывает рост каталитических реакций, в первую очередь – окислительного фосфорилирования, что в свою очередь влияет на биосинтез энзимов. Учитывая общее влияние опухолевого процесса на систему гомеостаза в целом, а также тот факт, что высокая митотическая активность опухолевых клеток сопровождается метаболическими нарушениями, и в частности, повышенной проницаемостью биологических мембран (за счет усиления ионного транспорта Na^+ и K^+), способствующей высвобождению биологически-активных субстратов, гиперферментемия щелочной фосфатазы при рецидивах колоректального рака является абсолютно закономерным явлением. Таким образом, использование ЩФ в качестве неспецифического маркера вторичного канцероматоза или рецидива рака с клинической точки зрения совершенно оправдано и разумно. Более того, мы установили, что у определенной части пациентов уровень ЩФ находился во взаимосвязи с клеточной дифференцировкой опухоли – чем ниже степень дифференциации, тем выше уровень ЩФ, тем выраженнее степень раковой агрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Гатауллин И.Г., Валиев А.А., Тихонов А.И., Ганношенко Е.М.
КГМА, Казань*

Выявление клинико-иммуноморфологических закономерностей регионарного метастазирования и разработка на основе них показаний к расширенной лимфаденэктомии представляется весьма актуальной проблемой. Цель исследования: улучшение отдаленных результатов лечения больных раком прямой кишки. Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 316 больных раком прямой кишки. Основную группу составили 148 больных, которым в объеме комбинированного лечения было выполнено оперативное вмешательство, дополненное расширенной лимфаденэктомией. Контрольную группу - 168 пациентов - составили больные, которым были выполнены стандартные оперативные вмешательства. Для изучения иммуногистохимических характеристик опухолевой ткани использовали широкий набор моноклональных антител. Результаты. На основании клинико-иммуноморфологических исследований разработаны показания к расширенной лимфодиссекции при раке прямой кишки. Показаниями при отсутствии поражения лимфатических узлов являются - локализация опухоли в средне- и нижеампулярных отделах прямой кишки, опухоли в стадии T3 и T4, эндифитный тип роста опухоли, низкодифференцированные и муцинозные аденокарциномы, размеры опухоли свыше 5 см², иммуноморфологический фенотип опухоли, характеризующийся положительной реакцией на цитокератин-7 и HER-2/neu, а так же низкой экспрессией bcl-2 и ki-67. Дополнение радикальных операций расширенной лимфаденэктомией не влияет на характер и число послеоперационных осложнений. У больных с опухолями T1-4N0M0 трехлетняя выживаемость в основной группе составила $76.9 \pm 3.8\%$, а в контрольной - $65.4 \pm 4.3\%$ ($p < 0.05$). У больных со стадией опухолевого процесса T1-4N1-2M0 трехлетняя выживаемость в основной группе составила 55.6 ± 9.3 , а в контрольной группе - 33.3 ± 8.1 ($p < 0.05$). Приведенная зависимость является высоко достоверной ($p = 0.0004$) и обладает хорошо выраженной корреляцией ($r = 0.672$ при $p = 0.0001$). Заключение. Отмечено достоверное улучшение отдаленных результатов лечения больных при выполнении расширенной лимфаденэктомии как с наличием, так и без метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

КИШЕЧНАЯ МИКРОФЛОРА АССОЦИИРОВАННАЯ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Гатауллин И.Г. Ильинская О.Н. Сафиуллина Д.Р., Мамедзаде К.Р.
КГМА, Казань*

Для ряда заболеваний человека опухолевой этиологии показана сложная взаимосвязь с определенными инфекциями. Рядом исследователей показано также, что некоторые другие микроорганизмы вызывают хроническую инфекцию или выделяют токсины, что ведет к нарушениям клеточного цикла и неконтролируемому делению клеток. Цель данного исследования оценить различия в составе микробных сообществ эпителия прямой кишки у больных колоректальным раком и хронической неопухоловой

патологией. Материалы и методы. Исследована микрофлора биоптатов слизистой прямой кишки у 53 пациентов. Основную группу составили 20 пациентов с гистологическим подтвержденным диагнозом рак прямой кишки II и III стадий. Все больные подвергнуты оперативному вмешательству. Биоптаты взяты из опухоли. Контрольную группу составили 33 пациента прооперированные по поводу хронической доброкачественной патологии. Биоптаты слизистой, взятые у данной группы пациентов, приняты за контроль. Образцы брали стерильно, помещали в 0,9% раствор NaCl, далее в лабораторных условиях проводили суспензирование секционного материала и посев на мясо-пептонный агар и плотные селективные среды (кровяной агар, среда Эндо). Через 24 часа проводили учет колоний, колонии каждого типа описывали и микроскопировали с окраской по Граму. Результаты. Данный этап исследований позволил выявить некоторые различия в составе штаммов микроорганизмов, ассоциированных со злокачественной опухолью прямой кишки и хронической неопухоловой патологией прямой кишки. В целом для больных основной группы характерна большая, чем для контрольной группы общая обсемененность и общее микробное число исследованных биоптатов. Особенность микрофлоры опухолевой ткани в том, что для нее отмечается большая частота грамотрицательных кокков, обладающих гемолитической активностью. Данные микроорганизмы встречались почти в половине образцов основной группы (45%), в то время как в контрольной группе были отмечены лишь в 6% образцов. В 57% образцов основной группы отмечены палочки семейства *Enterobacteriaceae*, так же обладающие гемолитической активностью. В контрольной группе эти бактерии отмечались в 9% образцов. Заключение. Таким образом, наши предварительные исследования позволяют установить различия в микробиологическом составе сообществ микроорганизмов, заселяющих ткани колоректальных опухолей и непораженной слизистой прямой кишки. Перспектива данных исследований заключается, во-первых, в выявлении связи между обнаружением на слизистой прямой кишки определенных штаммов микроорганизмов и канцерогенезом. Второе направление дальнейших исследований может быть связано с микробиологическим скринингом колоректального рака.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМИ ВОРСИНЧАТЫМИ ОПУХОЛЯМИ

*Гатауллин И.Г., Петров С.В. Изуменов А.В.
КГМА, Казань*

Ворсинчатые опухоли отличаются особенно высокой склонностью к перерождению и рецидивированию. Не решены вопросы достоверного выявления злокачественной трансформации опухоли и единого подхода к ее лечению. Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с колоректальными ворсинчатыми новообразованиями. Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 91 пациента с крупными ворсинчатыми опухолями толстой кишки. Диагностический алгоритм включал в себя фиброколоноскопию и биопсией, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, компьютерную томографию. Биопсийный и операционный материалы отправляли на морфологическое исследование, включавшее стандартное гистологическое исследование и иммуногистохимический тест на тканевые биомаркеры. Иммуногистохимические исследования проведены с помощью набора моноклональных антител к маркеру Ki-67, мутантному белку гена p53, а также к РЭА. Результаты исследования. На основании клинических наблюдений установлены дифференциально-диагностические лучевые критерии злокачественной трансформации ворсинчатых опухолей толстой кишки. Показано, что уровень экспрессии тканевых маркеров Ki-67, РЭА, p53, в дополнение к ультразвуковым, эндоскопическим, морфологическим критериям, определяет прогноз и показания к выбору адекватного метода лечения. Проведение комплексного предоперационного обследования, включающего эндоректальную эхографию, ультразвуковую колографию, компьютерную томографию и иммуногистохимические методы исследования позволило уменьшить число местных рецидивов опухоли с 40,7 % до 8,3 %. Заключение. Предложенный алгоритм обследования пациентов способствовал более точной оценки распространенности процесса, как по протяженности, так и по глубине инвазии в стенку кишки, позволил заподозрить злокачественную трансформацию ворсинчатой опухоли, что способствовало выполнению радикальных операций, соответствующие объему и характеру поражения.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Дашков А.В., Франциянц Е.М., Солдаткина Н.В., Анапалян В.Х.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Раннее выявление групп риска по развитию метакронно возникающих очагов рака ободочной кишки. Поставленная цель достигается тем, что в ткани злокачественной опухоли ободочной кишки, удаленной во время операции, и ее перифокальной зоне определяют активность фермента каталазы и рассчитывают соотношение активности фермента в ткани злокачественной опухоли к активности в ткани

перифокально расположенной ткани. Ретроспективно установлено, что у больных с метакронным процессом рака ободочной кишки соотношение активности каталазы в ткани второй злокачественной опухоли к активности фермента в ткани перифокальной ее зоны составило $1,0 \pm 0,2$. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов, у которых при поступлении был диагностирован второй очаг первично-множественного метакронного рака ободочной кишки с промежутком между первой и второй опухолью от 2 до 6 лет, 360 пациентов с одиночно локализованным процессом в ободочной кишке. Всем больным проводилось исследование уровня активности каталазы в ткани удаленной опухоли ободочной кишки и ее перифокальной зоны с вычислением коэффициента соотношения активности фермента в ткани опухоли к активности каталазы в ткани перифокальной зоны. Результаты. Из 360 пациентов в возрасте от 36 до 75 лет с солитарным раком ободочной кишки, пролеченных в отделении общей онкологии Ростовского научно-исследовательского института, у 348 уровень исследуемого показателя составил $0,5 \pm 0,04$, у 12 пациентов он не отличался от значений в группе больных с метакронным первично-множественным раком ободочной кишки. Указанные 12 пациентов были выделены нами в группу интенсивного наблюдения. Динамическое наблюдение за этими пациентами выявило появление у 10 из них метакронно возникших очагов рака ободочной кишки, подтвержденных цитологическим и гистологическим исследованием в сроки от 2 до 4 лет. Выводы. Данная методика позволяет определять группы риска по возникновению метакронного первично-множественного рака ободочной кишки, что значительно облегчает обнаружение второй опухоли на ранних стадиях ее развития.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Дворниченко В.В., Афанасьев С.Г., Шелехов А.В., Расулов Р.И., Москвина Н.А.
Иркутский ООД, г. Иркутск*

Цель работы. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения пациентов, страдающих раком прямой кишки осложненным опухолевым стенозом (ОС). Материалы и методы. Пациенты были разделены на 2 группы. Контрольная группа (КГ) (n=38) – выполнение оперативных вмешательств по поводу осложненного рака прямой кишки (ОРПК) при стандартной предоперационной подготовке. В следствии нарушения толстокишечного пассажа неoadьювантное лечение в КГ не проводилось. В послеоперационном периоде, при гистологически верифицированной инвазии опухоли за пределы серозной оболочки, наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы проводилось адьювантное химиолучевое лечение. Основная группа (ОГ) (n=44) – лечение пациентов с ОРПК с применением эндохирургических методов. При ОС проходным эндоскопом, пациентам выполняли временное стентирование (n=8), если ОС не был проходим для эндоскопа выполняли электролазерную реканализацию (n=19). При ОС протяженностью свыше 10 см, при наличии параректальных свищей, отсутствии визуального контроля за границами ОС, выполняли лапароскопию, ревизию органов брюшной полости, колостомию (n = 17). После восстановления толстокишечного пассажа, проводили лучевую терапию, затем выполняли радикальную операцию. Результаты. В КГ при выполнении резекции участка толстой кишки 66,7% пациентам выполнен обструктивный вариант оперативного вмешательства. В ОГ при выполнении оперативных вмешательств 10 % пациентам (p<0,01) выполнены обструктивные варианты оперативных вмешательств. Снижение абсолютного риска выполнения обструктивной операции в ОГ по сравнению с контролем, составил 57%. Снижение относительного риска выполнения обструктивной операции в ОГ равнялся 85%, что соответствует клинически значимому эффекту. Пятилетняя безрецидивная выживаемость в контроле составила при II стадии 50,2%, в ОГ 71,7% (p<0,01), при III стадии в контроле 15,2%, в ОГ – 33,6% (p<0,01). Заключение. При ведении пациентов с ОРПК, эндохирургическая коррекция толстокишечного пассажа, позволяет выполнить неoadьювантную лучевую терапию, уменьшить риск возникновения рецидива опухоли прямой кишки в отдаленном послеоперационном периоде, снизить число обструктивных резекций толстой кишки.

СТОМИРОВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Евдокимов Г.М., Блувштейн Г.А., Семенченя В.А, Сидоров И.Н.
СГМУ, Саратов*

Цель исследования. Провести статистический анализ результатов оперативного лечения больных колоректальным раком выполненных в ЛПУ г.Саратова и области с 2000 по 2007 гг., закончившихся наложением стомы. Материалы и методы. Изучены результаты 1865 стомирующих операций (из них - 89 видеоассистированных), произведённых за этот период. Мужчин было 45%, женщин – 55%. Проживали они в: г.Саратове - 51%; районных городах области – 32%; в сельской местности – 17%. Наибольшее число прооперированных было в возрасте от 60 до 79 лет. Результаты. Наиболее частой причиной наложения колостомы был рак прямой кишки (53%); сигмовидной кишки (27%); ректосигмоидного отдела толстой кишки (11,5%). Колостомия выполнена у 1503 (80,6%) больных, илеостомия – у 362(19,4%). В 255 (70%) наблюдений илеостома наложена с «превентивной» целью. У онкопроктологических пациентов в 798

(42,8%) случаях колостомия явилась следствием радикально произведённой операцией. С паллиативной целью стомирование выполнено у 1067(57,2%) больных. У 8% больных стома наложена по поводу доброкачественных заболеваний и у 0,6% больных злокачественными заболеваниями других органов брюшной полости. В 25,7% наблюдениях наложение стомы выполнено по экстренным показаниям в связи с развившейся острой кишечной непроходимостью (толстокишечная у 92% больных; тонкокишечная – у 8%). Следовательно, в ЛПУ города и области выполняется значительное число стомирующих операций, основной причиной которых являлся колоректальный рак, часть из них производится по экстренным показаниям. Количество стомий ежегодно увеличивается.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АППАРАТНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Ермаков Д.Ф., Кравченко А.Ю., Тулина И.А., Половинкин В.В.
РНЦХ им. Б.В.Петровского, Москва*

Аппаратные технологии формирования анастомоза в лечении рака прямой кишки сделали возможным восстановление естественного хода кишечника почти у 80% из числа оперированных. Несостоятельность таких анастомозов является одним из наиболее частых и опасных осложнений после выполнения передней резекции (ПР) прямой кишки, нередко требует проведения повторных оперативных вмешательств, удлиняя сроки реабилитации. Материалы и методы. С июня 2006 по апрель 2009 года оперировано 124 пациента по поводу аденокарциномы прямой (n=96) и сигмовидной кишки (n=28). Средний возраст больных – 60,8±11,3 лет (31-87), соотношение м/ж было 60/64. До операции 7 пациентам проведена химиотерапия (ХТ), 6 пациентам лучевая терапия (ЛТ). Низкая ПР выполнена 40 больным (32,3%), ПР - 84 пациентам (67,7%). В 52 наблюдениях сформирована превентивная стома. Унивариантный анализ (УА) проведен по следующим параметрам: пол, возраст, высота анастомоза, предоперационная химиолучевая терапия, перифокальное воспаление, дивертикулез, превентивная стома, используемый степлер. Результаты. Несостоятельность анастомоза отмечена у 11 больных (8,9%), в 10 наблюдениях у лиц мужского пола. В двух из 11 наблюдений (18,2%) несостоятельность протекала бессимптомно, и комплекс консервативных мероприятий привел к заживлению дефекта анастомоза. Повторное оперативное вмешательство потребовалось у 9 пациентов. Летальных исходов не было. На основании проведенного УА достоверно значимыми факторами риска несостоятельности анастомоза являются мужской пол (p=0,003), предоперационная лучевая терапия (p=0,03), высоты анастомоза менее 5 см (p=0,002). Отсутствие стомы не увеличивает риск развития несостоятельности, однако её наличие при низких анастомозах снижает вероятность повторной операции при возникновении осложнения. Обсуждение. Несостоятельность швов аппаратного анастомоза после ПРПК развилась в 8,9% наблюдений. Мужской пол, предоперационная лучевая терапия и высота анастомоза менее 5 см ассоциированы с повышением риска развития данного осложнения. Формирование превентивной стомы снижает риск повторных операций при развитии несостоятельности анастомоза.

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ – ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Ерыгин Д.В., Невольских А.А., Титова Л.Н., Юрченко С.Н.
МРНЦ, Обнинск*

Цель: улучшение результатов лечения больных местнораспространенным раком прямой кишки за счет повышения резектабельности опухолей, снижения частоты местных рецидивов и увеличения числа сфинктеросохраняющих операций. Материалы и методы. В исследование включено 104 больных местнораспространенным раком прямой кишки, с клинической стадией Т3-4N0-2M0, проходивших лечение с 1995 по 2009 гг. С января 1995г. по декабрь 2004г. комбинированное лечение было проведено 65 больным с использованием предоперационной лучевой терапии, в разовой очаговой дозе 4 Гр, через день до СОД 40 Гр (группа ЛТ). С января 2004г. в программу лечения данной категории больных в качестве радиосенсибилизатора был включен 5-фторурацил в дозе 500 мг/м² в сутки, в виде длительной инфузии с 1 по 5 и с 29 по 33 дни лучевой терапии. Лучевая терапия проводилась методикой классического фракционирования по 2 Гр ежедневно, до суммарной дозы 50 Гр. Химиолучевое лечение проведено 49 больным (ХЛТ). Через 4 - 6 недель больным выполнялся хирургический этап лечения. Результаты. Лучевые реакции развились у 28 больных (43%) в группе больных с ЛТ, в группе с ХЛТ у 28 больных (57%), из них 3 степени 8(28%). Количество частичных и полных регрессий составило 22% (14 больных) в группе ЛТ, в ХЛТ - 69% (34 больных). Резектабельность в группе с ЛТ составила 55%, в группе с ХЛТ 80%. Частота сфинктеросохраняющих операций в группе с ЛТ 6%, у больных с ХЛТ составила 47%. Местные рецидивы, у радикально оперированных больных, развились в группе с ЛТ у 10% больных, в группе ХЛТ в 3% случаев. Общая выживаемость в группе с ЛТ 34,6±9,8% и в группе ХЛТ 70,3±8,10%. Заключение. Лекарственная и лучевая терапия в лечении больных местнораспространенным раком прямой кишки позволяет улучшить

результаты лечения за счет увеличения регрессии опухоли, резектабельности, роста числа сфинктеросохраняющих операций и снижения частоты местных рецидивов до 3%.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Йулдашев А.Г., Тимофеев Ю.Л., Кравченко А.Ю.
РНЦХ им. Б.В.Петровского, Москва*

Актуальность. В современной онкологии остается нерешенным вопрос объема лимфаденэктомии при опухолях расположенных в левой половине ободочной кишки. Стандартом является левосторонняя гемиколэктомия (ГЛ) с высокой перевязкой нижней брыжеечной артерии (НБА), при которой объем резекции кишки зачастую обусловлен высотой пересечения питающего сосуда, а не онкологическими показаниями. Целью исследования является оценка эффективности и безопасности парааортальной лимфаденэктомии со скелетизацией питающих сосудов в лечении рака левой половины ободочной кишки. Материалы и методы. За период с сентября 2006 по март 2009 года в отделении было оперировано 44 пациентов (27 мужчин, 17 женщин, средний возраст больных 66.25±9.03), со злокачественными образованиями левой половины ободочной кишки. В 6 наблюдениях выполнена стандартная ЛГ с высокой перевязкой НБА, у 13 - резекция левых отделов ободочной кишки, в 15 сегментарная резекция сигмовидной кишки и в 11 дистальная резекция сигмовидной кишки. Во всех случаях выполнялась расширенная парааортальная лимфаденэктомия, а в трех последних группах скелетизация и сохранение таких питающих сосудов как верхнепрямкишечная и/или левая ободочная артерия. Результаты. Проведенный статистический анализ показал, что средняя продолжительность операции в первой группе составила 250.0±96.12 мин, во второй группе 214,16±86,01 мин, в третьей группе 203.0±61.61 мин, в четвертой группе 196.36±65.27 мин. Длительность послеоперационного пребывания в стационаре в первой группе равна 14,33±4,68 дней, во второй группе 14,23±6,23 дней, в третьей группе 13,07±8,65 дней, в четвертой группе 9,82±2,89 дней. Объем интраоперационной кровопотери в первой группе составил 1025±964.10мл, во второй группе 416,92±156,1мл, в третьей группе 206.66±86.97 мл, в четвертой группе 406.36±253.19мл. Осложнение, требующее повторного оперативного вмешательства (кровотечение) имело место у 1го больного в третьей группе. Заключение. Современная концепция хирургического лечения рака левых отделов ободочной кишки состоит из сохранения питающих сосудов с удалением регионарных лимфатических узлов в необходимом с онкологических позиции объеме, а также минимизации объема резецируемой ободочной кишки, что способствует уменьшению кровопотери, времени операции, сроков госпитализации.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

*Каганов О.И., Козлов С.В., Белоконев В.И., Савинков В.Г., Стадлер В.В.
СГМУ, Самара*

Цель работы. Оценить эффективность применения метода радиочастотной абляции (РЧА) для выполнения паренхиматозного гемостаза при резекциях печени. Материал и методы. Проведено исследование результатов лечения 63 пациентов, которым выполнены анатомические резекции печени по поводу метастазов колоректального рака. С целью проведения гемостаза резецированной поверхности печени 33 пациентам (основная группа), применяли метод РЧА с использованием аппарата Cool-Tip. Группу контроля составили 30 больных, у которых для достижения паренхиматозного гемостаза применяли термокоагуляцию, гемостатические губки. По классификации L.Gennari (1984) распространенность метастатического поражения печени в обеих группах соответствовала I-II стадии. Среднее количество МТС в основной группе составило 1,94 см, в контрольной группе 2,1 см ($U=226,50$, $Z=0,085$, $p=0,93$). Средние размеры МТС печени в основной группе были 3,85 см, в контрольной группе 3,56 см ($U=370,00$, $Z=1,720$, $p=0,09$). Результаты. У больных основной группы интраоперационная кровопотеря составила 210,91±113,31 мл, а у больных контрольной группы - 281,33±110,94 мл ($t=2,49$, $p=0,015$). Послеоперационные осложнения в основной группе были выявлены у 3 человек (9,09%), в контрольной - у 10 пациентов (33,33%, $p=0,028$). Послеоперационный период в основной группе в среднем длился 16,87±4,37 дней, а в контрольной группе - 22,13±4,06 дня ($p=0,000$). В различные сроки диспансерного наблюдения у 1 больного (3,03%) в основной группе была выявлена прогрессия заболевания в виде метастазов печени в непосредственной близости от края резекции и у 7 больных в контрольной группе (23,33%, $p=0,022$). Заключение. Применение метода радиочастотной абляции с целью паренхиматозного гемостаза при анатомических резекциях печени позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери, снизить процент послеоперационных осложнений и рецидивов, сократить длительность послеоперационного периода.

ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ОНКОМАРКЕРОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ

*Каганов О.И., Козлов С.В., Торопова Н.Е.
Самарский ООД, Самара*

Цель исследования. Изучение изменения уровней РЭА, СА19-9, СА242 после выполнения радиочастотной абляции (РЧА) колоректальных метастазов (Mts) печени. Материал и методы. В программу исследования было включено 60 пациентов с диагнозом колоректальный рак. Всем больным на первом этапе было проведено радикальное хирургическое лечение опухоли толстой кишки. Прогрессия процесса у данной группы больных в виде метастазов в печень была выявлена в среднем через 15,18±6,09 месяц после первой операции. Всем больным была проведена чрескожная РЧА Mts печени под контролем УЗИ. Концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 определяли методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США) и тест-систем производства DPC (США) до РЧА и после операции через 1 месяц, 3, 6 и 12 месяцев. Результаты. Среднее значения онкомаркеров до РЧА были значимо выше нормы: РЭА 79,8±68,8 нг/мл; СА 19-9 - 153,8±89,7 МЕ/мл, СА 242 - 164,6±104,4 МЕ/мл. В группе больных (42 пациента), у которых за 12 месяцев наблюдения после РЧА не было выявлено прогрессии процесса, установлено достоверное снижение значений РЭА, СА 19-9 и СА 242 ($p=0,002$, $p=0,001$, $p=0,000$ соответственно). Значения РЭА, СА 19-9 и СА 242 через год после операции практически соответствовали норме (12,7±4,6 нг/мл, 32,3±4,3 МЕ/мл и 25,1±7,3 МЕ/мл соответственно). У 18 больных была выявлена прогрессия заболевания. После выполнения РЧА через 12 месяцев у данной группы больных значения РЭА, СА19-9 и СА 242 составили 81,5±66,4 нг/мл, 175,0±114,5 МЕ/мл и 260,9±114,3 МЕ/мл соответственно, статистически значимых изменений значений РЭА, СА-19-9 за год наблюдения не было ($p=0,13$; $p=0,15$), а для показателя СА-242 выявлено статистически значимое повышение ($p=0,000$). Выводы. Эффективность РЧА колоректальных Mts печени подтверждается достоверным снижением онкомаркеров в течение года после операции. Прогрессию заболевания после РЧА можно прогнозировать по отсутствию динамического снижения или росту индивидуальных уровней онкомаркеров.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА НАВІВ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Кашиников В.Н., Шельгин Ю.А., Лавриненко А.В.
ГНЦК, Москва*

Актуальность. У больных колоректальным раком (КРР) в 20-50% наблюдений метастазы в печень имеются на момент установления диагноза или возникают в дальнейшем. Высокая частота послеоперационных осложнений (19-43%), препятствовала выполнению резекции печени по поводу метастазов в широкой клинической практике. В связи с этим, наше внимание привлек, инновационный высокотехнологичный метод резекции печени с применением радиочастотной абляции (РЧА), который по данным литературы позволяет свести к минимуму риск периоперационных осложнений. Цель: оценка возможности и эффективности атипичной резекций изолированных метастазов КРР в печени с применением РЧА. Материалы и методы. В ГНЦ Колопроктологии с декабря 2006г. по март 2009г. 30 больным КРР с метастазами в печень произведена атипичная резекция печени, с использованием аппарата для радиочастотной деструкции RITA-1500X оснащенного электродом Habib Sealer 4x. В предоперационном периоде локализация метастазов подтверждалась при помощи УЗИ, спиральной компьютерной томографии с контрастированием. Во всех случаях имелись изолированные метастазы в печень без признаков внепеченочного поражения и местного рецидива. Максимальный размер удаленных метастазов 5,0 см, медиана 2,0±1,0 см. Синхронные резекции выполнены в 21 случае, метахронные – в 9 случаях. Общее количество резецированных метастазов – 67. Всем пациентам с синхронными метастазами произведено R0 удаление первичной опухоли. Результаты. Средняя кровопотеря на этапе резекции печени составила 53±24 мл. Среднее время вмешательства на печени 58±18 мин. Минимальная граница резекции 0,9(0,5-1,2) см. В 1 случае в области резекции отмечено образование биломы, потребовавшей чрескожного дренирования под контролем УЗИ. Других осложнений не отмечено. Послеоперационной летальности не отмечено. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась системная химиотерапия по схеме XELOX. Пациенты прослежены в сроки от 1 до 28 месяцев, медиана 14,0±6,4 мес. За время наблюдения пять пациентов погибло от прогрессирования заболевания медиана 8,0±3,9мес. У остальных пациентов признаков продолженного роста в зоне резекции не отмечено. Заключение. Метод атипичной РЧА-ассистированной резекции печени обеспечивает адекватные границы резекции при низком уровне периоперационных осложнений у больных с изолированными метастазами КРР в печень. Дальнейшее наблюдение позволит определить онкологическую эффективность метода.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Китаев А.В., Петров В.П., Немытин Ю.В.
3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Красногорск*

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения колоректального рака на основе использования интраоперационной внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ). Основными химиопрепаратами для проведения ВГХТ являются: Элоксатин и Митомицин С (ММС). В послеоперационном периоде ежедневно с 1 до 5 суток проводилась интраперитонеальная химиотерапия 5-ФУ (1 г/м²) с экспозицией раствора от 8 до 12 часов. Материалы и методы. Всего в исследование включено 239 человек, из них мужчины – 145 человека (60,7%), женщины – 94 человек (39,3%), находившихся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневого с июля 1996 года по июль 2006 года по поводу распространенного колоректального рака. Первая исследовательская группа - 42 человек (17,6%), которым были проведены радикальные операции с применением метода интраоперационной внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); Группа II - 64 человека (26,8%), которым были проведены циторедуктивные оперативные вмешательства, также с использованием ВГХТ. Контрольные группы: 67 человек (27,6%), которым были проведены радикальные оперативные вмешательства без применения ВГХТ (группа III), группа IV (циторедуктивные операции без применения ВГХТ) - 66 человек (28,0 %). Всего выполнено 138 оперативных вмешательств с применением ВГХТ 106 больным, 17 из них через 6-12 месяцев выполнены повторные циторедуктивные операции с ВГХТ, а 5 из них такие операции проведены трижды. В ходе наших исследований было установлено, критерием возможности проведения циторедуктивных операций может служить перитонеальный индекс рака (ПИР), критическое его значение не более 27 усл.ед. На длительность безрецидивного периода и выживаемость влияет степень дифференцировки опухоли и полнота циторедукции (ЦО). При выполнении ЦО без применения ВГХТ оставление видимых очагов опухоли неперспективно. При выполнении ЦО с ВГХТ допустимо оставление канцероматозных узлов размерами до 10 мм. Послеоперационные осложнения отмечены: I и II гр.у 31 (29,2%) из 106 пациентов, III и IV гр. у 45 (33,8%) из 133 больных. Большинство из них связаны с большой травматичностью оперативных вмешательств. Летальность: I группа – 2(4,8%), II гр.- 10(15,6%), III гр.- 9(11,8%), IV гр.- 10 (15,2%). Осложнения и летальность не связаны с проведением ВГХТ. Анализ отдалённых результатов лечения показал, что рецидив заболевания диагностирован в различные сроки у 134 человек: I гр. -17,5% случаев, II - 55,3%, III гр. - 84,7% и IV – 89,3%. Трехлетняя выживаемость: I гр. -91,9%; II гр.- 71,8%; III и IV гр. 27,4% и 10,6% соответственно. 5-летняя выживаемость: I гр. - 66,5%, II -21,9%, в III и IV гр. данные показатели составили 9,7% и 9,1%. Выводы. 1. Сочетание расширенных операций с проведением интраоперационной внутрибрюшной гипертермической химиотерапии значительно увеличивает выживаемость, безрецидивный период и качество жизни пациентов при местно-распространенном и диссеминированном колоректальном раке. 2. Анализ литературных источников и наш собственный опыт указывают на малую токсичность интраоперационной гипертермической химиотерапии. 3. В послеоперационном периоде мы считаем обязательным проведение системной химиотерапии. У данной категории пациентов обоснованным является применение химиопрепаратов нового поколения (Элоксатин, Кселода, Томудекс).

СТРУКТУРА И ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кохнюк В.Т.¹, Колядич Г.И.¹, Бондаренко В.М.²

1. РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск

2. Гомельский ООД, Гомель

Цель исследования: изучить структуру и пятилетние результаты хирургических вмешательств при комбинированном лечении больных раком прямой кишки (РПК). Материалы и методы исследования. В исследовании проведен анализ результатов лечения больных РПК I–III стадии по разработанному нами методу (патент 6078 Республики Беларусь С1 А61N 5/1). Предоперационная сочетанная лучевая терапия, включающая дистанционную лучевую терапию РД 5 Гр до СД 25 Гр и сеанс внутрисветовой лучевой терапии РД 10 Гр на следующий день после завершения дистанционной лучевой терапии была проведена 101 пациенту. Через 24 часа после завершения лучевой терапии выполняли хирургическое вмешательство. В нижеампулярном отделе опухоль локализовалась у 31(30,7%) пациента, в среднеампулярном – у 39 (39,6%) больных и нижеампулярная локализация опухоли была в 31(30,7%) случае. Результаты. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена 8(7,9%) пациентам и в 6 (5,9%) случаях по показаниям была выполнена резекция прямой кишки по Гартману. Сфинктеросохраняющие операции проведены 87 пациентам, что составило 86,1%. Брюшно-анальная резекция прямой кишки выполнена 8 (27,7%) больным. В 21 случае – при расположении опухоли в нижеампулярном отделе и у 8 больных – в среднеампулярном отделе прямой кишки. Чрезбрюшная резекция прямой кишки была выполнена у 59 (58,4%) больных. При раке нижеампулярного отдела у 1 больного; при раке среднеампулярного отдела — у

28 пациентов и с верхнеампулярной локализацией опухоли — у 30 больных. Общая пятилетняя выживаемость больных РПК составила 71,5±4,8%. При I, II и III стадиях РПК общая пятилетняя выживаемость составила 92,9±6,9%, 75,7±6,4% и 54,2±9,4% соответственно. В течение пяти лет наблюдения местный рецидив развился у 3 больных, что составило 2,9%. Заключение. Применение разработанного нами метода комбинированного лечения позволило у 86,1% больных РПК выполнить сфинктеросохраняющие операции с частотой местного рецидивирования 2,9%.

РОЛЬ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЛАНОВОЙ ПОДГОТОВКЕ К ОБЪЕМНО-КОМБИНИРОВАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ С ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*Кутлиев О.О., Наврузов С.Н., Абдурахмонов Д.К., Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Некова Г.А.
Республиканский ОНЦ, Ташкент*

Цель: оценить роль и адекватность симптоматических операций у больных опухолями органов малого таза с прорастанием в соседние органы. Материалы и методы исследования. Проанализированы 40 историй болезней больных с опухолями мочевого пузыря, прямой кишки и шейки матки в стадии Т4ИюМо, прорастающие в соседние органы, ранее получившие химиотерапию, лучевую или химиолучевую терапию в отделении гинекологии, колопроктологии и урологии РОНЦ. Из них: 16 больных с раком мочевого пузыря (40%) и 18 больных с раком шейки матки (45%) и 6 больных раком прямой кишки (15%). Возраст больных колебался от 24 до 74 лет. Всем больным после проведенных нами симптоматических операций через месяц проводились эвисцерации органов малого таза с различными вариантами. Результаты. В предоперационный период у всех больных (40 больных-100%) имело место повышенный уровень мочевины и креатинина в крови (> 8.5 ммоль/л и > 0.115 ммоль/л), у 16 больных (40%) боль в малом тазу и у 35 потеря аппетита (87,5%). У 8 больных имело место суправезикальная обструкция слева (20%), у 10 справа (25%) и у 22 имело наличие двухстороннего гидронефроза (55%), инфравезикальная обструкция у 12ти (30%). После п.к.нефростомии и п.к.цистостомии у 38 больных мочевины снизилась до уровня нормальных показателей (95%), боль имело у 7 (17,5%) и улучшение аппетита у 28 больных (70%). Выводы: несмотря на прорастание опухолей органов малого таза в близлежащие органы применение симптоматических операций считается целесообразной. После выше указанных операций улучшается качество жизни и в дальнейшем им возможно выполнить эвисцерацию органов малого таза.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Служко Л.В., Бузин С.В.
АГМА, Астрахань
Астраханский ООД, Астрахань*

Цель. Снизить частоту развития острых гастродуоденальных язв и эрозий в раннем послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах по поводу колоректального рака. Материалы и методы. Исследовано 68 пациентов, оперированных по поводу колоректального рака в Астраханском областном онкологическом диспансере в 2007–2008гг. Всем больным в предоперационном периоде проведено обследование на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* с использованием трех методов - иммунохроматографическое выявление антител в сыворотке крови, цитологическое и гистологическое исследования биоптатов слизистой оболочки желудка. Инфицированными оказались 46 пациентов (67,6%). Этим лицам в течение 7 суток до операции проводилась специфическая противоязвенная терапия с профилактической целью. Неинфицированные больные (n=22 – 32,4 %) профилактического лечения не получали. Выполнено 49 радикальных операции и 19 паллиативных. Всем пациентам в первые, третьи и седьмые сутки после операции выполнялась контрольная гастроскопия. Группу сравнения составили 123 пациента, оперированных в Астраханском областном онкологическом диспансере по поводу колоректального рака в 2006г. Данные лица профилактического лечения не получали. Выполнено 94 радикальных операций, 29 паллиативных. Результаты. В исследуемой группе острые эрозии желудка выявлены у 3 пациентов (4,4%), язвенных поражений не выявлено, летальности не отмечено. В группе сравнения частота эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта составила 9,8% (n=12). Эрозии выявлены у 7 пациентов (5,7%), язвенные поражения - у 5 (4,1%). При этом в 4 наблюдениях (3,3%), острые язвы осложнились кровотечением, а в 2 (1,6%) - перфорацией. Летальность вследствие данных осложнений - 4,0% (n=5). Выводы. Выявление лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, с целью проведения им специфического профилактического лечения, позволяет снизить частоту острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта в послеоперационном периоде более, чем в 2 раза и способствует снижению послеоперационной летальности.

СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Левашов В.А., Борота А.В.

Донецкий противоопухолевый центр, Донецк

Межрегиональный онкологический центр, Бузулук

Цель исследования. Изучить возможность и целесообразность одномоментного применения как бесшовных вариантов сфинктеросохраняющих методик при осложненном раке прямой кишки, так и с применением анастомоза. Материалы и методы. В период 2003-2009 гг. прооперировано 54 пациента в срочном и экстренном порядке имеющих при поступлении диагноз рак прямой кишки (включая опухоли ректосигмоидного отдела) стадии T3-4N0-2M0-1, осложненный декомпенсированной толстокишечной непроходимостью, кровотечением из опухоли, перфорацией опухоли. Возраст больных колебался от 44 до 84 лет. У всех больных опухоль была диагностирована в дооперационном периоде путем пальцевого исследования, ректороманоскопией, гибкой сигмоскопией. Непроходимость подтверждена как рентгенологически, так и эндоскопическим исследованием прямой кишки. По локализации распределилась следующим образом: нижеампулярный отдел (НАО-11 человек (20,35%), среднеампулярный отдел (САО) - 13 человек (24,1%), вышеампулярный отдел (ВАО) - 13 человек (24,1%), ректосигмоидный отдел (РСО) - 17 человек (31,45%). Выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: проксимальная резекция прямой кишки по Дюамелю-31 пациенту (РСО-14, ВАО-8, САО-9), брюшнонаданальная резекция прямой кишки с низведением левой половины ободочной кишки через эвагинированную культю прямой -8 (ВАО-4, САО-4), брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной по Петрову-Холдину-11 (НАО-11), у четырех пациентов, в виду явно выраженных макроскопически некротических изменений стенки ободочной кишки от перерастяжения содержимым, мы применили субтотальную колэктомия с формированием илеоректального дубликатурно-инвагинационного анастомоза (РСО-3, ВАО-1). Результаты. Летальность в послеоперационном периоде 3,7% (1 больная с мерцательной аритмией в результате острого мезентериального тромбоза и 1 пациент от острой сердечной недостаточности). Послеоперационные осложнения 7,4% (у 4-х пациентов развился краевой некроз низведенной кишки, что потребовало донизведения трансплантата в сроки до 3-х суток после первой операции без каких-либо последствий). В настоящий момент живы 53,7% (29 пациентов). Функция континенции страдает у 3,7% (2 пациента после операции Петрова-Холдина). Выводы. Внедрение в специализированную лечебную сеть сфинктеросохраняющих операций у больных с осложненным течением рака прямой кишки позволяет сократить затраты на многоэтапное хирургическое лечение с сохранением качества жизни у данной группы пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Маслов А.А., Тищенко И.С.

НИИ онкологии, Ростов-на-Дону

Задачи исследования. Изучить структуру осложнений рака толстой кишки по данным клиники РНИОИ за 2007 – 2009 гг. Изучить непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным колоректальным раком. Разработать оптимальную тактику хирургического лечения данного контингента больных. Определить возможность и целесообразность одноэтапной первичной резекции кишки с опухолью у больных с осложненным колоректальным раком. Материал и методы. В исследование вошли 157 больных с осложненным колоректальным раком, находившихся на лечении в клинике РНИОИ в 2007 – 2009 гг. Структура осложнений рака толстой кишки: кишечная непроходимость – у 118 больных (75,2%), параканкрозное воспаление – у 23 больных (14,65%), перфорация опухоли – в 4 случаях (2,55%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани – у 12 больных (7,6%). Результаты. Радикальные операции по поводу осложненного колоректального рака выполнены 109 больным (69,4%). Одноэтапная первичная резекция кишки выполнена у 61,1% пациентов. Паллиативные операции выполнены в 48 случаях (30,6%). Целью вмешательства являлось не только устранение осложнения, но и, по возможности, удаление опухоли кишки. Послеоперационная летальность 8,9%. Послеоперационные осложнения наблюдались у 48 больных (30,6%), преобладали гнойно-воспалительные процессы со стороны послеоперационной раны (45,8%). У 3 больных диагностировали недостаточность швов анастомоза. Выводы. При опухолевом поражении правой половины ободочной кишки при любой форме кишечной непроходимости показано выполнение правосторонней гемиколэктомии с первичным швом анастомоза. При опухолевом поражении левой половины ободочной кишки хирургическое вмешательство в объеме левосторонней гемиколэктомии или сегментарной резекции сигмовидной кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза показано при компенсированной и субкомпенсированной формах обтурационной кишечной непроходимости, при перифокальном и внутриопухолевом воспалительном процессе, при перфорации опухоли толстой кишки. Расширение показаний к формированию первичного анастомоза при декомпенсированной форме

кишечной непроходимости возможно за счет адекватной декомпрессии приводящей кишки. Оптимальный срок восстановления кишечной непрерывности составляет 3-4 недели после обструктивной резекции толстой кишки.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННЫХ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Миракян С.С. Кравченко А.Ю. Тулина И.А.
РНЦХ им. Б.В. Петровского, Москва*

Актуальность. От 20 до 40% первичных больных колоректальным раком имеют отдаленное метастатическое поражение. Вопрос выбора тактики лечения данной категории больных является сложным и до конца не решенным. Цель исследования. Изучение непосредственных и отдаленных результатов циторедуктивных операций с расширенной лимфаденэктомией у больных колоректальным раком с отдаленным метастатическим поражением. Материалы и методы. За период с апреля 2006 по апрель 2009 года по поводу первичного рака толстой кишки с метастатическим поражением внутренних органов, циторедуктивные операции выполнены 138 пациентам (58 мужчин, 80 женщин, средний возраст составил 60,98±9,7 лет). В 38 наблюдениях это были одиночные очаги в печени, в 100 – множественное поражение. Сочетанное метастатическое поражение легких и печени установлено у 32 больных. Наряду с метастазами в печень диагностировано поражение почек - у 2 больных, селезенки – у 3, яичников – у 7, надпочечников – у 1. Канцероматоз брюшины был выявлен у 28 пациентов. В 64 наблюдениях первичная опухоль локализовалась в прямой кишке, в 34 в левой половине, в 40 – в правой половине ободочной кишки. Первую группу составили 87 больных, которым выполнены циторедуктивные вмешательства с расширенной лимфаденэктомией, вторую 51 пациент после удаления первичной опухоли без лимфаденэктомии. Группы были идентичны по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям. Результаты. При оценке непосредственных результатов не получено статистически значимых различий по демографическим показателям и параметром опухолевого процесса между двумя группами пациентов. Средняя длительность операции в первой группе составила 259,32±101,64 мин, во второй 202,55±112,37 мин (p=0,15), длительность послеоперационного пребывания в стационаре 11,54±5,7 дней и 11,62±5,10 соответственно (p=0,28), объем интраоперационной кровопотери 558,8±883,15 мл и 420,67±520,15 мл соответственно (p=0,48). Прослежено 130 (94%) больных. Среднее время прослеженности 14±9,23 месяца. Медиана выживаемости в группе с лимфаденэктомией составила 12,18±8,5 месяца, в группе которым не выполнялась лимфаденэктомия 5,5±5,3 месяца (p=0,04). У 80 больных в послеоперационном периоде выполнено химиотерапевтическое лечение. В химиотерапевтическом лечении было отказано 39 больным из-за тяжести сопутствующих заболеваний. Вторым этапом, у 31 пациента выполнена резекция метастатических очагов, из них в печени 22, в легких у 9 пациентов. Заключение. Циторедуктивные операции с расширенной лимфаденэктомией, выполненные больным раком толстой кишки с метастатическим поражением органов, не увеличивают длительность операции, объем кровопотери, длительность пребывания в стационаре, однако статистически значимо увеличивают продолжительность жизни на протяжении 1,5 летнего срока наблюдения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ J-ОБРАЗНОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА ФОНЕ СЕМЕЙНОГО ТОТАЛЬНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Мороз Е.Г., Юдин А.А., Ануфреенок И.В.
РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск*

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты лечения больных колоректальным раком на фоне семейного тотального аденоматоза толстой кишки. Материал и методы. В 2007-2008 годах в онкопроктологическом отделении РНПЦ ОМР были пролечены 8 больных колоректальным раком на фоне семейного тотального аденоматоза толстой кишки. Из них было 3 женщины и 5 мужчин. Возраст больных колебался от 25 до 48 лет. У пациентов было от одной до трех злокачественных опухолей на фоне полипоза. Всем больным выполнена тотальная колопроктэктомия, которая у 7 пациентов завершилась формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза и превентивной илеостомы. Одному пациенту операцию пришлось завершить илеостомой из-за короткой брыжейки тонкой кишки и невозможности формирования илеоанального анастомоза. Длительность операции колебалась от 3 часов до 4 часов 30 минут. Результаты. Пациенты удовлетворительно перенесли хирургическое вмешательство. Послеоперационный период протекал без осложнений. Закрытие превентивных илеостом выполнялось в сроки до 3 месяцев после операции. Только одной пациентке илеостомы не была закрыта из-за бурного прогрессирования опухолевого процесса. За время наблюдения пациенты отмечают удовлетворительную функцию резервуара, прибавку в весе, стул от 1 до 4 раз в сутки. Больные вернулись к трудовой деятельности, ведут активный образ жизни. Заключение. Выполнение операций по полному удалению

толстой кишки с формированием J-образного тонкокишечного резервуара удовлетворительно переносится пациентами, не увеличивает показатели послеоперационных осложнений и летальности, учащает качество жизни в ближайшем периоде, что является очень важным для данной категории больных, имеющих молодой возраст.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ НИЗКИХ ЧРЕЗБРЮШНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ И ЭКСТИРПАЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Муслимов М.И., Китаев А.В., Немытин Ю.В., Айрапетян А.Т., Турлай Д.М.

МЦ при Спецстрое РФ, Москва

3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого, Москва

ГКА им. Маймонида, Москва

Проблема качества жизни и социальной реабилитации после низкой чрезбрюшной резекции и экстирпаций прямой кишки в настоящее время не теряет актуальность. Кроме этого, огромную роль при утрате резервуарной функции прямой кишки играют нарушения психоэмоционального статуса не только пациентов, но и их близких. В настоящее время в литературе описано достаточно много методик формирования кишечных резервуаров при низких резекциях прямой кишки (Ривкин В.Л. и соавт. 2004.), однако, их не всегда возможно применить из-за технических сложностей их выполнения, необходимости использования большого участка низводимой в полость малого таза ободочной или тонкой кишки. Цель исследования. Разработать и обосновать новую технически доступную технологию формирования толстокишечного резервуара и запирающего аппарата низведённой в промежность толстой кишки. Задачи исследования. Улучшить функциональные результаты хирургического лечения рака прямой кишки. Оценить функциональную способность вновь сформированного кишечного резервуара и его неосфинктера. Материал и методы. Всего обследовано 15 больных, оперированных по поводу рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого и ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» с 2004 по 2008г. 8 из них выполнена низкая чрезбрюшная резекция, 7 - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Все операции выполнялись с тотальной мезоректумэктомией. При чрезбрюшных резекциях накладывались аппаратные (циркулярный степлер “СДН – 33”) анастомозы «конец в конец». В 4-х случаях операция дополнялась наложением превентивной трансверзостомы, в одном - илеостомы по Торнболлу. Экстирпации прямой кишки заканчивались формированием промежностной стомы с формированием неосфинктера из серозно-мышечной оболочки низведённой в промежность раны ободочной кишки путем создания двойного её инвагината. Методика формирования резервуара заключалась в продольном рассечении толстой кишки по противобрыжечной тени, отступив 3 - 5 см от анастомоза (верхнего края неосфинктера), с последующим ушиванием образованной раны в поперечном направлении двухрядными узловыми швами. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с несостоятельностью швов в области анастомоза и в зоне формирования резервуара не отмечалось. Исследование резервуарной функции проводилось с помощью ирригографии, дефекографии, балонной проктографии. Результаты. Через год было проведено обследование пациентов. Чрезбрюшная резекция прямой кишки: у 3 человек самостоятельный стул был 2-3 раза в сутки, у 5 – требовалось применение очистительных клизм 1 раз в 2-3 дня. Брюшно-промежностная экстирпация: у 4 пациентов управляемый стул был 2-3 раза в сутки, у 2 – требовалось применение очистительных клизм 2-3 раза в неделю. У одного пациента-мужчины в последующем наложена двустольная трансверзостома. Выводы. При применении нашей методики формирования толстокишечного резервуара и создание неосфинктера из серозно-мышечной оболочки дистальной культи низведённой в промежность ободочной кишки отмечается достоверное снижение проявления синдрома «низкой резекции», а также позволяет значительно улучшить социальную реабилитацию пациентов и качество их жизни.

НЕОТЛОЖНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С., Селина И.Е., Лебедев А.Г., Скворцова А.В., Македонская Т.П.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва*

Неотложное хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки удел скоропомощных хирургических стационаров. Термин «осложненный рак» означает, что причиной госпитализации в стационар явился не сам онкологический процесс в ободочной кишке, а его осложнения (кишечная непроходимость, кишечное кровотечение, анемия, перфорация опухоли, параколитическое воспаление). Согласно многолетней статистике пациенты старшей возрастной группы (65±3 лет) в 70% случаев имеют множественные сопутствующие заболевания, поздно обращаются за помощью – все это определяет больных как группу высокого операционного риска. Наиболее частым осложнением рака ободочной кишки является обтурационная непроходимость ободочной кишки (ОНОК). При полипозиционном рентгенологическом обследовании в приемном отделении определяется уровень, характер обструкции и вариант развития непроходимости: 1. «Замкнутая петля» - в процесс вовлечена только ободочная кишка (участок между

обтурирующей опухолью и баугиновой заслонкой) – угроза разрыва и перитонит. 2. Кишечная непроходимость с вовлечением в процесс тонкой кишки сопровождается выраженным эндотоксикозом. При отсутствии перитонита время предоперационной подготовки зависит от варианта развития ОНОК. В первом случае 2-4 часа, во втором случае может быть продлена до 12-24 часов. Подготовка к операции проводится под контролем анестезиолога и специалистов в зависимости от сопутствующих заболеваний. Профилактика осложнений осуществляется метроджилом (2,0г в сутки в/в) до операции, во время и в послеоперационном периоде, антибиотиками под контролем иммунологического статуса при перфорации и параколитическом воспалении. Особое значение имеет интраоперационный этап, который выполняется с соблюдением принципов профилактики послеоперационных осложнений. Только широкая срединная лапаротомия, позволяющая, не травмируя переполненные петли кишечника, провести ревизию, установить уровень препятствия, стадию заболевания и определить объем оперативного вмешательства. Ключевым моментом каждой операции (независимо от стадии заболевания) является назоинтестинальная интубация, которая создала условия для проведения интраоперационной профилактики послеоперационных осложнений (профилактики несостоятельности швов), энтеральной терапии эндогенной интоксикации, синдрома кишечной недостаточности. Анализ морфологического и секционного материала (на протяжении 25 лет) подтверждает, что в 80-90% ОНОК является первой манифестацией рака, отдаленных mts на момент операции нет, что позволяет провести радикальное хирургическое лечение. Мы считаем, что первичная опухоль должна быть удалена, паллиативные вмешательства выполнялись только при нерезектабельности опухоли. С 1984 года в институте внедрена в практику лечения ОНОК первичнорадикальная, одномоментная операция – субтотальная колонэктомия с первичным илеосигмоанастомозом. Эта операция отвечает принципам онкорадикализма, обеспечивает полную социальную реабилитацию и высокое качество жизни, позволила увеличить % радикальных операций (77%), снизить летальность (летальность 13-15% после радикальных, после субтотальной колонэктомии – 7,8%, продолжительность жизни 7,5 лет; после операции типа Гартмана 2,7лет). Полученные результаты лечения, наш опыт позволяют считать операцией выбора, при осложненном раке ободочной кишки, субтотальную колонэктомию, при соответствующем анестезиологическом обеспечении и квалификации хирурга.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКОМ И ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Пикунов М.Ю., Вишневецкий А.А., Вишневецкий В.А., Ионкин Д.А.
Институт хирургии им. А.В. Вишневецкого, Москва*

Современные диагностические возможности, совершенствование хирургических технологий, успехи химиотерапии позволили повысить эффективность противоопухолевого лечения больных с 4 стадией рака. После комплексного лечения удается увеличить продолжительности жизни у 10-20 % больных колоректальным раком с метастазами в легкие и печень. За последние 5 лет в Институте Хирургии им.А.В. Вишневецкого проведено обследование и лечение 79 больных с метастазами колоректального рака в легкие и печень. У всех больных первичная опухоль толстой кишки была удалена. У 46 пациентов метастазы в легкие и печень были выявлены одномоментно с опухолью толстой кишки (группа I – синхронные метастазы), у 33 больных через 6 и более месяцев после операции на толстой кишке (группа II – метакронные метастазы). Всем больным проведена полихимиотерапия. Оперировано 39(49%) пациентов с наличием метастазов колоректального рака в легкие и печень. Хирургическое лечение было показано при наличие единичных или солитарных метастазов в легкие и печень, при возможности «радикального» удаления метастазов (отступя от края опухоли в радиусе 1 см.), при отсутствие эффекта или непереносимость химиотерапии. Критериями отбора пациентов к операции по удалению метастазов из легких и печени являлось отсутствие рецидива (продолженного роста) опухоли в толстой кишке, отсутствие генерализации опухолевого процесса, переносимость хирургического лечения, удовлетворительное состояние пациента. Последовательность операций была следующей: 1. Одномоментное удаление метастазов из печени, затем из легкого 6 больных. 2. Метастазэктомия из печени, затем через 2-3 нед. из легкого 19 больных. 3. Метастазэктомия из печени, затем через 2-3 нед. из двух легких одномоментно 6 больных. 4. Метастазэктомия из печени , затем через 2-3 нед. из одного легкого, через 2-3 нед. из другого легкого 8 больных. Объем резекции легкого по поводу метастазов был следующий: прецизионная (лазерная , коагуляционная) метастазэктомия 10, аппаратная резекция легкого по типу краевой или атипичной сублобарной резекции 19, лобэктомия 4, видеоторакоскопическая резекция легкого 6. Пациенты, которые имели симультанные метастазы имели худший прогноз, чем пациенты с метакронными метастазами. Выживаемость пациентов с симультанными метастазами за 3 года составила 36% с медианой выживаемости 1,9 года , с метакронными метастазами составила 69 % с медианой выживаемости 2,6 года. Вид хирургического вмешательства и объем резекции легкого на прогноз заболевания не влиял. Выполнение лобэктомии рекомендовано только при единичном крупном метастазе. Наиболее оптимальным является сублобарная резекция легкого через миниторакотомию или видеоторакоскопическая аппаратная резекция легкого. Во время операции диагностическая пальпация легкого необходима с целью выявления всех метастазов. Комплексное обследование пациентов с метастазами колоректального рака в легкие и печень в многопрофильной клинике, критический отбор

пациентов для хирургического лечения, прецизионная техника удаления метастазов, динамическое послеоперационное наблюдение позволяет повысить эффективность проводимого лечения.

РОЛЬ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В СНИЖЕНИИ ЧИСЛА МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ ПРИ РАКЕ СРЕДНЕ-НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Порханов В.А., Половинкин В.В., Кравченко А.Ю., Царьков П.В.
Краевая КБ №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар
РНЦХ им Б.В. Петровского, Москва*

Введение. «Слепое» выделение прямой кишки с помощью руки по настоящее время остается в арсенале практикующих хирургов. Аргументами в его защиту служат простота и быстрота исполнения. Прецизионное инструментальное выделение прямой кишки под контролем зрения в пределах сохраненной мезоректальной фасции или тотальная мезоректумэктомия (ТМЭ), увеличив время обучения и самого вмешательства, во всем мире смогло продемонстрировать существенное снижение числа местных рецидивов. Цель: оценить онкологическую эффективность ТМЭ в лечении рака прямой кишки. Материалы и методы. За период с 2002 по 2006г.г. оперировано 123 пациента по поводу рака средне- и нижнеампулярного отдела прямой кишки T1-4N0-2M0. Соотношение мужчины/женщины 53/70. Средний возраст составлял $60,8 \pm 10,2$ лет. Низкая передняя резекция прямой кишки выполнена 60 больным, передняя резекция - 22, брюшно-анальная резекция - 11, брюшно-промежностная экстирпация - 30. ТМЭ выполнена 50 больным, «слепое» выделение - 73. Большинству пациентов (87 из 123) в предоперационном периоде проведена лучевая терапия. Результаты. Прослежены все больные. Средний срок прослеженности $40,2 \pm 17,3$ мес. В группе больных с выполнением ТМЭ 14 из 50 пациентов имели пораженные лимфоузлы, в 94% наблюдений ($n=47$) в данной группе проводилась предоперационная лучевая терапия. От прогрессии основного заболевания в сроки от 11 до 40 мес умерло 6 человек, местный рецидив диагностирован в 2 наблюдениях. Трехлетняя безрецидивная выживаемость 88%. Среди пациентов со второй группы опухолевое поражение лимфатических узлов выявлено у 15 из 73 больных. От прогрессии опухолевого процесса в течение 5 лет умерло 32 пациента, местный рецидив диагностирован в 42,5%. Трехлетняя безрецидивная выживаемость в данной группе 56,2%. Среди этих больных частота рецидива при проведении дооперационной лучевой терапии 30,2% против 60% в группе с только хирургическим лечением, при отсутствии статистически значимой разницы в трехлетней безрецидивной выживаемости. Выводы. ТМЭ позволяет снизить частоту местного рецидивирования, увеличить трехлетнюю безрецидивную выживаемость. Предоперационная лучевая терапия в группе больных с неполным удалением мезоректальной клетчатки позволяет уменьшить вероятность местного возврата заболевания, которая, тем не менее, превышает таковую в группе с ТМЭ.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПО ОТДЕЛАМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Потемин С.Н., Барышев А.Г., Каушанский В.Б., Грицаев Е.И.
Краснодарский КОД, Краснодар
КГМУ, Краснодар*

На фоне всемирного роста заболеваемости колоректальным раком (КРР), имеются различия в сообщениях исследователей об особенностях распределения рака толстой кишки по различным ее отделам. За последние 20 лет некоторые авторы отмечают рост количества заболеваний в правой половине. Ряд других не усматривает этого роста и отмечает преобладание локализации опухолевого процесса в левой половине толстой кишки. Цель исследования. Проанализировать заболеваемость колоректальным раком населения Краснодарского края численностью 5 млн. 120 тыс. человек по данным Краевого онкологического регистра за последние 13 лет и особенности его распределения по сегментам толстой кишки. Пациенты и методы. Изучено 4272 случая КРР с учетом пола, возраста, локализации опухоли. Результаты исследования. Заболеваемость КРР в 1996г. составляла 14,21 на 100 тысяч населения края, а в 2008 году - 22,45. Максимальная заболеваемость отмечена в возрасте 55-65 лет (73%). Отношение женщины-мужчины составило 1,24:1. Рак прямой кишки выявлен в 49,93% всех наблюдений, а запущенность составила 38,6% (III-IV ст.). Клиническими проявлениями рака прямой кишки были: кровянистые выделения (81%), пальпируемая ректально опухоль (66,7%), боль и тенезмы (58%). Локализация опухоли в ободочной кишке - в левых отделах в 72,09%, в правой половине в 27,91% наблюдений. Выводы. 1. Женская заболеваемость КРР выше мужской, и достоверно выше с локализацией в сигмовидной кишке ($P = 0,02$). 2. За прошедшие 13 лет не произошло достоверного смещения локализации рака в правые отделы ободочной кишки на фоне общего роста заболеваемости КРР. 3. Наиболее частой локализацией рака являются прямая и левые отделы ободочной кишки. 4. Запущенность рака прямой кишки может быть снижена при улучшении организации онкологической службы в районах, информированности и настороженности врачей и населения.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

*Пручанский В.С., Минько Б.А., Кушнеров А.И.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

В структуре онкологических заболеваний органов пищеварительной системы рак толстой кишки занимает третье место. Ведущая роль в распознавании патологических изменений ободочной и прямой кишки принадлежит методам лучевой диагностики. Диагностическая эффективность используемых методов исследования неоднозначна и должна быть учтена в процессе обследования больных. Целью выполненного исследования было определение информативности рентгенологического и ультразвукового исследований в диагностике новообразований прямой и ободочной кишки. Результаты исследования основаны на данных лучевого обследования более 2000 больных с заболеваниями пищеварительной системы, среди которых новообразования прямой и ободочной кишки были выявлены у 242 больных. Как показали наши исследования, рентгенологическая методика первичного двойного контрастирования в условиях искусственной гипотонии обладает высокой информативностью в диагностике рака толстой кишки. В диагностике опухолевых поражений толстой кишки нами также использовалось УЗИ с её заполнением контрастной диагностической средой. Важной особенностью ультразвуковой ирригоскопии является возможность визуализировать кишечную стенку и её слоистое строение. Нами произведена оценка информативности рентгенологического метода и ультразвуковой ирригоскопии в диагностике местнораспространенного рака прямой и ободочной кишки. Показатели специфичности и прогностической значимости используемых методов диагностики практически идентичны, что не зависело от размеров новообразований. При небольших карциномах провести дифференциальную рентгенологическую и УЗ-диагностику с полипами невозможно, поскольку малая величина новообразования и отсутствие признаков злокачественного роста не гарантирует доброкачественности процесса. Решающее значение в этих случаях имеет биопсия, с последующим гистологическим исследованием, выполненная в процессе фиброколоноскопии. Заключение. В целях повышения эффективности диагностики местнораспространенного рака прямой и ободочной кишки необходимо по возможности максимально использовать потенциал методов лучевого обследования с обязательным включением рентгенологического исследования по методике первичного двойного контрастирования в условиях искусственной гипотонии, скринингового УЗИ органов брюшной полости, дополненных гидроколоноскопией и, при необходимости, фиброколоноскопией и компьютерной томографией.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Расулов Р.И., Шелехов А.В., Хаматов Р.К., Зубков Р.А.
Иркутский ГИУВ, Иркутск*

Материалы и методы. За исследуемый период в диспансере пролечено 468 больных раком прямой кишки. Из них мужчин - 205 (43,8%), женщин - 263 (56,2%). Большинство больных было в возрасте от 51 до 90 лет (389 - 83,1%); средний возраст составил $60,5 \pm 0,50$ лет. В 84 (17,9%) наблюдениях установлена I стадия опухолевого процесса, в 206 (44,0%) - II стадия, в 141 (30,2%) - III стадия и в 37 (7,9%) - IV стадия опухолевого процесса. На этапе диагностики в 285 (60,9%) наблюдениях установлено, что опухоль значительно перекрывала просвет прямой кишки, что не позволило эндоскопически осмотреть толстую кишку в проксимальном направлении. В 38 (8,1%) наблюдениях больные поступили с параректальными свищами, в 11 (2,3%) - с параректальным абсцессом и в 4 (0,8%) - с продолжающимся ректальным кровотечением. Осложненный рак прямой кишки разбит на две группы: основная ($n=104$), где проведено этапное лечение - устранение осложненного течения заболевания малоинвазивными приемами на первом этапе специализированной помощи с последующим проведением предоперационной лучевой терапии и радикальной операции, и группа клинического сравнения ($n=44$), где применена традиционная схема лечения - радикальная операция и послеоперационная лучевая терапия. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде в группе клинического сравнения осложнения развились в 10 (22,7%) наблюдениях; из них в 5 (11,4%) наблюдениях - абсцесс малого таза, в 3 (6,7%) - несостоятельность колоанального анастомоза, в 1 (2,3%) - перитонит и в 1 (2,3%) - внутрибрюшное кровотечение. В подавляющем большинстве наблюдений данные осложнения возникли в результате выполнения одномоментной радикальной операции в условиях несанированного патологического процесса. Выведение петлевой колостомы, санация осложненного течения рака прямой кишки в основной группе в последующем позволило выполнять радикальную операцию в более выгодных условиях. В результате частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 4,8% (5 наблюдений), что значительно ниже ($p=0,003$), чем в группе клинического сравнения. Послеоперационная летальность в основной группе составила 0,9% (1 наблюдение), в группе клинического сравнения - 2,3% (1 наблюдение). Согласно полученным расчетным данным в контрольной группе 1-летняя выживаемость, составила 71,8%, 2-летняя - 62,1%, 3-летняя - 45,9%, 5-летней - 18,6%, 8-летняя - 12,4%, средняя продолжительность жизни - $39,9 \pm 3,34$

мес. В основной группе отдаленная выживаемость составила: 1-летняя выживаемость составила 84,7%, 2-летняя - 83,3%, 3-летняя - 78,5%, 5-летней - 68,6%, 8-летняя - 59,1%, 9-летняя - 59,1%, средняя продолжительность жизни - 52,8±3,45 мес. Выводы. Этапное лечение осложненного рака прямой кишки позволило значимо снизить частоту послеоперационных осложнений и существенно увеличить отдаленную выживаемость.

НОВЫЕ КОПРО-МАРКЕРЫ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Сергеева Н.С.¹, Шельгин Ю.А.², Маришутина Н.В.¹, Чернышов С.В.², Солохина М.П.¹

1.МНИОИ им. П.А.Герцена, Москва

2.ГНЦК, Москва

Цель работы: оценка диагностической чувствительности в отношении колоректального рака (КРР) 3-х новых иммуноферментных тестов, выявляющих в кале гемоглобин человека (hHb), комплекс гемоглобина человека с гаптоглобином (hHb/Hp) и опухолевую форму пируваткиназы M2 типа (fTu M2-РК). Материалы и методы. Содержание маркеров было исследовано в образцах кала 47 первичных больных КРР, 9 пациентов с полипами кишечника, 19 пациентов с язвенным колитом (ЯК) и 47 доноров. Концентрации hHb, hHb/Hp и fTu M2-РК оценивали с помощью коммерческих тест-систем. Использованы следующие дискриминационные уровни (ДУ): hHb - 2000,0 нг/мл, hHb/Hp - 2000,0 нг/мл и fTuM2-РК - 4,0 ед/мл. Результаты. У больных КРР средние концентрации hHb, hHb/Hp и fTu M2-РК в кале были соответственно в 40, 125 и 6,5 раз выше, чем у доноров, в 10, 30 и 6,5 раз выше, чем у больных с полипами и близки к средним концентрациям у больных с ЯК (при КРР: hHb - 31136,5±2017,4 нг/мл, hHb/Hp - 16664,0 ± 2196,1 нг/мл и fTu M2-РК - 15,1±1,8 ед/мл; у доноров соответственно: 787,3±85,4 нг/мл, 133,3±27,1 нг/мл и 2,3 ±0,5ед/мл; при полипах: 3416,6±2351,6 нг/мл, 396,3±302,3 нг/мл и 2,3±0,7 ед/мл; при ЯК: 21020,7±3762,3 нг/мл, 12204,7±3574,4 нг/мл и 11,9±1,9 ед/мл). Доля случаев превышения ДУ hHb у больных КРР, ЯК, полипами кишечника и доноров составила 91,5%, 78,9%, 22,2%, и 6,4% соответственно; hHb/Hp - 80,9%, 63,2%, 11,1% и 0%; fTuM2-РК - 75,7%, 73,7%, 22,2% и 18,9%, т.е. доля fTuM2-РК-позитивных доноров оказалась довольно высокой. Заключение. Таким образом, тесты, выявляющие в кале hHb, hHb/Hp и fTu M2-РК, представляются перспективными для активного выявления больных колоректальным раком и некоторыми другими заболеваниями кишечника.

КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА: ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Сидоров Д.В., Белоус Т.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Петров Л.О.

МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

При плановом морфологическом исследовании червеобразных отростков, удаленных по поводу «острого аппендицита», карциноидные опухоли выявляются в 0,3-0,7% случаев. Принимая во внимание злокачественный характер опухоли, закономерно возникает вопрос об адекватности выполненного оперативного вмешательства (аппендэктомии). Существуют две альтернативные лечебно-диагностические схемы для пациентов с КА после аппендэктомии: динамическое наблюдение или повторная операция, как правило, в объеме правосторонней гемиколэктомии. Материалы и методы. Нами проанализированы 5 наблюдений за больными КА, перенесшими ранее аппендэктомию. Среди пациентов было 4 женщины и 1 мужчина. Средний возраст больных составил 24,2±6,4 лет (от 18 до 34 лет). Все пациенты ранее были экстренно оперированы в общехирургических стационарах по поводу острого аппендицита. Средний срок от операции до обращения в МНИОИ составил 4 недели. Объем проведенного обследования включал исследование уровней 5-НИАА и NSE, пересмотр стекол и блоков микропрепаратов удаленного червеобразного отростка, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию с биопсией области основания отростка. При выборе тактики в отношении данной группы больных нами рассматривались следующие факторы: наличие или отсутствие элементов опухоли по линии отсечения аппендикса, размер опухоли червеобразного отростка, локализация опухоли в отростке, глубина инвазии стенки органа, наличие или отсутствие опухолевой инвазии лимфатических и кровеносных сосудов стенки аппендикса, гистологическая форма и пролиферативный индекс опухоли. Признаков наличия резидуальной опухоли, равно как и существенного повышения уровней биохимических маркеров, не было выявлено ни у одного больного. Средний размер опухоли составил 13,2±4,1 мм (от 9 до 18 мм). Результаты. Активная хирургическая тактика была избрана в отношении двух пациентов с классическим карциноидом тела червеобразного отростка, размерами опухоли 15 и 18 мм, инвазией всей толщи стенки отростка, наличием сосудистой инвазии. Обоим пациентам выполнена флюоресцентная лапароскопия, видеоассистированная правосторонняя гемиколэктомия. В одном случае при гистологическом исследовании удаленного препарата опухолевой патологии выявлено не было, в другом диагностирован метастаз карциноидной опухоли в лимфоузел брыжейки слепой кишки. Оба оперированных пациента живы без признаков прогрессирования процесса в сроки 12 и 18 месяцев. Трое больных, оставленных под строгое динамическое наблюдение с мониторингом уровней 5-НИАА и NSE, также живы без признаков прогрессирования процесса в сроки 10, 14 и 20 месяцев.

Заклучение. Таким образом, выбор адекватной хирургической тактики при карциноидных опухолях червеобразного отростка невозможен без комплексной оценки ряда прогностических факторов, ведущим из которых является наличие/отсутствие элементов опухоли в основании удаленного аппендикса и размер опухоли. Выполнение правосторонней гемиколэктомии в группе пациентов с неблагоприятными прогностическими факторами, обуславливающими повышенный метастатический потенциал опухоли, позволяет рассчитывать на хорошие онкологические результаты. Отсутствие таких факторов позволяет отказаться от выполнения повторной операции без ухудшения прогноза заболевания.

ДВУХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

*Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Полищук Л.О., Тарасюк Т.И., Багмет Н.Н.
РНЦХ им. Б.В. Петровского, Москва*

Введение. Резектабельность на момент установки диагноза метастазов колоректального рака в печени остается на уровне 25 %. Множественные билобарные метастазы чаще расцениваются как неоперабельные. В этом случае двух-этапный хирургический подход позволяет расширить показания к резекции печени с хорошим онкологическим результатом. Пациенты и методы. Из 204 пациентов с колоректальными метастазами в печени, прошедших хирургическое лечение в РНЦХ РАМН с 2000 по 2009 г. в исследование включено 35 больных: 11 – с множественным билобарным поражением и 24 – с объемом левой доли менее 20 %. Перевязка или эмболизация правой ветви воротной вены с целью компенсаторной гипертрофии контралатеральной доли выполнена у 24 больных. Первый этап дополнен радиочастотной термодеструкцией или резекцией очагов в левой доле у 2 и 9 пациентов, соответственно. Результаты. Второй этап хирургического лечения выполнялся через 1-7 мес. Гипертрофия левой доли составила в среднем 10%. Прогрессия заболевания, которая привела к невозможности выполнения 2 этапа хирургического лечения, диагностирована у 11 больных (31,4%). Период наблюдения за пациентами составил 12,4±13,8 мес. (от 1 до 59 мес.). Умерли от прогрессии заболевания 3 пациента, 1 выбыл из мониторинга. Заключение. Двухэтапные операции позволяют выполнить радикальное хирургическое лечение у 60% пациентов с недостаточным объемом левой доли и/или множественным билобарным метастатическим поражением печени. Отдаленные результаты сравнимы с результатами лечения первично резектабельных пациентов.

СОСТОЯНИЕ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Старостина М.А., Афанасьева З.А., Ибрагимова Н.Р., Губаева М.С., Сакмарова Л.И.
РОД, Казань
КГМА, Казань*

Огромную роль в обеспечении высокого уровня естественной резистентности макроорганизма, начиная с рождения, принадлежит нормальной микрофлоре. Цель исследования: изучить микрофлору кишечника у больных колоректальным раком. Клинические наблюдения и методы исследования. Изучена микрофлора кишечника у 52 больных колоректальным раком. Среди них 28 женщин и 24 мужчин в возрасте от 23 до 82 лет. Дооперационное лечение (химиотерапия, облучение) больные не получали. Применялись методы бактериологического исследования кала согласно отраслевому стандарту ОСТ 91500.11.0004-2003, «Протокол ведения больных». Дисбактериоз кишечника» (утв. приказом Минздрава РФ от 9 июня 2003г. № 231). Результаты. Численность бифидобактерий была снижена у 82,7% больных, лактобактерий у 37%, молочно-кислых бактерий у 53,8%, эшерихий с нормальной ферментацией у 50% больных. Условно-патогенная микрофлора присутствовала у 42,3% больных колоректальным раком. Среди них выделялись: *Klebsiella pneumoniae* у 13,5%, *Enterobacter* у 7,6%, *Proteus* у 1,9%, *Citrobacter* у 1,9%, дрожжеподобные грибы рода *Candida* у 7,6%, *Staphylococcus aureus* у 5,8%, *Pseudomonas aeruginosa* у 3,8%, *Acinetobacter* 1,9%, *Clostridium* у 1,9% больных. Таким образом, у больных колоректальным раком имеет место дисбактериоз кишечника, обусловленный нарушением нормального соотношения между анаэробной и аэробной микрофлорой. У 42,3% больных колоректальным раком присутствовала условно-патогенная микрофлора.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОМАРКЕРОВ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

*Торопова Н.Е., Каганов О.И., Козлов С.В.
Самарский ООД, Самара*

Цель исследования: изучение показателей онкомаркеров колоректального рака в зависимости от степени распространенности метастатического поражения и гистологической дифференцировки опухоли. Материалы и методы. В программу исследования вошли 60 больных с диагнозом колоректальный рак. Прогрессия процесса в виде метастатического поражения печени в данной группе больных была выявлена в

среднем через 15,18±6,09 месяцев после первичной операции на толстой кишке. Всем пациентам в исследуемых группах в сыворотке крови определяли концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США) и тест-систем производства DPC (США). Результаты. В группе больных, у которых было выявлено 1-2 метастаза в печени, показатели РЭА составили 69,37±59,49 нг\мл, СА 19-9 142,21±105,21 Е/мл, СА242 142,53±105,19 Е/мл, в группе больных имевших 3-5 колоректальных метастаза уровни онкомаркеров были выше: РЭА составил 88,89±78,30 нг\мл, СА 19-9 163,71±73,37 Е/мл, СА 242 180,87±104,70 Е/мл (p=0,05, p=0,12, p=0,05 соответственно). В группе больных с суммой максимальных размеров выявленных метастазов до 7 см показатель РЭА составил 57,08±39,12 нг\мл, СА 19-9 115,29±96,64 Е/мл, СА 242 126,46±83,47 Е/мл, в группе пациентов с суммой максимальных размеров выявленных метастазов более 7 см показатели онкомаркеров были значимо выше: РЭА 99,43±81,45 нг\мл, СА 19-9 176,65±75,03, СА 242 191,45±111,81 Е/мл (p=0,03, p=0,01, p=0,01 соответственно). В группе больных, у которых при верификации была установлена высокодифференцированная аденокарцинома значение РЭА составило 45,43±26,63 нг\мл, СА 19-9 114,99±84,79 Е/мл, СА 242 108,38±86,56 Е/мл, в группе больных с низкодифференцированной аденокарциномой: РЭА 110,24±84,21 нг\мл, СА19-9 201,21±95 Е/мл, СА242 239,21±111,67 Е/мл (p=0,01, p=0,04, p=0,000 соответственно). Заключение. Проведенные исследования показали, что у больных с наличием 1-2 метастазов, с суммой максимальных размеров метастазов до 7 см и при высокой степени дифференцировки опухоли средние показатели РЭА, СА19-9, СА242 были значимо ниже, чем у больных, имевших более 3 метастазов, с суммой максимальных размеров более 7 см, при низкой степени дифференцировки опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков З.В., Медоев В.В
Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ*

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных раком левой половины ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью. Материалы и методы. С 1999 по 2007гг оперированы 98 пациентов. Женщин—52,7%, мужчин—47,3%. Больных старше 60 лет было 82,1%. Для диагностики использовали обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ, колоноскопию и ирригографию. Используем разработанную клиничко-рентгенологическую классификацию острого обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки, в котором различаем IV стадии. Пациентов с I стадией 27,4%, с II стадией-41,8%, с III стадией-19,1%, больных с клиникой перитонита (IV стадия) -11,7%. Больные с I ст. оперированы в течение 7–10 дней, пациенты с II ст. - через 12-24 ч, с III ст.- через 6-12 ч, больные с клиникой перитонита (4стадия) оперированы в течение 2-3 ч после предоперационной подготовки. Радикальные операции перенесли 73,6% больных. Пациентам с I стадией выполнены одноэтапные операции с одномоментным восстановлением кишечной целостности. Пациентам с II-III ст. кишечной непроходимости и I-III стадией физического состояния, на первом этапе выполнены первичные резекции. Оперативные пособия завершали формированием двустольной колостомы по типу «частичного внебрюшинного анастомоза». (АС на изобретение № 1718845 от 15.11.91г.). Больным с II-III ст. непроходимости, при локализации опухоли в дистальной части сигмовидной кишки или ректосигмоидном отделе, а также пациентам с высоким анестезиологическим риском на первом этапе формировались трансверзостомы через мини доступ в правом подреберье. Для обеспечения полноценной декомпрессии ободочной кишки, минимализации степени контаминации, на этапе мобилизации кишки из брюшной полости разработано и внедрено в практику «Устройство для кишечной декомпрессии». Патент РФ № 56190 от 10.09.06г. Радикальный этап, в течение 7-10 дней, завершали формированием анастомоза с сохранением существующей стомы, что позволило отказаться от выполнения операции Гартмана. У 11 больных с перитонитом выполнены первичные резекции: в 6 случаях завершены формированием «частичного внебрюшинного анастомоза», в 5-операцией Гартмана. Результаты. Различные послеоперационные осложнения выявлены у 14,3% пациентов. Умерло 6 (7,1%) больных.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Тотиков М.З., Тотиков В.З., Вахоцкий В.В., Литвинчук В.Г., Воронкова Л.М., Тотиков З.В.
Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ*

Цель исследования: пути оптимизации хирургического подхода и различных комбинированных методов лечения рака ободочной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью. Материалы и методы. В период 2000 по 2008 годы в клинике госпитальной хирургии СОГМА, расположенной на базе больницы скорой помощи находились на лечении 168 больных раком ободочной кишки. Клинически радикальные операции были выполнены 163 (97,2%) пациентам, которые вошли в исследование. Было 65 мужчины и 98

женщины; в возрасте от 31 до 79 лет, средний возраст – $59,6 \pm 5,7$ лет. Из 163 (100,0%) пациентов I стадия кишечной непроходимости отмечена у 38 (23,3%) больных, со II стадией - 72 (44,2%) пациентов, у 35 (21,4%) больных III стадия, и госпитализированных с клиникой перитонита (IV стадия) было 18 (11,1%). Больные с I стадией оперированы в течение 7 – 10 дней, пациенты с 2 стадией - через 12-24 ч, при 3 стадии - через 6-12 ч, больные с клиникой перитонита (4стадия) оперированы в течение 2-3 ч после предоперационной подготовки. Только хирургическое лечение было предпринято у 99 (60,7%) больных. У 64 (39,3%) больных были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интра- внутрибрюшной химиотерапией с ранней послеоперационной системной и последующей химиотерапией. Результаты. Послеоперационные осложнения были у 21 (15,6%) пациентов, при этом комбинированное лечение не приводило к их росту. Летальность составила 6,9%. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения показал, что 5-летняя выживаемость в этой группе составила $57,6 \pm 5,4\%$. Показатель 5-летней выживаемости при выполнении комбинированного лечения составил $76,9 \pm 7,2\%$. Выводы. Анализ непосредственных результатов лечения свидетельствует о том, что применение комбинированных методов не приводит к увеличению количества послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с хирургическим лечением. Разработанная хирургическая тактика, позволяет проводить комбинированное лечение у больных с острой кишечной непроходимостью. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о том, что комбинированный метод позволяет улучшить показатели выживаемости больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Тотиков З.В., Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков М.З.
Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ*

Цель работы: разработка оптимальной хирургической тактики у больных раком прямой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью. Материалы и методы: под наблюдением находился 131 больной раком прямой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 18 до 92 лет. Мужчин было 72 (55%), женщин 59 (45%). Результаты. На основании общеклинических методов, обзорной рентгенографии брюшной полости, УЗИ, пальцевого исследования и РРС определялась стадия нарушения проходимости прямой кишки. При первой стадии (49 больных) декомпрессионная терапия на фоне коррекции метаболических нарушений и сопутствующих заболеваний проводилась в течение 7-10 дней. Во время предоперационной подготовки всем пациентам выполнялось УЗИ органов брюшной полости и малого таза. При 2 и 3 стадии (вторая стадия - 34 больных, третья - 27 пациентов) осуществлялась попытка реканализации ракового канала. Положительный результат был достигнут у 15 больных, в связи с чем, дальнейшая тактика была аналогична первой стадии. При отрицательном результате при 2 стадии в течение 24 часов, при третьей - 12 часов, через мини доступ в правом подреберье накладывалась петлевая трансверзостома. Через 7-10 дней производилось радикальное оперативное вмешательство. При 4 стадии (непроходимость, осложненная перитонитом, выявлена у 21 больного), оперативные вмешательства выполнялись в течение 2-3 часов. Всего резекции прямой кишки выполнены 119 больным. Остальным разгрузочные петлевые колостомы. Передние резекции прямой кишки произведены 80 пациентам. Низкие передние резекции 27 пациентам. У 12 больных выполнена экстирпация прямой кишки. В послеоперационном периоде умерло 3 (2,3%) больных с 4 стадией. Различные осложнения развились у 21 (16%) пациента. Выводы. Разработанная клиничко-рентгенологическая классификация позволяет четко определить длительность предоперационной подготовки, объем и вид оперативного вмешательства. Внедрение трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом и новых методов хирургического лечения, позволяет снизить количество осложнений и летальных исходов.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭВИСЦЕРАЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

*Ушаков И.И., Лысенко М.В., Сахаров А.И., Чиж С.И., Саркисян Л.Г., Мухтарулина С.В., Воробьева Е.В., Андрюшкин В.Н.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва*

Цель: оценить послеоперационные результаты при выполнении эвисцераций органов малого таза (ЭОМТ) при первичных злокачественных новообразованиях (ЗНО ОМТ) и местном рецидиве с распространением на соседние органы. Материалы и методы. В отделениях госпиталя с 2004 по 2009 годы были выполнены 25 оперативных вмешательств, включавших в себя различные варианты ЭОМТ по поводу ЗНО ОМТ. Полная ЭОМТ была произведена 3 больным, передняя – 3 и задняя – 19. ЭОМТ с сохранением диафрагмы таза и мягких тканей промежности была выполнена 7 пациентам. Больные были разделены на две группы. I группа включала 8 пациентов с первичными ЗНО ОМТ (беспигментная меланома, GIST, рак прямой кишки – 3; рак анального канала – 2; рак яичников - 2; рак шейки матки – 1). 17 пациентов с местным рецидивом ЗНО ОМТ с распространением на соседние органы составили II группу: рак прямой кишки – 8; рак шейки матки после

радикальной лучевой терапии – 4; рак культи влагалища – 1; злокачественная забрюшинная опухоль из эмбриональных зачатков – 1; рак яичников – 1; рак эндометрия – 1; рак анального канала – 1. Результаты. Оценены ближайшие результаты хирургического лечения. Так, средняя продолжительность операции составила 240 минут (от 150 минут до 330 минут), средний объем интраоперационной кровопотери – 2500 мл (от 500 мл до 4500 мл). При этом в I группе больных объем интраоперационной кровопотери варьировал в пределах от 500 мл до 3000 мл и в среднем составил 1600 мл, а во II группе – от 400 мл до 2500 мл (1450 мл). В послеоперационном периоде у 11 пациенток развились следующие ранние послеоперационные осложнения: некроз верхней трети левого мочеточника, разлитой мочевого гнойно-фибринозный перитонит, потребовавший нефрэктомии – 1; влагалищно-прямокишечный свищ – 1; мочепузырно-промежностный свищ, потребовавший повторного хирургического вмешательства – 2; острый пиелонефрит – 3; миоглобулинемия и ОПН – 1; некроз участка кожи в зоне послеоперационного рубца – 1; атония мочевого пузыря – 2. В обеих группах не было случаев послеоперационной летальности. Сроки наблюдения больных составили 1,5 - 36 месяца. Безрецидивная выживаемость больных I и II групп была 12,8 месяцев (6-28) и 12,3 месяцев (3-28) соответственно. Вывод. Предварительные результаты лечения свидетельствуют о целесообразности выполнения ЭОМТ при первичных ЗНО ОМТ и местном рецидиве с распространением на соседние органы; операция не сопровождается значительным количеством ранних послеоперационных осложнений и летальностью.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

*Фомин А. Ю., Власов В. В., Новохатский И. А.
Московский ОД №1, Москва*

Цель. Оценить результаты лечения больных раком прямой кишки (РПК) старше 70 лет. В Москве заболеваемость РПК в возрастной категории старше 75 лет достигает 126 на 100 тыс. Сопутствующие заболевания, снижение функциональных и компенсаторных возможностей организма приводят порой к необоснованному отказу от радикального лечения данной категории пациентов. Материал и методы. В 1994 - 2006 году в колопроктологическое отделение поступило 472 первичных больных РПК старше 70 лет. Мужчин 195(41,3%), женщин – 277 (58,7%). Каждый из пациентов имел не менее 2 сопутствующих заболеваний. Почти 80% страдали 3 и более хроническими заболеваниями. 35 пациентам (7,4%) отказано в операции вследствие выраженности сопутствующей патологии. В 7 (1,5%) случаях от операции воздержались из-за генерализации процесса. От лечения самостоятельно отказался 21 больной (4,4%). Оперированы 407 пациентов. Радикальными оперативными вмешательствами были у 299 (73,5%). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена 118; чрезбрюшинная резекция – 94; передняя резекция – 20; операция Гартмана – 52 пациентам. При T1 трансанальное удаление опухоли выполнено 15 пациентам, эндоскопическое удаление – 10. Колостомии выполнены 98 (24%) больным. Такой объем операции у 62 больных обусловлен распространенностью опухолевого процесса. У 36 пациентов выполнить радикальную операцию не позволяло общее состояние. 156 (33,1%) пациентам проведено комбинированное лечение с использованием пред- и/или послеоперационной лучевой терапии: 74 пациентам проводилась предоперационная ДГТ с применением методик интенсивного облучения в СОД 15 – 25 Гр; 60 – послеоперационное облучение СОД 40 – 44 Гр; 22 пациентам после колостомии проведена лучевая терапия по радикальной программе. Результаты. Радикальное лечение проведено 321 (78,8%) больному. Послеоперационные осложнения возникли у 43 (10,6%) больных. Послеоперационная летальность составила 3,7%. Заключение. Адекватный подбор метода анестезиологического пособия, проведения предоперационной подготовки, ведения послеоперационного периода, позволяет провести радикальное лечение с хорошими непосредственными результатами подавляющему большинству гериатрических больных.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

*Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Фидман М.Х., Ваикуров С.М., Фадеев Р.В.
Санкт-Петербургский ОД, Санкт-Петербург*

С целью определения характера и выделения критериев и показаний к одномоментным и отдельным вмешательствам на толстой кишке и печени у больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени нами, у 42 больных с колоректальным раком и наличием метастазов в печень, были произведены комбинированные вмешательства. Они заключались в радикальном удалении опухоли кишки и хирургическом воздействии на метастатические очаги в печени. В 14 случаях опухоль локализовалась в прямой кишке, в 9 в сигмовидной, в 5 – в восходящем отделе ободочной кишки, в 4 – в нисходящем отделе, в 4 – в поперечном отделе, в 3 – в селезеночном изгибе, в 2 – в печеночном изгибе, в одном – в слепой кишке. В 23 случаях операции носили одномоментный характер. Из них в 18 случаях при наличии

единичных метастазов печени, были произведены резекции пораженного опухолью отдела толстой с атипичной резекцией правой или левой доли печени. В 5 случаях при наличии множественных очагов в обеих долях, операция на толстой кишке дополнялась криодеструкцией метастатических очагов. У 15 больных с метастатическим поражением правой доли печени правосторонняя гемигепатэктомия производилась через 2-3 месяца от момента выписки из стационара и проведения курсов системной или регионарной химиотерапии или химиоэмболизации. Анализ результатов лечения колоректального рака с метастатическим поражением печени показал целесообразность хирургического вмешательства на два этапа. Между операциями на толстой кишке и печени целесообразно проведение химиотерапевтического лечения. Выбором хирургического вмешательства при метастатическом поражении печени является правосторонняя гемигепатэктомия. При наличии единичных метастазов возможно выполнение атипичных 2 – 3 сегментных резекций печени. В таких случаях целесообразно применение криодеструкции. В начале производилась глубокая заморозка опухолевого узла, а затем – резекция печени. Послеоперационный период у большинства больных протекал без осложнений. Печеночная недостаточность развивалась у 6 пациентов после правосторонней гемигепатэктомии. Послеоперационное лечение гепатопротекторами и сбалансированной инфузионной терапией способствовало быстрому восстановлению функции оставшейся части печени. Больные выписаны из стационара. Все они в последующем получали курсы химиотерапии схемами FOLFOX, FOLEIRI.

ПОЛНАЯ МЕЗОКОЛОНЭКТОМИЯ С РАСШИРЕННОЙ ДЗ-ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Царьков П.В., Тулина И.А., Башанкаев Б.Н., Самофалова О., Кравченко А.Ю.
РНЦХ им. Б.В.Петровского, Москва*

Введение. Тотальная мезоректумэктомия стала золотым стандартом хирургического лечения рака прямой кишки, так как приводит к значительному улучшению показателей местного рецидивирования и выживаемости за счет максимального удаления лимфатических узлов в мезоректальной клетчатке и по ходу питающих сосудов. Для злокачественных опухолей ободочной кишки широкое применение подобного подхода не описано. Материалы. В период 2006-2009 г. радикальные операции с расширенной лимфаденэктомией по поводу рака правой половины ободочной кишки выполнены 22 пациентам, из них 7 мужчин, средний возраст $61,6 \pm 12,7$ лет). Отдаленные метастазы в печень имели 4 человека (18,2%). Опухоль локализовалась в слепой кишке у 10 больных, в восходящей кишке – у 5 пациентов, в печеночном изгибе – у 3-х, в правой половине поперечно-ободочной кишки – у 4 больных. У двух пациентов выявлено прорастание опухоли в желчный пузырь и печень, а также тонкую кишку, переднюю брюшную стенку и большой сальник, в связи с чем была выполнена резекция указанных образований единым блоком с опухолью. Техника операции. Мобилизация ободочной кишки начинается по ходу подвздошно-ободочных сосудов в краниальном направлении, вдоль верхних брыжеечных сосудов вплоть до средней ободочной артерии с перевязкой подвздошно-ободочных и правых ободочных сосудов. В ретроперитонеальном пространстве выделение кишки происходит острым путем с сохранением «брыжеечной фасции» (fascia mesocolica) или экстрафасциально в случае местнораспространенных опухолей. Удаленный препарат в свободных от брюшины местах покрыт блестящей тонкой брыжеечной фасцией, а также имеет длинные сосудистые «ножки», которые соответствуют высокому уровню перевязки сосудов. Результаты. Средняя продолжительность операции составила $206,1 \pm 51,9$ мин, средний объем кровопотери $234,5 \pm 145,1$ мл. Распределение пациентов по стадиям: Tis - 1 пациент, T2 – 7, T3 – 11, T4 – 3 больных. Среднее число исследованных лимфатических узлов в препарате составило $34,5 \pm 30,7$ (5-139), метастазы в лимфоузлах обнаружены у 9 пациентов, среднее отношение количества пораженных лимфоузлов к непораженным 36,9%. В отдаленном периоде прослежено 90,1% больных, средний срок прослеженности составил $18,9 \pm 7,9$ мес. Общая кумулятивная выживаемость на средний срок прослеженности в общей группе составила $77,8 \pm 12,2\%$, в группе больных без отдаленного метастазирования $92,8 \pm 6,9\%$. Достоверных различий по выживаемости между группами с пораженными и непораженными лимфоузлами не получено (76,1% и 88,6% соответственно, $p=0,9$). Заключение. Техника тотальной мезоколонэктомии с расширенной лимфаденэктомией позволяет достичь негативных границ резекции, удалить орган в пределах сохраненной брыжеечной фасции, а также максимальное количество лимфоузлов, треть из которых потенциально могут быть поражены метастазами опухоли.

РАСШИРЕННАЯ «ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНАЯ» РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Царьков П. В., Тулина И. А., Кравченко А. Ю.
РНЦХ им. Б.В.Петровского, Москва*

Введение. Для локализованных форм рака прямой кишки (РПК) мезоректумэктомия стала рутинной. Стандарта хирургической техники при распространении опухоли на соседние с прямой кишкой анатомические структуры и органы не существует. Мы представляем технологию расширенных

«экстрафасциальных» резекция прямой кишки единым блоком с вовлеченными в опухолевый процесс структурами и органами. Цель исследования. Оценить непосредственные, функциональные и отдаленные результаты «экстрафасциальных» резекций при местнораспространенных злокачественных опухолях прямой кишки. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 107 пациентов первичным раком прямой кишки, которым в период 2006-2007 гг. выполнены радикальные операции в объеме тотальной мезоректумэктомии. Среди них 45 (42,1%) больных подверглись расширенным «экстрафасциальным» резекциям (резекция единым блоком с прямой кишкой одной или нескольких структур – гипогастральных нервов, тазовых сплетений, мочеточников, леваторов, мочевого пузыря, влагалища, матки, придатков, семенных пузырьков, простаты, пресакральной фасции). Среди пациентов, перенесших стандартные и экстрафасциальные резекции предоперационная лучевая терапия проведена 1 и 4 пациентам ($p=0,09$), химиотерапия – 1 и 3 пациентам соответственно ($p=0,2$). Отдаленные метастазы диагностированы у 12 больных в каждой группе ($p=0,5$). Непосредственные результаты. Продолжительность операции при выполнении экстрафасциальных резекций не отличается от таковой при стандартных операциях ($222,3\pm 72,3$ мин против $214,4\pm 72,3$ мин, $p=0,6$), однако отмечена тенденция к увеличению интраоперационной кровопотери ($951,1\pm 1066,0$ мл против $334,2\pm 151,2$ мл, $p<0,001$). По количеству сфинктеросохраняющих операций стандартные и экстрафасциальные группы достоверно не отличались ($54/62$ и $34/45$, $p=0,6$). Превентивная двустольная илео- или трансверзостома наложена у 21 и 30 больных экстрафасциальной и стандартной групп ($p=0,8$). Истинное вовлечение в опухолевый рост резецированных структур и органов подтверждено у 9 пациентов (20%), еще у пяти пациентов (11,1%) в зоне интимного прилегания выявлены фиброз и хроническое гнойное воспаление. Послеоперационные инфекционные осложнения наблюдались у 6 и 2-х пациентов стандартной и экстрафасциальной групп. У 6 пациентов (13,3%) из группы экстрафасциальных резекций отмечена задержка мочеиспускания, у 7 (15,5%) диагностирована несостоятельность кишечного анастомоза. В группе экстрафасциальных резекций умер 1 человек по причине развития ТЭЛА. Отдаленные результаты. В группе экстрафасциальных резекций отдаленные результаты прослежены у 84,1% пациентов, средний срок прослеженности $15,7\pm 6,9$ (2,7–30,1) мес. Канцерспецифичная выживаемость на 15 и 23 месяцев наблюдения составляет $91,7\pm 5,7\%$ и $64,9\pm 19,5\%$. Частота местного рецидивирования за период наблюдения составила 5,9%. Заключение. Выполнение экстрафасциальных резекций прямой кишки может сопровождаться увеличением интраоперационной кровопотери и количеством послеоперационных осложнений, однако, высокие показатели 2-летней канцерспецифичной выживаемости позволяют рассматривать технику экстрафасциальных резекций как приемлемый альтернативный метод лечения.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Чжао А.В., Коваленко Ю.А., Чугунов А.О., Новрузбеков М.С.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва*

От момента выполнения первой резекции печени по поводу метастазов рака толстой кишки прошло около 60 лет. Новейшие технологии и усовершенствование хирургической техники подняли эту операцию на высокий уровень, делая ее радикальной и безопасной. Цель исследования: изучить результаты резекций печени при метастазах колоректального рака. Материалы и методы. Изучены результаты 75 резекций печени у больных с метастазами колоректального рака. Возраст пациентов был от 36 до 75 лет ($58,5\pm 10,3$). Мужчин было 36 (48%), женщин 39 (52%). Метастазы прямой кишки выявляли у 24 (32%) больных, сигмовидной кишки у 29 (38,7%), слепой и восходящего отдела – 11 (14,7%), поперечно-ободочного отдела – 7 (9,3%), нисходящего отдела – 8 (10,7%). Поражение правой доли было у 34 (45,3%) пациентов, левой – 9 (12%) и обеих – 32 (42,7%). Размер метастазов варьировал от 0,2 до 24 см ($6,8\pm 4,8$ см). Метакронные метастазы выявляли у 59 (78,7%) пациентов, синхронные у 16 (21,3%). Одиночные метастазы у 16 (21,3%), единичные (≤ 3) – 31 (41,3%), множественные (>3) – 28 (37,3%). Распределение стадий было: I ст. – 1 (1,3%), II ст. – 14 (18,7%), III ст. – 16 (21,3%), IVA ст. – 24 (32%), IVB ст. – 18 (24%). Анатомические резекции выполняли у 56 (74,7%) больных, атипичные – 9 (12%), анатомические в сочетании с атипичными – 10 (13,3%). Обширных (ГГЭ, РГГЭ) резекций – 46 (61,3%), экономных – 29 (38,7%). Среди экономных: бисегментэктомий – 9 (31%), сегментэктомий – 11 (38%), атипичных – 9 (31%). Риск развития печеночной недостаточности после операции оценивали с помощью УЗИ, метацетинового дыхательного теста. Все больные получали СХТ в онкодиспансерах по месту жительства. Результаты исследования. Проанализированы результаты резекций печени у больных с колоректальными метастазами. П/о летальность составила 4,3% ($n=3$). Причиной смерти в двух случаях послужила острая печеночная недостаточность, в одном случае острая сердечно-сосудистая недостаточность. Всем этим больным были выполнены обширные резекции. П/о осложнения возникли у 32 (42,7%) пациентов. Из них печеночная недостаточность у 8 (11,6%) пациентов, желчеистечение у 3 (4,3%), в одном случае потребовавшее релапаротомии, гематома и жидкостное скопление правого поддиафрагмального пространства – 6 (8,7%), абсцесс брюшной полости – 1 (1,3%), пневмония – 4 (5,3%), правосторонний гидроторакс – 3 (4,3%), эвентрация – 1 (1,4%), макрогематурия – 1 (1,4%), нагноение п/о раны – 3 (2,9%), серома п/о раны – 3 (4,3%). Осложнения были пролечены консервативно или дренированием под контролем УЗИ. Продолжительность жизни была проанализирована по Каплан-Мейеру: 1 год – 92,8%, 2

года - 51%, 3 года - 51%, 5 лет - 31,9%. В зависимости от способа резекции: при анатомической - 95,6%, 52,3%, 52,3%, 37,4% соответственно; при атипичной - 100%, 83,3% и 83,3% соответственно. В зависимости от объема резекции: при обширных - 90,3%, 43,6%, 43,6%, 26,2% соответственно; при экономных - 100%, 70%, 70%, 46,7% соответственно. Заключение: выполнение резекции печени у больных с метастазами колоректального рака является эффективным методом, дающим п/о летальность ниже 5% и 5-летнюю продолжительность жизни 31,9%. Выбор варианта резекции нуждается в дальнейшем изучении в зависимости от отдаленных результатов.

РОЛЬ ЭКЗЕНТЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Чиссов В.И., Сидоров Д.В., Алексеев Б.Я., Бутенко А.В., Ваиакмадзе Л.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Петров Л.О., Шляков С.Л., Алешикина Т.Н., Тюриков А.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Несмотря на существенное улучшение результатов хирургического лечения рака прямой кишки, достигнутое за последние два десятилетия, местные рецидивы опухоли развиваются у 3-10% больных. Лечение пациентов с большими местнораспространенными рецидивами рака прямой кишки, представляет крайне сложную проблему современной онкопроктологии. Материалы и методы. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты лечения 15 пациентов (8 мужчин и 7 женщин), подвергнутых оперативному вмешательству в объеме экзисцерации малого таза по поводу рецидива рака прямой кишки с 2004 по 2008 годы. Средний возраст больных составил $55,6 \pm 8,7$ лет (от 38 до 70). Рецидивы выявлены в сроки от 10 месяцев до 5 лет после завершения лечения по поводу первичной опухоли. Тотальная экзисцерация малого таза (ТЭМТ) была выполнена 9 пациентам (8 мужчинам и 1 женщине), задняя экзисцерация малого таза (ЗЭМТ) - 6 женщинам. Средняя продолжительность операции составила $403 \pm 133,1$ минуты (от 240 до 680). Средний объем кровопотери - 5169 мл (от 1200 до 15000). Всем больным выполнена БПЭ прямой кишки или ее культя. У 6 пациентов после ТЭМТ была выполнена пластика мочевого пузыря сегментом отключенной тонкой или толстой кишки, у 3 пациентов - билатеральная уретерокутанеостомия. Прослежена судьба 12 пациентов в сроки от 10 месяцев до 5 лет после операции. Медиана наблюдения составила 25 месяцев. Результаты. R0 резекции удалось выполнить в 12 случаях, R1 - у 2 пациентов, R2 - у одной больной. Послеоперационные осложнения развились у 8 пациентов, что потребовало хирургической коррекции в трех случаях. Умер в стационаре один больной. Таким образом, послеоперационные осложнения имели место у 53,3% больных, послеоперационная летальность составила 6,7%. Среди прослеженных больных живы 11, из них 9 - без признаков прогрессирования. У 2 больных после R1-резекций развился повторный рецидив опухоли. Один пациент погиб от генерализации опухолевого процесса через 1,5 года после операции. Заключение. Выполнение экзисцераций малого таза при запущенных рецидивных опухолях прямой кишки позволяет рассчитывать на радикальное удаление опухоли и, как следствие, на длительное излечение этой крайне тяжелой и разнородной группы больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

*Шакиров Р.К., Валиев А.А., Гатауллин И.Г.
КГМА, Казань
РОД, Казань*

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень. Материалы и методы. Нами был проведен клинический анализ результатов лечения 60 пациентов колоректальным раком с метастазами в печень. Возраст пациентов колебался от 18 до 77 лет, среди которых 38 мужчин и 22 женщины. В качестве предоперационных методов обследования были использованы УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Всем больным выполняли тонкоигольную пункционную биопсию под контролем УЗИ, что позволяло в 90% случаев добиваться морфологического подтверждения диагноза. Результаты. Одномоментное оперативное вмешательство на первичном и метастатическом очаге выполнены в 45% наблюдений. В 55% случаев выполнены метастазэктомии. Чаще всего (50%) первичная опухоль поражала прямую кишку, в 35% наблюдений располагалась в сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе, в 15% рак локализовался в правой половине ободочной кишки. По степени инвазии стенки кишки на T3 приходилось 69% случаев, T4-19,4% случаев, T2-6% случаев, T1-1,6% случаев. Сочетанное лимфогенное метастазирование и метастазирование в печень отмечено в 58%. В большинстве случаев метастазы располагались в правой доле-71,7% (43 случая), в левой доле в 23,4% (14 случаев), в обеих долях - 4,9% (3 случая). Солитарное поражение печени наблюдали в 71,7%; до-3 -х метастазов выявлены в 25%, более 3 метастазов-в 3,3% наблюдений. Соответственно множественные метастазы наблюдали у 18 пациентов. Из них у 16 пациентов унилобарные у 2 пациентов - билобарные метастазы. Характер оперативного вмешательства на

печени определялся локализацией, степенью распространенности злокачественного процесса, объемом остающейся паренхимы. Выполнены : атипичная резекция печени в 60% (36 случаев), правосторонняя гемигепатэктомия в 26,6% (16 случаев), левосторонняя гемигепатэктомия в 6,7 % (4 случая) и метастазэктомии выполнили в 6,7% (4 случая). Наиболее частыми осложнениями явились: подпеченочные серомы у 8 пациентов, правосторонний плеврит у 2 больных, печеночная недостаточность отмечена у 3 пациентов. Послеоперационная летальность составила 8% (5 пациентов). Неблагоприятный исход операций был связан с прогрессирующей печеночной недостаточностью. В послеоперационном периоде практически всем пациентам проводили системную полихимиотерапию. Трехлетняя выживаемость после проведенного комбинированного лечения по поводу метастатического колоректального рака составила 70%. Заключение. Таким образом, хирургическая резекция печени является наиболее эффективным методом лечения при ее поражении метастазами колоректального рака. Тщательный подбор и предоперационная подготовка пациентов, высокая хирургическая техника, интенсивная послеоперационная терапия позволяют добиться относительно низкой послеоперационной летальности. А сочетание хирургического и лекарственного лечения дают хорошие показатели отдаленных результатов.

ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Шатхин М.Р., Кузнецов В.Л., Соловьев В.В.
Смоленский ООД, Смоленск
СГМА, Смоленск*

Интерес к проблемам лечения больных нижеампулярным раком прямой кишки напрямую связан со значительным ростом заболеваемости. По сравнению с 1950 г., заболеваемость раком прямой кишки в Смоленской области увеличилась в 6,7 раза и в настоящее время составляет 15,0 на 100 тыс. населения. Традиционная стандартная операция, заканчивающаяся формированием противоестественного заднего прохода, долгое время являлась единственной альтернативой при лечении нижеампулярного рака. В последнее время в облонкодиспансере доля калечащих экстирпаций по Кеню-Майлсу, за последние 4 года, снизилась в 6 раз. Материалы и методы. В хирургическом отделении Смоленского облонкодиспансера, активно применяются нестандартные пластические операции для лечения нижеампулярного рака прямой кишки. Выполнено: 8 брюшноанальных резекций с колоанальным анастомозом, 3 брюшно-промежностных экстирпации прямой кишки с формированием резервуара и концевой манжетки, 6 брюшно-анальных резекций прямой кишки с удалением глубокой порции наружного сфинктера, 3 проктэктомии с сохранением подкожной порции наружного сфинктера, моделированием неоректум, неосфинктера, 2 секторальных резекций прямой кишки и анального жома. Средний возраст составил 63 года. 91% пациентов имели стадию заболевания T2-3N0M0, 2 больных (9%) имели одиночные метастазы в регионарные лимфатические узлы. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводились курсы дистанционной телегамматерапии на ложе опухоли и зоны метастазирования, кроме того при метастазах в региональные лимфоузлы проводились курсы адьювантной полихимиотерапии. Результаты. У 4 больных (18%) имелись послеоперационные осложнения, связанные с развитием воспаления в малом тазу. Медиана прослеженности составила 22 месяца (от 1,5 до 42 месяцев). Рецидив рака в полости таза не наблюдался. У всех больных, которым выполнено закрытие превентивной колостомы сохранено чувство позыва на дефекацию. Все пациенты социально адаптированы. Вывод. Нестандартные пластические операции при лечении нижеампулярного рака прямой кишки в сочетании с лучевой терапией и химиотерапевтическим лечением позволяют удалить пораженный орган в пределах адекватных границ резекции без ущерба онкологическому радикализму. Функциональность нестандартных операций несравнимо улучшает качество жизни пациентов по сравнению с больными, перенесшими стандартную экстирпацию прямой кишки.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКТЭКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА УРОВНЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ

*Шелыгин Ю.А., Пикун Д.Ю., Подмаренкова Л.Ф.
ГНЦК, Москва*

Введение. До настоящего времени при раке нижеампулярного отдела прямой кишки единственным радикальным методом хирургического лечения является экстирпация органа с формированием колостомы на передней брюшной стенке со всеми известными негативными последствиями этого вмешательства. В то же время, на основании морфологических исследований удаленных при экстирпации прямой кишки операционных препаратов, проведенных в последние годы в ГНЦК, доказана онкологическая обоснованность сохранения в ряде случаев некоторых элементов анального жома при локализации опухоли на уровне зубчатой линии. Материалы и методы. На основании этих исследований в ГНЦК была разработана операция - проктэктомия с удалением глубокой порции наружного сфинктера, дополненная формированием С-образного толстокишечного резервуара, концевой гладкомышечной манжетки и

формированием колоанального анастомоза. В период с 2002 по 2008 год с использованием данной методики оперировано 52 пациента по поводу рака прямой кишки на уровне зубчатой линии uT2-3N0M0, средний возраст которых составил 54 (29-75) лет. Во всех случаях производилось формирование превентивной стомы. Результаты. Летальности не было. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 3 пациентов – купированы консервативными мероприятиями. При гистологическом исследовании удаленных препаратов: pT2N0-1G1-2 (n=18) и pT3N0-1G1-2 (n=34). Дистальная линия резекции составила $2,0\pm 0,4$ (1,5-2,8)см, латеральная линия резекции - $0,8\pm 0,3$ (0,2-1,4)см. Все пациенты прослежены в сроки 5-76 месяцев с медианой 31 месяц. У 3 пациентов выявлен рецидив рака в полости таза – выполнена экстирпация низведенной кишки. У всех остальных пациентов признаков рецидива заболевания не выявлено. 5-летняя актуаральная выживаемость составила $73,4\pm 10,6\%$. Функциональные результаты оценивались через 3, 6, 12, 24 месяцев после закрытия стомы с помощью анальной манометрии и электромиографии, а также по результатам заполнения пациентами опросников FIQL. При динамической оценке отмечается стабильная тенденция к нарастанию активности и сократительной способности сохраненных порций наружного сфинктера. Все пациенты социально адаптированы, вернулись к выполняемой ранее работе. Выводы. Разработанный метод хирургической реабилитации больных нижеампулярным раком прямой кишки на уровне аноректальной линии можно считать одной из альтернатив экстирпации прямой кишки, сочетающей в себе функциональную направленность без ущерба онкологическому радикализму.

АНАЛЬНАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА: НЕИЗБЕЖНОСТЬ ИЛИ КОНТРОЛИРУЕМАЯ ПРОБЛЕМА?

*Широкопояс А.С., Панкратов И.В., Кошель А.П.
НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова, Северск
Сибирский ГМУ, Северск*

Введение. Проблема рака прямой кишки выходит на первые позиции в общей онкологической заболеваемости. Так по данным иностранной литературы рак прямой и ободочной кишки занимает третье место в структуре онкологической заболеваемости большинства ведущих индустриальных стран. Хирургическое лечение рака прямой кишки зачастую приводит к развитию т.н. синдрома «низкой передней резекции», основным проявлением которого является анальная инконтиненция. Цель: уменьшить частоту послеоперационных осложнений обусловленных резекцией прямой кишки. Материалы и методы. В клинике разработан и применен на практике новый способ формирования толстокишечного резервуара после низкой передней резекции прямой кишки. Всего по данной методике оперировано 65 больных в возрасте от 46 до 74 лет. Показанием к операции был рак прямой кишки T1-3N0-1M0. Операция заключается в формировании резервуара из толстой кишки выше зоны колоректального анастомоза. Обязательным этапом операции является лимфодиссекция в основании а. mesenterica inferior и перевязка верхней прямокишечной артерии у места ее отхождения. При этом удаляются лимфатические узлы, которые являются коллекторами лимфооттока от верхне- и среднеампулярного отделов прямой кишки. Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде все пациенты поправились. Ни в одном случае мы не наблюдали осложнений связанных с несостоятельностью швов в зоне формирования соустьев и резервуара. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у 10 (15,4%) пациентов. В том числе нагноения послеоперационных швов (5), послеоперационный плеврит (2) и мочевиная инфекция (2) на фоне длительной катетеризации мочевого пузыря. Во всех случаях консервативное лечение имело положительный эффект. Среднее время нахождения пациента в стационаре после операции составило $11,7\pm 2,4$ сут. Средние сроки временной утраты трудоспособности после операции составили $71,3\pm 10,8$ сут. Проведенные клинические и инструментальные обследования пациентов в сроки от 1,5 мес. до 5 лет после операции показали органическую и функциональную состоятельность сформированной конструкции, отсутствие признаков анальной инконтиненции у 89,5% пациентов. Сформированный кишечный резервуар обеспечивает накопление кала и контроль за опорожнением «прямой» кишки. Заключение. Формирование «ампулы» прямой кишки после ее низкой передней резекции позволяет получить новый, функционально полноценный отдел толстой кишки, в достаточной мере компенсирующий утраченную часть прямой кишки.

Онкогинекология

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Абдурахмонов Д.К., Наврузов С.Н., Тиллашайхов М.Н., Рахимов Н.М., Кутлиев О.О.
Республиканский ОНЦ, Ташкент*

Цель: определить роль эвисцерации при местно-распространенном раке шейки матки. Материалы и методы исследования. Проанализировано 42 истории болезни больных раком шейки матки в стадии T4N0M0 с прорастанием в мочевой пузырь, во влагалище и прямую кишку. Гистологически у всех больных верифицирован плоскоклеточный неороговевающий рак. Контрольную группу составило 24 больных (57,1%), ранее получавшие химио-лучевую терапию, а основную группу составило 18 больных (42,9%) и им была произведена передняя эвисцерация органов малого таза с 2004 по 2009 годы в урологическом отделении РОНЦ. Из них 8 больным выполнена передняя эвисцерация с созданием мочевого резервуара с аппендикостомией (44,4%). 3 больным за счет уретерогидронефроза почки произведена эвисцерация с нефрэктомией (16,7%) и односторонней уретерокутанеостомией. 5 больным произведена двухсторонняя уретерокутанеостомия, в связи с выраженной анемией и общей слабостью (27,8%). 2 больным произведена эвисцерация с созданием мочевого резервуара по Брикеру (11,1%). Больные, из контрольной группы получали симптоматическую терапию. Результаты. В послеоперационном периоде у 6ти больных (33,3%) основной группы имело место парез кишечника, которая купировалась консервативным методом. У 8 (40%) больных имело место выраженная анемия, что потребовало гемотрансфузию. Летальность в основной группе в раннем послеоперационном периоде составила 5%. У 2 больных основной группы отмечалась послеоперационная эвентерация передней стенки брюшины, что потребовало хирургической коррекции (10%). Одна больная на третьем месяце после операции умерла от инфаркта миокарда (5%). 2 летняя выживаемость в контрольной группе составило 4,2% (1 больной), в основной группе 88,9% (16 больных). 3 летняя выживаемость в основной группе составило 77,8% (14 больных). Вывод: эвисцерация органов малого таза при инвазивном раке шейки матки является методом выбора. В результате у данной категории больных значительно улучшились критерии качества жизни и 3-х летняя общая выживаемость (77,8%).

КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕМЕЙ ПРОБАНДОВ, ОТЯГОЩЕННЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

*Антоненкова Н.Н., Машевский А.А., Скальженко А.П., Якимович Г.В.
РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск*

Наследственные формы рака яичников составляют 8-10 % от общей заболеваемости раком данной локализации. Характерными отличиями наследственного рака яичников является наличие в семье одной или более родственницы I-II степени родства, болеющих раком яичников или молочной железы. В Беларуси ежегодно злокачественными новообразованиями яичников заболевает более 800 женщин. Цель исследования. Выявление у пробандов больных раком яичников их родственников, имевших онкологические заболевания в разных поколениях. Материалы и методы. В исследование включены 100 больных раком яичников в возрасте 31-60 лет. Распределение больных по стадиям было следующим: I-II ст. – 37%, III-IV ст. – 61%, в 2% случаев стадия не установлена. Для получения семейного онкоанамнеза проводилось очное анкетирование пробанда и полученная информация вносилась в базу данных. В анкетные данные включались сведения о пробанде и его здоровых и больных кровных родственниках I, II, III степени родства. На основании полученных данных строились генограммы. Результаты. Установлено, что из 100 женщин больных раком яичником 55% имели отягощенный онкологический анамнез. В семьях 31 пробанда было выявлено по одному кровному родственнику, имеющему онкологическое заболевание, в том числе рак яичников – 3 случая, рак молочной железы – 4 случая, рак ободочной кишки – 2 случая, рак других локализаций – 22 случая. В семьях 14 пробандов выявлено по 2 кровных родственника в разных поколениях. Из них в 2 случаях выявлен рак яичников и в 12 случаях имел место рак других локализаций. В семьях 10 пробандов по 3 кровных родственника в разных поколениях имели злокачественные опухоли различных локализаций. В семьях 45 пробандов родственники злокачественными опухолями не болели. Заключение. Клинико-генеалогический анализ семей пробандов, отягощенных раком яичников, имеет важное прикладное значение для последующего тщательного молекулярно-генетического исследования и формирование групп наследственного онкориска.

БЕЛОК P16 INK4A В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ И НЕИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Ахметзянова А.В., Петров С.В., Раскин Г.А., Мальцева Л.И., Хасанов Р.Ш.
РОД, Казань*

Цель исследования: оценить экспрессию белка p16ink4a с помощью иммуноцитохимии на основе жидкостной цитологии у женщин с дисплазиями и неинвазивным раком шейки матки. С января 2008 года

обследованы 75 женщин в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст составил 36 лет). Материал получали с шейки матки при помощи эндоцервикальной щеточки (cervix-brush) и цито-браш, помещали в контейнер с адаптированной транспортной средой Thermo Shando. В дальнейшем клеточная суспензия обрабатывалась на цитоцентрифуге Cytospin®4 с формированием двух мазков. Первый из них окрашивался рутинным способом по Романовскому-Гимзе, второй подвергался иммуноцитохимическому исследованию на белок p16ink4a. По результатам жидкостной цитологии диспластические изменения эпителия 1 степени выявлены у 19 пациенток, дисплазия 2 степени у 30 женщин, дисплазия 3 степени у 26 пациенток. У 14 пациенток с дисплазией I степени, 18 пациенток с дисплазией II степени и у 5 пациенток с дисплазией III степени выявлена негативная реакция на p16 ink4a в диспластических клетках. Позитивная реакция на p16 ink4a выявлена у 5 женщин с дисплазией I степени, у 12 женщин с дисплазией II степени, у 21 женщины с дисплазией III степени. Данной группе больных выполнена конусовидная электроэксцизия шейки матки. После гистологического исследования у одной женщины с цитологически выявленной дисплазией I степени обнаружен Ca in situ шейки матки на ограниченном участке, у 4 женщин с дисплазией I степени гистологический диагноз был тот же, у 3 женщин с дисплазией II степени этот диагноз гистологически подтвержден, у 5 больных с дисплазией II степени гистологически выявлена тяжелая дисплазия плоского эпителия и у 4 пациенток с дисплазией II степени гистологически выявлен Ca in situ шейки матки. У 13 пациенток с дисплазией III степени гистологический и цитологический диагнозы совпали, у 6 больных с дисплазией III степени выявлен Ca in situ шейки матки. Таким образом, иммуноцитохимическое определение белка p16 ink4a на основе жидкостной цитологии является эффективным дополнительным методом ранней диагностики рака шейки матки.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ (IIВ-IIIV) СТАДИЙ

*Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Алешикова О.И., Хунова Л.З.
РНЦПР, Москва*

Введение. В настоящее время рак шейки матки (РШМ) в большинстве стран мира продолжает оставаться наиболее частой злокачественной опухолью органов женской репродуктивной системы. В России РШМ занимает второе ранговое место среди злокачественных заболеваний женских половых органов с частотой 11 случаев на 100 тыс. населения. По данным FIGO, показатели 5-летней выживаемости при II стадии - 57,0%, при III - 31,0%, и при IV - 7,8% [FIGO,2004]. Подобная ситуация диктует необходимость поиска новых вариантов лечения заболевания с использованием широкого спектра лечебных мероприятий, в том числе с использованием современных схем химиотерапии и расширенных хирургических вмешательств. Материал и методы исследования. В ФГУ «РНЦПР Росмедтехнологий» в 2003 – 2008 гг 78 пациенткам проведено многокомпонентное лечение местнораспространенного РШМ (IIВ-IIIV стадии), включающее предоперационную химиотерапию с последующим хирургическим лечением и сочетанную лучевую терапию. На первом этапе всем больным проводилась неоадьювантная химиотерапия по схеме: паклитаксел 135 мг/м², цисплатин 75мг/м² или карбоплатин АUC5. 6-ти пациенткам (10,3%) в связи с неэффективностью первого этапа лечения с нерезектабельным РШМ проведена сочетанная лучевая терапия. Остальным 72 больным (89,7%) по окончании НПХТ проведена гистерэктомия III типа (модификация Вертгейма-Мейгса) с последующей лучевой терапией. Таким образом, основную группу составили 72 больные, которым завершено комплексное лечение. На основании данных морфологического исследования, диагноз плоскоклеточного ороговевающего и неороговевающего рака определялся в 86,2% наблюдениях, в том числе низкодифференцированный рак из мелких клеток - в 6,9%, железистоплоскоклеточный - в 3,5%, аденокарцинома - в 10,3%. Всем больным до начала и после завершения I этапа лечения для оценки эффективности НПХТ проводилось комплексное клиническое обследование, с использованием сонографии, магнитно-резонансной томографии, определением молекулярно-биологических показателей SCC, онкобелок E-7, патоморфологическое и иммуногистохимическое исследования. Результаты и обсуждение. Результаты сонографии на фоне НПХТ продемонстрировали уменьшение объема шейки матки у пациенток с IIВ стадией после 1 курса на 30,2% (с 49,6 см3 до 34,8 см3), с III стадией на 38,9% (с 67,5 см3 до 39,3 см3). Причём, более выраженная динамика установлена у больных с III стадией заболевания (уменьшение на 28,2 см3), по сравнению с группой женщин со II стадией (уменьшение на 14,8см3). Наибольшее снижение объема шейки матки отмечено после первого курса химиотерапии. В целом, после двух курсов неоадьювантной химиотерапии удаётся достичь уменьшения объема первичной опухоли на 41,7%, при II стадии, на 52% при III стадии. При спектральной томографии после двух курсов НПХТ, зарегистрировано снижение максимальной систолической скорости в мочеточных артериях и повышение индекса резистентности в восходящей маточной артерии и в сосудах шейки матки (p<0,05). МРТ проведена у 58 пациенток. После НПХТ в 54,5% наблюдений отмечена выраженная положительная динамика в виде уменьшения объема шейки матки, соответствующая данным УЗИ, снижение интенсивности или отсутствие параметральной инфильтрации, свидетельствующая о достаточно высокой чувствительности опухоли к использованным лекарственным препаратам. Патоморфологическое и иммуногистохимическое исследование проводилось всем 72 больным. Лекарственный патоморфоз разной степени в опухоли отмечен в 76,9% наблюдений (III-

IV ст в 30,8%), а в лимфоузлах выявлен в - 84,6% (III-IV ст. в 46,2%). Отмечена прямая зависимость динамики уменьшения объёма шейки матки и степени патоморфоза опухолевой ткани. Изучение маркера SCC продемонстрировало его снижение при НПХТ, позволяющее прогнозировать эффективность лечебного воздействия. Наши исследования по изучению уровня онкобелка E7 в настоящее время не выявили его значимость как прогностического фактора. Результаты лечения являются обнадеживающими: в настоящее время живы без рецидива 49 пациенток (63%), рецидив выявлен у 20 (26%), умерло 11 (14%). При этом, из 38 больных с ШВ стадией живы без рецидива 1-3 года 24 (63,2%). Прогрессирование у пациенток с ШВ ст. в течении года составило 25 %. На основании наших исследований установлено, что включение НПХТ в комплексное лечение больных местнораспространённым раком шейки матки (ШВ – ШВ стадий) позволяет добиться резектабельности в 89,7% при радикальности хирургического вмешательства 73,1%. При этом, токсические реакции при проведении НПХТ не превысили 1-2 степень и не повлияли на сроки проведения операции.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЯИЧНИКОВ

*Башиева С.А., Нугманов Э.У., Каирбаева М.Ж., Кайрбаев М.Р.
Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы*

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинических данных в двух основных этнических группах, проживающих в Казахстане – казашек и русских. Материалы и методы исследования: 73 пациентки с раком яичником в зависимости от этнической принадлежности были разбиты на две группы: в первую вошло 40 женщин казашек, вторую составили 33 русских. Характеристика больных проводилась по признакам: возраст, клиническая симптоматика, данные гинекологического и соматического анамнеза, стадия заболевания, размеры опухоли. Результаты и обсуждение. Достоверных различий в возрасте пациенток в изучаемых группах не выявлено. При анализе сроков обращения в зависимости от этноса, оказалось, что русские обращаются за медицинской помощью раньше - 2,3 месяца, против 3,51. Характер предьявляемых жалоб практически не отличался. Первая менструация наступала у казашек в среднем на 1 год позже, количество беременностей у представительниц русской этнической группы оказалось достоверно меньше. Больше количество родов и меньше количество абортот отмечено у женщин казахской национальности. Анализ сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний показал однородность преморбидного фона, что говорит о единых механизмах возникновения яичниковых неоплазий. В тоже время, некоторая разница, выявленная при сравнении менструальной и детородной функций свидетельствуют об имеющихся различиях в гормональном гомеостате. При оценке клинической картины заболевания мы сравнивали частоту асцитных форм рака яичников, как наиболее характерное проявление злокачественной опухоли яичников и пришли к заключению об отсутствии влияния этнической принадлежности на нее. Распределение больных по стадиям показало: у казашек II стадия опухолевого процесса выявлена в 5% случаев, III - в 87,5%, IV - в 7,5%. У русских пациенток II стадия в 3% случае, III – 86,3%, IV - 12,12%. Первичный объем опухоли у лиц казахской национальности, был больше, чем у русских в среднем в 2 раза.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНА

*Бараш Ю.А., Максимов С.Я., Гершфельд Э.Д., Берштейн Л.М.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Актуальность. Ежегодно в г. Санкт-Петербурге выявляется около 600 новых случаев рака тела матки (РТМ). Пятилетняя выживаемость больных раком эндометрия (РЭ) в Санкт-Петербурге на 2006г составила 69,6±1,2%, что является поводом для постоянного поиска эффективного (комбинированного или комплексного) метода лечения данного заболевания. Учитывая гормонозависимость процесса, немаловажную роль отводят неoadьювантной и адьювантной гормонотерапии. Цель исследования. Основной целью проведенного исследования явилось определение индивидуальной чувствительности аденокарциномы эндометрия к агонистам гонадотропин-релизинг гормона в качестве неoadьювантной эндокринотерапии. Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные о 18 больных первичным раком эндометрия I-III клинических стадий в возрасте от 30 до 67 лет, получавших неoadьювантную эндокринотерапию препаратом Золадекс (3,6 мг однократно) в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова с 2007г. по 2009 год. Оценка эффективности гормонотерапии проводилась по морфологическим критериям путем сопоставления гистоструктуры опухоли до начала лечения и гистологического исследования удаленного препарата. Специфический гормональный противоопухолевый эффект проведенного лечения учитывался по изменению М-эхо в динамике, повышению дифференцировки опухоли, появлению или усилению признаков секреции в эндометрии, деструктивным изменениям и сопоставлялся во всех случаях с исходным рецепторным

(РП+/РП-) фенотипом новообразования. Также определялись уровни ФСГ и ЛГ до, и после введения препарата.

Результаты. Установлено, что применение агонистов гонадотропин релизинг-гормона в неoadъювантном режиме приводит как к изменению рецепторного статуса (увеличению РП и РЭ у 11 пациенток), так и к морфологическим изменениям у пациенток репродуктивного возраста, таким как: повышение степени дифференцировки (переход от G2 к G1 отмечался в 8 случаях), усиление секреции и снижение глубины инвазии миометрия (в 30% наблюдений). В двух случаях опухоль в послеоперационном материале не была обнаружена вследствие лечебного патоморфоза. Выводы. Полученные результаты представляют несомненную практическую ценность и объясняют необходимость проведения дальнейших углубленных исследований неoadъювантной гормонотерапии у больных раком эндометрия с целью индивидуализации показаний для последующего назначения адъювантной гормонотерапии.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Батурина И.Л., Орнер И.Ю., Жаров А.В., Телешева Л.Ф., Абрамовских О.С.
Челябинский ООД, Челябинск*

Иницирующим фактором в генезе рака шейки матки (РШМ), в настоящее время, считается вирусы папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска. Наибольшее количество женщин, страдающих РШМ, находится в возрастном интервале от 30 до 50 лет. Но обращает на себя внимание быстрый рост заболеваемости у пациенток до 30 лет. Целью исследования являлось выявление возрастных особенностей развития местнораспространенного РШМ, ассоциированного с папилломавирусной инфекцией (ПВИ). В НИИ Иммунологии ЧелГМА проведено комплексное обследование 90 женщин с заболеваниями шейки матки, ассоциированными с ВПЧ., в возрасте от 18 до 55 лет. Для определения ДНК вирусов папилломы человека использован метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) как амплификационный, так и ПЦР Real Time. Средний возраст больных, у которых поражение локализовалось в пределах ткани шейки матки, составил $32,1 \pm 4,0$, в то время как больные с местнораспространенными формами РШМ были старше по возрасту - $44,2 \pm 1,8$ лет. При изучении анамнеза у 30 женщин с местнораспространённым РШМ выявлено, что 16,6% женщин, средний возраст которых $22,0 \pm 3,5$ лет, имели фоновые заболевания шейки матки и при обращении в женскую консультацию, как в предгравидарном, так и в постгравидарном периоде, лечения не получали. При обследовании было выявлено, что малигнизация фонового процесса развивалась в среднем за 6-8 месяцев в послеродовом периоде. Интерес представляет тот факт, что у данных пациенток в 100% случаев был обнаружен ВПЧ нескольких типов, чаще 16,18,31 типов. Таким образом, с увеличением возраста и снижением компенсатор-ных возможностей иммунной системы и при наличии ПВИ, явления иммуносупрессии постепенно нарастают и приводят, в конечном итоге, к развитию вторичного иммунодефицитного состояния и развитию инвазивного РШМ. У молодых больных активация ВПЧ и переход его в интегрированную форму связано с наличием не леченной фоновой патологии шейки матки, ассоциированной с ВПЧ. высокого канцерогенного риска. Это в свою очередь способствует развитию дисбаланса иммунного статуса в предгравидарном периоде, истощению иммунной системы с формированием иммунодефицитного состояния во время беременности, родов и послеродовом периоде и как следствие развитие местнораспространённого РШМ.

ПРЕДИКТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

*Бахидзе Е.В., Лавринович О.Г.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Цель исследования. Оценить предиктивное значение генотипирования вирусов папилломы человека, вирусной нагрузки и иммунного статуса в развитии и прогрессии неопластических процессов шейки матки. Материал и методы. Молекулярно-генетические, иммунологические и клинико-морфологические методы исследования применены у 875 больных преинвазивным и инвазивным РШМ. Результаты обработаны статистически с применением корреляционного анализа. Результаты. Среди больных РШМ репродуктивного возраста преобладает плоскоклеточный рак. В образцах из шейки матки у этой возрастной категории чаще встречаются 16, 18 и 56 генотипы ВПЧ и множественная папилломавирусная инфекция. При CIN I и CIN II 16 и 18 генотипы ВПЧ находятся в эпизомальной форме, при CIN III и Ca in situ в 50% ВПЧ 16 типа, в 90% ВПЧ 18 типа – в интегрированном состоянии. Персистенция 16 и 18 типов ВПЧ, обнаружение интегрированной формы и низкой вирусной нагрузки свидетельствует о возможности быстрого прогрессирования неопластических изменений и должно служить показанием для выполнения эксцизии или конизации даже при CIN I-II. Наличие опухолевых эмболов в лимфатических или кровеносных сосудах и неопластических клеток в краях исеченного конуса являются прогностически

неблагоприятными факторами. Тип ВПЧ и вирусная нагрузка коррелируют с наличием опухолевых эмболов в лимфатических и кровеносных сосудах, а также с морфологическим типом опухоли и могут прогнозировать раннее метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. 16 генотип ВПЧ является независимым прогностическим фактором у больных РШМ и может свидетельствовать в пользу неблагоприятного прогноза. Снижение вирусной нагрузки или обнаружение интегрированной формы 18 типа ВПЧ может свидетельствовать о прогрессировании заболевания и о плохом прогнозе при I-IIА стадиях РШМ. Обнаружение интегрированной формы ВПЧ 16, 18 типов, после лечения свидетельствует о высоком риске рецидива заболевания. Заключение. Применение современных высокотехнологичных методов позволяет предсказывать неблагоприятное течение неопластических процессов шейки матки и на этой основе индивидуализировать лечение, что особенно важно для молодых женщин.

РОЛЬ ВПЧ – ИНФЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Бехтерева С.А., Важенин А.В., Яйцев С.В.
Челябинский ООД, Челябинск

Ежегодно в мире регистрируется 371000 новых случаев рака шейки матки. Стандартизированный показатель заболеваемости в Российской Федерации в 2007г. составил 12,65 на 100 тыс., в Челябинской области 11,98 на 100 тыс. Средний возраст заболевших составил 40-49 лет, по Российской Федерации 30-39 лет. У 25 % женщин моложе 35 лет сочетается с беременностью. По Челябинской области – 4-5 пациенток в год. В 2007г. удельный вес рака шейки матки в общей структуре онкологических заболеваний составил 4,58% по Челябинской области. Смертность от рака шейки матки в 2007г. - 2,4%. Вместе с тем, каждая пятая женщина погибает на первом году с момента установления диагноза. Смертность до одного года при раке шейки матки в 2007г. составила 21,86 %. Запущенность (3-4 стадия) при раке шейки матки в Челябинской области в 2007г. составила 51,39%, что резко снижает результаты лечения этой категории больных. Так, 5 - летняя выживаемость при раке шейки матки в 2007 г. составила 60,19%. Анализ основных эпидемиологических показателей рака шейки матки за 2007г., увеличение числа запущенных форм у больных молодого возраста говорит об отсутствии совершенной системы скрининга на местах, отсутствии онконастороженности врачей общей лечебной сети. Всё это свидетельствует о том, что рак шейки матки – социально значимая национальная проблема. Среди основных факторов риска особая роль в настоящее время отводится инфекционным факторам – вирусу папилломы человека. По данным литературы при раке шейки матки в 90-100% случаев обнаруживается вирусная ДНК, в то время как у здоровых женщин не более 20%. Установлено, что 40 серотипов ВПЧ, как высокого, так и низкого онкогенного риска инфицируют аногенитальную область. В 95% случаев присутствие ВПЧ – инфекции доказано методом ПЦР. За 2006-2008 гг. в 1 радиологическом отделении ЧОКОД на наличие ВПЧ – инфекции высокого онкогенного риска обследовано 200 пациенток с диагнозом Рак шейки матки. Из них 65% (130 больных) ВПЧ-позитивные, 35% - ВПЧ-негативные. Среди обследованных больных преобладал 16 серотип (70,7% - 92 пациентки), что соответствует литературным данным, 18 серотип выявлен у 10% (13 больных), что меньше, чем по данным литературы, 33 серотип – у 6,9% (9 больных), 31 – у 3,1% (4 больных). Микст выявлена в 10,2% случаев, причём чаще сочетались 16 и 18, 16 и 33, 16 и 31 серотипы инфекции (в среднем по 3,0%). Анализ по возрасту ВПЧ-позитивных больных показал преобладание возрастной группы 41-50 лет, чуть старше, чем в целом по Российской Федерации. Преобладала гистологическая форма «плоскоклеточный неороговевающий рак» при всех серотипах ВПЧ. Анализ ВПЧ-позитивных пациенток по стадиям рака шейки матки показал преобладание 3 стадии заболевания при всех серотипах, т.е. запущенных форм. Соответственно основным методом лечения ВПЧ-позитивных больных было химиолучевое, состоящее из 2 циклов неoadъювантной ПХТ и сочетанного лучевого лечения по расщеплённому курсу по радикальной программе. Эта длительная, зачастую плохо переносимая пациентками терапия, не всегда приводит к излечению. При хорошем результате лечения по его окончании проводилась противовирусная иммунотерапия. Анализ на онкомаркеры – антиген плоскоклеточной карциномы (SCCA) проведён в обеих исследуемых группах, как при ВПЧ-позитивных, так и ВПЧ-негативных больных. Уровень SCCA оценивался как повышенный при дискриминационном значении больше 1,5 нг/мл. В группе ВПЧ-позитивных больных преобладали пациентки с SCCA меньше 1,5 нг/мл при всех серотипах, при этом уровень SCCA колебался в пределах от 1,64 до 121,48 нг/мл. В группе ВПЧ-негативных больных значительно преобладали пациентки с SCCA выше 1,5 нг/мл, при значениях онкомаркера в пределах от 1,8 до 27,5 нг/мл. Проведённый нами предварительный анализ на уровень антигена плоскоклеточной карциномы позволяет предположить, что больные раком шейки матки – носители ВПЧ-инфекции имеют исходно лучший прогноз заболевания по сравнению с ВПЧ-негативными. Нами рассчитан показатель распространённости в группе ВПЧ-позитивных больных для каждого серотипа. Преобладал 16 серотип (70,7%), показатель распространённости при этом серотипе составил 4844,9 на 100 000 женского населения. При 18 серотипе составил 684,6 на 100000 женского населения. Таким образом, такая социально значимая проблема как рак шейки матки – национальная проблема, а доказанная связь этого «заболевания молодых женщин» с ВПЧ–инфекцией указывает на необходимость включения теста на ВПЧ-инфекцию в программу скрининга рака шейки матки, а вакцинацию против ВПЧ – в национальный календарь прививок.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

*Бойко К.П., Максимова Н.А.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель исследования: улучшить ультразвуковую диагностику патологии шейки матки при скрининговых программах обследования, с помощью современных технологий комплексной сонографии. Материалы и методы исследования. Ультразвуковым методом дополненным применением современных технологий сонографии обследовано 150 пациенток с подозрением на патологию шейки или культы шейки матки/влагалища. Всем женщинам проводилось стандартное ультразвуковое исследование, завершающим этапом производилась трансвагинальная эхография. Производилась доплерография и доплерометрия сосудов шейки матки. Оценивалась качественная характеристика опухолевого кровотока шейки матки, с измерением доплерометрических артериальных показателей в патологически измененной зоне шейки матки, с последующей реконструкцией статической и динамической 3D-ангиографии патологического сосудистого русла. Допплерография выполнялась в цветовом и энергетическом режимах картирования кровотока, при стандартизации параметров настройки режимов в диапазоне PRF 600-1000 Hz. Результаты и их обсуждение. Нами были выделены четкие сонографические критерии диагностики рака шейки и культы шейки матки/влагалища на этапах ультразвукового сканирования, с применением современных методов ультразвуковой визуализации: снижение эхогенности и неоднородность шейки и культы шейки матки/влагалища, в режимах энергетического и цветового доплерографического картирования регистрация патологического гиперинтенсивного кровотока, совпадающего с очагом поражения в шейке матки или расположенного в центральной части культы шейки матки/влагалища – с высокоскоростными показателями V_{MAC} – более 23 см/с ($p \leq 0,01$). Образование патологических артерио-артериальных, артерио-венозных анастомозов. Выводы. Таким образом, оптимальной методикой УЗ-диагностики патологии шейки матки и культы шейки матки/влагалища у женщин на этапах скрининга является выполнение комплексной сонографии, в сочетании с применением современных доплеровских технологий позволяющих повысить точность ультразвукового метода – 94%, чувствительность – 96%, специфичность – 92%.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕДКИХ ФОРМ РАКА ТЕЛА МАТКИ

*Брузгин Е.А.¹, Брюсов П.Г.¹, Мелько А.И.¹, Названцев И.В.²
1. ГИУВ Минобороны РФ, Москва
2. ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва*

Цель исследования: оценить результаты лечения больных редкими формами рака эндометрия. Материал и методы исследования: проведено ретроспективное исследование эффективности лечения редких форм рака эндометрия в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ с 1998 по 2008г. В исследуемую группу включено 38 больных редкими формами рака эндометрия. Результаты исследования. Хирургические вмешательства в составе комплексного или комбинированное лечение проведены 29 (76,3%) больным, оперативное лечение – 4 (10,5%), химиогормонотерапия без хирургических вмешательств и лучевой терапии – 5 (13,2%). При редких формах рака тела матки в связи с частым поражением метастазами органов брюшной полости у 12 (31,5%) больных проведены комбинированные операции – стандартная операция дополнялась экстирпацией большого сальника (в сочетании с аппендэктомией у 4 больных и трепанацией черепа у 1 пациентки). В исследуемой группе длительность хирургического вмешательства была 149,5±7,5 мин, операционная кровопотеря – 539,1±21,7 мл, койко-день в отделении хирургической реанимации – 1,2±0,08 дня. Эффективность химиогормонотерапии исследована у больных с IV стадией заболевания. В результате проведения химиогормонотерапии полная регрессия опухоли достигнута у 8 (40,0%) больных, частичная регрессия – у 6 (30,0%), стабилизация опухолевого процесса – у 3 (15,0%). Прогрессирование заболевания на фоне проводимого лечения наблюдалось у 3 (15,0%) пациенток. Объективный ответ опухоли в исследуемой группе составил 70,0% (14 чел.), клинический ответ – 85,0 % (17 чел.). Общая 5-летняя выживаемость больных редкими формами рака тела матки не превысила 4% (медиана 22 мес). Выводы. Общая 5-летняя выживаемость больных редкими формами рака эндометрия составляет 4% при медиане 22 мес. При IV стадии редких форм рака эндометрия объективный ответ опухоли наблюдается у 70% больных: полная регрессия опухоли – у 40%, частичная – у 30%. Особенности хирургических вмешательств при редких формах рака эндометрия являются высокая частота выполнения комбинированных операций, достигающая 32,4%.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Воргова Д.Н., Важенин А.В., Воронин М.И.
Челябинский ООД, Челябинск*

В последние годы отмечаются существенные успехи как в диагностике, так и в лечении рака шейки матки. Развиваются и совершенствуются три основных компонента лечения рака шейки матки – хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия [Коломиец Л.А. с соавт., 2005, Марьина Л.А., с соавт., 2004, Харитоновна Т.В., 2005, Канаев С.В. с соавт., 2006]. Разработка и внедрение дорогостоящих и высокотехнологичных методов лечения больных раком шейки матки требует объективной оценки состояния пациенток. Однако, существуют трудности в клинической и инструментальной дифференциальной диагностики постлучевого фиброза и рецидивов рака шейки матки. Цель исследования: выявить сонографические дифференциально-диагностические критерии постлучевого фиброза и рецидивов рака шейки матки. Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 47 больных раком шейки матки II-III стадии, получавших лечение на базе ГЛПУ «ЧОКОД». В ходе работы применялся ультразвуковой сканер премиум класса: GE Logiq 9, с конвексным многочастотным датчиком 2,5-4,0 МГц, с внутриволновым многочастотным датчиком 5,0-8,0 МГц. На первом этапе исследования больным раком шейки матки проводили обзорное трансабдоминальное обследование органов малого таза в В-режиме с применением автоматической оптимизации. На втором этапе исследования проводили трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза в В-режиме, режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) с применением автоматической оптимизации. Результаты проведенного исследования выявили рецидив у 2 больных раком шейки матки через 1 год после лечения. Необходимо отметить, что в одном случае это «сонографическая находка» при проведении диспансерного наблюдения, а в другом случае это целенаправленный поиск в связи с подозрением на рецидив, выставленный радиологом. Важно, что эти случаи рецидива шейки матки не выявлены по месту жительства. Дифференциально-диагностическими признаками рецидива рака шейки матки являются: наличие образования в параметрии неправильной формы, с нечеткими неровными контурами, неоднородной структуры. Эхогенность образования может быть средней или пониженной. В режиме ЦДК визуализируется неоваскуляризация. Таким образом, визуализация образования с наличием неоваскуляризации позволила установить диагноз рецидива шейки матки. В связи с чем в дальнейшем проведена эмболизация маточных артерий и курсы полихимиотерапии. Обсуждение. Изучение доступной литературы выявило интерес врачей как вопросам ультразвуковой диагностики рака шейки матки, так и ультразвукового мониторинга. Большое внимание уделяется объему шейки матки, эхоструктуре, контурам шейки матки, в том числе и в динамике [Ашрафян Л.А. с соавт., 2006, Минько Б.А. с соавт., 2006]. Единичные работы посвящены инвазии тела матки [Мамадалиева Я.С. с соавт., 2007]. Однако мы не встретили широкого освещения вопроса сонографической дифференциальной диагностики постлучевого фиброза и рецидивов рака шейки матки. Ультразвуковое исследование органов малого таза трансабдоминальным и трансвагинальным методом, применение автоматической оптимизации В-режима, режима ЦДК возможно как стационарным, так и амбулаторным пациентам. Возможности аппарата GE Logiq 9 позволяют выявить образование в малом тазу на раннем сроке, предположить его характер. Выводы: применение новых технологий ультразвуковой диагностики необходимо для выявления рецидивов рака шейки матки на ранних сроках, что позволяет оптимизировать лечение этого тяжелого контингента пациенток.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ (РЭ)

*Гаврилов А.С., Гордиенко В.П., Федик О.Е., Максимова А.Б.
Амурский ООД, Благовещенск*

Цель: оценить результаты лечения РЭ в зависимости от проведенной терапии. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ течения РЭ больных, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении онкодиспансера за период с 1996 по 2006г. Все пациентки были разделены по стадиям заболевания: I стадия - 65,3%, II стадия - 24,1%, III - 8,2%, IV - 2,4% больных. Результаты. Хирургическое лечение было проведено 90,2% больным и включало следующие виды операций: пангистерэктомию (ПГЭ), расширенную пангистерэктомию (РПГЭ), пангистерэктомию и резекцию сальника (ПГЭ+РС), расширенную гистерэктомию и резекцию сальника (РПГЭ+РС). Основное количество больных подвергалось расширенной и простой пангистерэктомии 64,3% и 25,2% соответственно. У 10,5% пациенток выполнялись расширенная и простая пангистерэктомии с резекцией сальника. Хирургическое лечение не проводилось 9,8% пациенткам в связи с тяжелой сопутствующей патологией и неоперабельностью по основному заболеванию. Адювантную лучевую и химиотерапию получили 70,4% больных. Дистанционная лучевая терапия проводилась 52,8%, сочетанно-лучевая терапия 36,4%, дистанционная лучевая терапия + полихимиотерапия -3,4%, сочетанно-лучевая терапия + полихимиотерапия - 2,2% пациентов. Результаты лечения оценивались по показателям однолетней летальности, 5-летней выживаемости, безрецидивного течения. Однолетняя летальность составила 11,9%. 5-летняя выживаемость больных при высокой степени дифференцировки РЭ равна 87,4%, тогда как при низкой

степени — уменьшалась до 72,5%, при поверхностной инвазии опухоли (M1) — 87,1%, при увеличении глубины инвазии рака в миометрий — уменьшалась до 79,8% при M2 и 75,6% при M3. Среди больных, у которых возникли рецидивы, было установлено, что у 52,0% из них рецидивы развились через 6-20 месяцев, у остальных — в более отдаленные сроки (от 47 до 103 месяцев). Заключение. Наиболее оптимальными вариантами хирургического лечения при IA стадии является ПГЭ, при IC-IIA G-2 и G-3, B G-1 — РПГЭ, при III стадии — РПГЭ с резекцией сальника, при IV — по индивидуальному плану, с использованием по возможности хирургического метода лечения, лучевого и полихимиотерапии.

МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ В ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА: ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

*Гергова М.М., Максимов С.Я, Имянитов Е.Н.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Лечение злокачественных опухолей яичников является одним из наиболее сложных вопросов в онкогинекологии. Диагноз злокачественного новообразования яичников устанавливается на поздних стадиях, 20-30% больных умирают в течение первых двух лет наблюдения. Химиотерапия в лечении рака яичников применяется более 40 лет, постоянно развивается и совершенствуется. Возможность оптимизации существующих программ комбинированного и комплексного лечения этой группы больных послужило поводом для проведения нашего исследования. Тест на микросателлитную нестабильность рассматривался в качестве возможного критерия при выборе той или иной схемы химиотерапии. В ходе исследования рассмотрена вероятность генетической эволюции рецидивирующей опухоли яичника на фоне длительного применения препаратов платины, характеризующейся приобретением микросателлитной нестабильности, и как следствие, появлением чувствительности к фторпиримидинам. Материалы и методы. Материалом для исследования послужили проспективные и ретроспективные данные о 392 больных первичным раком яичников I-IV клинических стадий в возрасте от 20 до 80 лет, получавших лечение в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова с 1980 по 2001г. с обязательным прослеживанием не менее 5 лет. В рамках исследования сформирована группа больных которым помимо общепринятых исследований, выполнялся лабораторный тест на микросателлитную нестабильность. Данный тест включает процедуру выделения ДНК, полимеразную цепную реакцию и электрофоретический анализ ДНК-фрагментов. Результаты. Тест на микросателлитную нестабильность оказался положительным лишь у 4-ех больных (4%), имевших сочетание не менее двух или трех клинических признаков: молодой возраст манифестации заболевания до 50 лет 38,2%,отягощенная наследственность 33,4% , первично-множественный опухолевый процесс в 6,1% случаев. Приобретение рецидивирующей опухолью микросателлитной нестабильности и чувствительности к фторпиримидинам на фоне длительного приема цисплатина нами не установлена. Выводы. Феномен микросателлитной нестабильности имеет место в 4% случаев удовлетворяющих критериям наследственного РЯ и может рассматриваться как критерий чувствительности к препаратам фторпиримидинового ряда.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

*Герифельд Э.Д., Нахушев З.Х., Максимов С.Я., Хаджимба А.В.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Актуальность исследования. Наличие выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологии более чем у половины больных старших возрастных групп, в сочетании с отсутствием потенции к метастазированию Ca in situ шейки матки обуславливают возможность применения щадящего органосохраняющего лечения, что приобретает как медицинское, так и социально-экономическое значение. Цель исследования. Обоснование проведения щадящего органосохраняющего лечения Ca in situ шейки матки у больных в постменопаузе. Материал и методы исследования. В период 1983 – 2003 гг. 141 больная в возрасте 50 – 79 лет, получила специализированное лечение в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова по поводу Ca in situ шейки матки. В последующем, каждая женщина прослежена в срок не менее 5 лет, с обязательным ежегодным цитологическим мониторингом. Результаты. Более чем у половины – 93 (65,9%), из числа обследованных пациенток, заболевание протекало латентно, и лишь треть женщин 48 (34,1%) предъявляли жалобы. Боли и диспареуния выявлены в 21 (14,9%) случае, кровомазание и контактные кровотечения — у 19 (13,5%) больных, сочетанные жалобы определены у 8 (5,7%) женщин. Отмечено значительное преобладание плоскоклеточных изменений — 132 (93,6%) наблюдения, над аденогенными — 9 (6,4%). В 63 (44,7%) случаях — патологический процесс располагался в области экзоцервикса, у 35 (24,8%) — в эндоцервиксе, и в 43 (30,5%) — выявлена смешанная локализация опухоли. Пангистерэктомия, либо, при переходе процесса на влагалищные своды — операция Фора, выполнена 118 (83,7%) больным, широкая конизация шейки матки с одномоментным выскабливанием цервикального канала — 17 (12,1%) пациенткам, операция Вертгейма произведена 6 (4,2%) женщинам. В течение 5-летнего срока прослеживания рецидив заболевания был выявлен в 6 (4,3%) наблюдениях: у 5 (4,2%) — после пангистерэктомий и у 1 (5,9%) — после конизации шейки

матки. Таким образом, 5-летняя безрецидивная выживаемость составила: 95,7% - для всех методов, 95,8% - для пангистерэктомии, 94,1% - для конизации шейки матки. Выводы. Несмотря на численную неоднородность сравниваемых групп, полученные результаты демонстрируют сходные показатели 5-летней безрецидивной выживаемости, что является основанием для продолжения исследований. Однако, принимая во внимание частоту выявления сопутствующей экстрагенитальной патологии в постменопаузе, уже сейчас представляется возможным рекомендовать применение широкой конизации шейки матки с одномоментным выскабливанием цервикального канала – как наиболее щадящего метода лечения *Ca in situ* у данной категории больных.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Гилязутдинов И.А., Юсупов К.Ф., Шакирова Э.Ж., Жаворонков А.Е., Хасанов Р.Ш.
РОД, Казань*

Основными трудностями в клинической оценке пациенток с РШМ являются определение размеров опухоли, оценка инвазии в параметрии и стенки таза и выявление метастазов опухоли. Несовпадение между клинической и хирургической стадиями объясняется невозможностью отличить инвазию в параметрий от воспалительных изменений, эндометриоза, спаечного процесса и больших опухолей шейки матки. Цель исследования: изучить возможности трехмерной эхографии и МРТ в диагностике местнораспространенного рака шейки матки. Материалы и методы. Трехмерная эхография выполнялась на аппарате Voluson 730 Expert с применением методик трехмерной реконструкции с применением трансвагинального и трансабдоминального сканирования. МРТ проводилась на магнитно-резонансных томографах Signa (GE Healthcare) с напряженностью магнитного поля 1 Тл и 1,5 Тл. При необходимости использовалось внутривенное контрастное усиление с получением постконтрастных T1-взвешенных изображений с/без использования функции жироподавления. Результаты анализировались ретроспективно, с учетом данных морфологического исследования макро- и микропрепаратов. Результаты. Полученная в ходе 3D эхографии и МРТ информация позволила получить объемную виртуальную модель опухоли шейки матки и кровоснабжения зоны интереса, определить глубину инвазии и соотношение с соседними органами. При использовании цветового или энергетического доплеровского картирования оценивается васкуляризация всей опухоли. Трехмерная сонография с доплерографией может служить для оценки эффективности химиолучевого лечения РШМ. Использование МРТ позволяло визуализировать как саму опухоль шейки матки начиная от стадии Ib и выше по FIGO, так и распространение патологического процесса на параметрий и стенки таза. МРТ позволяло установить вовлечение в процесс мочеточников и их супрастенотическое расширение, прорастание слизистой прямой кишки и мочевого пузыря. Применение при МРТ внутривенного контрастного усиления за счет более интенсивного накопления контраста опухолью позволило дифференцировать непосредственно злокачественный процесс от сопутствующего отека, рецидив от послеоперационных фиброзных изменений. Как 3D эхография, так и МРТ обладали высокой чувствительностью и специфичностью в определении объема опухоли и степени инвазии в соседние ткани, при этом 3D эхография не уступала в информативности МРТ. Заключение. Применение трехмерной эхографии и МРТ обеспечивает точную информацию об опухоли шейки матки и уровне ее местной распространенности, состоянии окружающих органов, уточняет данные клинического обследования и расширяет показания к хирургическому лечению.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-2 И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Гончарук И.В.¹, Воробьева Л.И.¹, Лукьянова Н.Ю.², Чехун В.Ф.², Неспрядько С.В.¹,
Пузырная И.Н.¹*

1. Национальный институт рака, Москва

2. Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им.

Р.Е. Кавецкого, Москва

Рак шейки матки (РШМ) является одной из основных причин смертности среди больных опухолями женских половых органов. Одной из наиболее важных задач современной онкогинекологии является поиск признаков и свойств опухоли, на основании которых можно прогнозировать течение заболевания и назначить адекватное лечение. Для оценки агрессивности опухоли большое значение придается иммуногистохимическим маркерам. Цель: изучить экспрессию циклооксигеназы-2 (COX-2) и сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) опухолевыми клетками и оценить ее взаимосвязь с клинико-морфологическими прогностическими факторами, а также выживаемостью больных РШМ. Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациенток больных РШМ (стадии IB-IVA). Всем больным выполнено оперативное вмешательство в объеме пангистерэктомии III типа. Плоскоклеточные формы РШМ были диагностированы у 65 (86,6%), аденокарцинома – у 10 (13,4%). У 30 (40%) больных через некоторое время развился рецидив заболевания. Экспрессию COX-2 и VEGF определяли иммуногистохимическим

методом по общепринятой методике. Результаты. Установлено, что положительная экспрессия СОХ-2 выявлена у 88% опухолей, а VEGF – у 90%. Не выявлено статистически достоверной ($p>0,05$) корреляции уровня экспрессии СОХ-2 с такими клинико-морфологическими параметрами РШМ как возраст, гистологический тип, метастатическое поражение лимфатических узлов. Установлено достоверную ($p<0,05$) связь уровня экспрессии VEGF с Т-стадией опухолевого процесса по классификации TNM и наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах. Установлено, что достоверное ($p<0,05$) снижение показателей общей и безрецидивной выживаемости больных РШМ ассоциируется с повышенной экспрессией СОХ-2 и VEGF в опухолевых клетках. Заключение. Оценка уровня экспрессии СОХ-2 и VEGF может быть использована в качестве маркеров прогноза течения РШМ. Пациенты с положительной экспрессией СОХ-2 и VEGF имеют более агрессивный фенотип опухоли.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ И МЕТАСТАЗАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Гончарук И.В., Воробьева Л.И., Неспрядько С.В., Пузырная И.Н.
Национальный институт рака, Киев*

По данным Национального канцер-регистра Украины в 2007 году зарегистрировано 4898 случаев заболевания раком шейки матки, общее количество умерших составляет 2193. От прогрессирования основного заболевания 30-40% больных умирают в течение ближайших 5 лет. Основной причиной смерти больных является неизлеченность первичной опухоли, развитие местных рецидивов и отдаленных метастазов. Цель нашего исследования: проанализировать особенности клинического течения и сроки возникновения рецидивов и метастазов РШМ, оценить эффективность разных методов лечения этого контингента больных. Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 223 пациенток больных РШМ, которые находились на лечении в ГУ «Национальный институт рака» за период с 1979-2008 гг. Результаты. Более чем в половине наблюдений (64,48%) рецидивы РШМ возникают в течение первых двух лет после лечения, однако 16% случаев выявляют после 5-летнего периода наблюдения. Это диктует необходимость тщательного наблюдения за больными в течение длительного периода, особенно в первые два года. Подавляющее большинство рецидивов (90%) возникает у пациенток с местно распространенными формами РШМ (IВ- IVA стадії), почти 50% — у больных с III стадией РШМ. Почти 70% рецидивов РШМ локализируются в области малого таза. Не выявлено достоверной разницы между показателями выживаемости в зависимости от методов лечения больных с рецидивами РШМ ($p>0,05$). Установлены достоверные различия выживаемости пациенток в зависимости от локализации рецидивной опухоли ($p<0,05$). Лечение больных с отдаленными метастазами мало эффективно и половина больных умирает в течение 9,7 месяцев, средняя выживаемость составляет 15,9±0,2. Установлены лучшие показатели лечения больных с тазовыми рецидивами РШМ, медиана выживаемости в этой группе составила 13,4 месяцев, а средняя выживаемость — 29,3±0,26 месяцев. Выводы. Неудовлетворительные результаты выживаемости больных с рецидивами РШМ (половина больных умирают до года, медиана — 11,14 месяцев), побуждают клиницистов к поиску новых методов лечения этого контингента больных.

АНАЛИЗ ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ ФДТ: ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ВПЧ 16/18 ПОДТИПОВ

*Горин А.О.^{1,2}, Кекеева Т.В.², Рязанцева А.А.², Завалишина Л.Э.², Трушина О.И.²,
Франк Г.А.²*

1. РГМУ, Москва

2. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Рак шейки матки (РШМ) занимает 3-е место по распространенности онкологической патологии у женщин, уступая раку молочной железы и яичников. Иницирующим фактором развития РШМ является инфицирование клеток канцерогенными штаммами вируса папилломы человека (ВПЧ). Фотодинамическая терапия (ФДТ) – это органосохраняющий метод лечения злокачественных новообразований, основанный на селективном накоплении фотосенсибилизатора в опухоли с последующим развитием в ней под воздействием лазерного излучения фотохимической реакции с образованием синглетного кислорода и кислородных свободных радикалов, оказывающих токсическое действие на опухолевые клетки, а также на бактерии и вирусы. Целью данной работы было исследование эффективности ФДТ для эрадикации ВПЧ у пациенток с РШМ. Генотипирование 16/18 подтипов ВПЧ проводили методом ПЦР в 28 образцах биоптатов от 14 пациенток с РШМ до и после проведения ФДТ. В результате исследования у всех 14 пациенток (100%) до ФДТ были выявлены 16 и/или 18 подтипы ВПЧ. После ФДТ у 8 пациенток (57,1%) была обнаружена полная эрадикация ВПЧ, у 6 больных (42,9%) ВПЧ в опухоли сохранился. Наши результаты расходятся с проведенными аналогичными исследованиями в материале мазков шейки матки, где эффективность ФДТ составила 88,2%, что может указывать на вероятность ложноотрицательного результата в определении ВПЧ при анализе мазков. Канцерогенные штаммы ВПЧ после проведения ФДТ обнаружены у 6 пациенток, т.е.

эффективность ФДТ в отношении противовирусного действия составила 57,1%. Таким образом, для оценки результатов противовирусного лечения, в том числе ФДТ, и исключения ложноотрицательных ответов рекомендовано проведение ВПЧ диагностики на биопсийном материале ШМ.

БИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ НА БЕЛКОВОМ КОНЦЕНТРАТЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ И БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Горошинская И.А., Неродо Г.А., Голотина Л.Ю., Владимирова Л.Ю., Ушакова Н.Д., Меньшенина А.П., Светицкая Я.В., Качесова П.С.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Целью работы явилось сопоставление биохимических показателей в концентратах асцитической жидкости и плазмы крови, используемых для введения химиопрепаратов, со свойствами исходных асцитической жидкости и плазмы крови и фильтратов, получаемых при их аппаратной фильтрационной детоксикации. Изучены содержание белка, общая и эффективная концентрации альбумина, уровень МСМ, активность некоторых ферментов и ряд показателей свободнорадикального окисления в асцитической жидкости, ее концентрате и фильтрате у 20 больных асцитной формой рака яичников после лапароцентеза и в плазме и ее компонентах у 24 больных местно-распространенным раком молочной железы. Полученные результаты свидетельствуют, что в концентрате асцитической жидкости содержится более 95% белка асцитической жидкости, в том числе, альбумин, белки, обладающие лактатдегидрогеназной, каталазной и α -амилазной активностями. Белковый концентрат аутоплазмы отличается от исходной плазмы увеличением содержания альбумина более чем на 60% и почти двукратным возрастанием его эффективной концентрации, тенденцией к нормализации уровня свободнорадикальных процессов и повышенной способностью к антиоксидантной защите. В фильтратах асцитической жидкости и плазмы крови концентрация альбумина составляет 3-4% от уровня в белковом концентрате, отсутствуют основные ферменты, а уровень пероксинитрита, являющегося одним из наиболее агрессивных свободнорадикальных продуктов, в 2,3-2,8 раза выше, чем в концентрате. Проведение химиотерапии на белковом концентрате способствует трехкратному снижению исходно повышенного у больных раком яичников коэффициента интоксикации, а также меньшей выраженности клинических проявлений эндогенной интоксикации как у больных раком яичников, так и больных раком молочной железы. Таким образом, целесообразность проведения химиотерапии на белковых концентратах асцитической жидкости и плазмы крови обоснована их составом, способствующим большей эффективности и снижению эндогенной интоксикации при этих видах химиотерапии.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ АРОМАТАЗЫ В ТКАНИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ОПУХОЛИ И ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ

*Данилова М.А., Герцифельд Э.Д., Ковалевский А.Ю., Максимов С.Я., Берштейн Л.М.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Настоящее исследование проводилось в связи с необходимостью уточнения природы эстрогенозависимости рака эндометрия (РЭ). В период 2000-2008 гг. до начала какой-либо терапии обследовано 89 больных РЭ в возрасте от 31 года до 80 лет, из них 54 (60,7%) с I-ым и 35 (39,3%) - со II типом заболевания. Более 80% пациенток находились в менопаузе и 72% - в I стадии процесса; по гистологическому строению 92% случаев было представлено аденокарциномой. Активность ароматазы (АА) определяли радиометрическим методом. По полученным данным, АА в опухолевой ткани варьировала в пределах от 0 до 28 фм/мгБ/ч (в среднем $8,18 \pm 0,08$ фм/мгБ/ч); примерно, в 43% случаев активность фермента не превышала 5 фм/мгБ/ч. При сопоставлении с особенностями организма АА демонстрировала тенденцию к повышению у больных старше 70 лет ($9,8 \pm 1,6$ фм/мгБ/ч), при длительности менопаузы более 20 лет ($10,3 \pm 1,7$ фм/мгБ/ч), у больных, не имевших беременностей ($11,8 \pm 2,8$ фм/мгБ/ч, $p=0,07$), страдающих сахарным диабетом ($10,6 \pm 1,7$ фм/мгБ/ч, $p=0,06$) и курящих ($11,0 \pm 1,7$ фм/мгБ/ч, $p=0,08$); зависимости от индекса массы тела обнаружить не удалось. При оценке роли факторов, характеризующих опухоль, было установлено, что АА умеренно повышена при II – IV стадиях процесса и аденокарциноме по сравнению с редкими формами РЭ и достоверно более высока при низкой степени дифференцировки G3 ($11,9 \pm 1,9$ фм/мгБ/ч, $p=0,01$ vs G1+G2); связи с глубиной инвазии в миометрий найдено не было. При II типе РЭ активность ароматазы в опухоли ($9,6 \pm 1,1$ фм/мгБ/ч) превышала таковую при I типе ($7,3 \pm 0,9$ фм/мгБ/ч), $p=0,09$; эти различия достигали уровня статистической значимости ($p=0,04$), если к анализу привлекались данные только от некурящих пациенток. Соответственно, случаи с активностью ароматазы < 5 фм/мгБ/ч при I типе заболевания были более часты ($46,0 \pm 1,5\%$), чем при II-ом ($28,0 \pm 2,7\%$), $p=0,04$. Прослеживание за больными в среднем в течение $51,2 \pm 2,3$ мес. после операции показало, что внутриопухолевая активность фермента у больных с развившимися за это время рецидивами не была более высока по сравнению с больными без рецидивов. В итоге, можно прийти к выводу о том, что активность ароматазы в ткани РЭ ассоциирована как с некоторыми свойствами опухоли,

так и организма больных, среди которых выделяются патогенетический вариант заболевания, степень дифференцировки опухоли, состояние углеводного обмена, особенности менопаузального периода и фактор курения. Необходимо установление значимости определения активности ароматазы в малигнизированном эндометрии в целях оценки эффективности применения ее ингибиторов.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВУЛЬВЫ

*Дикарева Е.Л., Ширинкин В.Б.
Оренбургский ООД, Оренбург*

Заболеваемость ЗНО вульвы занимает 4-е место в структуре онкогинекологических заболеваний (около 8%), составляя 1,0-2,5 на 100 тыс женского населения. Наибольшая заболеваемость в возрастных группах старше 65 лет, достигая максимума после 75 лет – 19,9 на 100 тыс женского населения. Несмотря на то, что опухоли вульвы являются визуально доступной локализацией, более чем в 66% первичных случаев выявляется III-IV стадии. Для лечения больных ЗНО вульвы применяют все специальные методы лечения и их комбинации. По мнению большинства авторов, основным и наиболее эффективным методом лечения ЗНО вульвы является хирургический, который применяется самостоятельно при локализованных формах и в качестве компонента комбинированного или комплексного лечения местно-распространенных форм заболевания. Широта иссечения опухоли является одним из важных факторов успеха хирургического лечения. Чем больше край резекции от опухоли, тем меньше риск развития местного рецидива заболевания и выше показатели выживаемости. Однако обширные раневые дефекты сложно закрыть простым сшиванием краев раны. Возникает натяжение тканей, местное нарушение кровоснабжения, что ведет к некрозу, нагноению и заживлению раны вторичным натяжением. Все это способствует грубому рубцеванию с развитием отсроченных послеоперационных осложнений. Избежать ранних и отсроченных послеоперационных осложнений можно путем реконструкции наружных половых органов. Применение реконструктивно-пластических операций (РПО) при лечении ЗНО вульвы имеет следующие положительные моменты: Можно существенно шире удалить первичный очаг, что особенно важно у больных с местно-распространенными формами заболевания и при выполнении комбинированных операций; Уменьшается частота ранних и поздних послеоперационных осложнений; Позволяет получать удовлетворительные функциональные и косметические результаты, что особенно важно для пациенток молодого возраста. В гинекологическом отделении ООКОД за период с 2002г по 2009г пролечено 98 пациенток со ЗНО вульвы. Средний возраст больных составил 70,6л; 2 больные (1,9%) были моложе 30 лет; 2 (1,9%) - до 40 лет. С 2005г при лечении фоновых и ЗНО вульвы в ООКОД используется методика РПО, разработанная проф. А.В. Жаровым (УГМА, г. Челябинск). Для закрытия обширных раневых дефектов на вульве им предложено использовать перемещенные кожно-фасциальные лоскуты. Всего за 4года в ООКОД выполнено 30 РПО при ЗНО вульвы. Из них: передняя гемивульвэктомия с пластикой перемещенными кожно-фасциальными предлобково-гипогастральными лоскутами на ножке – 3; Вульвэктомия с лимфаденэктомией из отдельных разрезов с пластикой перемещенными кожно-фасциальными лоскутами на ножке с задних поверхностей бедер- 20; Вульвэктомия с лимфаденэктомией из отдельных разрезов с пластикой перемещенными кожно-фасциальными лоскутами на ножке с задних поверхностей бедер, резекция нижней трети уретры – 5; Вульвэктомия единым блоком с пахово-бедренными лимфоузлами и пластикой перемещенными кожно-фасциальными лоскутами на ножке с задних поверхностей бедер – 2. Из них 7 (23,3%) пациенток с I стадией, 11 (36,6%) – со II стадией, 6 (20%) – с III стадией, 2 (6,6%) – с рецидивом РВ, в 1-м (3,3%) случае пациентка с метастатическим поражением левой половой губы, правых паховых л/узлов анального рака, 3 (10%) пациентки с рецидивом смешанной формы дистрофии вульвы, после ранее выполненного хирургического лечения. Гистологические формы заболевания: плоскоклеточный ороговевающий рак – 23 (85,1 %); эмбриональная рабдомиосаркома-1(3,7%); болезнь Педжета-2 (7,4 %), меланома вульвы-1 (3,7%). У 4 (13,3%) больных в п/о периоде отмечалось частично вторичное заживление п/о раны, у 2-х (6,6%) вследствие нагноения раны, у 2-х (6,6%) - краевых некрозов перемещенных лоскутов. Из них, 2-м пациенткам проводилась предоперационная лучевая терапия, 1 больная с рецидивом РВ в области промежности, с переходом на нижнюю треть уретры и mts в паховые лимфоузлы. Ранее ей проводилась радикальная вульвэктомия и дважды – курсы лучевой терапии. Результаты лечения. Умерли 2 больные (7,4%), пациентка с III стадией РВ умерла через 1год после лечения от диссеминации в парааортальные лимфоузлы, легкие. Одна больная с заведомо неблагоприятным прогнозом (эмбриональная рабдомиосаркома, ст ШВ) умерла дома через 3 месяца после операции на фоне проводимой ПХТ при невыясненных обстоятельствах. В ремиссии находится 25 (92,6%)больных, из них более 1 года - 19 (70,3%). Местных рецидив не было. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после РПО составил – 24 койко-дня, их них после операции - 17,1. Следует отметить хорошие функциональные и косметические результаты хирургического лечения ЗНО вульвы с использованием реконструктивных операций, что позволило не только улучшить качество жизни больных, избежать осложнений заживления послеоперационной раны, значительно сократить время пребывания в стационаре.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ РАЗМОРОЖЕННОЙ ТКАНИ ЯИЧНИКА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, ПОДВЕРГШИХСЯ КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННОГО МЕТОДА У ПОДРОСТКОВ

*Диникина Ю.В., Лисянская А.С., Манихас Г.М., Белозурова М.Б., Цыбатова Е.В., Быстрова О.В., Тапильская Н.И.
Санкт-Петербургский ОД, Санкт-Петербург*

Цель исследования: оценка возможности восстановления овариальной функции и улучшения качества жизни у пациенток репродуктивного возраста, подвергшихся комплексному лечению по поводу онкологической патологии, а также определение возможности использования данного метода в онкопедиатрии. В исследовании приняли участие 16 пациенток, завершившие специфическое лечение по онкогинекологическому заболеванию. На момент трансплантации у всех из них был зарегистрирован гормональный статус, соответствующий менопаузе. Аутооттрансплантация овариального кортекса была выполнена в переднюю брюшную стенку, после чего всем пациенткам проводился регулярный мониторинг гормонального фона, ультразвуковой контроль роста фолликулов. Для оценки качества жизни были использованы следующие тесты: СМИЛ, ЛОБИ, тест Спилберга-Ханина. Результаты исследования: У 15 пациенток благодаря аутооттрансплантации наблюдалось снятие симптомов хирургической менопаузы, и у 10 из них – регулярное циклическое развитие фолликулов в трансплантате. Циклические колебания уровней эстрадиола и прогестерона находились в пределах значений, соответствующих репродуктивному возрасту, было отмечено снижение уровня ФСГ. Появление первых заметных фолликулов было отмечено через 80-100 дней после трансплантации. У одной из пациенток в результате пункции фолликулов аутооттрансплантированной овариальной ткани была получена зрелая яйцеклетка. По результатам проводимых психологических тестов отмечено улучшение качества жизни пациенток, подвергшихся аутооттрансплантации ткани яичника. Таким образом, аутооттрансплантация ткани яичников у пациенток репродуктивного возраста может сохранять фертильность и «обратить» наступление менопаузы после выполнения овариоэктомии при онкогинекологической патологии. Криоконсервированная ткань яичников, трансплантированная в гетеротопический участок, может приводить к продукции зрелых яйцеклеток, что допускает иметь генетически собственного ребенка. Данная методика может применяться в онкопедиатрии у пациенток подросткового возраста с шансом длительной выживаемости после специализированной терапии, имеющей высокий риск повреждения функции яичников.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА РАКА ЯИЧНИКОВ

*Добренькая Г.С.
Детская городская поликлиника №3, Астрахань*

Новообразования яичников в общей структуре гинекологических заболеваний выявляются довольно часто, характеризуются трудностями диагностики на ранних этапах, а при раке яичников – низкой эффективностью лечения и высокой степенью летальности. В последнее время отмечается «омолаживание» данной патологии. Так, число ежегодно регистрируемых детей со злокачественными опухолями за последнее десятилетие увеличилось на 20% (Г.Ф.Кутушева, А.Ф.Урманчеева, 2006г.). Опухоли яичников чаще встречаются в пубертатном периоде. Активация функций гипоталамо-гипофизарной системы, усиление активности коры надпочечников, активация функции репродуктивной системы, «всеобщая перестройка организма», являются благоприятным фоном для возникновения патологии. В периоде раннего пубертата отмечается физиологический скачок роста, обусловленный активацией функции коры надпочечников и повышением секреции андрогенов. Кроме того, в пубертате девочка становится более чувствительной к стрессам, притом, что количество информации, поступающей в ее организм извне, постоянно растет, что растущий организм подчас не в состоянии правильно оценить, воспринять, «переварить». Для выбора биологически обоснованного лечения опухолей яичников необходимо понимать патогенез доброкачественных опухолей яичников. В последнее время исследователи уделяют большое внимание механизмам неоангиогенеза в первичных опухолях, так как без образования новой сети сосудов опухоль не может расти и развиваться. Наиболее значимым стимулятором неоангиогенеза считают VEGF, который является активным митогеном эндотелиальных клеток и участвует в различных биологических процессах: формировании желтого тела, эмбриогенеза, заживлении ран, опухолевом росте и др. (Ferrara N., Dawis-Smith T., 1997). Фактор роста эндотелия сосудов играет роль не только в увеличении кровотока, но и усиливает оксигенацию, что также может активизировать рост опухоли. Также в аспекте изучения патогенеза опухолей яичников активно изучаются процессы апоптоза, так как нарушение процессов гибели клетки может приводить к возникновению патологических состояний. Таким образом, необходимо углубленное изучение клинической значимости апоптоза, неоангиогенеза в физиологических и патологических процессах в клетке.

ИЗМЕНЕНИЕ ВЗГЛЯДОВ НА РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Жаров А.В., Важенин А.В., Кравченко Г.Р., Чернова Л.Ф., Шимоткина И.Г.
Челябинский ООД, Челябинск*

До 1998 года в Челябинском областном онкологическом диспансере для лечения больных местнораспространённым раком шейки матки (МРШМ) использовалась сочетанная лучевая терапия. В 1997 году была разработана комплексная программы по изучению МРШМ. На первом этапе комплексного исследования оценивалась эффективность полихимиотерапии (ПХТ) в лечении больных МРШМ. Целью исследования являлось улучшение непосредственных результатов лечения больных с МРШМ. Были сделаны следующие выводы: индукционная ПХТ не увеличивает частоту и тяжесть лучевых осложнений; позволяет достоверно увеличить двухлетнюю безрецидивную выживаемость до $88\pm 2,3\%$ наблюдений по сравнению с $52\pm 1,3\%$ случаев в группе больных со стандартной сочетанной лучевой терапией. На втором этапе изучения были проанализированы отдалённые результаты лечения с применением ПХТ у пациенток МРШМ, оценивались первые результаты многокомпонентной терапии с включением в схему хирургического этапа. Целью исследования являлось увеличение общей и безрецидивной выживаемости больных МРШМ с использованием неоадьювантной ПХТ.

Были сделаны следующие основные выводы: лечение в условиях индукционной ПХТ улучшает показатели пятилетней выживаемости на $26,0\pm 4,7\%$ в сравнении с традиционной лучевой терапией (пятилетняя выживаемость в группах соответственно составила $65,9\pm 5,0\%$ и $40,0\pm 4,9\%$ наблюдений); при радикальном хирургическом вмешательстве пятилетняя выживаемость составляет $78,9\pm 9,6\%$ наблюдений, уменьшение объёма хирургического лечения негативно сказывается на результатах пятилетней выживаемости. На третьем этапе исследования проанализированы отдалённые результаты многокомпонентного лечения больных МРШМ с включением в схему терапии хирургического вмешательства. Целью настоящей работы являлось повышение эффективности многокомпонентного лечения больных МРШМ путём включения в схему хирургического этапа. В исследовании участвовали 85 пациенток с МРШМ, у которых изначально опухоль была нерезектабельной и выходила за пределы шейки матки. Оценивалась переносимость лечения в плане возникновения различных осложнений, их частота и тяжесть. Изучены результаты пятилетней выживаемости и причины неудач. Сделаны следующие основные выводы: многокомпонентное лечение с включением хирургического этапа позволяет добиться высоких показателей пятилетней выживаемости, при II стадии - $86,0\pm 5,3\%$ наблюдений, при III стадии - $76,2\pm 6,6\%$ случаев; пятилетняя выживаемость больных с таким неблагоприятным прогностическим фактором, как метастатическое поражение тазовых лимфатических узлов составила $68,4\%$ наблюдений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФОНОВЫМИ ПРОЦЕССАМИ И ПРЕДРАКОМ ВУЛЬВЫ

*Жаров А.В., Губайдуллина Т.Н., Сычугов Г.В., Чернова Л.Ф., Шимоткина И.Г.,
Кравченко Г.Р., Мещерякова Л.М., Малахова Е.В.
Челябинский ООД, Челябинск*

Анализ литературы за последние 20 лет по проблеме фоновых процессов и предрака вульвы позволил заключить: 1) значительный прирост заболеваемости; 2) существенное омоложение больных; 3) отсутствие в настоящее время совершенного метода лечения, который мог бы предотвратить рецидив заболевания. Целью настоящей работы являлось улучшение отдалённых, функциональных и косметических результатов лечения больных с фоновыми процессами и предраком вульвы путём внедрения в практику хирургического лечения реконструктивно-пластических операций. В основу работы положены наблюдения за 116 пациентками с фоновыми процессами и предраком вульвы. Больным проведено хирургическое лечение в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере. Пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 56 больных, которым выполнялось хирургическое лечение с применением реконструктивно-пластических операций. Вторую группу составили 60 пациенток без пластических операций. Всем без исключения больным до хирургического вмешательства проводились консервативные и инвазивные методы лечения с неудовлетворительными результатами, что и послужило поводом для оперативного лечения. В практической работе, для выбора правильной тактики лечения больных целесообразно разделение фоновых процессов вульвы на две группы: 1) с дистрофическими изменениями тканей; 2) без дистрофических изменений. При наличии дистрофических изменений органосохраняющие операции не оправданы, так как остаются поражённые ткани, и симптоматика болезни быстро возвращается. При отсутствии дистрофического фона объём операции зависит от места расположения образования, его величины и наличия дополнительных патологических очагов. Адекватный объём хирургического вмешательства с учётом фоновой патологии вульвы и применением реконструктивно-пластических операций позволил снизить частоту ранних послеоперационных осложнений: нагноений - на $46,4\%$ наблюдений, кровотечений из раны - на $23,1\%$ случаев. Число поздних послеоперационных осложнений

существенно уменьшилось: дизурических расстройств - на 40,8%, болей и дискомфорта в области рубцов - на 36,2%, стеноза преддверия влагалища не было ни у одной больной. Широкое иссечение поражённых тканей с оптимальным выбором границ резекции и замещением раневого дефекта здоровыми тканями позволило снизить количество рецидивов на 42,9%, добиться выздоровления у 94,6% пациенток по сравнению с 51,7% больных, подвергнутых хирургическому лечению без применения реконструктивно-пластических операций.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Казакевич В.И., Митина Л.А., Востров А.Н., Степанов С.О.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Яичники – одна из типичных областей гематогенного метастазирования при раке желудка и ободочной кишки у женщин. Цель исследования: определить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике метастазов в яичники у больных раком желудка и ободочной кишки. Материалы и методы. Чрескожное УЗИ органов брюшной полости, а также чрескожное и трансвагинальное УЗИ малого таза на этапе первичной диагностики и на этапах динамического наблюдения в процессе и после лечения выполнено 393 больным (рак желудка у 248 (63,1%), рак ободочной кишки у 145 (36,9%) пациенток). Результаты. Метастазы в яичники выявлены у 22 (8,9%) больных раком желудка и у 15 (10,3%) больных раком ободочной кишки. Систематизирована эхографическая семиотика метастазов в яичники. Опухоли были одно- или двусторонними, размером от 15мм до 240мм, с бугристыми контурами. Очаги небольших размеров занимали часть яичника, при очагах более 50мм нормальная ткань яичника не визуализировалась. Выделены два типа эхоструктуры поражённых яичников: первый – яичники гипоехогенной, реже-гиперэхогенной, относительно гомогенной структуры, иногда с небольшими анэхогенными включениями и второй – яичники преимущественно анэхогенной структуры, с множественными перегородками различной толщины и гипоехогенными либо гиперэхогенными включениями различной формы и размеров. У всех больных раком желудка был первый тип эхоструктуры, при раке ободочной кишки первый тип был у 7 (46,7%), второй - у 9 (53,3%) пациенток. При динамическом наблюдении отмечался очень быстрый рост метастазов, особенно при раке ободочной кишки. Нередко при первичном осмотре опухоли уже достигали очень больших размеров. Поражение яичников сопровождалось асцитом у 19 (86,4%) больных раком желудка и у 5 (30%) раком ободочной кишки. У части больных при втором типе метастазов возникали трудности дифференциальной диагностики с первичным раком яичников. Разрешить диагностические трудности в таких случаях помогает выявление типичного для рака яичников поражения большого сальника, а также данные о первичной опухоли ободочной кишки или желудка. У первичных больных с опухолевым поражением яичников необходимо проводить обзорное УЗИ брюшной полости для поиска симптома поражённого полого органа (ППО), являющегося отображением опухоли желудка или ободочной кишки. Заключение. УЗИ является эффективным методом выявления метастатического поражения яичников при раке желудка и ободочной кишки, оказывает существенную помощь в дифференциальной диагностике выявленных опухолей от первичного рака яичника.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

*Каирбаева М.Ж., Нугманов Э.У., Кукубасов Е.К.
Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы*

Цель исследования: оценить эффективность неоадьювантной ПХТ в комбинированном лечении распространённого рака яичников. Материалы и методы исследования. Проведена оценка эффективности неоадьювантной ПХТ+ операция+ адьювантные курсы ПХТ 70 больных раком яичников III-IV стадии. Предоперационную терапию проводили по схеме: таксотер+цисплатин. В адьювантном режиме полихимиотерапия проводилась по схеме цисплатин + циклофосфан. В контрольную группу вошли 58 пациентки, лечение которых начиналось с оперативного этапа, послеоперационная химиотерапия по схеме цисплатин + циклофосфан. Результаты и обсуждение. Анализируемый материал свидетельствует о более частом выполнении оптимальных и субоптимальных операций именно в группе с неоадьювантной терапией, 84,6%, в то время как во второй группе этот показатель составил всего 58,3%. У больных исследуемой группы в 38,9% случаев выявлены III-IV степени лечебного патоморфоза, что свидетельствует о высокой чувствительности опухоли к таксотеру и цисплатину. Проведен анализ общей трехлетней выживаемости в обеих группах. В течение 6 месяцев выживаемость больных была практически одинаковой, 85% и 92,5%. После первого года наблюдения разница в количестве выживших уже была значительной, 92,5% и 72,2%. Увеличение разрыва в показателях выживаемости между группами увеличивается к 18 месяцу наблюдения, 87,1% и 57,3% соответственно. Показатели выживаемости в первой группе больных впервые три года значительно выше, чем во второй группе. При анализе 3-летней выживаемости в

зависимости от размеров остаточной опухоли определено, что показатели выживаемости больных обеих групп, где оперативное лечение проведено в оптимальном объеме, значительно превосходили данные показатели больных, где операции произведены в субоптимальном или не оптимальном объеме. Таким образом, проведение неoadъювантной химиотерапии на этапах комбинированного лечения распространенного рака яичников увеличивает процент выполнения максимально радикального объема операции (без остаточной опухоли). Позволяет добиться повышения общей выживаемости больных.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ НАХТ

*Кайрбаев М.Р., Шалбаева Р.Ш., Нугманов Э.У., Кукубасов Е.К.
Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы*

Введение. В последние годы неoadъювантная химиотерапия (НАХТ) прочно вошла в стандарты лечения инвазивного рака шейки матки во всем мире благодаря своей высокой эффективности и относительно хорошей переносимости. Несмотря на то, что токсические эффекты НАХТ к настоящему времени достаточно изучены, хирургическое лечение больных раком шейки матки и его особенности после НАХТ мало освещены в современных публикациях. Целью настоящей работы явилось изучение особенностей хирургического лечения больных раком шейки матки после внутриартериальной НАХТ.

Материал и методы. В основу исследований положены данные, полученные при лечении 31 больной инвазивным раком шейки матки со стадией FIGO IIА (размер опухоли > 4 см), которым проведена внутриартериальная НАХТ по схеме САР. Внутриартериальная НАХТ проводилась путем катетеризации общей подвздошной артерии после пункции бедренной артерии по стандартной методике Сельдингера под контролем ангиографии. Средний возраст больных составил 42,7 лет. В качестве контроля использованы данные 26 первично оперированных пациенток с инвазивным раком шейки матки стадии FIGO IIА (размер опухоли > 4 см) со средним возрастом 41,4 года. Анализ полученных данных проведен по нескольким основным критериям: продолжительность операции, величина кровопотери, количество гнойно-воспалительных осложнений, ложных лимфатических кист и послеоперационной дисфункции мочевого пузыря. **Результаты и обсуждение.** Средняя продолжительность операции составила $189,2 \pm 34,52$ минут в группе больных получивших НАХТ и $204 \pm 38,15$ минут в группе первично оперированных больных соответственно. Величина кровопотери была несколько выше у больных после НАХТ и составила 644 ± 25 мл против 456 ± 30 мл у первично оперированных пациенток. Количество гнойно-воспалительных осложнений отмечено у 12% больных после НАХТ и у 4,5% больных после первичной операции. Частота послеоперационной дисфункции мочевого пузыря отмечена достоверно чаще у первично оперированных больных, а количество ложных лимфатических кист выявлено в примерно одинаковом количестве случаев в обеих группах. **Выводы.** Выявленные особенности хирургического лечения больных раком шейки матки показывают некоторые преимущества НАХТ, обусловленные лучшими условиями проведения операции после значительной регрессии размеров первичной опухоли.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ И ХРОНОМЕДИЦИНСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Козырева С.М., Сидоренко Ю.С., Хетагурова Л.Г., Козырев К.М.
Северо-Осетинский РОД, Владикавказ*

Цель работы. Изучение особенностей временной организации физиологических функций у больных раком шейки матки (РШМ), выявление больных с патологическим десинхронизмом, их реабилитация с использованием комплексной фитотерапии. **Материал и методы.** Проведено клиническое наблюдение за 120 женщинами репродуктивного возраста от 24 до 46 лет в разные сезоны 2001–2008гг. Из них 20 здоровых женщин без патологии гениталий представляли контрольную группу, средний возраст – $35,5 \pm 2,33$ года. Основную группу составили 100 больных РШМ 1-й, 2-й и 3-ей стадии заболевания при среднем возрасте $35,9 \pm 1,03$ года, подразделялись на три возрастные группы: I-я группа – от 24 до 32 лет (25 больных); II-я – от 33 до 40 лет (33 больных) и III-я группа от 41 до 48 лет (42 больных). Все больные основной группы независимо от базового лечения подразделялись на три группы. В первой группе проводилось только общепринятое лечение больных, во второй – общепринятое лечение в сочетании с аутогемохимиотерапией (АГХТ), в третьей – наряду с общепринятым лечением и АГХТ, больным дополнительно назначался адаптогенный фитококтейль «Биоритм-РС».

Результаты исследования. Установлена прямая зависимость между частотой и тяжестью РШМ и снижением функциональной эффективности иммунной системы. Отмечено значительное ослабление гуморального и клеточного иммунитета в виде уменьшения количества Т-лимфоцитов в периферической крови, снижения их функциональной активности и блокирования эффекторных Т-клеток. АГХТ в комплексе с адаптогенным фитококтейлем «Биоритм-РС» улучшает базовое лечение РШМ, синхронизируя ритм лечебного воздействия

с ритмами физиологических функций, способствуя уменьшению дизрегуляторных иммунных нарушений, восстановлению компенсаторных механизмов, улучшению показателей клеточного и гуморального иммунитета, качества жизни и увеличению выживаемости больных.

Заключение. Получены новые знания о роли нарушений временной организации физиологических функций в развитии и прогрессировании РШМ. Выявлены характерные черты десинхроноза, сопровождающего опухоль, препятствующего успешной адаптации и являющегося одним из ключевых патогенетических звеньев в физиологических системах больных РШМ.

ЗАВИСИМОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКА ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

*Константинова М.Ю., Гордиенко В.П., Федик О.Е., Максимова А.Б.
Амурский ООД, Благовещенск*

Цель: изучить влияние морфологических факторов на возникновение рецидивов рака яичников (РЯ).
Материалы и методы. Проведен анализ клинико-морфологических данных обследования 532 больных, страдающих РЯ, оперированных в гинекологическом отделении онкодиспансера за 10 лет. Результаты. Средний возраст больных составил 53,5 года. Из 532 пациенток у 225 (42,2%) развился рецидив заболевания в сроки от 3 мес. до 16,5 года. Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу включены 154 больные РЯ, у которых через 3 месяца и более, после эффективного лечения возник рецидив заболевания (максимальный срок развития рецидива составил 198 месяцев). Во 2-ю группу вошли 378 больных без признаков рецидивирования от 3 до 20 лет. Рецидивы выявлены с разной частотой при различных исходных стадиях РЯ, при этом установлена зависимость их возникновения от распространенности опухолевого процесса. При IA стадии рецидивы возникали реже, чем при других стадиях. Наиболее наглядно выявляется зависимость частоты рецидивирования от степени распространенности опухолевого процесса у пациенток, страдающих муцинозным раком, при IA стадии не отмечено ни одного случая рецидивирования, в то время, как при IC – 5 (27,8%). При серозном РЯ при IA стадии рецидив заболевания был выявлен у 8 (19%) больных, при IC – у 31 (50%) пациентки; при светлоклеточных опухолях – у 2 (33,3%) больных при IA стадии, у 8 (50%) при IC стадии. При эндометриоидных новообразованиях рецидив заболевания развился у 1 (6,7%) пациентки при IA, у 5 (20%) при IC стадии заболевания. Установлено, что наиболее высокий риск возникновения рецидива заболевания отмечается при светлоклеточной (60%), недифференцированной (53%) и серозной аденокарциномах (38%), минимальный – при муцинозном раке (13%). При высоко- и умеренно-дифференцированных опухолях рецидивы отмечены лишь у 7 (17,6%) больных, а при низкодифференцированных – у 18 пациенток из 32 (56,3%) наблюдений. Заключение: прогноз заболевания зависит от гистологической картины процесса и степени дифференцировки клеточных структур.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ И МИКРОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Короленкова Л.И., Брюзгин В.В.
РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Цель исследования: определить клиническую значимость и прогностическую ценность ВПЧ-тестирования методом ПЦР и Digene-тест у больных разными степенями CIN и микрокарциномой шейки матки. В исследование были включены 354 больные, из них 328 с CIN I-III и 26 с микрокарциномой (IA1-IA2). Всем больным проводилась ПЦР-диагностика ВПЧ-инфекции, 61 больной проведено количественное определение вируса методом Digene-тест до и после вмешательства (экцизии или конизации шейки матки). ВПЧ обнаружен в 94,2% случаев. 16-18 тип выявлен у 53,3% больных с CIN и у всех больных с микрокарциномой. Сочетание 16-18 и 31-33 обнаружено у 4%, только 31-33 – у 9%, у 34,7% были обнаружены нетипированные вирусы ВКР. Вирусная нагрузка, определяемая Digene-тестом, изменялась следующим образом: при CIN I средний показатель составил 413 RLU, при CIN II отмечался рост почти в два раза (761 RLU), при CIN III – 535 RLU. При микроинвазивном раке показатель снизился до 318 RLU. После экцизии или конизации показатели НСII у 92% стали негативными, что свидетельствовало об абсолютном успехе предпринятого лечения. У всех больных с сохраняющимися признаками персистенции ВПЧ (8%) в дальнейшем выявлен и верифицирован рецидив CIN I-III. При этом, положительная ПЦР не имела столь выраженной прогностической ценности, так как у 27% больных ПЦР оставалась положительной после лечения при отсутствии признаков рецидива. Рак шейки матки есть результат многоэтапного процесса опухолевой конверсии на фоне персистирующей папилломовирусной инфекции (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР), в течение которого цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN I,II,III), преинвазивный и микроинвазивный рак последовательно сменяют друг друга на протяжении нескольких лет. Абсолютное большинство больных имеют положительные результаты ПЦР в отношении ВПЧ одного или нескольких типов (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56, 58,59,68) и

полуколичественного Digene-теста. Последний тест определяет не конкретный тип вируса, но «вирусную нагрузку» в относительных люминоединицах и только в клинически значимых концентрациях, что делает его незаменимым для оценки эффективности предпринятого лечения, выявления рецидива или потенциальной его близости. Выводы. Отрицательный результат ПЦР в 5,8% случаев, очевидно, связан с наличием у данных больных типа вируса, не входящего в спектр ПЦР. Digene-тест имеет явное преимущество перед ПЦР и даже перед цитологическим методом. Почти у всех больных Digene-тест стал положительным до появления патологии в мазках. Существует корреляция между вирусной нагрузкой и степенью эпителиальных повреждений. Снижение вирусной нагрузки при преинвазивном и микроинвазивном раке связано с интеграцией вирусных генов E6 и E7 в клеточный геном. Тем не менее, у всех больных с микрокарциномой Digene-тест оказался положительным и может служить контролем возможного рецидива после хирургического лечения больных не только CIN, но и после органосохраняющих операций по поводу микрокарциномы шейки матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПОТЕКАНА В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

Крикунова Л.И.

Сыченко Н.И. МРНЦ, Обнинск

Цель исследования. Изучение противоопухолевой активности топотекана в качестве препарата II линии у больных рецидивным раком яичников. Материалы и методы. В исследование включено 20 больных с морфологически верифицированным диагнозом серозного рака яичников. Из них III стадия заболевания установлена у 18 (90%) пациенток, IV стадия – у 2 (10%) больных. Средний возраст пациенток составлял 51 год. На первом этапе лечения выполнена оптимальная циторедуктивная операция 11 (55%) пациенткам, субоптимальная операция – 9 (45%) больным, проведено 6-8 циклов адъювантной полихимиотерапии по стандартным схемам: CAP, TxtC, TP. Прогрессирование заболевания выявлено на сроках от 3 до 36 месяцев наблюдения. Всем больным проводилось от 4 до 6 циклов II линии химиотерапии. Лечение проводилось в следующем режиме: топотекан в дозе 1,5 мг/м² внутривенно 30-минутная инфузия, ежедневно в течение 5 дней, интервалы между курсами 3 недели. Результаты. Объективный противоопухолевый эффект был получен у 40% пациенток. После проведенного лечения частичная регрессия отмечена у 8 (40%) пациенток, стабилизация в 10 (50%) случаях. У 2 (10%) больных отмечено дальнейшее прогрессирование заболевания. В настоящее время из 20 пациенток живы 5 (25%). Средняя продолжительность ремиссии составила 14,4 месяца, медиана времени до прогрессирования – 5,4 месяцев. Снижения дозы и отмены терапии из-за токсичности не было. Частота развития гематологической и негематологической токсичности при применении топотекана не превышала таковую по сравнению со стандартной терапией. Выраженность симптомов была легкой или умеренной, а длительность непродолжительной. Анализ результатов исследования показал отсутствие изменений качества жизни больных. Выводы. Таким образом, топотекан является одним из основных препаратов для лечения больных рецидивным раком яичников. Назначение топотекана во второй линии химиотерапии позволяет улучшить выживаемость и повысить качество жизни больных с прогрессированием рака яичников.

ВЛИЯНИЕ p53 НА РАЗВИТИЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Левицкий В.А.¹, Мационис А.Э.², Буштырева И.О.¹

1. Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону

2. РОПАБ, Ростов-на-Дону

Целью исследования является изучение экспрессии основного опухолевого супрессора (p53) при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях. Образцы фрагментов шейки матки изучены у 64 пациенток, получавших лечение на базе кафедры акушерства и гинекологии №3 Рост ГМУ. Установлено отчетливое влияние p53 на выраженность интраэпителиальной цервикальной неоплазии шейки матки: отсутствие экспрессии сочеталось с карциномой *in situ* (8 больных). Для 4 пациенток с CIN III была характерна слабая экспрессия, для 6 – её отсутствие. CIN II сочеталась с умеренной (9 случаев) или гиперэкспрессией (11 больных), CIN I – с гиперэкспрессией (17 пациенток) или её отсутствием (9 случаев). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о позитивном влиянии p53 на развитие цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Чем более активно экспрессировался p53, тем менее были выражены предопухолевые изменения плоского эпителия. Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, p53.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ p53 ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ

Левицкий В.А.¹, Мационис А.Э.², Буштырева И.О.¹

1. Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону

2. РОПАБ, Ростов-на-Дону

Цель исследования. Изучение экспрессии основного опухолевого супрессора (p53) при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях. Материалы и методы. Образцы фрагментов шейки матки изучены у 64 пациенток, получавших лечение на базе кафедры акушерства и гинекологии №3 Рост ГМУ. Результаты. Установлено отчетливое влияние p53 на выраженность интраэпителиальной цервикальной неоплазии шейки матки: отсутствие экспрессии сочеталось с карциномой *in situ* (8 больных). Для 4 пациенток с CIN III была характерна слабая экспрессия, для 6 – её отсутствие. CIN II сочеталась с умеренной (9 случаев) или гиперэкспрессией (11 больных), CIN I - с гиперэкспрессией (17 пациенток) или её отсутствием (9 случаев). Выводы. Полученные данные свидетельствуют о позитивном влиянии p53 на развитие цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Чем более активно экспрессировался p53, тем менее были выражены предопухолевые изменения плоского эпителия.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Левченко Н.Е., Крузе П.А., Никитина В.П.

НИИ онкологии, Ростов-на-Дону

Цель исследования. Улучшить качество жизни больных раком шейки матки, используя модифицированную методику сохранения и мобилизации яичников. Материал и методы. На лечении находилось 40 женщин репродуктивного возраста больных раком шейки матки Ib стадии, которым проводилось комбинированное лечение, включающее оперативное вмешательство с последующей лучевой терапией. При выполнении расширенной гистерэктомии с трубами использовали модифицированную методику, заключающуюся в выделении тканевого стебля, содержащего сосуды, питающие яичник и максимальной длины круглой маточной связки, из которой формировалось ложе для оставленных яичников. Затем, для придания мобильности яичникам на конце круглой маточной связки закрепляли две нити, одна выводилась по передней аксилярной линии в области подреберья, другая через круглую маточную связку в подвздошную область. Результаты. После проведенного оперативного вмешательства больным проводилась дистанционная гамма-терапия на область удаленной опухоли и зону регионарного метастазирования. Подтягиванием верхней лигатуры яичники выводились из зоны облучения, а нижней - возвращались в малый таз, в ранее созданное ложе, имитирующее связочный аппарат половых желез, что способствовало их адекватному кровоснабжению и, как следствие, полноценному функционированию, о чем свидетельствовали гормональные и ультразвуковые исследования, а также данные опроса (у 90% пациенток жалобы, характерные для климактерия, отсутствовали). Несмотря на снижение скорости стромального кровотока (составила 80,8%), цветовое доплеровское картирование отобразило наличие цветовых локусов в центре но и по периферии яичника. Выводы. Проведенные исследования показали, что применение данной методики, позволяет не только предупредить лучевую кастрацию, но и сохраняет полноценное функционирование яичников, что способствует ранней реабилитации пациенток.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВОМ РАКА ЯИЧНИКОВ

Максимов С.Я., Гусейнов К.Д., Чернухова О.Д., Сенчик К.Ю., Хаджимба А.В.

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность гипертермической перфузией (ИХГТП) у больных с рецидивами рака яичников. Материалы и методы. Материалом нашего исследования явилось наблюдение за 28 пациентками, которым по поводу рецидива рака яичников, в период с августа 2006 года по январь 2008 года было проведено комбинированное лечение, включающее повторную циторедукцию в сочетании с гипертермической химиоперфузией. ИХГТП осуществлялась по закрытой методике с препаратами дисплатин - 50мг/м² и доксорубин - 25мг/м². 24 пациенткам проведена перфузия с дисплатином, а 4 - с доксорубином. Контрольную группу составили 40 женщин с рецидивом рака яичников, у которых повторное циторедуктивное вмешательство сочеталось с внутривенной химиотерапией соответствующей линии. Результаты. Из 24 больных, которым проводилась гипертермическая перфузия, у 39% удалось достигнуть оптимальную циторедукцию, однако в 61% наблюдений эффект не был получен. Среднее время, которое прошло до прогрессирования процесса, зависело от объема циторедукции. При субоптимальной и неоптимальной циторедукции этот промежуток составил 1,4 месяца. При оптимальной циторедукции он колебался от 5 до 12 месяцев и в среднем составил - 6,6 месяцев. Наилучший результат был зафиксирован у

2 пациенток, у которых при оптимальной циторедукции, в анамнезе было не более двух линий химиотерапии. Данные пациентки по настоящее время находятся в клинической ремиссии, что уже составило период более 12 месяцев. Также значимым результатом было купирование изнуряющего асцита у 5 из 13 больных (38,5%). Различия между применением цисплатина и доксорубицина продемонстрировать не удалось, так как у всех пациенток с доксорубицином объем циторедукции не был оптимальным. При оценке продолжительности безрецидивного периода, после оптимальной циторедукции, в основной и контрольной группах отмечено незначительное преимущество в группе с ИХГТП, однако различие из-за малочисленности групп было статистически не достоверным. В группе больных с оптимальной циторедукцией при применении ИХГТП были живы в течение года 84,5% пациенток, в контрольной группе - 53%. При неоптимальной циторедукции результаты оставались одинаково неудовлетворительными. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 13 больных (46,6%). Проявления нефротоксичности, характерные для цисплатина, в виде повышения уровня креатинина и мочевины на 2-7 сутки, были выявлены у 33% больных и носили транзиторный характер, возвращаясь к норме на фоне инфузионной терапии с форсированием диуреза. Ни в одном случае не потребовалось применение препаратов, стимулирующих гемопоэз, показатели крови самостоятельно возвращались в границы нормы через 12-16 суток. Наиболее эметогенным действием обладал цисплатин. Рвота в течение 3-4 суток сохранялась у 4 пациенток, была тягостной и значительно ухудшала самочувствие больных в раннем послеоперационном периоде. Выводы. Эффективность применения ИХГТП напрямую зависит от объема циторедуктивных операций. Применение Цисплатина в режиме ИХГТП с циторедуктивными операциями, сопровождается приемлемыми осложнениями, носящими обратимый характер, и может рассматриваться в качестве варианта комбинированного лечения. На данном этапе необходимо дополнительное проведение проспективных рандомизированных исследований с стандартизированной методикой для определения преимуществ метода и показаний для его применения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Мамедова Л.Т., Кузнецов В.В., Нуммаев Б.Г., Тагибова Т.Ш.
РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Удельный вес онкологических больных 60 лет и старше в клинике хирургической онкогинекологии РОНЦ возрос. Вопрос о выборе метода лечения у этой категории больных является наиболее сложным. Наглядным примером субъективного подхода к выбору метода лечения служит прочно устоявшаяся практика лечения операбельных больных раком шейки матки (РШМ) пожилого и старческого возраста лучевой терапией. Цель исследования: изучить возможности хирургического лечения больных РШМ пожилого и старческого возраста. Материалы и методы. Клинический материал составили 510 больных пожилого (60 лет и старше) и молодого возраста (18-45 лет) первичным РШМ I, II, III клинических стадий, которым проведено лечение в отделении гинекологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. В соответствии с классификацией FIGO (1989) из 259 больных основной группы I стадия РШМ отмечена у 83 (32,1%), II стадия - у 110 (42,5%) и III стадия - у 64 (25,5%) больных. В контрольной группе из 251 больной I стадия РШМ установлена у 87 (34,7%), II - у 100 (39,8%) и III стадия также у 64 (25,5%) больных. Из 259 больных основной группы только хирургическое лечение проведено 29 (11,2%) больным, лучевое - 181 (69,9%) и комбинированное - 49 (19,0%) больным. Из 251 больной контрольной группы хирургическое лечение проведено 50 (19,9%), лучевое - 104 (41,5%) и комбинированное - 97 (38,6%) больным. В основной группе из 259 больных операции выполнены 78 больным: РЭМП (или без придатков) выполнена 37 (47,4%) больным, ЭМП (или ЭМБП) - 39 (50,0%) больным, ЭМП и РБС - 2 (2,6%). В контрольной группе из 251 операции выполнены 147 больным: больной РЭМП (или РЭМБП) выполнена 136 (92,5%) и ЭМП (или ЭМБП) - 11 (7,5%) больным. Как видно из приведенных данных в основной группе больных с одинаковой частотой выполнялась как ЭМП, так и РЭМП (50,0% и 47,4% соответственно). Основным объемом хирургического вмешательства в контрольной группе была РЭМП, которая произведена 92,5% больным. Результаты. В основной группе после хирургического лечения только у 10 (12,8%) больных возникли осложнения по сравнению с 31 (26,5%) больной молодого возраста ($p < 0,05$), основную часть которых составили прекультевые воспалительные инфильтраты (6,4% и 7,7% соответственно группам). Заключение. Таким образом, проведение хирургического вмешательства у больных РШМ пожилого и старческого возраста в объеме РЭМП при отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению не ведет к увеличению частоты осложнений, а значит, при соответствующей подготовке у данной категории больных, не является противопоказанием.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА BRCA У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

*Мамедов В.А., Бахидзе Е.В., Имянитов Е.Н.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Актуальность. Среди злокачественных опухолей женских половых органов рак яичников (РЯ) занимает третье место после рака тела и шейки матки, и его доля достигает 30%. За последние 10 лет в стране произошел прирост заболевания на 8,5%. Ежегодно в Санкт-Петербурге выявляется около 500 новых случаев РЯ. Летальность больных этой локализацией рака на первом году после установления диагноза составляет 35%. Подобная статистика заставляет искать новые подходы к лечению этого грозного заболевания, причины возникновения которого, как и большинства других злокачественных опухолей, остаются неизвестными. Наибольшая роль в развитии РЯ в настоящее время отводится гормональным и генетическим факторам. Среди них известна роль генов BRCA 1 и BRCA 2 в происхождении наследственных форм РЯ. В настоящее время идентифицировано более 300 мутаций различных типов, локализованных в различных областях гена BRCA 1, которые определяют очень высокий риск (до 85%) возникновения РЯ. В литературе обсуждается значение определения мутаций в гене BRCA 1 с целью предсказания чувствительности опухоли к различным химиотерапевтическим агентам. Цель работы. Оценить эффективность различных схем химиотерапии у больных РЯ в зависимости от статуса гена BRCA 1. Материал и методы. В исследование включены 43 больные, получившие комплексное лечение, включавшее химиотерапию на базе препарата цисплатин, в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им проф. Петрова. I стадия РЯ установлена у 4 больных; II стадия – у 8 больных, III стадия – 19 больных, IV стадия – 12 больных. У 72 % больных диагноз был верифицирован гистологически как серозная аденокарцинома, у 28 % – муцинозная аденокарцинома. Больные были исследованы на наличие или отсутствие мутаций в гене BRCA. Исследование проведено в лаборатории НИИ онкологии им. проф. Петрова, возглавляемый д.м.н., проф. Е. Н.Имянитовым. Результаты. Из 43 больных у 6 больных РЯ обнаружены мутации гена BRCA 1, что составило 13,95 %. При сравнении эффективности лечения наиболее выраженный регресс (> 80%) отмечен монохимиотерапии цисплатином. Выводы. Мутации гена BRCA 1 могут предсказать высокую чувствительность опухоли РЯ к цисплатину, что определяет целесообразность проведения дальнейших исследований в этом направлении.

ПАРААОРТАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ IV-IVB СТАДИЙ: ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Мухтарулина С.В., Ушаков И.И., Лысенко М.В., Асеева И.А.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва*

Цель: оценить послеоперационные результаты при выполнении парааортальной лимфодиссекции (ПАЛД) и изучить частоту и локализацию метастазов в парааортальные лимфатические узлы (ПАЛУ) при раке шейки матки (РШМ) IV-IVB стадий. Материалы и методы. В исследовании обобщены наблюдения за 48 больными РШМ IV-IVB стадий, находившимися на лечении в отделении онкогинекологии с 2005 по 2009 годы, которым была выполнена гистерэктомия III или IV типов с придатками. Пациенткам основной группы (n=32) произведена ПАЛД различного уровня: 16 больным – тотальная (от уровня левой почечной вены), 16 – частичная (от уровня нижней брыжеечной артерии (НБА) или бифуркации аорты), и тазовая лимфодиссекция (ТЛД). Контрольная группа включала 16 пациенток, которым была выполнена ТЛД. Во время операции не выполняли перитонизацию парааортальной области (ПАО) и малого таза, не устанавливали дренаж в ПАО. У всех пациентов производили дренирование малого таза. Трансабдоминальное УЗИ брюшной полости, малого таза выполняли через 14 дней после операции. Результаты. При анализе характеристик оперативных вмешательств в основной и контрольной группах: времени операции и объема кровопотери, длительности лимфорреи не было выявлено достоверных отличий. Однако, объем лимфорреи в группе с ПАЛД был достоверно выше, чем в группе с ТЛД и составил 2435.5 ± 302 мл vs 403.7 ± 52 мл соответственно ($p < 0,001$). Продолжительность послеоперационного койко-дня и сроки до начала лучевой терапии не имели достоверных различий. Бессимптомные лимфоциты малого таза были диагностированы в 31,3% (n=10) случаев у больных основной группы, а в контрольной – в 12,5% (n=2) ($p > 0,05$). Бессимптомные лимфоциты ПАО определялись в 6,3% наблюдений. Среднее количество удаленных ПАЛУ при тотальной ПАЛД составило 22 (от 11 до 31), а при частичной лимфодиссекции – 15 (от 7 до 29). Лимфогенное метастазирование в основной группе было отмечено в 8 (25,0%) случаях, а частота метастазирования в ПАЛУ составила 9,4% наблюдений (n=3): 6,3% (n=2) - выше уровня НБА, а 3,1% (n=1) - ниже уровня НБА. Не было выявлено корреляционной зависимости между метастазированием в ПАЛУ и гистологическим типом опухоли, ее дифференцировкой и размером. Тем не менее, поражение ПАЛУ (n=3) было выявлено только при аденокарциноме шейки матки (n=5). Выводы. ПАЛД не сопровождается увеличением времени операции, объема интраоперационной кровопотери, длительности лимфорреи, продолжительности послеоперационного койко-дня, сроков до начала лучевой терапии, количества бессимптомных лимфоцитов. Однако, выполнение ПАЛД ассоциируется с увеличением объема лимфорреи. Частота метастазирования в ПАЛУ у больных РШМ IV-IVB стадий при выполнении ПАЛД составила 9,4% случаев. При этом в 6,3% наблюдений наблюдалось поражение ПАЛУ выше уровня НБА.

НЕРВО-СОХРАНЯЮЩАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ IV-II СТАДИЙ: ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Мухтарулина С.В., Ушаков И.И., Полякова С.А., Попов А.А.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва*

Целью настоящего исследования явилось изучение послеоперационных нарушений функции мочевого пузыря при выполнении нерво-сохраняющей радикальной гистерэктомии (НСРГ) с выделением вегетативных нервных сплетений в забрюшинном пространстве и полости малого таза у больных раком шейки матки (РШМ) IV-II стадий. Материалы и методы. В исследовании обобщены наблюдения за 26 пациентками, находившимися на лечении в отделении онкогинекологии за период с 2005 по 2009 год. Одиннадцати больным РШМ T1B-T2A, составившим основную группу, выполнена НСРГ III (n=5) или IV типов (n=6). В контрольной группе 15 больным РШМ T1B-T2B произведена радикальная гистерэктомия III (n=10) или IV типов (n=5). Во всех случаях в объем оперативного вмешательства была включена парааортально-тазовая лимфодиссекция. Пациентки обеих групп были оценены по: продолжительности катетеризации мочевого пузыря, срокам восстановления мочеиспускания по критерию объема остаточной мочи менее 50 мл, развитию ранних и поздних послеоперационных осложнений. Урофлоуметрия выполнена 5 пациенткам основной группы до и через 14 дней после операции. Каждой пациентке была проведена цистометрия до и через 14 дней, 3 месяца после операции. Результаты. НСРГ признана успешной во всех наблюдениях. У пациенток основной группы по сравнению с контрольной, средняя продолжительность катетеризации мочевого пузыря и средние сроки восстановления мочеиспускания по критерию остаточной мочи были достоверно меньше и составили $6,0 \pm 0,9$ vs $14,9 \pm 3,4$ и $8,6 \pm 1,7$ vs $20,3 \pm 4,3$ суток соответственно ($p=0,04$). Частота развития инфекции мочевыводящих путей и атонии мочевого пузыря, были достоверно выше в контрольной группе (53,3%; 40,0%) по сравнению с основной группой (9,1%; 0%) ($p=0,02$; $p=0,046$ соответственно). При этом средняя продолжительность атонии мочевого пузыря в контрольной группе составила $21,7 \pm 7,8$ сутки. Чувствительность мочевого пузыря через 14 дней после операции была снижена у одной пациентки (9,1%) основной группы, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 53,3% наблюдений (n=8), ($p=0,02$). Такие поздние послеоперационные осложнения, как сниженная чувствительность мочевого пузыря, недержание мочи были отмечены у 5 (33,3%) пациенток контрольной группы и отсутствовали у всех пациенток основной группы ($p=0,048$). При анализе показателей урофлоуметрии: средней и максимальной скорости потока мочи, времени опорожнения мочевого пузыря, у пациенток основной группы не получено достоверных отличий до и через 14 дней после операции. Выводы: НСРГ позволяет предотвратить развитие ранних и поздних послеоперационных нарушений функции мочевого пузыря.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ВУЛЬВЫ

*Неродо Г.А.
НИИ онкологии Ростов-на-Дону*

К моменту установления диагноза у 45-60% больных раком вульвы обнаруживаются метастазы в регионарных лимфатических узлах. Большую трудность представляет собой лечение рецидивов рака вульвы, который по данным литературы встречается у больных в течение первых 5 лет от 30% и свыше 60%. Цель. Улучшить результаты комплексного лечения больных с рецидивами рака вульвы путем проведения аутобиохимиотерапии. Материалы и методы. В основу работы положены данные клинических наблюдений 1054 больных раком вульвы в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте с 1950 года по настоящее время. Из представленной группы 475 больных подверглись различным видам лечения без применения предоперационной химиотерапии, остальные 579 с различным ее видами, с последующей операцией и наружной лучевой терапией. По нашим данным, под наблюдением института с рецидивами рака вульвы за последние 20 лет (с 1985 года по настоящее время) наблюдались 83 (14,3%) больные. Результаты исследования. Больные находились в возрасте от 31 года до 86 лет, от 60-80 лет - 75,6%. Более 50% больных были с III и IV стадиями заболевания. Распределение больных с рецидивами опухоли возникших в группах с различными стадиями заболевания, представляет собой следующие: среди больных с I стадией рецидив возник у 4,6%, со II у 7,5%, с III у 17,9% и с IV стадией у 34,4%. Рецидив заболевания появился у больных в интервале от 6 месяцев до 11 лет, в основном, в сроки спустя 1-3 года после окончания лечения, у 11 больных в сроки от 5 до 11 лет. Возникновение рецидива опухоли находится в выраженной зависимости от изначальной степени распространения злокачественного процесса. Чем меньше стадия, тем реже частота рецидива. Большое значение имеет наличие предоперационной химиотерапии, радикальность выполненной операции. У больных без предоперационной химиотерапии частота рецидивирования значительно больше (в 2 раза), чем с наличием неоадьювантной химиотерапии. Особенно большое значение имеет широкое иссечение опухоли с оставлением свободного края не менее двух см, а также выполнение пахово-бедренной лимфаденэктомии. С целью улучшения результатов лечения всем больным с рецидивами опухоли проводили перед операцией

аутогемохимиотерапию (препаратами платины, циклофосфана, доксорубицина или сочетанием платины с блеомицином). Некоторым больным потребовалось проведение 2-3 курсов химиотерапии для достижения операбельности. После проведения аутогемохимиотерапии все больные были подвергнуты оперативному лечению, которое представляло собой разные варианты хирургического пособия: от широкого иссечения рецидива до повторной вульвэктомии с иссечением рецидива на уретре и с выполнением задней экзентерации. У некоторых больных, которые наблюдались в течение 10 лет рецидивы, иссекались до 4-5 раз. В послеоперационном периоде больным проводилась повторная аутогемохимиотерапия и в некоторых случаях наружная лучевая терапия. Общая 5-летняя выживаемость в группе с начальной сочетанной предоперационной химиотерапией (эндолимфатической и контактной) в комплексе лечения достигает 79,8%. Выводы. Таким образом, проведение аутобиохимиотерапии (аутогемохимиотерапия) больным с рецидивами рака вульвы дает возможность перевода больных в операбельное состояние, что в итоге приводит к увеличению выживаемости больных.

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

*Неродо Г.А., Никитина В.П., Крузе П.А., Кравцова О.Е.
НИИ онкологии Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Изучить возможности использования показателей эндокринной системы для оценки эффективности противоопухолевой терапии и прогнозирования клинического течения рака тела матки. Материал и методы исследования. Представлены результаты клинического наблюдения и лабораторного обследования 160 больных с установленным диагнозом рака тела матки. Исследовано функциональное состояние основных звеньев эндокринной системы, характеризующих состояние гомеостаза у больных раком тела матки до лечения и на этапах комплексной терапии. Полученные результаты. Оценка метаболизма глюкокортикоидов на периферии позволила установить, что увеличение соотношения кортизола (F) к кортизону (E) (коэффициент F/E) в суточной моче в послеоперационном периоде свидетельствует о доклиническом проявлении прогрессирования заболевания. Благоприятный исход заболевания сопровождался в начале небольшим снижением уровня в крови кортикотропина, (что свидетельствует о восстановлении регуляторных механизмов обратной связи в системе гипофиз-надпочечники), который затем нормализовался через 12 месяцев после окончания лечения и оставался стабильным на протяжении всего периода наблюдения. Динамическое наблюдение за больными в течение 3-х лет показало, что безрецидивный период сопровождался повышенным содержанием в крови кортизола (на 30-50%), не выходящим за пределы физиологической нормы. Весьма существенным в изменении гормонального баланса, что наиболее характерно для обеспечения положительного результата лечения, было повышение под влиянием неoadъювантной полихимиотерапии уровня экскреции прегнандиола – основного метаболита прогестерона. Количество его в группе больных репродуктивного возраста увеличилось более чем вдвое в сравнении с исходным. Меньшая степень повышения его уровня отмечена у больных в менопаузе. Выводы. Выявлена зависимость динамики гормональных показателей от непосредственной эффективности химиотерапии и особенностей дальнейшего течения заболевания. Повышение экскреции кортизона и дегидроэпиандростерона после химиотерапии сочетается со степенью ее эффективности и может быть использовано в качестве лабораторного прогностического теста. Увеличение концентрации кортизола в крови выше нормы после окончания лечения является прогностическим в отношении развития рецидива заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АСЦИТНОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

*Неродо Г.А., Ушакова Н.Д., Горошинская И.А., Левченко Н.Е., Голотина Л.Ю., Меньшенина А.П., Мкртчян Э.Т.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель. Разработка нового метода внутрибрюшинной полихимиотерапии на белковом концентрате асцитической жидкости требует исследования биохимического состава асцитической жидкости больных раком яичников и ее фракций (фильтрата и концентрата), получаемых путем фильтрационной детоксикации. Материалы и методы. В исходной асцитической жидкости 20 больных раком яичников, в концентрате и фильтрате изучены содержание общего белка и альбумина, а также содержание пероксинитрита, отражающего уровень свободнорадикальных процессов. Для оценки эндогенной интоксикации определяли содержание молекул средней массы (МСМ254), общую (ОКА) и эффективную (ЭКА) концентрацию альбумина и коэффициент интоксикации, отражающий баланс между накоплением и связыванием токсических лигандов. Результаты. В концентрате асцитической жидкости выявлено увеличение содержания общего белка по сравнению с исходной асцитической жидкостью в среднем на 65,1%. При исследовании альбуминной фракции выявлено повышение в белковом концентрате (по сравнению с

исходной асцитической жидкостью) ОКА на 71,7% ($p < 0,001$), его ЭКА на 64,6% ($p < 0,01$), снижение коэффициента интоксикации на 41,5 % ($p < 0,01$). Проведение фильтрационной детоксикации приводило к значительному снижению МСМ254 (с 0,304 в нативном экссудате до 0,098 в концентрате) ($p < 0,05$). Содержание пероксинитрита в асцитической жидкости достоверно не отличалось от его уровня в плазме крови обследованных больных и было достоверно выше значений, характерных для плазмы доноров: в асцитической жидкости на 48,5% ($p = 0,0345$), в плазме больных на 57,9% ($p = 0,0202$). После фильтрации уровень пероксинитрита в концентрате уменьшился в 2,5 раза, а в фильтрате превышал значение в исходном экссудате в 3,25 раза ($p = 0,0029$). Выводы. Проведение фильтрационной детоксикации асцитической жидкости в целях получения концентрата для внутривенной химиотерапии обосновано, так как в концентрате содержится более 96,4% альбумина асцитической жидкости с высокой общей (48,6г/л) и эффективной концентрацией (35,7г/л), а элиминируемый из организма фильтрат содержит продукты, формирующие эндогенную интоксикацию, в частности, пероксинитрит.

ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Новикова Е.Г., Антипов В.А., Шевчук А.С., Завельская А.Я.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель. Оценка целесообразности и эффективности использования оперативной лапароскопии с целью сохранения овариальной функции у больных местно-распространенным раком шейки матки. Материалы и методы. Отделение онкогинекологии МНИОИ им. П.А.Герцена располагает опытом выполнения лапароскопической транспозиции яичников у 26 больных (средний возраст - $36,4 \pm 3,14$ лет) плоскоклеточным раком шейки матки в IVB – IIIA стадии, которым в первом этапе комбинированного лечения планировалось проведение химиолучевой терапии. Целью данного оперативного вмешательства являлось сохранение овариальной функции путем выведения яичников из зоны предстоящего облучения. Для этого выделяли сосудистую ножку яичников на протяжении 10-12см с последующим перемещением придатков на питающих сосудах по латеральным каналам до уровня реберных дуг и фиксации яичников к брюшной стенке эндостеплером. Результаты. Средняя продолжительность операции составила $97,5 \pm 12,6$ минут. Интраоперационных осложнений не отмечено, у 4 больных наблюдался послеоперационный отек транспозированных яичников, который был купирован консервативно. Химиолучевое лечение начато в сроки, не превышающие 7 (в среднем $5,8 \pm 1,2$ дней) дней после операции. По данным топометрии во всех случаях яичники находились вне полей облучения, однако у 3 (11,5%) пациенток транспозированные гонады располагались в непосредственной близости от зоны радиологического воздействия. У 22 (84,6%) из 26 больных после проведения химиолучевой терапии выполнена расширенная экстирпация матки. Остальным 4 (15,4%) пациенткам лечение было завершено в виде самостоятельной лучевой терапии. Медиана наблюдения составила $12 \pm 3,3$ мес., метастатического поражения гонад не выявлено ни в одном случае. У 4 (15,4%) пациенток отмечено стойкое снижение уровня эстрогенов, сопровождающегося снижением показателей кровотока в яичниках. У остальных женщин ($n = 22$ – 84,6%) гормональный статус и эхографические показатели овариальной функции остаются без существенных отклонений от нормы. Выводы. Использование оперативной лапароскопии с целью транспозиции яичников позволяет сохранить овариальную функцию, гормональный гомеостаз женского организма, избежать развития постовариоэктомического синдрома и существенно улучшить качество жизни больных без затягивания сроков начала специального лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНосохраняющего лечения инвазивного рака шейки матки с использованием радикальной абдоминальной трахелэктомии

*Новикова Е.Г., Антипов В.А., Балахонцева О.С., Новикова О.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Целью исследования явилась оценка результатов использования модифицированной радикальной абдоминальной трахелэктомии (РАТ), предусматривающей сохранение восходящих ветвей маточных артерий. В МНИОИ им. П.А. Герцена с октября 2005 по март 2009 года РАТ выполнялась у 54 пациенток с диагнозом рака шейки матки IA1 – IB2 стадии. Средний возраст составил 33,2 года (22 – 43 года). В 7 случаях осуществлялась конверсия по причине обнаружения при срочном гистологическом исследовании микрометастазов в подвздошно-обтураторных лимфатических узлах (4 случая) или опухолевых клеток по краю резекции (3 случая). РАТ успешно выполнена у 47/54 пациенток. Гистологически в 35/47 (75%) случаях установлен плоскоклеточный рак, в 11/47 (23%) – аденокарцинома и в 1/47 (2%) – адено-плоскоклеточный рак. При плановом гистологическом исследовании у 2/47 пациенток установлены метастазы в лимфатических узлах и выполнена экстирпация матки с транспозицией яичников и лучевой терапией. Период наблюдения после РАТ составил от 1 до 41 месяца (медиана - 15 мес.). Установлено 2 рецидива РШМ, что составило 4,2%. Рецидивы возникли в области маточно-влагалищного анастомоза и

были диагностированы через 3 и 4 месяца после РАТ. Пациенткам выполнена экстирпация матки с придатками с последующей лучевой терапией и 6 курсами полихимиотерапии. В настоящее время все пациентки, включенные в исследование, живы. Менструальная функция после РАТ восстановилась у всех пациенток. В период наблюдения от 3 до 20 месяцев у 5 пациенток (11,6%) выявлен стеноз цервикального канала, требовавший бужирования. Наступление беременности не рекомендовали ранее 18 месяцев после операции, однако среди 20 пациенток желание реализовать репродуктивную функцию высказали только 11 женщин (55%). В настоящее время беременностей после РАТ не зарегистрировано, что может быть связано с недостаточным периодом времени для наступления спонтанной беременности. Таким образом, в настоящем исследовании частота рецидивов не превысила 5%, что согласуется с данными других авторов, выполнявших радикальную трахелэктомию, и сопоставимо по онкологической эффективности с операцией Вертгейма. Необходимо продолжение исследований для оценки репродуктивной функции и отдаленных результатов в отношении выживаемости и качества жизни.

МОЖНО ЛИ УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ?

*Новикова Е.Г., Бойко А.В., Демидова Л.В., Ронина Е.А., Дунаева Е.А., Кадиева Э.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Несмотря на «визуальную» локализацию, предполагаемого снижения количества пациенток с запущенными формами рака шейки матки за последние годы не произошло. Среди вновь заболевших женщин в 1992 году в 37,2% случаев констатирована III-IV стадия заболевания, в 2008 – в 39,6% случаев. Цель. Изучение новых возможностей в лечении больных местно-распространенным раком шейки матки с использованием химиолучевого воздействия и последующим хирургическим вмешательством. Материал и методы исследования. Под наблюдением поликлиники МНИОИ им. П.А. Герцена находятся 45 пациенток в возрасте от 25 до 61 года, получивших комбинированное лечение по поводу местно-распространенного рака шейки матки с 2006г по настоящее время. Клиническая стадия процесса определялась по данным осмотра, результатам УЗИ, МРТ малого таза. У всех пациенток первоначально констатирована нерезектабельность опухоли, связанная с вовлечением в неопластический процесс матки, влагалища, выход опухоли за пределы стромального кольца. Поражение регионарных лимфатических узлов зафиксировано в 22 случаях (49%). Только в 8 (36%) случаях было технически возможно выполнить пункцию, по результатам которой в 87% констатировано метастатическое поражение. Постадийное распределение пациенток было следующим: Па – 3 (6,6%); ПВ – 13 (28,9%); ПВ (Т1В-ЗВН0-1М0) – 28 (62,2%) и IV – 1 (2,2%). По морфологической структуре: плоскоклеточный рак – в 88,9% случаев (высокодифференцированный – 7,5%; умереннодифференцированный – 42,5%; низкодифференцированный – 50% случаев), аденоплоскоклеточный – в 1 (2,2%) и аденокарцинома – в 4 случаях (8,9%). Пациенткам репродуктивного возраста (22 (49%) больных) на первом этапе была выполнена лапароскопическая транспозиция яичников, что позволило сохранить овариальную функцию. Схема предоперационного химиолучевого лечения (ПХЛЛ) включала: введение 5-фторурацила (250мг/м² 5 дней), затем цисплатина (20мг/м² 3 дня) на фоне дистанционного облучения малого таза в режиме динамического фракционирования дозы до СОД 30Гр, далее 2 сеанса внутриволостного облучения с РОД – 5Гр в т.т.А. СОД от всего курса составляли: т.т.А – 40Гр. Результаты и обсуждение. Отмечена удовлетворительная переносимость ПХЛЛ в целом. У 38 (84,4%) больных курс лечения проведен без перерывов. Местные лучевые реакции наблюдались у 13 (28,8%) пациенток. У 1 больной из них – 2 осложнения. Чаще встречались энтероколиты, которые носили I-II степень тяжести (СТСАЕ v3.0, 2006). Эндометрит развился у 1 (2,2%) женщины. Гематологическая токсичность зафиксирована в: 12 (26,7%) случаях – анемия I-II степени, у 4 (8,9%) – лейкопения II степени и у 1 (2,2%) женщины – лейкопения IV степени. По данным сонографии и/или МРТ, выполненных предоперационно, установлено, что уменьшение объема шейки матки более чем на 50% от исходных размеров чаще зарегистрировано у пациенток с III стадией, причем с низкой и умеренной степенью дифференцировки опухоли; регресс новообразования более чем на 25%, но не превышающий 50% - у больных со II стадией процесса и аденогенной формой неоплазии. При оценке овариальной функции после облучения по данным гормонального статуса ни в одном случае не зафиксировано «лучевого выключения» яичников. Хирургическое вмешательство выполнено всем пациенткам в интервале от 2 до 4 недель после ПХЛЛ в объеме расширенной экстирпации матки с/без придатков по методу Вертгейма-Мейгса. Следует отметить, что проведение предоперационного лечения значимо не повлияло на длительность хирургического вмешательства, величину кровопотери, технически не усложнило операции (отмечался более выраженный фиброз тканей). Различий в частоте и тяжести осложнений, развившихся в раннем и позднем послеоперационном периоде не было, несколько чаще диагностированы лимфоциты небольших размеров и без признаков воспаления, атонии мочевого пузыря, а так же более длительная эпителизация культи влагалища. Одним из дополнительных критериев оценки эффективности предоперационной терапии является степень лекарственного патоморфоза опухоли, так: I степень определялась в 3(6,7%) случаях, II – в 12 (26,7%), III – в 22 (48,9%) и IV – в 8 (17,8%) случаях. В последующем большинство (19 (42,2%)) больных оставлены под динамическим наблюдением, 14(31,1%) пациенткам проведена дополнительная лучевая

терапия до радикальных доз, 5 (11,1%) больным - адъювантная химиотерапия (в связи с наличием прогностически неблагоприятных факторов, в т.ч. эмболии кровеносных и лимфатических сосудов) и 7 женщинам – лучевая терапия с последующей полихимиотерапией. Выводы. Использование сочетанного подхода в ведении больных местно-распространенным раком шейки матки позволяет повысить резектабельность опухолевого процесса, не является высокотоксичным методом воздействия, практически не влияет на технические возможности проведения хирургического вмешательства и значимо не усугубляет тяжесть послеоперационного периода.

НОВЫЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Одинцова А.С., Хохлова С.В., Горбунова В.А.
РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность использования комбинации иринотекан+цисплатин при лечении больных с диссеминированным раком шейки матки. Материал и методы. Изучены результаты комбинированной химиотерапии Иринотекан 65 мг/м² в/в инфузия в 1 и 8 дни + Цисплатин 40 мг/м² в/в инфузия в 1 и 8 дни, каждые 2 недели лечения у 20 больных метастатическим раком шейки матки. Результаты. Средний возраст больных составил 45 лет. Все пациентки были разделены на 2 группы: с отдаленными метастазами без поражения органов малого таза (1 гр.) – 11 и с наличием рецидивной или метастатической опухолью в малом тазу – 9 женщин (2 гр.). Общее число проведенных курсов ПХТ – 99, от 1 до 9 курсов (в среднем – 5). Положительный эффект лечения (ПР + ЧР) отмечен у 4 из 11 (36,3%) больных 1 группы и у 3 (33,3 %) из 9 - 2-ой. Отсутствие эффекта или прогрессирование отмечено у 7 больных 1 и 6 – 2-ой группы соответственно. Гематологическая токсичность в виде нейтропении 3 – 4 степени + фебрильная нейтропения отмечены у 5 и 4 женщин соответственно. Мукозиты 3 – 4 степени были у 5, периферическая нейротоксичность – у 4 чел. Среди больных с положительным эффектом лечения время до прогрессирования составило в среднем 32 нед. Выводы. Эффективность комбинированной химиотерапии Иринотекан + Цисплатин составила 35%. Схема лечения отличалась контролируемой токсичностью, что позволяет ее использование при лечении пациенток с диссеминированным раком шейки матки. Контактный тел.: (495)324-94-29; 8-916-613-75-64. Факс (495)324-10-04; e-mail: odincova.anastas@mail.ru

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ КИСТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТГЕЙМА

*Панов А.В.
РОД, Казань*

Цель исследования. Профилактика лимфатических кист с помощью методики дренирования забрюшинного пространства малого таза активными воздушноструйными двухпросветными дренажами после операции Вертгейма. Материалы и методы. С 2000 года по 2006 год на базе отделения онкогинекологии Клинического онкологического центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан находилось на лечении 150 больных злокачественными новообразованиями шейки матки, в возрасте от 23 до 78 лет (средний возраст 41,6 ± 0,9 лет). По стадии заболевания больные распределились следующим образом: рак шейки матки T1BN0M0 - 78, T1BN1M0 - 9, T2AN0M0 – 12, T2AN1M0 – 10, T2BN0M0 – 25, T2BN1M0 – 8, T3BN0M0 – 6, T3BN1M0 – 1, T4AN1M0 – 1. Результаты исследований. Из 150 пациенток оперативное лечение первым этапом было у 29 пациенток; после предоперационной гамма терапии (внутриполостная 20 Гр + дистанционная 16 Гр) – у 80; сочетанной гамматерапии по радикальной программе – у 33; после 3 курсов неoadъювантной химиотерапии + сочетанной гамматерапии по радикальной программе – у 8. После удаления препарата культи влагалища ушивалась наглухо. Три забрюшинных дренажа устанавливали в obturatorные ямки и к культе влагалища. После узловатой перитонизации 4-й дренаж устанавливался в полость малого таза. Дренажи удалялись после прекращения экссудации на сроках 7-25 дней (в среднем 10 дней). Лимфатические кисты в послеоперационном периоде развились у 2 пациенток (1,3%). Выводы. 1. Подобное послеоперационное ведение больных считаем патогенетически обоснованным. 2. Внедренная методика ведения больных после операции Вертгейм позволила уменьшить развитие лимфатических кист забрюшинного пространства до 1,3%.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Панов А.В., Манненков П.М.
РОД, Казань*

Задачи исследования: 1) разработать индивидуальный подход в лечении пациенток инвазивным и местно-распространенным раком шейки матки с учетом возраста больных и морфологии опухоли; 2) разработать

тактику дооперационной подготовки, интра- и послеоперационного ведения пациенток инвазивным и местно-распространенным раком шейки матки. Материалы и методы. В период с 2000 года по 2006 год на базе онкогинекологического отделения Клинического онкологического диспансера Минздрава Республики Татарстан находилось на лечении 150 пациенток раком шейки матки, в возрасте от 23 лет до 78 лет (средний возраст $41,6 \pm 0,9$ лет). Из них инвазивным раком шейки матки (T1b, T2a) – было 111, местно-распространенным раком шейки матки – 39. У больных инвазивным раком шейки матки морфологически были следующие варианты: плоскоклеточный рак был у 98 пациенток; аденокарцинома – у 10; железисто-плоскоклеточный рак – у 2; стекловидно-клеточный рак – у 1. У пациенток местно-распространенным раком шейки матки плоскоклеточный рак был у 20, аденокарцинома – у 15, железисто-плоскоклеточный рак – у 2, стекловидно-клеточный рак – у 1, муцинозный рак – у 1. Результаты исследования. С целью социальной реабилитации у больных плоскоклеточным раком шейки матки выполнена интраоперационная транспозиция яичников у 21 больной после внутриполостной дооперационной лучевой терапии в дозе 20 Грей по разработанной методике нашей клиники. 90 пациенткам оперативное лечение выполнено после дистанционной лучевой терапии в дозе 16 Гр и внутриволостной лучевой терапии в дозе 20 Гр. Больным (13) не плоскоклеточным инвазивным раком шейки матки первым этапом проводилось 2-3 курса неoadъювантной полихимиотерапии по схеме CAP с последующей предоперационной сочетанной лучевой терапией в дозе 16 Гр дистанционной + 20 Гр внутриволостной, с последующей операцией Вертгейма. Больные местно-распространенным плоскоклеточным раком шейки матки на первом этапе получили химиолучевую терапию: цисплатин 40 мг/м^2 еженедельно + сочетанная лучевая терапия по радикальной программе. Оперативное лечение выполнялось лишь при остаточных опухолях и местных рецидивах (20 пациенток). Пациенткам в возрасте до 40 лет, с целью социальной реабилитации, выполнялась лапароскопическая транспозиция яичников по разработанной в нашей клинике оригинальной методике (10 больных). Пациентки местно-распространенным не плоскоклеточным раком шейки матки (11) на первом этапе получили 3 курса неoadъювантной полихимиотерапии по схеме CAP с последующей сочетанной лучевой терапией и операцией Вертгейма, а остальные 8 – после сочетанной лучевой терапии были прооперированы. Оценен лечебный патоморфоз остаточных опухолей: 1 степени у 1 больной, 2 – у 3, 3 степени – у 10 и 4 степени – у 5. На дооперационном этапе больным после сочетанной лучевой терапии производилось стентирование мочеточников. Интраоперационно выполнялась коррекция лапаротомного доступа 4 ранорасширителями РСК-10, гемостаз выполнялся с помощью аппарата Liga Sure, дренирование брюшинного пространства осуществлялось двухпросветными воздушоструйными дренажами по принятой в клинике методике, адаптированной к гинекологическим операциям. Выводы. 1. По полученным данным тактика ведения больных в лечении пациенток инвазивным и местно-распространенным раком шейки матки с учетом возраста больных и морфологии опухоли индивидуальна. 2. Разработанные технологии дооперационной подготовки, интра- и послеоперационного ведения пациенток инвазивным и местно-распространенным раком шейки матки позволили предотвратить следующие осложнения: послеоперационная стриктура мочеточников (при комплексном лечении), образование брюшинных лимфокист и прикультевых инфильтратов, снизить интраоперационную кровопотерю, сократить время операции и послеоперационные койко-дни.

РАК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Папуниди М.Д.¹, Урманчеева А.Ф.¹, Мацко Д.Е.²

1. СПбМАПО, Санкт-Петербург

2. НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

Рак маточных труб является редкой опухолью. Целью данного исследования является определение клинических характеристик и параметров выживаемости рака маточных труб. Методы. Для определения случаев рака маточных труб было проведено ретроспективное анкетирование архивных записей журналов и картотек лаборатории патологической анатомии Института онкологии и городского онкологического диспансера за период с 1980 по 2005 годы и включало следующие клинические признаки: возраст, клиническую стадию заболевания, наличие метастазов, отдельно отмечали наличие метастазов в яичники, сохранность менструальной функции, наличие кровянистых выделений, радикальность оперативного вмешательства, степень дифференцировки опухоли, химио- или лучевой терапии, отдельно отмечали терапию препаратами платины, а также общую и безрецидивную выживаемость. Средний возраст пациенток составил 55,6 лет (до 30 лет – одна пациентка, 30-39 лет – 2, 40-49 лет 12, 50-59 – 26, 60-69 лет – 16, 70-79 – 7 пациенток, разброс пациенток составил 21-73 лет), у 11 пациенток цикл был сохранен, 5 пациенток – в менопаузе, 51 – в постменопаузе. Таким образом, в нашем материале доминировали пациентки старшей возрастной группы и в постменопаузе. Наиболее частыми клиническими симптомами были боли (34/70) и выделения из влагалища (18/70). Большая часть пациенток перенесли радикальную операцию – экстирпацию матки с придатками (63 случая), у 7 пациенток выполнены различные виды нерадикальных вмешательств: биопсия опухоли (1), тубэктомия (6). В основном мы наблюдали 1 клиническую стадию заболевания 34,3% (24 случая), 12 – 2 стадии (17%), по 10 наблюдений 3 и 4 стадий заболевания (14, 3%), и 7 – 0 стадии заболевания. Таким образом, распространенные формы заболевания мы наблюдали

приблизительно в трети случаев (28,6%). Метастазы в лимфоузлы обнаружены у 29 пациентки (41%), у 9 пациенток (13%) метастазы были в яичник. Аденокарцинома низкой степени злокачественности обнаружена только у 5 пациенток (7%), умеренной степени злокачественности у 24 (34%), преобладала карцинома высокой степени злокачественности 39 (55%). Средняя продолжительность жизни составила 46,5 мес, минимальная 4 дня, максимальная – 288 мес. 5 летняя выживаемость составила 21,46%. Заключение. Рак маточных труб является редкой и прогностически неблагоприятной формой заболевания. Даже при 0 и 1 клинической стадии заболевания мы наблюдали высокую гистологическую степени злокачественности: в 3 из 6 наблюдений 0 клинической стадии и 12 случаях (50%) из 24 наблюдений 1 клинической стадии. Эти факты требуют дополнительных исследований для характеристики диагностических, прогностических и лечебных возможностей этой формы рака. Рак маточной трубы, клинико-морфологическая характеристика.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИКЛООКСИГЕНАЗ (СОХ-2, СОХ-1) ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ

*Пожарисский К.М., Винокуров В.Л., Болдарян Н.А.
РНЦРХТ, Санкт-Петербург*

В настоящий момент определение прогноза при раке эндометрия становится крайне актуальной проблемой для индивидуализации лечения больных в зависимости от их клинико-морфологических особенностей. СОХ-2 и СОХ-1 экспрессируется в клетках многих разновидностей рака (в том числе и эндометрия). Целью данного исследования явилось иммуногистохимическое изучение особенностей экспрессии СОХ-2 и СОХ-1 при раке эндометрия для определения их прогностического значения, клинического течения и исхода заболевания. Материалы и методы исследования. Обследовано 100 больных аденокарциномой эндометрия, получавших лечение в РНЦРХТ в период с 1989 по 2001г. Всем больным была выполнена экстирпация матки с придатками, в 34 случаях дополненная подвздошной лимфаденэктомией. Проводили иммуногистохимическое выявление СОХ-2 и СОХ-1 с использованием поликлональных антител. Результаты. При иммуногистохимическом исследовании 100 аденокарцином эндометрия с выявлением циклооксигеназ СОХ-1, СОХ-2 обнаружено, что эти ферменты экспрессируются в 40% и 72% соответственно. При отсутствии экспрессии общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость равны 92% и 88% соответственно, а при отчетливой экспрессии этого фермента она снижается до 52% и 48% соответственно ($p=0,0004$; $0,0005$). Такие же закономерности отмечены для СОХ-1, но с меньшей степенью достоверности ($p=0,02$). Установлено, что высокая экспрессия СОХ-2 в эндометриальной аденокарциноме достоверно снижает общую и безрецидивную 5-летнюю выживаемость больных раком эндометрия вне зависимости от стадии заболевания и степени распространения опухоли. Выводы. СОХ-2 и в меньшей степени СОХ-1 являются независимыми прогностическими показателями, по своей значимости превосходящими такие традиционно рассматриваемые факторы прогноза, как распространение опухоли и степень ее дифференцировки. Высокая экспрессия СОХ-2 и СОХ-1 в аденокарциноме эндометрия – признак неблагоприятного прогноза заболевания. Дальнейшее изучение ингибиторов циклооксигеназ и их использование в схемах комбинированного лечения рака тела матки может быть перспективным.

ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ И МОДЕЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК В СОСТОЯНИИ ПОСТОВАРИОЭКТОМИИ, ОТЯГОЩЕННЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ

*Покуль Л.В., Порханова Н.В.
Краснодарский КОД, Краснодар*

Остеопороз (ОП) – одно из звеньев в системе сложных патогенетических дезадаптационных механизмов ПОЭС. Проявление данной патологии у онкологических больных по ряду этиологических факторов основного заболевания, имеет свои особенности в клиническом и диагностическом мониторинге. Целью работы явился анализ показателей остеопороза, развившегося у женщин в состоянии ПОЭС, отягощенных раком тела и шейки матки. Материалы. Группы исследования составили 87 больных с постовариоэктомическим синдромом, пролеченных ранее специальными методами: операция, лучевая сочетанная и дистанционная терапия, полихимиотерапия. С целью детализации полученных данных основная группа была разделена на подгруппы «а», «в» и «с». В контрольную группу вошли 53 пациентки с доброкачественными заболеваниями внутренних гениталий, в состоянии хирургической менопаузы. Минеральная плотность кости изучалась по средствам двухэнергетической рентгенологической денситометрией (DXA – dual-energy X-ray absorptiometry) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости аппаратом «HOLOGIC». Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием программы STATISTICA 6,0. Результаты. Возраст больных соответствовал репродуктивному и составил от 24 до 45 лет. Выявлено, что средний возраст пациенток основной группы достоверно ниже среднего возраста женщин, составивших контрольную группу (при $t=12,04$ $p<0,001$). Группа А ($n=87$) средний возраст $35,9\pm 0,543$ ($\sigma=5,06$), В контрольная составила ($n=53$) $43,1\pm 0,250$ ($\sigma=1,82$). Достоверно более выраженное снижение минеральной плотности кости в форме

остеопороза и остеопении по результатам T- и Z-критериев наблюдалось в подгруппах «b» и «с». Средние показатели T- и Z-критериев в подгруппе «a» составили $-1,6 \pm 0,193$ и $-1,34 \pm 0,136$ соответственно. При этом очевидно преобладание показателей, соответствующих остеопении: в среднем диагностические данные у 24 чел. (77,4%) по T-критерию равны $-1,98$ ($\sigma=0,135$), а по Z-критерию $-1,48$ ($\sigma=0,373$). В подгруппах «b» и «с» полученные результаты дают основание констатировать достоверно более выраженное снижение минеральной плотности кости: средний показатель T-критерия в подгруппе «b» составил $-2,35 \pm 0,121$, а Z-критерия $-1,84 \pm 0,204$, при очевидном преобладании показателей, соответствующих остеопарозу: в среднем диагностические данные у 17 чел. (62,9%) по T-критерию равны $-2,84$ ($\sigma=0,199$), а по Z-критерию $-2,46$ ($\sigma=0,191$). В подгруппе «с» аналогичные показатели отражены в данных: T-критерий равен $-2,24 \pm 0,189$; Z-критерий $-1,88 \pm 0,134$. Выраженный остеопороз имеют 17 пациенток (58,6%), средние показатели в этой части выборки: T-критерий $-2,85 \pm 0,191$; Z-критерий $-2,39 \pm 0,101$. В контрольной группе T-критерий $-0,72 \pm 0,188$; Z-критерий $-0,68 \pm 0,184$. Статистическое сравнение, проведенное с применением параметрического критерия Стьюдента подтверждает наличие значимых различий в выраженности анализируемого признака: в подгруппах «b» и «с» достоверно более низкие значения обоих критериев. В целом по совокупности данных в группе А преобладают показатели остеопороза и остеопении по сравнению с контрольной группой В (при $t=4,11$ $p<0,001$). Применение многофункционального критерия углового преобразования Фишера (ϕ^*) показало, что в подгруппах «b» и «с» значительно больше пациентов с остеопорозом, чем в подгруппе «a», а в подгруппе «a» достоверно большая доля пациентов с состоянием остеопении ($\phi^*=5,69$, $\phi^*_{\text{эмп.}} > \phi^*_{\text{кр.}}$; $2,93$, т.е. $p \leq 0,001$ соответственно). Обсуждение и выводы. В подгруппе женщин, пролеченных только оперативным путем, в течение года после операции диагностируется остеопения, тогда как в подгруппе женщин с комбинированным или комплексными методами терапии (СЛТ + ПХТ) показатели МПК находятся в границах, соответствующих остеопорозу. В группе контроля не выявлено четких тенденций к развитию ОП на первом году после проведенной овариоэктомии. По нашему мнению, развитие ОП в группе А объясняется агрессивным воздействием на костную ткань лучевых и химиотерапевтических методов специального лечения. В исследуемой основной подгруппе «a», в которой не применялись методики СЛТ и ПХТ, но имелся диагноз онкологического заболевания, по нашему мнению снижения МПК до показателей остеопении у части пациенток объясняется наличием онкозаболевания, что является предиктором снижения иммунологического статуса женщины, соответственно, как одного из факторов, изменения костного формирования и резорбции.

ДВЕ НАСЛЕДСТВЕННЫЕ МУТАЦИИ В ГЕНАХ BRCA1 И NBS1 (NBN) У ПАЦИЕНТКИ С РАКОМ ЯИЧНИКА

*Порханова Н.В., Соколенко А.П., Шерина Н.Ю., Пономарева Д.Н., Ткаченко Н.Н.,
Мацко Д.Е., Имянитов Е.Н.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Введение. Известно, что наследственные мутации в генах BRCA1 и NBS1 ассоциированы с повышенным риском развития злокачественных новообразований. До настоящего времени не было описано ни одного случая сочетанного гетерозиготного носительства мутаций в этих генах. Описание случая. В ходе генетического тестирования пациенток с раком яичника была выявлена женщина 52 лет, конституциональная ДНК которой характеризовалась присутствием одновременно двух мутаций: BRCA1 5382insC и NBS1 657del5. В опухоли (папиллярная серозная аденокарцинома умеренной степени дифференцировки, T1N0M0) была обнаружена потеря аллеля “дикого типа” гена NBS1 и сохранение гетерозиготности BRCA1. Клиническое обследование не выявило наличия особенно тяжелой онкологической или иной патологии у пациентки. Агрегации случаев рака яичника и/или рака молочной железы в семье пациентки не наблюдалось. Заключение. Сочетанное гетерозиготное носительство мутаций в генах NBS1 и BRCA1 не приводит к развитию особо тяжелых опухолевых синдромов, как и иных серьезных нарушений здоровья. Кроме того, приведенное наблюдение указывает на необходимость систематического исследования изолированного носительства мутаций в гене NBS1 как фактора предрасположенности к раку яичника.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЯИЧНИКА

*Порханова Н.В., Ткаченко Н.Н.
Краснодарский КОД, Краснодар*

Рак яичников занимает третье место в структуре онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы у женщин. По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), ежегодно в мире регистрируется более 165 тысяч новых случаев рака яичников и более 101000 смертей от прогрессирования этой патологии. Целью работы явился анализ причастности мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHEK2 и NBS1 в формировании наследственной предрасположенности к раку яичников у жительниц Южных регионов Российской Федерации, а также разработать принципы генетического обследования пациенток

раком яичников и их родственниц. Материалы: На базе Краевого онкологического диспансера было исследовано 453 женщины, проходивших лечение в отделении оперативной гинекологии за период с 2001 по 2008 год., по поводу рака яичников. Случайным образом были выбраны 188 пациенток, которые были подвергнуты ДНК-тестированию. В результате проведенного тестирования у 37 женщин была выявлена мутация в гене BRCA1. Анализ выполнялся в НИИ онкологии им.Н.Н.Петрова г.Санкт-Петербурга методом аллель специфической полимеразной цепной реакции. Результаты: Результаты анализа мутаций в генах BRCA1 5382insC, BRCA1 4153delA, BRCA1 185delAG, BRCA1 300T>C, BRCA2 6174delT, CHEK2 1100delC, CHEK2 IVS2+1G>A и NBS1 657del5 у больных РЯ показали отсутствие «повторяющиеся» мутации в генах BRCA2 (BRCA2 6174delT) и CHEK2 (CHEK2 1100delC и CHEK2 IVS2+1G>A). В тоже время доминирующим наследственным дефектом было присутствие аллеля BRCA1 5382insC: гетерозиготность по данному варианту была выявлена у 36 (19,1%). У одной больной наблюдалась мутация BRCA1 4153delA. Помимо этого, в одном образце ДНК была выявлена мутация NBS1 657del5. Наличие мутации в гене BRCA1 в 100% случаев было выявлено при серозном раке яичников. Обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов с обнаруженной мутацией в гене BRCA1 к моменту обращения диагностируется в более чем 90% случаев III-IV стадия заболевания, в то время как у больных без мутации в гене BRCA1 этот показатель составил 78,8%. Объем остаточной опухоли малого таза и брюшной полости после оперативного лечения и нерадикально выполненные операции преобладают среди пациенток с обнаруженной мутацией в гене BRCA1, над пациентками без мутации в данном гене. Анализируя эффективность химиотерапии препаратами платина + таксаны достоверно выше у больных раком яичников с интактным генотипом, в то время как у BRCA1 носительниц лучший эффект наблюдается при использовании монокимиотерапии препаратами платины. Таким образом, течение и прогноз заболевания значительно хуже у пациенток, BRCA1 ассоциированным раком яичников. Существенный академический интерес представляет случай сочетанного присутствия мутаций в генах BRCA1 и NBS1 у одной из пациенток. Примечательно, что анализ опухолевой ткани, полученной в ходе хирургического вмешательства, выявил соматическую инактивацию гена NBS1, но не BRCA1. Таким образом, данный результат может являться свидетельством причастности гена NBS1 к формированию предрасположенности к РЯ. Нами были обследованы 54 родственниц пациенток BRCA1 ассоциированным раком яичников. При оценке результатов ДНК тестирования в изучаемой группе из 54 человек выявлены мутации BRCA1 insC у 6 человек (11,1%). Все женщины, независимо от наличия или отсутствия данной мутации, находились под тщательным наблюдением в течение 34 месяцев. В ходе постоянного мониторинга и наблюдения смежными специалистами у 6-ти (11,1% от всех обследуемых женщин) исследуемых была диагностирована миома матки, из них 2-е женщины с обнаруженной мутацией в гене BRCA 1; у 9-ти (16,6%) опухолевые образования придаткового происхождения, у 1 (1,9%) выявлена серозная цистаденома правого яичника, у 1-й (1,9%) женщины с обнаруженной мутацией в гене BRCA - микрокарцинома яичников; у 3-х (5,6%) узловая мастопатия, одна из которых была с диагностированной мутацией в гене BRCA; у 1-й (1,9%) женщины за период наблюдения был диагностирован рак молочной железы. Обсуждение и выводы. Рак яичников мультифакториальное заболевание, одной из главных причин которого является наличие генов предрасположения - онкогенов BRCA- 1 и 2. Эти гены вовлечены в поддержание стабильности генома. Мутации в генах BRCA1 и 2 по данным мировой литературы могут являться причиной от 10 до 30 % случаев возникновения рака яичников. Благодаря выявлению этих мутаций в ДНК – праймерах, мы можем оценить частоту и, собственно вклад мутантных аллелей во встречаемости рака яичников в нашей стране, тем более что во всех развитых странах диагностика мутаций является обязательным компонентом в клинической онкологии. BRCA1 5382insC имеет большую значимость в возникновении спорадического РЯ, чем BRCA1 4153delA.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОБЪЕМОМ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ,
ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ТЕЛА МАТКИ И НАЛИЧИЕМ
ТАЗОВОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ, ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРИ ПОМОЩИ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ**

*Прошин А.А., Скугарев С.А.
МРНЦ, Обнинск*

Цель. Изучить возможную взаимосвязь между объемом опухоли, вовлечением в опухолевый процесс тела матки и наличием тазовой лимфоаденопатии, определенных при магнитно-резонансной томографии (МРТ) малого таза до лечения при местнораспространенном раке шейки матки (РШМ). Материалы и методы. В исследование были включены 40 пациенток с впервые выявленным РШМ IIВ-IV стадий по классификации FIGO. Всем пациенткам до лечения проводилась МРТ малого таза с определением объема опухоли по формуле $V=a*b*c*\pi/6$, где а, b и с – размеры опухоли в трех ортогональных проекциях. Дополнительно определялось наличие или отсутствие перехода опухолевой инфильтрации на тело матки. Кроме того, оценивались размеры и форма тазовых лимфатических узлов. Критерием увеличения лимфатического узла, расположенного по ходу тазовых сосудов считалось превышение его максимального поперечного размера 10мм при сохранении вытянутой формы, или диаметр 8мм при округлой форме лимфатического узла; для

лимфоузлов, расположенных в параметральной клетчатке критерием увеличения считалось превышение поперечного размера 5мм. Результаты. По результатам исследования увеличение тазовых лимфатических узлов было выявлено у 18 пациенток (45% от общего числа обследованных), объем опухоли, определенный до лечения у этой группы составил от 18,78 см³ до 202 см³ (в среднем 70,16±37,73 см³), вовлечение в опухолевый процесс тела матки отмечалось у 15 пациенток (83%). Признаков увеличения тазовых лимфоузлов не было выявлено у 22 пациенток (55% от общего количества), объем опухоли составил у них от 2,38 см³ до 56,68 см³ (в среднем 21,08±14,8 см³), поражение тела матки диагностировано у 12 из них (54,5%). Выводы. Проведенное исследование продемонстрировало увеличение вероятности развития регионарной лимфаденопатии при увеличении объема первичной опухоли и вовлечении тела матки в опухолевый процесс, определенных при МРТ малого таза до начала лечения.

АУТОБИОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ И ЕГО РЕЦИДИВОВ

*Розенко Л.Я., Джабаров Ф.Р., Родионова О.Г.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Целью исследования является улучшение результатов лучевого лечения рака шейки матки (РШМ). Материалы и методы. 92 первичным больным РШМ Т₃N_xMo на этапах сочетанного лучевого лечения. (СЛЛ) проводили паратуморальную ауто-плазмохимиотерапию (ПАПХТ). 1 раз в неделю в оба параметральные пространства малого таза вводилось в равных пропорциях по 20 мг цис-платина, инкубированного при 37оС в течение 30 минут с 20 мл аутоплазмы, по 600 мг циклофосфана и по 10 мг метотрексата.(патент № 22261706). В контрольной группе 40 женщинам проводилось только идентичное СЛЛ. 43 пациенткам с рецидивами РШМ дополнительно к ПАПХТ 1 раз в 10 дней вводилось внутривенно по 30 мг цисплатина, инкубированного со 100 мл аутокрови. В контроле 38 женщинам с рецидивами на фоне возможных вариантов облучения проводилось 1-2 курса полихимиотерапии с введением на физрастворе 150 мг цисплатина, 30 мг доксорубина и 600 мг циклофосфана. Результаты. Введение цитостатиков на аутосредах больных характеризуется низкой токсичностью, положительно влияет на параметры гомеостаза. ПАПХТ не вызывает трофических изменений тканей. У первичных больных РШМ проведение ПАПХТ на этапах СЛЛ обеспечило увеличение 3-х летней общей и безрецидивной выживаемости соответственно до 82,4% и 62,4%. В группе контроля выживаемость составила соответственно 58,3% и 41,6% (p<0,05). Рецидивы РШМ выявлены у 9,6% больных основной группы, в среднем, через 17 месяцев после лечения, в контроле у 27,5% в первый год. При комбинированной аутобиохимиотерапии в сочетании с индивидуально планируемой II серией облучения полная регрессия рецидива РШМ зафиксирована в 9,1% случаев; частичная, более чем на 50% - у 40,5% больных. 3-х летняя выживаемость установлена у 32,5% больных с рецидивами РШМ, в контрольной группе – у 14,3% (p<0,05). Таким образом, использование ПАПХТ в лучевом лечении с местно распространенными и рецидивными процессами РШМ целесообразно. Локальное введение цитостатиков в параметральные пространства малого таза является щадящим и эффективным вариантом полихимиотерапии.

МРТ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Рубцова Н.А., Седых С.А., Новикова Е.Г.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

В мире, рак шейки матки (РШМ) занимает третье место, среди злокачественных новообразований у женщин, после рака молочной железы и колоректального рака. Заболеваемость РШМ в развивающихся странах и в группах с низким социально-экономическим уровнем составляет 10,4% на 100000 женского населения, в Англии и США данный показатель составляет 8%, в России - 9,1%. Более чем у 1/3 больных РШМ рецидивные опухоли развиваются в течение трех лет после проведенного лечения. Целью нашего исследования является определение роли МРТ в диагностике рецидивных опухолей шейки матки. Материалы и методы. В клиниках МНИОИ им. П.А. Герцена за период 07.2006-03.2009гг. проходили обследование и лечение 251 больная РШМ. Средний возраст пациенток составил 39 лет (при колебаниях от 24 лет до 71года). В соответствии с международной классификацией акушеров и гинекологов (FIGO) и по системе TNM 5,9% составили пациентки с преинвазивным РШМ, 33,9% - большие с I стадией процесса, 31,9% - со II стадией, 25,9% и 2,4% - с III и IV стадией заболевания соответственно. Среди больных с Ib – IV стадией высокодифференцированный рак диагностирован в 22 (11%) случаях, умереннодифференцированный рак - в 98 (47,8%) случаев и низкодифференцированный – у 84 (41,2%) пациенток. У 208 (82,9%) больных морфологическая форма опухоли была представлена плоскоклеточным раком, у 38 (15,1%) пациенток - аденоплоскоклеточной карциномой и в 5 (2%) случаях установлен аденогенный рак. В соответствии с разработанным планом лечения 58 пациенткам было проведено хирургическое лечение, 95 больным - комбинированное лечение, в 23 случаях – сочетанная лучевая терапия и в 60 – комплексное лечение. В процессе динамического наблюдения 115 больным с неблагоприятным прогнозом проводилась МРТ органов таза, брюшной полости и забрюшинного пространства. МРТ выполнялась на 1.5T MR томографе GE Signa с использованием 4 канальных катушек

Torsora. (flexible) и Body. МР-протокол органов таза включал: T1 и T2 взвешанные изображения (ВИ) в аксиальной проекции с FOV 32-40; T2 ВИ в сагитальной проекции; T2 ВИ с подавлением жира (FatSat) в коронарной проекции; T2 ВИ высокого разрешения с FOV не более 16-20, в двух взаимно перпендикулярных областях, относительно основной оси исследования (цервикального канала, влагалищно-маточного анастомоза, культы влагалища). Результаты. В течение динамического наблюдения по данным МРТ рецидивы РШМ были диагностированы у 38 больных, тогда как при УЗИ рецидивные опухоли выявлялись только в 29 случаях. В двух случаях рецидивы были диагностированы в течение полугода после выполнения трахелэктомии, один из которых сочетался с метастатическим поражением яичника. При динамическом наблюдении за пациентками, проходившими лечение по поводу рецидива РШМ, в одном случае был отмечен продолженный рост опухоли, сопровождающийся метастатическим поражением транспозированного яичника. Выводы. Результаты исследования показали высокую информативность МРТ в диагностике рецидивных опухолей шейки матки, что позволяет рекомендовать метод как оптимальный для динамического контроля у больных РШМ после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВПЧ DIGENE-ТЕСТА В ТОКОД

*Румянцева И.К., Зинченко М.В., Лисогор С.Л.
Тверской ООД, Тверь*

Введение. Рак шейки матки занимает 2 место в мире среди злокачественных опухолей репродуктивной системы у женщин, по Тверской области – 5 ранговое место. Многочисленные исследования, проводимые в мире, показывают, что: - ДНК ВПЧ обнаруживается практически во всех случаях предраковых состояний и раке шейки матки. - инфицирование ВПЧ предшествует последующей сквамозной интраэпителиальной дисплазии шейки матки. - третья стадия интраэпителиальной дисплазии шейки матки возникает только при наличии персистирующей инфекции генотипами ВПЧ с высокой степенью риска развития онкопатологии. ВПЧ Digene-Тест относится к вторичной профилактике рака шейки матки (первичная профилактика – вакцинация; третичная – лечение рака шейки матки, диспансеризация пролеченных больных, своевременное выявление рецидива опухоли и его лечение). ВПЧ Digene-Тест получил широкое распространение в мире благодаря своей надёжности и возможности дифференциального диагноза 13 генотипов ВПЧ с высокой степенью риска. Преимущества использования ВПЧ Digene-Теста: прогностическая ценность теста: 99%; чувствительность теста: свыше 95%; специфичность теста эквивалентна цитологическому исследованию; простота применения, стандартизованность и объективность. Цель. Изучить состояние женщин Тверской области по носительству ВПЧ онкогенного типа. Материалы и методы. ВПЧ Digene-Теста единственный в мире лабораторный тест, который определяет клинически значимую концентрацию вируса, что характеризует угрожающий уровень инфекции, приводящий к развитию неоплазии шейки матки. ВПЧ Digene-Тест позволяет считать, что при показателях уровня ДНК ВПЧ выше 100 тыс. генокопий/мл или 1пг/мл вероятность развития патологии шейки матки высока (у каждой пятой женщины – развитие дисплазии тяжёлой степени в течение 3-х лет), ниже – низка. В ТОКОД с августа 2008г. по март 2009г. проведен 2121 Digene-Тест. Результаты. Из 2121 исследований по Тверской области выявлено 633(30%) положительных результатов. В поликлинике ООД проведено 490 исследований. Из них у 70 женщин(14,3%) выявлена дисплазия эпителия шейки матки слабой степени(CIN1), у 52 женщин (11%) - выявлена дисплазия эпителия шейки матки умеренной степени(CIN2), у 33(7%) - выявлена дисплазия эпителия шейки матки тяжёлой степени(CIN3), у 16(3%) – рак «in situ». Выводы. У женщин старше 30 лет положительный результат на наличие генотипов ВПЧ с высокой степенью риска развития онкопатологии свидетельствует о вероятной персистенции ВПЧ. При сопутствующем цитологическом результате это означает, что женщина имеет высокий риск развития онкопатологии шейки матки, и ей требуется специальная профилактика, наблюдение и лечение. Положительный ВПЧ Digene-Тест у женщин моложе 30 лет служит показанием к повторному тестированию через 6-9 месяцев, поскольку у молодых женщин инфекция ВПЧ может носить транзитный характер. Важно проведение тотального обследования (скрининга) женского населения при помощи простого унифицированного метода, каким является ВПЧ Digene-Тест. Современный метод обследования Di-gene-Тест помогает врачу-клиницисту прогнозировать течение патологии шейки матки, а также вовремя назначать необходимые лечебные мероприятия. В случае обнаружения ВПЧ с высокой степенью риска развития онкопатологии, современные методы лечения позволяют резко снизить заболеваемость раком шейки матки и особенно его инкурабельных случаев.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ПРИЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ СТАДИИ IA - IB С СОХРАНЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

*Сидоренко Ю.С., Левченко Н.Е., Неродо Г.А.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

В последнее десятилетие имеет место снижение общего уровня заболеваемости раком шейки матки, однако в ряде стран заболеваемость женщин в возрастной группе моложе 50 лет возросла в 1,5 раза. В связи с

молодым возрастом этих больных по сравнению с другими локализациями гинекологического рака, остро стоит вопрос об органосохраняющем лечении. Учитывая автономное и агрессивное течение рака шейки матки по сравнению с гормонозависимыми опухолями, является необходимым проведение максимально радикального лечения больных с данной локализацией. Цель исследования. Улучшение результатов лечения молодых женщин раком шейки матки с сохранением репродуктивной функции. Материалы и методы. Было проведено хирургическое лечение 21 больной раком шейки матки стадии Ia – Ib по разработанному в 1996г нами способу операции - трансабдоминальная трахелэктомия с экстраперитонеальной лимфаденэктомией (патент № 2148965 от 31.07.1996г.). Возраст женщин составил 19-37 лет. Из анамнеза больных следует, что 10 молодых женщин имели одни роды, 11 – не рожали ни разу. Для проведения трансабдоминальной экстирпации шейки матки с экстраперитонеальной лимфаденэктомией существуют четкие показания к предложенной методике органосохраняющей операции: репродуктивный возраст больной с желанием сохранения фертильной функции; размер опухоли не более 1см с локализацией в пределах экзоцервикса; плоскоклеточный гистотип опухоли; отсутствие клинических признаков метастатического поражения забрюшинных лимфатических узлов. Результаты. После проведения трансабдоминальной экстирпации шейки матки с экстраперитонеальной лимфаденэктомией рецидивирование процесса за истекший период обнаружено только у одной пациентки, что составляет 4,7% и не превышает таковое при выполнении расширенных стандартных объемов (до 5%). Беременность после выполнения нашей методики наступила у 6 пациенток, что составляет 28,5% от всех пролеченных больных. Вывод. Таким образом, следует отметить, что предложенная методика органосохраняющего лечения позволяет не только сохранить гормональную, менструальную, сексуальную функции, но и фертильность женщин молодого возраста с ранними формами рака шейки матки.

ВНУТРИБРЮШИННАЯ НЕОАДЬОВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АСЦИТНОЙ ФОРМОЙ РАКА ЯИЧНИКОВ

*Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., Левченко Н.Е., Голотина Л.Ю., Меньшенина А.П.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Изучить непосредственные и ближайшие результаты комплексного лечения больных асцитной формой рака яичников (РЯ) путем проведения неоадьювантной внутрибрюшинной химиотерапии на белковом концентрате асцитической жидкости (АЖ). В исследование включены 62 пациентки распространенным раком яичников асцитной формы III-IV стадий. Пациенткам основной группы (32 женщины) внутрибрюшинная неоадьювантная химиотерапия проводилась на белковом концентрате АЖ (ВБХАТ). Для этого АЖ подвергали фильтрационной детоксикации, полученный белковый концентрат инкубировали с курсовой дозой химиопрепаратов, затем вводили внутрибрюшинно. Пациентки контрольной группы (30 женщин) лечились по стандартной методике внутрибрюшинной химиотерапии - химиопрепараты растворяли на теплом физиологическом растворе (ВБХТ). Больным обеих групп проводили химиотерапию по схеме «САР». Результаты: при оценке непосредственных результатов отмечено, что более высокий процент достижения регрессии опухоли констатирован в основной группе – 78,1% против 40% в контрольной группе. ВБХАТ позволила достичь полной регрессии опухоли в 28,1%, в то время как ВБХТ лишь в 6,7% случаев ($p < 0,05$). Частичная регрессия в основной группе отмечена в 50% случаев, в группе контроля - в 33,3%. Для оценки ближайших результатов лечения больных асцитной формой рака яичников рассчитаны показатели общей и безрецидивной выживаемости. Двухлетняя общая выживаемость больных в основной группе составила 79,5%, в группе контроля – 59,5% ($p < 0,05$). Анализ двухлетней безрецидивной выживаемости больных позволяет отметить преимущества метода ВБХАТ, что находит свое отражение в высоком проценте (51,0%) двухлетней безрецидивной выживаемости больных по сравнению со стандартной ВБХТ (27,3%). Медиана бессобытийной выживаемости в основной группе достигает 23 месяцев, а в контрольной – 12 месяцев. Таким образом, применение неоадьювантной внутрибрюшинной полихимиотерапии на белковом концентрате асцитической жидкости является оправданным и эффективным компонентом в комплексном лечении больных асцитной формой рака яичников III-IV стадий, так как позволяет улучшить непосредственные и ближайшие результаты лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОГЕННЫХ РАКОВ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ

*Сидорук А.А.¹, Ульрих Е.А.¹, Новик В.И.², Урманчеева А.Ф.^{1,2}
1. НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург
2. СПбМАПО, Санкт-Петербург*

Цель. Дать характеристику клинических особенностей аденогенных раков in situ шейки матки. Материалы и методы. Анализированы клинические и морфологические данные 57 больных, которые проходили обследование и лечение в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова за период с 1970 по 2005 г. с окончательным морфологическим диагнозом аденокарцинома in situ и резервноклеточная карцинома in situ шейки матки. Результаты. При окончательном цитоморфологическом исследовании выделены следующие гистотипы

аденогенной карциномы *in situ*: низкодифференцированная (резервноклеточная) - 30 наблюдений, эндоцервикальная (20), эндометриоидная (1), светлоклеточная (1) и смешанные типы: эндоцервикальная/эндометриоидная (1), эндометриоидная/серозная (1), эндометриоидная/светлоклеточная (1), эндоцервикальная/плоскоклеточная (2). Средний возраст больных аденогенным раком *in situ* шейки матки составил 44,05; 2,3 года (23 - 69 лет). Сорок пациенток (70%) находились в репродуктивном возрасте, 17 - в постменопаузе. Бессимптомное течение заболевания отмечено у 25 (44%) больных. Из 57 пациенток у 15 (26%) отмечались кровянистые выделения из половых путей, водянистые выделения у 5 больных (8%), болевой синдром наблюдался у 9 женщин (16%). В 28 случаях (49%) обнаружена эктопия шейки матки. Семнадцать больным произведена электроконизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала, 40 – гистерэктомия. Ни у одной пациентки не возник рецидив заболевания при мониторинге от 4 месяцев до 28 лет. Выводы. Аденогенные карциномы *in situ* шейки матки - гетерогенная группа опухолей. Преимущественно выявляется у женщин репродуктивного периода. У половины больных протекает бессимптомно. Наибольшее значение в диагностике имеет цитологическое исследование эндоцервикальных мазков. Для гистологического подтверждения диагноза нередко требуется сопоставление цитологических результатов.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИМФОЦЕЛЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ РАСШИРЕННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ

*Степанов С.О., Новикова Е.Г., Скрепцова Н.С.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель исследования: определить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) и инвазивного лечения под контролем УЗИ при формировании лимфоцеле у больных раком шейки матки и эндометрия после расширенных гинекологических операций с тазовой лимфодиссекцией. Материалы и методы. Проведено ультразвуковое исследование 171 пациентки после онкогинекологических операций с лимфаденэктомией. Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза, области подвздошных и бедренных сосудов, послеоперационного рубца, зон вокруг дистального отдела дренажа или их проекции. Результаты. Послеоперационные лимфоцеле (ЛЦ) выявлены у 142 (83%) больных, и только 40 (23,4%) потребовалось лечение. ЛЦ появляются в период с 5-6 по 32 день после операции. Обычные места его расположения: область обтураторных ямок, вблизи подвздошных сосудов, полость малого таза, редко предпузырная клетчатка. В клиническом течении ЛЦ наблюдаются различные исходы. При небольших размерах происходит их самопроизвольное рассасывание. Увеличение их размеров сопряжено с возможностью формирования ряда вторичных осложнений, обусловленных сдавлением органов и структур малого таза. Появляются признаки гидронефроза, тромбоза и /или стойкие отеки нижних конечностей. Возможно развитие кишечной непроходимости, отека мягких тканей лона и половых губ. Присоединение инфекции грозит формированию абсцесса, требующего хирургического вмешательства. Проведенное исследование позволило нам определить понятие лимфоцеле как скопление лимфы в образовавшихся после операции свободных пространствах вследствие выполнения лимфаденэктомии с иссечением жировой клетчатки. Учитывая разную ультразвуковую картину, целесообразно выделить три типа ЛЦ. Результаты проведенного исследования показали, что успешный подход к лечению или динамическому наблюдению за ЛЦ непосредственно зависел от типа их развития. Выявляя показания к лечению ЛЦ, выбирали вариант инвазивного вмешательства под контролем УЗИ. Затем проводили манипуляции двумя способами: аспирационной пункцией (иногда многократной) или дренированием с установкой пластикового катетера типа «rig tail». Выводы: в процессе работы уточнено и расширено определение лимфоцеле. Предложена рациональная тактика ведения пациенток с данным осложнением. В 97,5% случаев удалось справиться с лимфоцеле без использования лапаротомии, применяя разработанную и усовершенствованную методику под контролем ультразвукового метода.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРЭКСПРЕССИЕЙ HER 2 НЕО В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Стрыгина Е.А.
Краснодарский КОД, Краснодар*

Цель исследования: провести ретроспективный анализ 38 пациенток гиперэкспрессией HER 2 нео при раке молочной железы (РМЖ). Получали материал для исследования путем трепанбиопсии опухоли молочной железы за 1 час до начала 1 курса ПХТ с неоадьювантной целью по схеме FAC. Герцептин назначался в 1 или 2 линии при прогрессировании заболевания, наступавшего после комбинированного лечения через 1-2 года. Полученные результаты HER 2 нео +++, HER 2 нео ++ затем исследовались методом FISH. Совпадение результатов в случае HER 2 нео 3+ составило 100%, при HER 2 нео 2+ по FISH положительных

ответов 0. У пациенток 1 группы 28-37 лет, прогрессирование начиналось с костных метастазов – 6 человек. У больных 38-46 лет в равной пропорции поражались легкие и кости, у 1 – печень (всего 12 человек). В 3 группе, у женщин после 46 лет, в 40% случаев выявлялись внутрикожные и мягкотканые метастазы передней грудной стенки, в 20% кости, 20% - в висцеральные органы. Пациенткам первых 2 групп в 1 линии назначался герцептин, при наблюдении их в течение 2 лет прогрессирования не выявлено. В 3 группе герцептин назначался 6 пациенткам в 1 линии, 12 – во второй. При назначении герцептина в 1 линии во всех группах снижало риск наступления событий и безрецидивный период колебался от 1,2 года до 2 лет. При назначении герцептина во 2 линии безрецидивный период колебался от 4 мес до 1,5 лет. Из всех групп пациенток 2 имели положительный рецепторный статус. Назначение гормонотерапии не улучшало течение заболевания по сравнению с другими пациентками. Таким образом, пациенткам с РМЖ и гиперэкспрессией HER 2 NEO необходимо назначение герцептина в 1 линии ПХТ. Необходимо длительное применение герцептина в соответствии с используемой схемой. Прекращение введения герцептина ухудшает прогноз течения заболевания, ускоряет событийность.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

*Табакман Ю.Ю., Сдвижков А.М., Васильева И.Д., Солопова А.Г., Иванов А.Е, Чабров А.М., Костин А.Ю, Бутенко Г.Р.
Московский ОД №1, Москва*

Соотношение между I, II, III и IV стадиям РТМ не изменяется в течение многих лет и составляет: I стадия 75-80%; II - 6-17%; III - 7-10%; IV стадия - 3-5%. У 25-30% больных с I-II стадиями в течение 3 лет после лечения возникают рецидивы, что свидетельствует о том, что на момент лечения у них были метастазы, не выявленные при операции. Таким образом, у 40-45% больных РТМ выявляется при распространении опухолевого процесса за пределы матки. Традиционным методом диагностики РТМ является РДВ. Необходимо признать, что РДВ – это травматическая операция, не отвечающая требованиям абластики. Выскабливание слизистой цервикального канала не способствует уточнению стадии РТМ и признано излишней процедурой по заключению Онкологической группы МФГА. Для первичной диагностики РТМ адекватным методом исследования является аспирационная биопсия эндометрия, легко выполняемая в амбулаторных условиях и не требующая обезболивания. Оптимальными приборами для выполнения аспирационной биопсии эндометрия являются Pipelle de Cornier (Пайпель) и Irap MVA Plus (шприц-аспиратор с набором канюлей для внутриматочного введения). Получаемый аспирационный материал пригоден для гистологического и цитологического исследования. Убедительные признаки рака по данным гистологического и цитологического исследования в равной степени являются показанием для хирургического лечения. В ОКД №1 аспирационное исследование эндометрия применяется с 1970г. Обследовано более 20 тысяч больных. При комплексном гистологическом и цитологическом исследовании аспириата чувствительность метода составила 98-100%. Согласно требованиям морфологической классификации МФГА, окончательный диагноз с определением стадии РТМ устанавливается в результате операции. Обязательным является ревизия брюшной полости, получение смывов для цитологического исследования с брюшины поддиафрагмального пространства, таза, латеральных каналов; интраоперационное исследование удаленной матки с придатками. Лимфаденэктомия производится (с учетом общесоматического статуса) при наличии следующих факторов риска: светлоклеточный, папиллярный серозный и плоскоклеточный рак, а также низкодифференцированная аденокарцинома, что известно уже до операции. Кроме того, показанием к лимфаденэктомии является инвазия миометрия более чем на половину его толщины; переход опухоли на перешеек или шейку матки; размер опухоли более 2см; распространение опухоли за пределы матки, что устанавливается во время операции. Выполнение лимфаденэктомии позволяет установить точную стадию рака эндометрия, осуществить адекватную послеоперационную лучевую терапию и способствует существенному улучшению отдаленных результатов лечения. При доказанном отсутствии метастазов в тазовых и парааортальных лимфоузлах возможно отказаться от последующей лучевой терапии и тем самым избежать связанных с ней осложнений.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

*Титова В.В.¹, Брюсов П.Г.¹, Мелько А.И.¹, Бабский В.И.¹, Названцев И.В.²
1. ГИУВ Минобороны РФ, Москва
2. ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва*

Цель исследования: оценка эффективности повторных циторедуктивных операций и идентификация факторов, определяющих выживаемость больных при комбинированном лечении рецидива рака яичников. Материал и методы исследования. В исследование включено 95 больных, лечившихся в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и НМХЦ им. Н.И. Пирогова по поводу рецидива рака яичников с 1996 по 2008г. Платинорезистентными были 47 (49,5%) больных, платиночувствительными – 48 (50,5%). При рецидиве

заболевания комбинированное лечение (повторная циторедуктивная операция + химиотерапия) проведено 38 (40%) больным. У 57 (60%) пациенток проведена химиотерапия рецидива рака яичников в качестве самостоятельного лечения. Результаты исследования. Общая 5-летняя выживаемость в группе комбинированного лечения составила 9% (медиана 39 мес.). В группе больных, лечившихся химиотерапией, не было пациенток, проживших более 5 лет. Медиана общей 5-летней выживаемости в этой группе составила 18 мес. ($p < 0,01$ между группами, лог-ранг тест). Однако в группе комбинированного лечения были выявлены больные с выживаемостью, не отличающейся от больных, которым проводилась химиотерапия в качестве самостоятельного лечения. Эта группа характеризовалась преобладанием пациенток с Шс-IV стадией заболевания – у 11 (47,8%), платинорезистентностью – у 11 (47,8%), наличием у 7 больных множественных метастазов в печени и плевре (30,4%), высокой частотой субоптимальных резидуальных опухолей при повторных операциях (69,6%). Полная регрессия опухоли в этой группе достигнута у 8 (40%) пациенток, частичная регрессия – у 2 (10%), стабилизация заболевания – у 5 (25,0%). Прогрессирование заболевания на фоне проводимого лечения в этой группе наблюдалось у 5 (25,0%) больных. Частота объективного ответа не превысила 50,0% как и в группе химиотерапии. Заключение. Повторные циторедуктивные операции увеличивают выживаемость больных рецидивом рака яичников в случае выполнения оптимальной циторедукции, наличии I-IIIb стадии заболевания, платиночувствительности, отсутствии множественных метастазов в печени и плевре и объективном ответе опухоли на химиотерапию.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

*Толокнов Б.О., Мартышина Я.А., Махова Е.Е., Маркина И.В.
НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва*

Трофобластические болезни – это либо состояния, либо опухоли, которые уникальны тем, что представляют собой аллотрансплантаты, возникающие из продукта зачатия и прорастающие в ткани матки. Поскольку эти опухоли связаны с беременностью, они возникают у женщин детородного возраста в период, когда их социальные нагрузки наиболее велики. Благодаря использованию современных режимов химиотерапии удалось достичь значительных успехов в лечении больных трофобластической опухолью. Выживаемость в группе больных I-II стадией достигла 100%, у больных III-IV стадией – 80-85%. При этом значительно снизилось количество оперативных вмешательств в объеме гистерэктомии. Эти достижения в лечении больных трофобластической болезнью поставили перед клиницистами ряд актуальных вопросов, связанных с восстановлением менструального цикла, наступлением, протеканием беременности и последующими родами. По данным анализа лечения 1450 больных трофобластической опухолью в ГУ РОНЦ им.Н.Н.Блохина оптимальными сроками наступления беременности после окончания последнего профилактического курса химиотерапии являются: при доброкачественных формах трофобластической болезни (частичный и полный пузырный занос) – через 1 год; при злокачественных формах трофобластической болезни (трофобластическая опухоль, хориокарцинома матки): I-II стадия – через 1 год; III-IV стадия – через 1,5-2 года. Менструальная функция восстановилась через 1-2 месяца после успешного химиотерапевтического лечения у 90,3% пациенток, которым удалось сохранить матку. У 71% из них наступила беременность в различные сроки после окончания лечения, и у 81,9% из забеременевших благополучно родоразрешились, при этом некоторые рожали дважды. В ФГУ НЦ АГиП им. В.И.Кулакова направлено 32 беременных пациентки, перенесших трофобластическую болезнь, из них 23 пациентки после доброкачественной формы трофобластической болезни (полный или частичный пузырный занос), и 9 пациенток после злокачественной формы (хориокарцинома, трофобластическая опухоль) с применением от 5 до 14 курсов химиотерапии. После проведения соответствующей корригирующей терапии, все эти молодые женщины родоразрешились здоровыми детьми. В результате проведенных углубленных исследований с использованием современных методик слежения за протеканием беременности и после проведения соответствующей корригирующей терапии 28 женщин родоразрешились 12 мальчиками и 17 девочками. У одного новорожденного диагностирована опухоль почки, остальные дети здоровы. На разных сроках беременности находятся еще 4 женщины, по данным обследования патологии у детей не выявлено. В заключение необходимо отметить, что женщины, перенесшие доброкачественные и злокачественные формы трофобластической болезни, могут стать счастливыми матерями при условии совместного наблюдения и ведения беременности и родов акушерами-гинекологами и онкогинекологами.

ФДТ В ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКА И НАЧАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Трушина О.И., Новикова Е.Г., Соколов В.В., Филоненко Е.В., Чиссов В.И., Ворожцов Г.Н. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Рак шейки матки является уникальной моделью канцерогенеза, ассоциированного с папилломавирусной инфекцией. В настоящее время назрела необходимость в разработке новых лекарственных средств для одновременного противоопухолевого и противовирусного воздействий. Одним из перспективных

направлений для решения этих задач является разработка методов фотодинамической терапии (ФДТ) злокачественных новообразований. ФДТ шейки матки проведена 215 женщинам в возрасте от 18 до 63-х лет, 2/3 из которых находились в репродуктивном возрасте. У 20 женщин диагностирована дисплазия II ст, у 120 пациенток - дисплазия III ст, в 45 клинических наблюдениях - *in situ*. Дополнительно к основной группе была взята группа из 25 женщин после ножевой ампутации шейки матки. В 90% клинических наблюдениях диагностированы высокоонкогенные генотипы ВПЧ (16/18/31/33/35). В группе больных с дисплазией II ст. во всех случаях достигнуто излечение. Полная регрессия очагов тяжелой дисплазии установлена в 89,2% клинических наблюдениях, неполная регрессия у 4,3% женщин, стабилизация и прогрессирование процесса до *in situ* - в 4,3% и 2,2% случаях соответственно. Полная регрессия очагов *in situ* достигнута в 81,5% клинических наблюдениях, неполная регрессия и стабилизация процесса по 7,4%, прогрессирование до микроинвазивного рака – в 3,7%. В группе больных после хирургического лечения ни в одном случае данных за рецидив заболевания не получено на фоне полной эрадикации ВПЧ. Полная эрадикация ПВИ на протяжении всего периода наблюдения установлена в 95,3% клинических наблюдений. У 18 женщин после излечения наступила беременность. Таким образом, можно заключить, что ФДТ является альтернативным методом органосохраняющего лечения, воздействующим не только на патологический эпителий, но и на этиологический фактор канцерогенеза шейки матки, что позволяет не только излечить пациентку, но и способствует полноценной медицинской и социальной реабилитации женщины.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИКАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМ МАТКИ

*Ульрих Е.А., Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф.
СПбМАПО, Санкт-Петербург*

Основной целью лечения злокачественных опухолей является увеличение выживаемости больных и улучшение качества их жизни. Целью исследования было изучение качества жизни больных раком тела и шейки матки, подвергшихся радикальному лечению. Материалом исследования послужили данные 99 больных раком тела матки I, II стадий (средний возраст - 59,7 лет), получавших лечение в период с 2003 по 2006 гг. и 100 больных раком шейки матки I, II стадий (средний возраст - 40,5 лет), получавших лечение в период с 2004 по 2006 гг. в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова и Ленинградском областном онкологическом диспансере. Качество жизни оценено с помощью международного опросника - FACT-G (Functional Assessment Cancer Therapy-General, с согласия FACIT Committee) в динамике: до и через 3, 6, 9, 12 месяцев после лечения. Результаты. Исходный уровень качества жизни больных раком шейки матки составил 72,2 балла (FACT-G) и коррелировал с возрастом: у молодых (<40 лет) статистически выше ($p < 0,05$) по всем шкалам, кроме психоэмоциональной. Через 3 месяца после лечения уровень качества жизни в группах хирургического и комбинированного методов лечения не только достигал исходных цифр, но и превышал их с дальнейшей тенденцией к увеличению (к 18-му месяцу – 88,0 баллов); тогда как в группе сочетанного лучевого метода лечения показатели достигли исходных только к 6-му месяцу (к 18-му месяцу - 76 баллов). Исходный уровень качества жизни больных раком тела матки составил 65,7 баллов. Статистически значимые факторы: возраст, анемия, ожирение II/III степени, сахарный диабет с/без сочетания с сердечно-сосудистыми заболеваниями ($p < 0,05$). В динамике соматический статус больных усугублялся приростом массы тела (индекс массы тела с $30,2 \pm 1,1$ кг/м² до $32,5 \pm 1,0$ кг/м² через 12 месяцев после лечения, $p < 0,05$), с чем, вероятно, и связано отсутствие прироста качества жизни по шкале «физического благополучия» к 12-ти месяцам наблюдения (22,0 балла). Заключение. Оценка показателей качества жизни пациенток с карциномами матки, получающих радикальное лечение, необходима для определения социально-медицинских мероприятий по адаптации больных к лечению и в их последующей реабилитации.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭВИСЦЕРАЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ И МЕСТНОМ РЕЦИДИВЕ

*Ушаков И.И., Лысенко М.В., Сахаров А.И., Чиж С.И., Саркисян Л.Г., Мухтарулина С.В., Воробьева Е.В., Андрюшкин В.Н.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва*

Цель: оценить послеоперационные результаты при выполнении эвисцераций органов малого таза (ЭОМТ) при первичных злокачественных новообразованиях (ЗН ОМТ) и местном рецидиве с распространением на соседние органы. Материалы и методы: в отделениях госпиталя с 2004г. по 2009г. выполнили 25 оперативных вмешательств, включавших в себя различные варианты ЭОМТ по поводу ЗН ОМТ. Полную ЭОМТ выполнили 3 больным, переднюю – 3 и заднюю – 19. ЭОМТ с сохранением диафрагмы таза и мягких тканей промежности выполнена 7 пациентам. Больные были разделены на 2 группы. I группа включала 8 пациентов с первичными ЗН ОМТ (беспигментная меланома, GIST (лейомиосаркома), рак прямой кишки – $n=3$; рак анального канала – $n=2$; рак яичников - $n=2$; рак шейки матки – $n=1$). 17 пациентов с местным

рецидивом ЗН ОМТ с распространением на соседние органы составили II группу: рак прямой кишки – n=8; рак шейки матки после радикальной лучевой терапии – n=4; рак культи влагалища – n=1; злокачественная забрюшинная опухоль, развившаяся из эмбриональных зачатков – n=1; рак яичников – n=1; рак эндометрия – n=1; рак анального канала – n=1. Результаты: оценены ближайшие результаты хирургического лечения. Так, средняя продолжительность операции составила 240 минут (от 150 до 330 минут), средний объем интраоперационной кровопотери – 2500мл (от 500 до 4500мл). При этом в I группе больных объем интраоперационной кровопотери варьировал в пределах от 500 до 3000мл и в среднем составил 1600мл, а во II группе – от 400 до 2500мл (1450мл). В послеоперационном периоде у 11 пациенток развились следующие ранние послеоперационные осложнения: некроз верхней трети левого мочеточника, разлитой мочевого гнойно-фибринозный перитонит, потребовавший нефрэктомии – n=1; влагалищно-прямокишечный свищ – n=1; мочепузырно-промежностный свищ, потребовавший повторного хирургического вмешательства – n=2; острый пиелонефрит – n=3; миоглобулинемия и ОПН – n=1; некроз участка кожи в зоне послеоперационного рубца – n=1; атония мочевого пузыря – n=2. Сроки наблюдения больных составили 1,5 - 36 месяца. Безрецидивная выживаемость больных I и II групп была 12,8 месяцев (6-28) и 12,3 месяцев (3-28) соответственно. Вывод. Предварительные результаты лечения свидетельствуют о целесообразности выполнения ЭОМТ при ЗН ОМТ и местном рецидиве с распространением на соседние органы. Выполнение ЭОМТ не приводит к значимому увеличению количества послеоперационных осложнений и сопровождается сопоставимым со стандартными операциями уровнем послеоперационной летальности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ III-IV СТ.

*Ушаков И.И., Саркисян Л.Г., Лысенко М.В., Мухтарулина С.В., Попов А.А.,
Андрюшкин В.Н., Иванова Ю.А.
ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва*

Цель исследования: провести сравнительную оценку стандартных и расширенных оперативных вмешательств у больных раком яичников (РЯ) III-IV стадий. Материалы и методы. С 2003 по 2009 годы в отделении онкогинекологии находились на лечении 67 больных РЯ III-IV стадий, которые были разделены на две группы: основная группа (n=31), включавшая пациентов, которым были выполнены расширенные оперативные вмешательства (гистерэктомия II типа с придатками, экстирпация большого сальника, парааортально-тазовая лимфодиссекция и иссечение брюшины малого таза) и контрольная группа (n=36) – стандартные объемы хирургического лечения (гистерэктомия I типа или надвлагалищная ампутация матки с придатками и экстирпация или резекция большого сальника). В основной группе III стадию РЯ диагностировали у 15 (48,4%) пациенток, а в контрольной группе - у 18 (50,0%) пациенток. Морфологически в обеих группах превалировала серозная аденокарцинома, которая была верифицирована в 93,5% наблюдений основной и в 80,5% случаев контрольной группы. Неoadъювантная ПХТ была проведена у 48,4% и 63,9% пациенток основной и контрольной групп соответственно (p=0,8). В основной группе 9 (29,0%) пациенткам выполнена полная циторедуктивная операция, 21 (67,7%) – оптимальная и 1 (3,2%) – субоптимальная; в контрольной группе 20 (55,5%) - оптимальная, 16 (44,4%) – субоптимальная. Так же, были выполнены комбинированные операции, включающие в себя резекцию толстой кишки с/без спленэктомии: в основной группе – 9 (29,0%) пациентам, в контрольной – 7 (19,4%). Результаты. Расширение объема хирургического лечения у больных основной группы сопровождалось увеличением времени операции в среднем с 185,7±70,1 минут до 302,6±77,2 минут (p<0,001) и не влияло на объем интраоперационной кровопотери (891,4±875,3 мл vs 809,7±406,9 мл), (p=0,6). Не имели достоверные различия показатели длительности стационарного лечения (19,0±10,3 суток vs 18,9±9,6 суток), (p=0,9) и времени до начала химиотерапии (18,4±9,7 суток vs 18,8±7,9 суток). В послеоперационном периоде у 3-х (9,6%) пациенток основной группы и у 2 (5,4%) контрольной развились ранние послеоперационные осложнения. При окончательной морфологической диагностике метастатическое поражение лимфоузлов выявлено у 22 пациенток (71,0%) основной группы. Однолетняя безрецидивная выживаемость у пациенток основной группы составила 60% случаев, а в контрольной - не превышала 32% (p=0,004). Двухлетняя общая выживаемость была достоверно выше у пациенток основной группы и составила 92% наблюдений, по сравнению с контрольной - 52% (p=0,04). Выводы: выполнение расширенных оперативных вмешательств при РЯ III-IV стадий приводит к увеличению однолетней безрецидивной и двухлетней общей выживаемости.

К ВОПРОСУ О ГОРМОНАЛЬНОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Франциянц Е.М., Моисеенко Т.И., Кравцова О.Е.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель. Уровень фертильности больных раком яичников (РЯ) репродуктивного возраста зависит от соотношения синтезируемых в яичнике половых стероидов. Материалы и методы. Исследована ткань

яичников, оперированных 18 пациенток в возрасте $43 \pm 2,15$ лет с двусторонним злокачественным поражением гонад (Т3-4N1-2M0) Морфологически - серозные цистаденокарциномы. В качестве условно здоровой ткани исследовали визуально неизмененные яичники после операции по поводу миомы матки у 11 женщин аналогичного возраста. Результаты. Различий в уровне эстрадиола (E2) и прогестерона (P4) между тканью опухоли в обоих яичниках независимо от фазы цикла нет. В I фазе менструального цикла, E2 было в среднем в 3,7 раза ниже, чем в доминантном интактном яичнике и в 2 раза выше, чем в неовулирующем. Уровень P4 в ткани опухоли в I фазе был в 2,6 раза выше, чем в обоих интактных яичниках, а во II фазе - в 35,8 раза ниже, чем в доминантном и в 6,9 раза ниже, чем в пассивном. Концентрация тестостерона (Т) в злокачественной ткани не отличалась от содержания в условно интактных яичниках в I фазе цикла, соответствовала доминантному - во второй фазе. Фазы менструального цикла теряли свою гормональную специфичность. Соотношение E2/P4 в 1-ю фазу цикла показателем соответствовал значениям в пассивном визуально неизмененном яичнике. Соотношение E2/T указывало на дисбаланс половых гормонов в сторону гиперэстрогенизации ткани - в 2,2 раза выше, чем в условно интактной ткани пассивного яичника. Во вторую фазу цикла в опухолевой ткани произошло увеличение соотношения E2/P4 в 5,3 раза по отношению как пассивному, так и доминантному яичникам. Соотношение E2/T, снижено в 3,3 раза, по сравнению с тканью пассивного яичника. Выводы. Рост злокачественных опухолей яичников у фертильных женщин происходит на фоне дисбаланса в соотношении эстрогенов и прогестина, а так же эстрогенов и андрогенов на местном уровне. У больных распространенным РЯ менструальная функция была сохранена. Уровень синтезируемых тканевых половых гормонов ни в одном яичнике не обеспечивал детерминированную физиологическую функцию.

ДИАГНОСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ II-III СТАДИЙ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Хасанов Р.Ш., Шакирова Э.Ж., Муллагалиева А.М., Гилязутдинов И.А.
РОД, Казань*

Результаты лечения больных местнораспространенным раком шейки матки остаются стабильно низкими. Нами обследованы и пролечены две группы больных местнораспространенным раком шейки матки, получивших хирургическое лечение с применением модифицированной ретроградной расширенной экстирпации матки, предложенной Ф.Ш. Ахметзяновым и А.М. Муллагалиевой. 1 группа - 67 больных раком шейки матки IIА - IIВ стадии, 2 группа - 21 больная III стадии. Всем больным проводилась послеоперационная лучевая терапия, при наличии метастазов в лимфоузлы - химиотерапия. У больных 1 группы плоскоклеточный рак - у 60 больных, аденокарцинома - у 4, другие типы - у 3. Метастазы в лимфоузлы - у 23 из 60 больных с Ни в одном из случаев рака шейки матки IIВ стадии не было выявлено прорастания опухоли в параметрии, инфильтрат в параметриях не имел истинного опухолевого характера. Среди 21 больной раком шейки матки III стадии плоскоклеточный рак - у 14 больных, аденокарцинома - у 6, низкодифференцированный рак - у 1. Метастазы в лимфоузлы были выявлены у 12 из 14 больных с плоскоклеточным раком и у всех больных с аденокарциномой и низкодифференцированным раком; всего у 90,5% больных. Прорастание опухоли в клетчатку было у 4 больных. Во всех других случаях инфильтрация параметриев не имела истинного опухолевого характера. Результаты морфологических исследований удаленных препаратов в двух группах больных свидетельствуют о том, что распространение опухоли происходит не путем инвазии в окружающие ткани, а за счет вовлечения лимфатических сосудов и метастазов в лимфатические узлы. Во всех случаях рака шейки матки II стадии и в большинстве случаев III стадии опухоль сохраняла фуллярность. Трудности хирургического лечения связаны с большими размерами опухоли, что приводит к укорочению и уплотнению связочного аппарата шейки матки и фиксированности опухоли в малом тазу. Клиническое представление об инфильтрате, достигающем до стенок таза, определялось либо большими размерами первичной опухоли, либо за счет пальпации увеличенных тазовых лимфоузлов. Методика операции позволяет произвести во всех случаях местнораспространенного рака шейки матки радикальную операцию.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПАХОВО-БЕДРЕННОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ

*Худякова М.А., Хаджимба А.В., Гершфельд Э.Д., Максимов С.Я.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили данные о 236 больных раком вульвы, проходивших лечение в НИИ онкологии им.Н.Н.Петрова с 1966 по 2008 год. Результаты исследования. Наиболее значимым фактором, определяющим риск регионарного метастазирования, оказалась степень распространения первичной опухоли. При T1 частота метастазов составила 12% (N1 - 9,6%; N2 - 2,4%), при T2 - 42,6% (N1 - 32,4%; N2 - 10,2%), при T3 - 67,4 % (N1 - 30,2%; N2 - 37,2%), при T4 - 100% (N1 - 66,6%; N2 - 33,3%). Локализация первичной опухоли также влияла на частоту и характер

метастазирования в регионарные лимфатические узлы. При локализации в области половых губ метастазы выявлены у 52,9%, при опухолях клитора – у 58,6%, при поражении всей вульвы – у 63,1 %. Примечательно, что двухстороннее поражение лимфатических узлов (N2) при тотальном поражении вульвы констатировано у каждой второй больной. Основными характеристиками первичной опухоли вульвы являются размеры и глубина инвазии. Достоверное влияние диаметра опухоли на частоту метастазирования проявлялось в группах больных с размером первичного очага до 2 см, от 2,1 до 4см, и от 4 см (22,6%, 42,2%, 53,7% соответственно). Установлено также несомненная взаимосвязь глубины инвазии опухоли и частоты метастазирования в регионарные лимфатические узлы. При инвазии опухоли до 0,5 см она составила 25 %, от 0,5 до 1,5см – 48,1%, более 1,5 см – в 87,5%. Примечательно, что при размерах опухоли до 2см и глубине инвазии до 0,5 см метастазы в лимфоузлах обнаружены лишь у 2 больных, причем локализовалась опухоль в области клитора. Это свидетельствует об отсутствии необходимости выполнения профилактической лимфаденэктомии у больных с минимальными размерами опухоли и поверхностной инвазией. Исключение составляют больные, у которых опухоль локализуется в области клитора – таким пациенткам необходимо выполнять расширенную операцию даже при минимальном раке, поскольку частота метастазирования в этом случае составляет 50%. При превышении одного из параметров минимального рака вульвы (диаметр \leq 2 см и инвазия \leq 0,5 см) риск метастазирования в паховые лимфоузлы возрастает в 4,6 раза. Не отмечено влияния степени дифференцировки, гистологического типа и других прогностических признаков на частоту метастазирования у больных минимальным раком вульвы. Выводы. У больных минимальным раком вульвы (диаметр \leq 2 см и инвазия \leq 0,5 см) за исключением локализации в области клитора профилактическая пахово-бедренная лимфаденэктомия не показана.

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Бочкарева Н.В.
НИИ онкологии, Томск*

Целью исследования явилось изучение особенностей клинического и гормонального статусов у пациенток с пролиферативными процессами на фоне метаболического синдрома. В настоящей работе проанализированы результаты обследования 138 пациенток, в первую группу вошли 78 пациенток с гистологически верифицированным диагнозом аденокарциномы эндометрия различной степени дифференцировки. Вторую группу составили 60 пациенток с гиперпластическими изменениями в эндометрии. Для изучения особенностей рака эндометрия у больных на фоне метаболического синдрома пациентки 1 и 2 групп были разделены на 2 подгруппы: с наличием метаболического синдрома и без него. Возраст пациенток в обеих группах значимо не различался и составил 52, 12 \pm 0,64 и 54,21 \pm 0,89 года. 1а группу составили 52 пациентки больных РЭ на фоне МС, 1б группу составили 26 больных РЭ без МС. Во 2а группу вошли 32 пациентки с ГП на фоне МС, во 2б – 28 больных с ГП в эндометрии без метаболических расстройств. Результаты исследования показали, что ожирение является одним из факторов риска развития РЭ, у больных с ГП и РЭ на фоне МС наблюдалось преимущественно ожирение абдоминального характера. Андроидный тип ожирения характеризуется большим накоплением висцерального жира, который в свою очередь является метаболически активной тканью, вырабатывающей целый ряд гормонов и биологически активных веществ. Кроме того, важными факторами риска развития РЭ являются также: раннее менархе, возраст менопаузы, продолжительность менструальной функции, наличие нарушений менструального цикла. Предполагается, что развитие инсулинорезистентности, особенно в пубертатном периоде, может постоянно нарушать функцию яичников и как следствие, стероидогенез, что в результате приводит к раннему наступлению менархе. Анализ гинекологического паритета показал, что наиболее существенными факторами риска являются: количество беременностей, количество родов, наличие бесплодия. Согласно результатам исследования показатели гормонального статуса у пациенток с пролиферативными процессами в эндометрии на фоне МС значительно отличаются от аналогичных показателей больных без МС. Жировая ткань является важнейшим энергетическим депо организма, кроме того, она способна к синтезу ряда факторов, обладающих эндокринным, паракринным и аутокринным действием, что особенно важно у пациенток с избыточным накоплением ее. По нашим данным, изменения гормонального статуса характеризуются высокой частотой нарушений с развитием состояния гипертестостеронемии (65%), гиперпрогестеронемии (71%), гиперинсулинемии (72%), гиперлептинемии (84%). Кроме того, отмечается повышение базального уровня ЛГ, индекса ЛГ/ФСГ, снижение содержания ФСГ. В результате хронической гиперэстрогении и снижения уровня прогестерона происходит нарушение функции эстрогензависимых органов, что приводит к развитию пролиферативных процессов в эндометрии. По данным нашего исследования процент женщин с пролиферативными процессами на фоне МС значительно увеличивается с возрастом и составляет 79%. Проведенное исследование показало наличие клиничко-гормонально-метаболических параллелей у больных с пролиферативными процессами на фоне МС. Результаты являются основой для дальнейших исследований, посвященных индивидуальному прогнозированию течения РЭ и формированию группы повышенного риска на основании оценки состояния гормонального и

энергетического балансов, а также определение необходимости своевременной коррекции метаболических нарушений у пациенток, как с ГП, так и РЭ.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С МАТОЧНЫМИ ТРУБАМИ ПО ПОВОДУ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК

*Чулкова О.В., Сидорова Ю.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

В МНИОИ с 1988 года пациенткам по поводу начального рака эндометрия проводится функционально-щадящее хирургическое вмешательство в объеме экстирпации матки с маточными трубами. Данный объем хирургического лечения позволяет сохранять качество жизни пациенток на высоком уровне, без ухудшения отдаленных онкологических результатов. Под наблюдением находятся 67 женщин, после хирургического лечения с 1988 по 2008 год. Активность гонад оценивалась по данным гормонального статуса и УЗИ с цветовым доплеровским картированием (ЦДК) яичников. У 37 пациенток постменопаузального возраста сохранены яичники функционировали до возраста биологической менопаузы. У 28 пациенток репродуктивного возраста гормональная активность сохранена, по данным УЗИ – кровоток в яичниках определяется. У 2 женщин (3%) репродуктивного возраста отмечены ранние проявления постовариоэктомического синдрома. В первом случае начальные симптомы эстрогенной недостаточности возникли через 6 месяцев после хирургического вмешательства в объеме экстирпации матки с правыми придатками, во втором – через 5 лет после экстирпации матки с маточными трубами, резекцией обоих яичников. По данным ультразвукового исследования с ЦДК у вышеописанных пациенток отмечено уменьшение и уплотнение яичников, слабая выраженность фолликулярного аппарата, отсутствие васкуляризации паренхимы гонад, кровоток определялся только в воротах яичников. Уровень ФСГ у них соответствовал постменопаузальному. Выраженность симптомов менопаузы оценивалась посредством индекса Куппермана. В первом случае он был равен 17, во втором – 21. Преждевременное снижение функциональной активности яичников у молодых пациенток можно объяснить нарушением кровоснабжения гонад или истощением овариального резерва. Активность кровотока яичников в послеоперационном периоде, вероятно, зависит от типа кровоснабжения яичников: билатерального или моноартериального. При преобладании кровоснабжения за счет яичниковой ветви маточной артерии (моноартериальный тип), при пересечении собственной связки яичника и маточной трубы происходит пересечение восходящей ветви маточной артерии, что ведет к резкому снижению притока крови к гонадам. Преждевременное снижение функциональной активности гонад также можно объяснить двухсторонней резекцией яичников, что приводит к истощению овариального резерва. Таким образом, применяемый объем хирургического вмешательства обеспечивает не только радикализм лечения, но и способствует сохранению социальной активности женщин и высокого качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Чуруксаева О. Н., Коломиец Л. А.
НИИ онкологии, Томск*

Цель. Оценить эффективность лечения у больных местно-распространенным раком шейки матки. Материалы и методы. Проведен анализ эффективности лечения МРРШМ IIВ-IIIВ стадий у 78 больных в возрасте от 24 до 80 лет (средний возраст 46,9±1,6 лет). Первую группу составили больные, получившие 2 курса неoadьювантной ХТ по схеме «Гемцитабин/цисплатин» с последующим проведением сочетанной лучевой терапии (СЛТ) по радикальной программе, 2-ую группу – больные, которым было проведено химио-лучевое лечение, включающее СЛТ с еженедельным введением цисплатина в дозе 50мг, в 3-ю группу вошли больные с МРРШМ, получившие курс радикальной СЛТ. Результаты исследования. У всех больных преобладал умереннодифференцированный рак шейки матки – в 60%, смешанная форма роста была в 40% случаев и маточно-параметральный вариант – у 80% больных. Основными жалобами были патологические кровянистые выделения – в 90% в 1-й группе, в 85% случаев во 2-й группе и 61% - в 3-й группе. Болевой синдром в 30% наблюдался среди больных 1-й и 3-й групп. Асимптомное течение заболевания было у каждой третьей пациентки в группе с СЛТ, тогда как среди больных 1-й и 2-й группы отсутствие проявлений заболевания было не более, чем у 7% пациенток. Анализ эффективности неoadьювантной химиотерапии у больных 1-й группы выявил, что полная регрессия опухоли наблюдалась у 8%, частичная – у 50% больных, стабилизация опухолевого процесса отмечена в 42% случаев. После курсов неoadьювантной ПХТ наблюдалось достоверное снижение жалоб на кровянистые выделения до 62%, болевой синдром купировался у трети пациенток, в 2 раза уменьшились жалобы на дизурию и лимфорею. При анализе эффективности лечения наблюдалась полная регрессия в 42% случаев среди пациенток 1-й группы, что было достоверным по сравнению с больными 1-й и 2-й групп. Частичная регрессия отмечалась в 35% среди

пациенток исследуемых групп. Прогрессирование после лечения наблюдалось у 15% больных, получивших только СЛТ. Оценка общей и безрецидивной выживаемости по методу Каплана-Майера выявила достоверное увеличение выживаемости в 1-й группе по сравнению с 3-й группой. Общая 3-летняя выживаемость составила 72%, во 2-й группе - 60%, в 3-й - 46%. 3-летняя безрецидивная выживаемость в 1-й группе была - 63%, во 2-й - 58% и в 3-й группе - 44%. Заключение. Таким образом, использование химиолучевого лечения с включением схемы гемцитабин/цисплатин в неадекватном режиме с последующей сочетанной лучевой терапией по радикальной программе у больных местнораспространенным раком шейки матки показало, что химиолучевое лечение способствует более эффективной регрессии первичного очага (общий эффект НАХТ составляет 58%), способствует более быстрому купированию клинических симптомов заболевания, достоверно увеличивает 3-летнюю общую и безрецидивную выживаемость.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Шакирова Э.Ж., Хасанов Р.Ш., Ахметзянов Ф.Ш., Муллагалиева А.М., Савельев Е.В.,
Гилязутдинов И.А.
РОД, Казань*

Хирургическое лечение является основным на ранних стадиях заболевания, лучевая терапия широко используется при лечении местнораспространенного РШМ. В странах Европы и Азии для лечения больных РШМ стадии ПВ применяется радикальная гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией по методу Okabayashi, по сравнению с операцией Вертгейма-Мейгса обладает большей радикальностью в отношении удаления нижних параметриев и паракольпиев. Техническое выполнение операции Okabayashi в стадии ПБ не всегда возможно. Нами применяется метод ретроградной расширенной экстирпации матки, разработанный Ф.Ш. Ахметзяновым и А.М. Муллагалиевой, позволяет мобилизовать опухоли шейки матки большого размера, фиксированные в малом тазу и произвести радикальное удаление препарата вместе с инфильтрированной клетчаткой, а также исключить натяжение шейки и тела матки и нарушения целостности удаляемого препарата. Проведен анализ лечения 104 больных местнораспространенным раком шейки матки, получивших комбинированное лечение с использованием радикальной гистерэктомии по методу Okabayashi, и в случаях невозможности его выполнения – ретроградной радикальной гистерэктомии. 24 больным местнораспространенным раком шейки матки применялась предоперационная внутриволостная гамма-терапия в режиме крупного фракционирования дозы: суммарная доза 20 Гр. Хирургическое лечение проводилось на 2 день. У 16 пациенток проводилась неадекватная монохимиотерапия препаратами платины в дозе 40-60 мг/м². Почти всем больным было проведено послеоперационное облучение. 100 больным проведена сочетанная лучевая терапия в следующих дозах: дистанционная гамма-терапия до 42 Гр, внутриволостная гамма-терапия - 15 – 20 Гр. Адекватная химиотерапия проводилась 35 больным с выявленными метастазами в лимфатических узлах. Стадия заболевания устанавливалась клинически согласно критериям FIGO и по TNM - Па стадия – у 28 больных, ПВ стадия – у 54, ПША стадия – у 1 и ПШВ стадия – у 21 больной. Во всех случаях местнораспространенного рака шейки матки было возможным выполнение радикальной операции, что подтверждено исследованиями резекционных линий. При П стадии РШМ однолетняя выживаемость составила 100%, трехлетняя – 87,4, пятилетняя – 78,1. При Па стадии однолетняя выживаемость - 100%, пятилетняя – 93,8. При ПВ стадии однолетняя выживаемость - 100%, пятилетняя – 68,9. При ПШ стадии РШМ однолетняя выживаемость - 79,2, пятилетняя – 41,7. В целом, среди больных местнораспространенным РШМ, получивших комбинированное (комплексное) лечение, однолетняя выживаемость составила 95,6±2,2%, пятилетняя выживаемость – 69,3±5,8%.

ТРУДНОСТИ СТАДИРОВАНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Шакирова Э.Ж., Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А., Муллагалиева А.М.
РОД, Казань*

В связи с тем, что в настоящее время при местнораспространенном раке шейки матки основным методом лечения остается лучевая терапия, при данной патологии используется только клиническое стадирование. Установление клинической стадии заболевания основывается на наличии пальпируемой инфильтрации параметриев и носит субъективный характер. Рак шейки матки является единственной из злокачественных опухолей женских половых органов, стадируемых только клинически. Накопленный опыт хирургического лечения местнораспространенного рака шейки матки, интраоперационных находок, говорит о неадекватности клинического стадирования и позволяет по-новому определить качественные отличия местнораспространенных стадий заболевания. Опухоль шейки матки в большинстве случаев сохраняет интрафасциальное, футлярное строение. Мы не встретили истинного врастания опухоли в мышцы, сосуды, кости таза. Распространение опухолевого процесса при раке шейки матки происходит за счет лимфогенного метастазирования в лимфатические узлы таза, которое коррелирует с размерами опухоли. При местнораспространенном процессе опухоль увеличивается в размерах, укорачивается и уплотняется

связочный аппарат шейки матки. Шейка матки вместе с увеличенными лимфоузлами занимает все пространство малого таза. При ректовагинальном исследовании создается впечатление о наличии опухолевой инфильтрации параметриев, достигающих до стенок таза, которая имеет субъективный характер. Имеется множество литературных данных о низкой информативности лучевых методов диагностики, и в качестве показателей параметральной инвазии рассматриваются такие косвенные признаки, как размытость контуров опухоли, ее большие размеры и близкое прилегание к запирающим мышцам. Стадирование и планирование лечения при местнораспространенном раке шейки матки должно основываться на объективных критериях - размеры опухоли, глубина инвазии, наличие метастазов в лимфатических узлах. Нами выявлено, что основным ультразвуковым критерием ПВ – ПШВ стадий рака шейки матки является наличие патологического кровотока в параметриях. Сравнение с интраоперационными данными показывает, что данный признак имеет морфологический субстрат в виде наличия патологического новообразования сосудов параметриев. При этом патологическое новообразование сосудов параметриев начинается у стенок таза за пределами опухоли, и не свидетельствует об истинной опухолевой инвазии параметриев. Вместе с тем, патологическое новообразование сосудов параметриев является качественной отличительной особенностью местнораспространенных стадий рака шейки матки.

ПОВТОРНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

*Шевчук А.С., Новикова Е.Г., Антипов В.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель. Оценка целесообразности и эффективности выполнения повторных лапароскопических операций у больных, перенесших нерадикальное хирургическое вмешательство по поводу злокачественных опухолей яичников. За период с 2001 по 2009г. в отделении онкогинекологии МНИОИ им. П.А.Герцена выполнена 121 повторная лапароскопическая операция у пациенток в возрасте от 16 до 65 лет, ранее перенесших нерадикальное хирургическое вмешательство по поводу злокачественных и пограничных новообразований яичников I стадии. Нерадикальные операции предпринимались в гинекологических стационарах общего профиля по поводу предполагаемых доброкачественных образований придатков матки, и, в большинстве случаев, заключались в выполнении резекции яичника или аднексэктомии. Злокачественный характер опухоли был установлен лишь при послеоперационном гистологическом исследовании. Повторные лапароскопические операции проводились в сроки от 1 до 6 мес. после первой операции, при этом тщательно соблюдались принципы онкологической радикальности и абластики (ревизия брюшной полости; срочные морфологические исследования: перитонеальной жидкости, биоптатов париетальной брюшины, удаляемого (или резецируемого) яичника; выполнение субтотальной резекции большого сальника). Большинству больных проведены интраоперационное лапароскопическое ультразвуковое исследование подвздошных и парааортальных областей, флуоресцентная диагностика. При эвакуации препаратов из брюшной полости использовались специальные пластиковые контейнеры. У 79 (65,3%) больных выполнены органосохраняющие операции, у 42 (34,7%) – в рамках стандартного объема. Средняя продолжительность операции составила 110±12 мин. Конверсии осуществлены у 13 (10,7%) больных (по онкологическим показаниям или в связи с выраженным спаечным процессом в брюшной полости). По результатам операций у 41 (33,8%) больной были выявлены различные опухолевые изменения, не обнаруженные в ходе первичных оперативных вмешательств, при этом у 35 (28,9%) пациенток была увеличена стадия заболевания, что существенно повлияло на дальнейшую лечебную тактику. В ходе динамического наблюдения ни у одной больной не выявлено специфических онкологических осложнений оперативной лапароскопии («port-site» метастазы, диссеминация опухоли). Выводы. Лапароскопическая хирургия может безопасно и эффективно использоваться с целью рестадирования после нерадикальных операций по поводу злокачественных опухолей яичников. С точки зрения информативности, диагностической точности и радикальности оперативная лапароскопия у данной категории больных не уступает аналогичным операциям, выполненным путем лапаротомии. Вместе с тем, этот подход за счет малой травматичности и быстрой реабилитации позволяет существенно повысить качество жизни оперированных больных.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ

*Ширинкин В.Б., Дикарева Е.Л.
Оренбургский ООД, Оренбург*

Доброкачественные опухоли вульвы могут развиваться как из самого кожного покрова, так и из придатков кожи. Согласно гистологической классификации опухолей и опухолевидных процессов вульвы (ВОЗ, 1994г), доброкачественные опухоли вульвы включают: плоскоклеточные новообразования (папилломы и полипы, остроконечные кондиломы, кератоз); мягкотканые опухоли (липомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы и нейрофибромы, лейомиомы, шванномы, рабдомиомы, доброкачественные фиброзные гистиоцитомы и др); железистые опухоли (гидраденомы, аденомы); меланоцитарные опухоли (невусы);

лимфомы; опухоли желточного мешка и др. Статические данные о распространенности доброкачественных новообразований вульвы разноречивы. В детском и подростковом возрасте чаще встречаются кондиломы, кисты мюллеровых протоков. Для лечения доброкачественных новообразований вульвы используются различные методы, в том числе и хирургический, с последующим диспансерным наблюдением. В практике ООКОД имел место случай доброкачественной опухоли вульвы больших размеров у молодой пациентки. Больная 16 лет, поступила с диагнозом: опухолевое образование вульвы больших размеров, подозрение на саркому. Около 2 лет назад обнаружила образование на большой половой губе около 3см в диаметре, за медицинской помощью не обращалась. В течение 2-х лет отмечается рост образования, с ноября 2005г появились кровянистые выделения из образования. При осмотре – из области правой большой и малой половых губ исходит округлая опухоль 40х35см, покрытая истонченной кожей, основанием 8х10см. Выполнена операция – иссечение опухоли вульвы, пластика дефекта местными тканями. Путем дополнительных разрезов в надлобковой области произведена пластика дефекта местными тканями. Макроскопически опухоль состоит из жировой ткани дольчатого строения, вес опухоли составил 3800г. Пю период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением.

РЕДКИЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ

*Ширинкин В.Б., Дикарева Е.Л.
Оренбургский ООД, Оренбург*

Лечение злокачественных новообразований вульвы (ЗНОВ) – одна из проблем современной онкологии. По данным большинства ведущих клиник, в 85 – 90% случаев морфологически выявляется плоскоклеточный рак и принципы его лечения изучены. Определенные трудности возникают при планировании лечения больных с редкими ЗНОВ. Данная проблема в литературе освещена мало, лечение нестандартно в каждом случае. В 2002-08гг в гинекологическое отделение ООКОД госпитализированы 98 пациенток с ЗНОВ. Плоскоклеточный рак выявлен в 86 случаях (87,75%), саркома вульвы – 4(4,08%), рак бартолиновой железы – 2(2,04%), аденокарцинома – 1 (1,02%), болезнь Педжета – 2(2,04%), меланома – 2(2,04%), десмоид – 1 (1,02%), mts поражение вульвы – 1 (1,02%). Из 4 случаев злокачественных мягкотканых опухолей: в 1 - лейомиосаркома; в 2х - злокачественная фиброзная гистиоцитома, в 1 - эмбриональная рабдомиосаркома. Две больные с III ст ЗНОВ, 2 - с I ст. Проведено комплексное лечение: двухсторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия (ДПБЛ) + радикальная вульвэктомия (РВ) – в 3 случаях. Одной больной выполнена гемивульвэктомия с пластикой + циклы ПХТ препаратами платины, дакарбазина, доксорубицина, винкристина. У одной больной выявлена синхронная злокачественная опухоль поджелудочной железы с прорастанием в магистральные сосуды, специальное лечение было нецелесообразно. В результате лечения 2 больные находятся в ремиссии более 4 лет. Одна больная с III стадией умерла дома через 3 месяца после цикла ПХТ при невыясненных обстоятельствах. Одна больная умерла от прогрессии синхронного рака поджелудочной железы. Больная обнаружила пигментное образование в области клитора, которое в течение года увеличивалось, появилась кровоточивость. В ООКОД произведено иссечение образования, гистологически - веретенчатая пигментная меланома вульвы, III уровень инвазии. Вторым этапом выполнена ДПБЛ. В регионарных узлах опухолевых изменений нет. Больная находится в ремиссии 4 года. Вторая пациентка в течение 2-х лет, обнаружив пигментное образование в области клитора, за помощью не обращалась. В течение 3-х мес быстрый рост образования. Выполнена радикальная вульвэктомия с пластикой перемещенным лоскутом, двухсторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия, гистологически меланома V уровень инвазии. Ремиссия 1 год. Пациентке молодого возраста по месту жительства в течение года проводилось лечение генитального герпеса – с отрицательной динамикой. Направлена в ООКОД, где при биопсии выявлена болезнь Педжета вульвы. Размеры первичного очага 1,0см. Выполнена передняя гемивульвэктомия с пластикой перемещенными кожно-фасциальными предлобково-гипогастральными лоскутами. В течение 2-х лет данных за рецидив заболевания нет. Пациентка 33 лет в течение 5 лет наблюдалась у гинеколога по месту жительства с диагнозом «зуд вульвы», проводилась медикаментозное лечение, без эффекта. В ООКОД взята биопсия, гистологически болезнь Педжета. Первичный очаг 2.5 см, расположен в области клитора. Больной выполнена двухсторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия единым блоком с радикальной вульвэктомией и пластикой перемещенными кожно-фасциальными лоскутами. Данных за рецидив заболевания в течение 2-х лет нет. Пациентка 46 лет в 2006г самостоятельно обнаружила в области промежности образование, с августа 2008г появились боли в области промежности. 26.11.08г в ООКОД произведено иссечение образования. Гистологически экстраабдоминальный десмоид. На II этапе проводится лучевая терапия. Обе большие злокачественными опухолями Бартолиновой железы были первоначально оперированы в общей лечебной сети по поводу «бартолинита». При гистологическом исследовании выявлена аденокарцинома. В ООКОД больным произведена двухсторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия + радикальная вульвэктомия. В лимфатических узлах опухолевых изменений не обнаружено. У одной пациентки в области первичного очага обнаружены очаги аденокарциномы с глубокой инвазией в подлежащую ткань. Больные находятся в ремиссии в течение 4-х лет. Интересно клиническое наблюдение пациентки 67 лет с метастатической опухолью левой большой половой губы. В анамнезе: в 2004г в Софии выполнена операция Дюкена слева, гистологически – метастазы плоскоклеточного рака в

паховых лимфоузлах, первичный очаг при обследовании не обнаружен. В 2005г в МНИОИ им П.А. Герцена выявлен анальный рак (ретроградно – T2N2M0), произведено широкое иссечение геморроидального узла, при гистологическом исследовании - плоскоклеточный рак. На II этапе проведена внутриволостная лучевая терапия до СОД 40 Грей и циклами химиотерапии препаратами цисплатины, блеомицина. В 2007г больная обнаружила опухолевое образование в левой половой губе, увеличение паховых лимфоузлов справа. При обращении в ООКОД в январе 2008г размеры образования большой половой губы увеличилось до 7см в наибольшем измерении, паховые лимфоузлы справа – до 4см. По данным МРТ выявлено метастатическое поражение общих и наружных подвздошных лимфоузлов слева. Больной выполнена пахово-бедренная лимфаденэктомия справа, радикальная вульвэктомия с пластикой перемещенными кожно-фасциальными бедренно-ягодичными лоскутами на ножке. Гистологическое заключение - mts плоскоклеточного анального рака в ткани вульвы, в пахово-бедренные лимфоузлы. На втором этапе проведена ДГТ на область подвздошных лимфоузлов на аппарате ТераТрон до СОД в т.В – 46 Гр. На фоне лечения отмечена полная регрессия опухоли (по данным МР-исследования). Проводятся циклы адьювантной ПХТ по схеме: митомицин, 5-фторурацил, лейковорин. Таким образом, из 12 пациенток с редкими злокачественными новообразованиями вульвы – 9 находятся в ремиссии от 2 до 5лет. Одна пациентка погибла в течение первого года от прогрессирования синхронного рака поджелудочной железы, одна – от возможного осложнения специального лечения.

РАСШИРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ РАКА ЯИЧНИКОВ

*Юркова Л.Е., Хватов А.А., Ривина Е.В., Сабекья И.М.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

Цель. Оценить первый опыт выполнения расширенных операций в комбинации с химиотерапией больным с рецидивами рака яичников с целью создания эффективной технологии лечения. Материалы и методы. Расширенные хирургические вмешательства в объеме передней и/или задней экзентерации малого таза выполнены 7 больным с рецидивами рака яичников при наличии опухолевых конгломератов, прорастающих в прямую кишку или мочевого пузыря, параметральную клетчатку, своды влагалища. Операцию комбинировали с 6 курсами химиотерапии таксанами и препаратами платины в традиционном режиме. Результаты. Из 7 пролеченных больных 6 живы, из них 5 наблюдаются в состоянии клинической ремиссии от 26 до 45 месяцев, 1 – с рецидивом заболевания, возникшим через 10 месяцев после операции. Одна пациентка из 7 оперированных умерла через 6 месяцев от генерализации опухолевого процесса. Заключение. Первый опыт применения расширенных хирургических вмешательств в комбинации с химиотерапией при рецидивах рака яичников показал достаточно высокую эффективность описанной методики лечения.

Онкоурология

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ, РЕГИОНАРНУЮ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ, СЕЛЕКТИВНУЮ ГИПЕРГЛИКЕМИЮ, СВЧ-ГИПЕРТЕРМИЮ

*Агафонова М.В., Жаринов Г.М., Лисицын И.Ю.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

Цель настоящей работы: повышение эффективности комбинированного лечения больных инвазивным РМП путем использования ЛТ, РХТ, локальной СВЧ-гипертермии и селективной ГГ. Материал настоящего исследования составили результаты лечения 143 больных РМП, которые находились в клинике института в период с 1985 по 2003 год. Во всех случаях диагноз был подтвержден данными морфологического исследования - переходноклеточный рак. В зависимости от способа лечения больные РМП составили четыре группы. Первая группа (57 больных) подвергалась самостоятельной ЛТ. Вторая группа состояла из 27 человек, единственным методом лечения которых была регионарная внутриартериальная ХТ. Больные третьей группы (18 человек) лечились комбинированно: ЛТ, регионарная ХТ с одновременной селективной ГГ. Комбинированное лечение 41 больного четвертой группы дополнялось локальной СВЧ-гипертермией. Гипертермию (ГТ) проводили внутриволокнистым методом: СВЧ-датчик вводился в прямую кишку или влагалище. Для внутриволокнистой ГТ использовались аппараты 'PRIMUS' и 'ЯХТА-3'. Самостоятельная ЛТ только у 19,0% больных приводила к достижению первичного клинического излечения. Продолжительность безрецидивного периода составила 9,6 мес, 3-летняя выживаемость – 36,8%, СПЖ умерших больных – 26 мес. В группе больных РМП, получавших РХТ, эти показатели составили, соответственно, 29,6%, 10,8 мес, 51,9% и 36 мес. Сочетание ЛТ, РХТ и ГГ существенно улучшало показатели эффективности лечения: локальный контроль был достигнут в 44,4% наблюдений, продолжительность безрецидивного периода составила 13,6 мес, 3-летняя выживаемость – 66,7%, СПЖ – 43 мес. Включение в схему комбинированного лечения СВЧ-гипертермии в еще большей мере улучшало результаты лечения больных инвазивным РМП: первичное клиническое излечение достигнуто у 69,0% пациентов, длительность безрецидивного периода достигла 18,2 мес, 3-летняя выживаемость – 75,8%, СПЖ – 61 мес. Анализ представленных данных свидетельствует о том, что такие воздействия как регионарная химиотерапия, СВЧ-гипертермия и селективная гипергликемия существенно дополняют лучевое воздействие и способствуют улучшению результатов лечения больных инвазивным РМП.

МОДЕЛИ ПРОГНОЗА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Алексеев Б.Я., Воробьев Н.В., Филимонов В.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Изучение вероятности экстракапсулярной инвазии опухоли (ЭИ) и лимфогенного метастазирования (N+) у больных раком предстательной железы, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ) на основании факторов прогноза. Материалы и методы. В исследование включено 530 больных перенесших РПЭ в 1999-2008гг. Возраст больных составил $63,2 \pm 6,2$ года (46-78), медиана уровня ПСА 11,0нг/мл, интарквартильный размах 7,4-19,5 нг/мл. У 418 (78,9%) больных по данным предоперационного обследования диагностировали локализованный РПЖ, в 112 (21,1%) местно-распространенный. В зависимости от дифференцировки опухоли по шкале Глисона больные распределялись следующим образом: 2-4 балла - 94(17,7%) больных, 5-6 баллов - 266 (50,2%) больных, 7 баллов - 103 (19,4%) больных, 8-10 баллов - 26 (4,9%) больных. Для оценки диагностической эффективности разрабатываемых моделей выделена контрольная группа – 53 (10%) больных. При плановом гистологическом исследовании в основной группе - 477(90%) больных, локализованный РПЖ диагностирован у 260 (54,5%) больных, ЭИ у 140 (29,3%) больных, N+ у – 70 (14,7%), в 7(1,5%) случаях опухоль не выявлена. Для статистической обработки данных применяли следующие программы: Statistica 6,0, MS Excel, MatLab, R, C/C++. Проводили многофакторный линейный, нелинейный и логистический регрессионный анализ. Для оценки эффективности регрессионных моделей использовали значения площади под кривой ROC. Проведен анализ корреляции факторов прогноза и ожидаемого исхода, по результатам корреляционного анализа отобраны наиболее значимые предикторы распространенности опухолевого процесса (процент положительных биоптатов, сумма баллов по шкале Глисона, уровень ПСА, клиническая стадия процесса, наличие ЭИ по данным предоперационного исследования). Выполнен регрессионный анализ, по результатам которого построены модели прогноза. Для оценки эффективности для каждой построенной модели и для каждого исхода по таблицам Партина рассчитана AUC-ROC. Разработанные модели прогнозирования наличия экстракапсулярной инвазии опухоли и метастатического поражения лимфатических узлов позволяют получить хороший уровень соответствия прогнозируемой вероятности исхода и результатов патоморфологического исследования и в сравнении с общепринятыми номограммами (таблицами Партина) обладают большей диагностической эффективностью.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ И РАСШИРЕННУЮ ТАЗОВУЮ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЮ

*Алексеев Б.Я., Ньюшко К.М., Русаков И.Г., Воробьев Н.В., Франк Г.А., Андреева Ю.Ю.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Оценить локализацию метастазов в лимфатических узлах (ЛУ) у больных локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы (РПЖ), перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ) и расширенную тазовую лимфаденэктомию (ТЛАЭ). Материалы и методы. В исследование включено 125 больных локализованным и местно-распространенным РПЖ. Средний возраст больных составил $62,1 \pm 6,7$ лет (46-75 лет). Средний уровень ПСА составил $16,7 \pm 10,2$ нг/мл (3,8-45,72 нг/мл). Клинически локализованный РПЖ (Т1с-Т2с) диагностирован у 87 (69,6 %) больных, местно-распространенный (Т3а) – у 38 (30,4 %). Дифференцировка опухоли по шкале Глисона по данным биопсии составила 2-4 балла у 21 (16,8 %) больного, 5-6 – у 45 (36 %), 7 – у 47 (37,6 %) и 8-10 у 12 (9,6%) больных. Всем больным выполнена РПЭ и расширенная ТЛАЭ с удалением obturatorных, наружных, внутренних, общих подвздошных и пресакральных ЛУ. Границами расширенной ТЛАЭ являлись: нижняя – запирающая мышца, m. levator ani дорсально и огибающая артерия вентрально, верхняя – перекрест общей подвздошной артерии и мочеточника, латеральная – бедренно-половой нерв, медиальная – мочеточник и паравезикальная клетчатка, задняя – obturatorная мышца и крестец. Результаты. Среднее количество удаленных ЛУ составило $23,8 \pm 8,0$ (11-52). Метастазы в ЛУ верифицированы у 35 (28 %) больных. Среднее количество метастазов у больных с N+ составило $2,8 \pm 2,3$ (1-17). С наибольшей частотой (40,9 %) метастазы в ЛУ верифицированы по ходу ветвей внутренней подвздошной артерии. Таким образом, за пределами границ стандартной ТЛАЭ метастазы выявлены в 54,3 % случаев. Расширенная ТЛАЭ улучшает диагностические результаты лимфодиссекции у больных РПЖ. В нашем исследовании с наибольшей частотой метастазы верифицированы во внутренних подвздошных ЛУ. Расширенную ТЛАЭ с удалением внутренних подвздошных ЛУ следует выполнять всем больным РПЖ с высоким и промежуточным риском метастатического поражения тазовых ЛУ.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОЧКИ

*Алексеев Б.Я., Русаков И.Г., Франк Г.А., Андреева Ю.Ю., Калтинский А.С.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Оценить прогностические факторы, влияющие на частоту выявления метастазов (МТС) в регионарных лимфатических узлах (ЛУ) у больных почечно-клеточным раком (ПКР). Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 489 больных ПКР без отдаленных МТС, которым выполнили радикальную нефрэктомия (НЭ) в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А.Герцена в период 1992-2008гг. 351 пациенту выполнили НЭ с расширенной лимфаденэктомией (ЛАЭ) и 138 – НЭ без ЛАЭ. Медиана возраста составила 57 лет, размера опухоли почки 6,5 см. Отношение мужчин к женщинам 1,23/1. По клиническим стадиям больные распределялись следующим образом: сТ1а у 36 (10,2%) больных, сТ1b у 113 (32,2%), сТ2 у 83 (23,6%), сТ3а у 93 (26,5%), сТ3b-с у 24 (6,9%), сТ4 у 2 (0,6%) пациентов. В 31 (8,8%) случае выявлено метастатическое поражение ЛУ. У 15 больных (4,3%) МТС в регионарных ЛУ диагностированы на предоперационном этапе и у 3 (0,8%) пациентов при интраоперационной ревизии. После морфологического исследования метастатическое поражение ЛУ установили только у 13 больных (3,7%). Медиана количества удаленных ЛУ составила 7шт. (2-28), а медиана выявленных МТС – 2шт.(1-14). Размер опухоли почки у больных с лимфогенными МТС достоверно больше, чем без МТС в ЛУ, медиана 8см и 6,5см, соответственно ($p < 0,001$). Частота выявления МТС в ЛУ у больных с размером опухоли $\leq 5,0$ см составила 2,08%, в группе 5,1–10,0см – 9,1% и 19,3% у пациентов с опухолью $\geq 10,1$ см ($p < 0,001$). Выявлена статистически достоверная корреляция между наличием симптоматики ($R=0,16$; $p < 0,001$), клинической стадией ($R=0,19$; $p < 0,001$) и размером опухоли ($R=0,29$; $p < 0,001$) с вероятностью выявления метастатического поражения регионарных ЛУ. При многофакторном регрессионном анализе только клиническая стадия ($p < 0,001$) достоверно коррелировала с вероятностью выявления лимфогенных МТС. Значимыми факторами прогноза являлись: наличие симптоматики, клиническая стадия и размер опухоли. Учитывая низкую частоту метастазирования в регионарные ЛУ (3,7%), ЛАЭ может быть рекомендована больным с опухолью почки > 5 см в диаметре, с наличием симптоматики, увеличенных ЛУ и пациентам с местно-распространенным ПКР.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Андабеков Т.Т., Арзуманов А.А., Рыжкова Д.В.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

Особое место в диагностике рака предстательной железы (РПЖ) занимает метод позитронная эмиссионная томография (ПЭТ). Наиболее широко в онкологической практике применяется аналог нативной глюкозы - 18F-фтордезоксиглюкоза (18F-ФДГ). Сведения об использовании ПЭТ с 18F-ФДГ в стадировании и раннем выявлении рецидива рака предстательной железы немногочисленны, а полученные результаты – противоречивы. Целью настоящего исследования является возможности применения ПЭТ с 18F-ФДГ, как при стадировании РПЖ, так и в раннем выявлении рецидивов. Проанализировано 39 пациентов с диагнозом РПЖ: 6 пациентам ПЭТ выполнялось до лечения основного заболевания, а 24 обследовались в процессе комбинированного лечения, 9 – после радикальной простатэктомии. На заключительном этапе диагностики выполнялась ПЭТ с 18F-ФДГ всего тела («whole body»). Определено, что у больных РПЖ при относительно низких значениях ПСА, внекостные метастазы РПЖ были выявлены только с помощью ПЭТ. Радионуклидная картина, полученная при ПЭТ с 18F-ФДГ на несколько месяцев опережала аналогичные изменения при остеосцинтиграфии. Из 9 пациентов, обследовавшихся в связи с биохимическим рецидивом, после радикальной простатэктомии у 4 метастазы в лимфоузлы диагностированы только с помощью ПЭТ.

ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Андабеков Т.Т., Клочкова Т.Г., Самсонов Р.Б., Евтушенко В.И.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

РПЖ характеризуется относительной непредсказуемостью клинического течения, то есть у пациентов с одинаковой стадией заболевания, степенью дифференцировки опухоли и подходов к лечению течение данного заболевания может различаться. Возможной причиной столь неясного течения заболевания может явиться инфицированность клеток предстательной железы вирусами. Одним из таких вирусов может быть цитомегаловирус (ЦМВ). Целью настоящего исследования является изучение эффективности лечения в зависимости от инфицированности цитомегаловирусом. Для анализа инфицированности простаты у пациентов с локализованным и распространенным опухолевым процессом в исследовании были включены 90 пациентов, из которых 41 выполнена трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы с последующей гормонолучевой терапией, а другим 49 пациентам произведена радикальная простатэктомия (РПЭ). Для ретроспективной оценки инфицированности ткани РПЖ цитомегаловирусом использовался метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Критериями эффективности лечения являлись показатели средняя продолжительность жизни для пациентов, подвергшихся ТУР, и безрецидивная выживаемость для пациентов после РПЭ. По данным ПЦР анализа (рис. 1), все пациенты (n=90) были разделены на 2 группы: 42 больных с выявленной цитомегаловирусной инфекцией предстательной железы и 48 пациентов, у которых не определяется вирусная ДНК в ткани простаты. Отмечена тенденция в уменьшении 5-летней безрецидивной выживаемости у пациентов с ЦМВИ после радикальной простатэктомии, в сравнении с больными, не инфицированными ЦМВ средняя продолжительность жизни пациентов, инфицированных ЦМВ, с момента постановки диагноза РПЖ $27,71 \pm 3,492$ месяц, а у больных РПЖ, не имеющих ЦМВ в ткани предстательной железы, соответственно $76,60 \pm 6,962$. Полученные данные свидетельствуют о том, что инфицированность ЦМВ ткани предстательной железы влияет на эффективность лечения больных раком предстательной железы.

МЕТОД ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ IN SITU ГИБРИДИЗАЦИИ В ИЗУЧЕНИИ ХРОМОСОМНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Андреева Ю.Ю., Рязанцева А.А., Завалишина Л.Э., Петров А.Н., Франк Г.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Изучить хромосомные нарушения при раке мочевого пузыря. В опухолях обнаруживается большое количество структурных хромосомных аномалий: делеции хромосомных районов, вплоть до потери целой хромосомы (моносомии) или увеличение копийности хромосомных районов, или целых хромосом (полисомия), где происходит гиперамплификация протоонкогенов. Исследовано 20 образцов уротелиального рака разной степени дифференцировки и стадии процесса: 10 пациентов с уротелиальной карциномой G1, 4 – G2, 6 – G3; 9 больных с T1-стадия, 6 – T2, 5 – T3; 5 - с метастазами в регионарные лимфатические узлы. Для выявления анеуплоидии по хромосомам 3,7,17 и делеции локуса 9p21 применялся метод флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) с использованием набора фирмы UroVysion (Vysis, США) с центромерными ДНК-зондами к парам хромосом 3, 7, 17 и локуспецифического ДНК-зонда к

хромосоме 9p21. FISH- методом определялась амплификация гена HER2/neu. Результаты и обсуждение. Хромосомные aberrации обнаружены во всех образцах, в 80% – сочетание по трем хромосомам (3,7 и 17). Делеция гена p16 выявлена в 70% случаев. В умеренно дифференцированных и низкодифференцированных карциномах отмечалась выраженная полиплоидия хромосомы 3. Аналогичные изменения отмечены в опухолях T2-3. В части случаев высокодифференцированных карцином найдена выраженная полиплоидия по хромосомам 3 и 7 в сочетании с делецией гена p16. У этих пациентов отмечено последующее прогрессирование опухолевого процесса. Амплификация гена HER2/neu обнаружена в 8,7% с HER2-статусом 2+ и в 41,7% с HER2-статусом 3+. Для умеренно и низкодифференцированных карцином и инвазивных опухолей (T2-3) характерна выраженная полиплоидия хромосомы 3. В высокодифференцированных карциномах с неблагоприятным прогрессирующим течением отмечена полиплоидия по хромосомам 3 и 7 в сочетании с делецией гена p16. Гиперэкспрессия HER2/neu не всегда связана с амплификацией гена, и существуют другие механизмы повышения его синтеза в опухолевых клетках.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БИФОСФОНАТОВ (РЕЗОРБА) У БОЛЬНЫХ С КОСТНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аполихин О.И., Сивков А.В., Чернышев И.В., Ощепков В.Н., Кешишев Н.Г., Костин И.Е., Рабинович Э.З., Гордиенко А.Ю.
НИИ урологии, Москва

У 85-100% больных распространенным раком предстательной железы (РПЖ) отмечается метастатическое поражение скелета. Клетки РПЖ продуцируют биологически активные субстанции, повышающие остеолитическую активность остеокластов, а так же целый ряд факторов роста - медиаторов усиленного синтеза костной ткани остеобластами. Повышенная резорбция костной ткани, несмотря на усиление остеосинтеза, является патогенетической основой развития гиперкальциемии, боли и патологических переломов. Поэтому, назначение бисфосфонатов на основе золедроновой кислоты, ингибирующих активность остеокластов, является важным патогенетическим лечением вышеуказанных осложнений. 30 пациентов (средний возраст 73,3±4,6 лет) с костными метастазами РПЖ получали основное лечение: 15 пациентов – химиотерапию таксотером, 10 – гормональное лечение бусерелином – депо и/или флутамидом, 5 - комбинированное лечение, включавшее бусерелин – депо, октреотид – депо и дексаметазон. Кроме того, всем пациентам проводились инфузии препарата Резорба (ЗАО «Фарм-Синтез», Россия) в дозе 4 мг каждые 28 дней в течение 5 месяцев. В процессе лечения оценивались: динамика болевого синдрома, уровень КЩФ, Са, ПСА, число костных метастазов по остеосцинтиграммам на первом и последнем визитах, побочные и нежелательные явления. Было выявлено статистически достоверное снижение выраженности болевого синдрома при его оценке на основе балльной системы на 80% ($p < 0,001$). Уровни КЩФ и кальция статистически достоверно уменьшились на 35,9% ($p < 0,001$) и 4,5% ($p < 0,001$) соответственно. Зарегистрировано достоверное уменьшение числа метастатических очагов на 40,4% ($p < 0,001$) по данным остеосцинтиграфии на последнем визите, по сравнению с первым. У одного больного на фоне лечения Резорбой костные метастазы исчезли полностью. После первой инфузии отмечалось непродолжительное повышение ПСА до 30%. Все изменения значений ПСА были связаны с основным противоопухолевым лечением. Не было отмечено существенных побочных и нежелательных эффектов. Препарат Резорба является эффективным и безопасным при лечении метастатического РПЖ, поскольку при его назначении происходит статистически достоверное уменьшение боли, уровня КЩФ, кальция, числа определяемых костных метастазов. Препарат может быть рекомендован в качестве средства выбора для лечения костных метастазов РПЖ.

ФЕОХРОМОЦИТОМА НАДПОЧЕЧНИКА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Афанасьева З.А., Гаттрахимов И.Р.
Казанская ГМА, Казань
РОД, Казань

Ретроспективно проанализированы истории болезни 59 больных с новообразованиями надпочечников, проходивших обследование и лечение в Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ Республики Татарстан с 2006 по 2008 г. Из 59 пациентов у 14 (23,7%) обнаружена феохромоцитома. Среди них 11 (78,6%) женщин и 3 (21,4%) мужчин в возрасте от 27 до 67 лет (средний возраст - 47,5 ± 3,2 лет). Злокачественная феохромоцитома была у 3 больных. Основными методами диагностики были УЗИ и РКТ органов брюшной полости. РКТ была проведена у 10 (71,4%) больных. Опухоль до 3 см не была обнаружена ни в одном случае, от 3 до 6 см - у 4 (40%), более 6 см - у 6 (60%) больных. У 12 больных выполнена адреналэктомия, у 1 - резекция надпочечника, у 1 (со злокачественной феохромоцитомой) - пробная лапаротомия. В 1 случае выполнена расширенная адреналэктомия (паракавальная лимфаденэктомия), в 2 случаях - комбинированная операция (резекция нижней полой вены, краевая резекция хвоста

поджелудочной железы). Во время операции проводились срочные морфологические исследования опухоли: цитологическое - у 4, гистологическое - у 12 больных. При срочном цитологическом исследовании морфологическая верификация опухоли оказалась затруднительна. При срочном гистологическом исследовании феохромоцитомы выявлена у 9 (75%) больных, злокачественная опухоль - у 2 (16,6%), эндокриноцитная опухоль - у 1 (8,4%). По результатам планового гистологического исследования злокачественная феохромоцитомы выявлена у 3 (21,4%), доброкачественная - у 11 (78,6%) больных. По данным Канцеррегистра РКОД МЗ РТ на 01.01.2009 г., умер 1 больной со злокачественной феохромоцитомой. Пациент от момента постановки диагноза прожил 6 месяцев. Таким образом, у каждого четвертого больного с новообразованиями надпочечников, оперированного в онкологической клинике, обнаружена феохромоцитомы. Злокачественной оказалась каждая пятая феохромоцитомы.

РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Ашрафян Л.А., Фомин Д.К., Трушин В.И., Третин А.В.
РНЦРР, Москва*

Рак шейки матки (РШМ) является одним из наиболее распространенным заболеванием женской репродуктивной системы и часто сопровождается тяжелыми нарушениями оттока мочи вследствие инфильтрации параметрия. Однако, судить о нарушениях уродинамики в мочеточниковом сегменте с помощью ультразвукографии и рентгеноконтрастных методов исследования может лишь при выраженной дилатации мочевыводящих путей. В настоящее время методов позволяющих оценить ранние нарушения оттока по мочеточникам не существует. Изучение возможностей раннего выявления нарушений оттока по мочеточникам при РШМ радионуклидным методом. Нами были обследованы 55 женщин находящиеся на лечении в РНЦ РР по поводу РШМ I-IV стадии на различных этапах лечения, в возрасте 25 - 74 лет. Всем пациенткам была выполнена стандартная нефросцинтиграфия с определением показателей секреторной и выделительной функции почек. В дополнении к этому мы оценивали скорость транзита радиофармпрепарата (РФП) по мочеточникам по разработанной нами методике, путем расчета разницы интегралов под кривыми «активность-время» на входе и на выходе из мочеточников. Исследование проводилось до начала, в процессе и после завершения лечения. Срок наблюдения составил 6 месяцев. В зависимости от вида проводимого лечения, все пациентки были разделены на три группы: 1 группа - контрольная. В нее вошли 13 женщин, перенесших только хирургическое лечение, у которых в процессе обследования не было выявлено урологической патологии. 2 группа - 7 пациенток, перенесших только сочетанную лучевую терапию. 3 группа - 35 женщин, получивших комбинированное и комплексное лечение. У пациенток 1 группы при исследовании скорости транзита по мочеточникам нами не было выявлено значительной разницы в результатах исследования до и после хирургического лечения. Так, во всех случаях значение интеграла под кривой за 20 минут составило не более 4 000 импульсов, либо определялось отрицательное значение, что свидетельствует об отсутствии накопления РФП в мочеточнике. У женщин 2 группы до лечения на стороне инфильтрации параметрия значение интеграла под результирующей кривой составляло в среднем до 10 000 импульсов за 20 минут, что свидетельствует о задержке РФП в мочеточнике. Показатели значения интеграла на контралатеральном мочеточнике были отрицательными. После лечения определялось отрицательное значение интеграла под результирующей кривой, и при дальнейшем наблюдении, осложнений со стороны органов мочевыделительной системы не наблюдалось. У 8,5% пациенток 3 группы в процессе лечения были выявлены осложнения в виде гидронефроза, потребовавшего дренирования мочеточников. При оценке скорости транзита РФП по мочеточникам у этих женщин до лечения значение интеграла под кривой составляло в среднем 10 000 импульсов, с тенденцией к дальнейшему увеличению данного показателя, с благоприятным течением отмечалось замедление по сравнению с II группой, значения интеграла в отрицательную область. У больных всех трех групп значительной разнице в данных стандартной динамической нефросцинтиграфии при оценке состояния внутривнепочечного оттока в процессе лечения не наблюдалось. Заключение. 1. Разработанная методика оценки транспорта РФП по мочеточникам позволяет выявить задержку транзита РФП на ранних стадиях нарушения, когда другие методы не информативны. Значение интеграла под результирующей кривой до 4 000 импульсов свидетельствует о своевременном пассаже РФП по мочеточнику, и позволяет предполагать отсутствие осложнений со стороны органов мочевыделительной системы. 2. Для больных с местно-распространенным РШМ, характерным признаком нарушения оттока мочи по мочеточникам на стороне поражения является значение интеграла под результирующей кривой в среднем выше 4 000 распадов за 20 мин. 3. Фактором неблагоприятного прогноза в развитии нарушений оттока мочи по мочеточникам является отсутствие значимого уменьшения показателя положительного значения интеграла в процессе лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РОЛЬ СКРИНИНГА В ЕГО ВЫЯВЛЯЕМОСТИ

*Васильева И.Д., Ядыков О.А., Быстров А.А.
Московский ОД №1, Москва*

За последние годы отмечается рост заболеваемости раком предстательной железы во многих странах мира, в том числе и в РФ. В структуре общей онкологической заболеваемости Москвы рак предстательной железы за 5 последних лет переместился с 6-го на 2-е место и составил 32,0 случая на 100 тыс. Большой вклад в увеличении выявляемости рака предстательной железы вносит программа целевой диспансеризации мужского населения по выявлению заболеваний предстательной железы (скрининг), функционирующая с 2003 года. Стандартизованный показатель заболеваемости раком предстательной железы в г. Москве среди мужского населения за последние 9 лет увеличился на 157% (с 28,85 случаев заболевания на 100 тыс. населения в 2000 году до 74,27 случаев в 2008). Прирост стандартизованного показателя смертности менее выражен и за последние 9 лет составил 34% (с 11,2 до 15,0 случаев на 100 тыс. населения). Менее выраженный прирост смертности отражается в увеличении разрыва между показателями заболеваемости и смертности, который с 2000 по 2008 год увеличился в 4,8 раз. Это в свою очередь свидетельствует о раннем выявлении больных и увеличении эффективности лечебных мероприятий. В 2003 году доля активно выявленных больных раком предстательной железы составила 13,9%, в 2008 году этот показатель составил 43,6%. Среди пациентов выявленных активно преобладают больные с I и II стадиями, доля которых в 2008 году составила 68%. В свою очередь, среди пациентов обратившихся самостоятельно I и II стадия заболевания встречается в 48% случаев. Пятилетняя наблюдаемая не скорректированная выживаемость больных раком предстательной железы, поставленных на онкологический учет в 2000-2003 годах в г. Москве составила 53,1% (для всего контингента больных). Выживаемость больных раком предстательной железы как и в случае любого другого онкологического заболевания зависит в первую очередь от стадии. Пятилетняя не скорректированная выживаемость у пациентов с I стадией рака составила 79,3%, со II стадией - 66,4%, с III - 53,7%, с IV - 22,11%. Скрининговая программа по выявлению рака предстательной железы способствует выявлению заболевания на ранних стадиях. Учитывая увеличение доли больных с I и II стадиями можно прогнозировать рост общей выживаемости среди больных раком предстательной железы.

РОЛЬ БИОЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Горчак Ю.Ю., Решетов Д.Н., Жаиков Р.В.
МГМСУ, Москва
ОЦ ОАО «РЖД» при ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко, Москва*

Метод биоэлектротерапии предназначен для лечения онкологических больных путем селективного разрушения клеток злокачественной опухоли. В основе метода биоэлектротерапии лежит феномен электрохимического лизиса опухолевых клеток. Воздействие электрического тока на ткани осуществляется за счет игольчатых электродов из платины или гибких пластинчатых электродов. Целью применения постоянного тока является асептический некроз опухоли с последующим ее отторжением при внутриопухолевом или паратуморальном способе воздействия. Мы располагаем опытом биоэлектротерапии 50 больных раком предстательной железы, у которых сопутствующая соматическая патология и стадия заболевания исключали возможность применения традиционных методов радикального лечения. Воздействие на опухоль осуществляли с помощью 4-х накожных пластинчатых электродов. Анод располагали на коже области лонного сочленения, катод на коже крестца и промежности. Сила тока не превышала 60 мА, напряжение – 20 В. Длительность проведения сеансов составляла 100-180 минут. После проведения первого сеанса биоэлектротерапии все больные отмечали улучшение качества мочеиспускания. При ультразвуковом мониторинге, выполненном после проведения 3-го сеанса биоэлектротерапии, наблюдали снижение скоростей кровотока в области опухолевого узла, уменьшение объема железы и опухоли, что свидетельствует о некрозе опухоли и тромбозе её сосудов. Уменьшение объема предстательной железы и остаточной мочи, а также редукция кровотока в области опухолевого узла, наблюдаются не только в процессе осуществления терапии, но и спустя 3 и более месяцев. Через год после завершения лечения, у всех больных отмечено сохранение всех параметров, определяющих клинический статус: скорость истечения мочи $18,2 \pm 1$ мл/сек, ночные микции отсутствуют или наблюдаются в среднем 1 раз за ночь, средний балл IPSS 14, средний показатель уровня ПСА $0,5 \pm 0,1$ нг/мл, средний объем предстательной железы 48 ± 3 см³, отсутствие очагов патологического кровотока в предстательной железе. При морфологическом исследовании выявлена гистологическая картина аденоматозной гиперплазии, атрофических изменений в ткани простаты; группы опухолевых клеток в состоянии дистрофии, а также фокусы некротических и некробиотических изменений эпителия.

КОМБИНИРОВАННЫЕ, РАСШИРЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

*Гасанов Н.Г., Тагирова А.Г.
Дагестанский РОД, Махачкала*

В настоящее время для улучшения результатов хирургического лечения рака применяются обширные оперативные вмешательства. Это относится и к злокачественным новообразованиям почек. Появившиеся за последние годы единичные сообщения дают обнадеживающие результаты. В связи с этим приводим наш опыт применения комбинированных, расширенных, и сочетанных операций при раке почки. Цель исследования: изучить частоту и возможности применения комбинированных, расширенных и сочетанных операций при радикальной нефрэктомии. В хирургическом отделении онкологического диспансера с 2003г. по 2008г. радикальную нефрэктомии осуществили 144 больным с первично установленным диагнозом рак почки. Возраст колебался от 23 до 78 лет. Большинство составили пациенты старше 55 лет (67%). Внедрение в клиническую практику методов эхографии, компьютерной и магнитнорезонансной томографии позволили еще до операции оценить степень распространенности опухолевого процесса на смежные органы, состояние региональных лимфатических узлов. На основе комплексного исследования намечали план операции, объем выполняемых вмешательств, что позволяло подобрать соответствующую бригаду хирургов. Все оперативные вмешательства осуществлялись срединным лапаротомным доступом с использованием ретракторов Сигала-Кабанова. Во всех случаях производили нефрэктомии. Всего комбинированных операций осуществили 25 (17,7%) больных. При этом с опухолью почки единым блоком дополнительно удаляли надпочечники (в 16 случаях), спленэктомию - 2, краевую резекцию печени - 4, тканей заднебоковой стенки живота - 3. Визуальное распространение опухоли на окружающие органы и ткани подтверждено гистологическим исследованием в 64,2% случаях. К расширенным операциям отнесены радикальные нефрэктомии сопровождающиеся с лимфаденэктомией. Лимфодиссекция выполнялась в стандартном объеме с удалением прекоавальных, латерокоавальных, интераортокоавальных лимфатических узлов от диафрагмы до слияния подвздошных вен при правосторонней локализации опухоли. Удаление левой почки сопровождали лимфаденэктомией с удалением латероаортальных, преаортальных, ретроаортальных и интераортокоавальных лимфатических узлов от диафрагмы до бифуркации аорты. Последние 3 года расширили показания к выполнению лимфодиссекции и производили у всех больных опухолями более 7см, а также при наличии пальпируемых увеличенных лимфоузлов при раке почки меньшего размера. Всего выполнено 76 (52,8%) оперативных вмешательств. Полученные предварительные данные убеждают о необходимости дальнейшего накопления соответствующего оперативного материала с изучением отдаленных результатов. Послеоперационные осложнения и летальности не наблюдались. Следует констатировать, что применение комбинированных и расширенных операций позволило увеличить резектабельность рака почки. У 34 (23,6%) выявлены сопутствующие заболевания, при которых показаны сочетанные оперативные вмешательства: желчекаменная болезнь -15, спаечная болезнь - 6, киста яичников - 2, субсерозная фибромиома - 2, дивертикул Меккеля -1, забрюшинная лимфома -1, базалиома кожи - 4, злокачественные новообразования матки -2 (саркома - 1, аденокарцинома - 1), киста контрлатеральной почки - 1. Наряду с радикальной нефрэктомией всем им произведены адекватные оперативные вмешательства. Сочетанные операции переносились удовлетворительно. Послеоперационные осложнения в стационаре не наблюдались. Комбинированные, расширенные и сочетанные операции не ухудшают ближайшие результаты лечения и вполне удовлетворительно переносятся больными. Применение лапаротомного доступа с ретрактором Сигала - Кабанова позволяет осуществлять указанные операции.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ДАГЕСТАНЕ

*Гасанов Н.Г., Терещенко А.Г., Гасанов Г.Д.
Дагестанский РОД, Махачкала*

В большинстве экономически развитых стран мира отмечается неуклонное увеличение заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. В этой связи, изучение особенностей распространения злокачественных опухолей, динамики заболеваемости и оказываемой онкологической помощи в различных регионах нашей страны позволить рациональному планированию онкологической помощи на региональном уровне и в целом России. Целью работы является изучение особенностей распространения рака мочевого пузыря (РМП) среди населения республики Дагестан (РД) за период с 1999 по 2008гг. Нами проанализированы заболеваемость, смертность и состояние онкологической помощи больным РМП по данным онкологического диспансера за 10 лет. В процессе работы для сравнения, взят материал по заболеваемости и смертности в России (В.И. Чиссова соавтор 2008г.). В России за 2007г. было выявлено 485387 случаев злокачественных опухолей, из них РМП - 13022 (2,68%). Заболеваемость по грубому показателю составило - 9,16. По федеральным округам России наименьшая заболеваемость РМП выявлена в Южном Федеральном округе (ЮФО) - $7,05 \pm 1,08$. ЮФО входит 13 областей, краев, республик, в том числе РД. По заболеваемости РМП РД занимает 12 место в ЮФО за период с 1999 по 2008 г. и относится к региону с низкой заболеваемостью. Всего за этот период в Республиканском онкодиспансере на учет взяты

33236 больных со злокачественными опухолями. Среди них больные РМП были 919 человек, что составляет 2,76%. Грубый показатель заболеваемости за 1999 по 2008 гг. колебался в пределах 3,5 – 4,7 и в среднем соответствовал $3,8 \pm 0,35$. При этом у мужчин РМП диагностировано 759 (82,6%) случаях, а у женщин 160 (17,4%). Полученные данные подтверждает известный факт, что РМП чаще встречается у мужчин. В РД соотношение РМП мужчин и женщин составляет – 4,7:1 (ЮФО – 4,45:1; РФ – 3,8:1). В динамике по пятилетиям отмечается снижение заболеваемости с 4,0 (1999-2003гг) до 3,6 (2004-2008гг), тогда как в России зафиксирован неуклонный рост данного показателя с 8,10 (1999) до 9,16 на 100 тысяч населения. Количество заболевших жителей сельской местности 524 (57,02%), городские – 395 (42,98%). Среднегодовалый уровень по грубому показателю заболеваемости городского населения соответствует 4,2 на 100 тыс.населения, а сельского – 3,6. Как среди городского, так и сельского населения отмечается снижение заболеваемости за последние 5 лет. Особый интерес представляет рассмотрение динамики заболеваемости РМП по возрастно-половым показателям. До 30 лет заболели 0,9%, с 30 до 60 лет – 28,2%, свыше 60 – 70,9%. Пик заболеваемости как мужчин, так женщин приходится на возраст 70 – 74 (в РФ – 65 – 69 лет). Во всех возрастных группах количество заболевших мужчин больше женщин. Смертность от РМП не имеет тенденции к росту. Среднегодовалый показатель составляет 1,98 и почти 2,5 раза ниже среднегодовалого по РФ. Важными показателями диагностики онкологических заболеваний является морфологическая верификация. Морфологическое подтверждение за 1999 по 2008 г. в среднем составляет 77,5%. У всех больных обратившихся онкодиспансер мы добились 100% верификации диагноза. Это связано с широким применением до лечения трансуретрального резектоскопа для осмотра и биопсии из опухоли мочевого пузыря. Изучение структуры заболеваемости РМП по клиническим стадиям позволяет оценить многие вопросы онкоурологической помощи. За последние годы отмечается рост больных РМП с I – II стадией. Доля I – II стадии в 1999-2003гг. составлял 35,5%, а в 2004 – 2008 гг. – 49,8%. Увеличение количество больных с I – II стадией позволило преимущественно проводить органосохраняющие операции: трансуретральная резекция, резекция мочевого пузыря с лимфодиссекцией. Однако доля больных IV стадией из года в год не изменяется и соответствует $14,5 \pm 2,1\%$. Последние 5 лет увеличилось абсолютное число пациентов состоящих на учете. В 1999г. на учете находились 251 больных, то в 2008г. – 427. Индекс накопления возрос с 3,0 до 3,8. Таким образом, анализ заболеваемости и смертности показал, что имеются региональные особенности распространения РМП среди населения Дагестана. В связи с чем, следует проводить дальнейшее эпидемиологические исследования с изучением медико-социальных факторов, влияющие на возникновение РМП в РД.

ГЛУБОКАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ III – IV СТАДИИ

*Гранов А.М., Карелин М.И., Маковецкая К.Н., Лисицын И.Ю.
РНЦРХТ, Санкт-Петербург*

Целью работы являлось повышение эффективности лечения больных раком почки III-IV стадии путем проведения глубокой локальной гипертермии после проведенной эмболизации ферромагнитными материалами (нанночастицами). В середине 90-х годов в РНЦРХТ был разработан эмболизирующий материал, имеющий в качестве наполнителя в полимерной матрице порошкообразные частицы карбонильного железа (α -железа) дисперсностью 2-3 мкм, с изначальной управляемой вязкостью и быстро переходящий в гель после заполнения сосудов опухоли. Препарат получил название "Феррокомпозит". С 1995 по 2005 г. в РНЦРХТ выполнено 84 ферромагнитных эмболизаций почек больным с местнораспространенным и диссеминированным раком почки III-IV стадии. Препарат «Феррокомпозит» вводился в почечную артерию пораженной опухолью почки во время ангиографии. Глубокая локальная гипертермия почки была проведена 21 пациенту. Для проведения процедуры используются электромагнитные колебания частотой $27,12 \pm 0,16$ МГц (длин волны 11,05 м). У 9 больных имелась III стадия заболевания, у 12 - IV стадия. Эти больные в сроки 3-6 недель после сеанса локальной гипертермии были подвергнуты оперативному лечению в объеме нефрэктомии. Противопоказанием к применению сеансов локальной ВЧ - гипертермии являлись: интенсивный почечный кровоток; глубокое расположение органа; наличие выраженной жировой капсулы почки. Трехлетняя выживаемость больных с III стадией после проведенной ГТ, составила 75% (64%- контрольная группа). При этом трехлетняя выживаемость больных с IV после ГТ составила 25% (16%- контрольная группа). «Феррокомпозит» равномерно распределяется во всем объеме опухолевой массы, вызывая некроз более 90% опухоли. Морфологические характеристики почек после сеанса гипертермии показали наличие ишемического и коагуляционного некроза опухолевой ткани. Клиническое применение локальной ВЧ-гипертермии у больных раком почки III-IV стадии дает основание надеяться на улучшение качества паллиативного лечения этой категории больных.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Гранов А.М., Молчанов О.Е., Карелин М.И.
РНЦРХТ, Санкт-Петербург*

Последние два десятилетия характеризуется интенсивным развитием молекулярной биологии и появление данных проливающих свет на особенности взаимодействия опухоли и ее микроокружения. Ряд авторов в настоящее время выделяет три фазы взаимоотношения опухоли и иммунной системы: фаза иммунологического надзора, равновесия и ускользания. Цель исследования: оценить прогностическую значимость иммунологических показателей на разных фазах взаимоотношений в системе организм-опухоль. Под нашим наблюдением находились 142 человека с диссеминированным почечноклеточным раком, 30 человек с диссеминированным раком предстательной железы и 19 человек с рецидивами рака мочевого пузыря. У больных исследовались показатели иммунограммы, включавшие маркеры клеток, вовлеченных в клеточный и гуморальный ответ (CD3, CD4, CD8, CD16, CD56, CD95, CD4+CD8+Treg), а также сывороточная и плазменная концентрация цитокинов (IL-2, 4, 6, 8, 10, 12; IFN- α , γ). 1. Сдвиги в цитокиновой сети более характерны для больных с почечноклеточным раком и раком предстательной железы. 2. У больных раком мочевого пузыря и почечноклеточным раком отмечается «сдвиг» в сторону преобладания факторов гуморального иммунного ответа. 3. У больных с благоприятными прогностическими факторами отмечались более высокие значения «патологических» цитокинов (IL-6, 8, IFN- γ). 4. Изучение динамики иммунологических показателей в свете новых молекулярно-биологических данных относительно взаимоотношения опухоли и ее микроокружения, может существенно дополнить прогностические шкалы, используемые в настоящее время.

АДЬЮВАНТНАЯ ВНУТРИПУЗЫРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПОЗИЦИЙ ХИМИОПРЕПАРАТОВ С ТИЗОЛЕМ

Замятин А.В.¹, Берзин С.А.², Магер В.О.¹, Ильин К.А.¹, Завацкий С.Е.¹, Рожин А.И.³, Орлов А.С.²

1. Свердловский ООД, Екатеринбург

2. Уральская ГМА, Екатеринбург

3. ГКБ №20, Екатеринбург

Цель исследования: оценить и сравнить выживаемость, частоту рецидивов и побочных эффектов у больных немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря промежуточной группы риска после проведения адьювантной внутрипузырной химиотерапии (митоминин, доксорубинин) по традиционной методике и с использованием методики инстилляций этих же химиопрепаратов в составе оригинального проводника – геля «Тизоль». В проспективное исследование включено 121 больной немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря промежуточной группы риска. Анализировались и сравнивались результаты лечения больных в 3-х группах после проведения различных методов лечения. Первая группа - 39 больных, которым после оперативного лечения проводилась адьювантная внутрипузырная химиотерапия по традиционной методике инстилляций. Вторая группа – 38 больных, которым после оперативного лечения проводилась адьювантная внутрипузырная химиотерапия с Тизолем. Третья группа (контрольная) – 44 больных, которым выполнялось только оперативное лечение, без адьювантной терапии. Частота рецидивов в первой, второй и третьей группах составили 33,5%, 7,8% и 47,7%, соответственно. Показатели 2-х летней безрецидивной выживаемости в первой, второй и третьей группах составили 66,5%, 92,2% и 52,3%, соответственно. Наиболее частыми побочными эффектами адьювантной внутрипузырной терапии являлись дизурия (учащенное мочеиспускание, рези, болезненность), микрогематурия, острый химический небактериальный цистит. При использовании традиционной методики инстилляций побочные эффекты развивались в 1,3 раза чаще, чем при использовании для инстилляций композиций химиопрепаратов с Тизолем (23,5% против 17,1%; $p>0,05$). Применение в качестве адьювантной внутрипузырной терапии у больных немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря промежуточной группы риска композиций химиопрепаратов с Тизолем снизило частоту рецидивов в 4,3 раза по сравнению с использованием традиционных растворов ($p<0,05$) и в 7 раз по сравнению с только оперативным лечением ($p<0,05$), и повысило 2-летнюю безрецидивную выживаемость больных на 25,7% ($p<0,05$) по сравнению с традиционной методикой адьювантной терапии и на 39,9% ($p<0,05$) по сравнению с только оперативным лечением. Частота побочных эффектов адьювантной внутрипузырной химиотерапии немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря композициями препаратов с Тизолем – ниже, чем при использовании композиций с физиологическим раствором (23,5% против 17,1%; $p>0,05$).

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИЗОЛЯ В СТЕНКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ УРОТЕЛИАЛЬНЫМ РАКОМ

Замятин А.В.¹, Берзин С.А.², Магер В.О.¹, Ильин К.А.¹, Завацкий С.Е.¹, Рожин А.И.³, Орлов А.С.²

1. Свердловский ООД, Екатеринбург

2. Уральская ГМ; Екатеринбург

3. ГКБ №20, Екатеринбург

Целью исследования являлось оценить распределение Тизоля и установить его содержание в слизистой и мышечной оболочках мочевого пузыря у больных инвазивным раком мочевого пузыря по результатам химического анализа титана (Ti). Для оценки распределения Тизоля в стенке мочевого пузыря больных уротелиальным раком после внутривезикулярных инстилляций Тизоля в виде водного 40% раствора мы определяли содержание титана (Ti) как в слизистой, так и в мышечной оболочке органа. Для исследования были выбраны 4 пациента с раком мочевого пузыря в стадии cT2-3aN0M0. При этом 2 пациента не подвергались, а 2 – подвергались внутривезикулярным инстилляциям водного 40% раствора Тизоля (50мл). Инстилляцией водного 40% раствора Тизоля (50мл) проводились в течение 7 дней перед оперативным вмешательством с частотой 1 раз в сутки. Экспозиция разовой дозы составляла 1 час, после чего пациент самостоятельно опорожнял мочевой пузырь. Последнюю инстилляцию выполняли за 24 часа до операции и опорожняли мочевой пузырь с помощью катетера. В дальнейшем после выполнения больным радикальной цистэктомии исследовались пробы тканей мочевого пузыря. У каждого больного проводили забор материала из слизистой (1 проба) и мышечной (1 проба) оболочек мочевого пузыря. Всего было исследовано 8 проб тканей. Содержание титана (Ti) в пробах определяли атомно-эмиссионным методом химического анализа с индуктивно-связанной плазмой на оптическом спектрометре Optima 4300 DV фирмы PerKin Elmer. Пробу 6-8г растворяли в азотной кислоте (20мл) и доводили до объема 25мл дистиллированной водой. Определение титана (Ti) проводили по его спектральной линии длиной волны 334,940нм. Содержание Тизоля в стенке мочевого пузыря после внутривезикулярных инстилляций определяли с помощью метода химического анализа титана (Ti) в тканях, оперативно удаленных по поводу рака мочевого пузыря, так как титан входит в состав Тизоля. Концентрация титана в различных слоях мочевого пузыря изменялась в зависимости от характеристик исследуемого материала. Титан обнаруживается в стенке мочевого пузыря и в случаях, когда Тизоль в пузырь не вводился. Но концентрация титана в слизистой оболочке мочевого пузыря у пациентов после инстилляций Тизоля в среднем составила 1,7мкг/г, и была примерно в 30 раз выше, чем у больных, которым не проводилось его инстилляций (0,055мкг/г). После введения Тизоля концентрация титана в мышечной оболочке составила в среднем 0,7 мкг/г и была почти в 63 раза выше, чем у больных без инстилляций (0,011мкг/г). Концентрация титана в стенке мочевого пузыря снижалась с увеличением глубины забора материала. У больных, которым не проводились инстилляций Тизоля, наибольшая концентрация титана фиксировалась в слизистой оболочке и в среднем приблизительно в 5 раз превышала его концентрацию в мышечной оболочке. После инстилляций Тизоля наибольшая концентрация титана также наблюдалась в слизистой оболочке, и была в среднем в 2,4 раза выше, чем в мышечной оболочке. Таким образом, результаты проведенного исследования указывают во – первых на фоновое наличие титана в стенке мочевого пузыря. При этом его концентрация в слизистой в среднем в 5 раз выше, чем в мышечной оболочке. Во – вторых, внутривезикулярные инстилляций Тизоля приводили к значительному увеличению концентрации титана в слизистой (в 30 раз) и мышечной (в 60 раз) оболочках, что указывает на глубокое проникновение препарата во все слои стенки мочевого пузыря.

ФАРМАКОКИНЕТИКА ТЕХНЕФИТА ПРИ ЕГО ВНУТРИПУЗЫРНОМ ВВЕДЕНИИ БОЛЬНЫМ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СОСТАВЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА 0,9% NaCl И В КОМПОЗИЦИИ С ТИЗОЛЕМ

Замятин А.В.¹, Берзин С.А.², Магер В.О.¹, Ильин К.А.¹, Завацкий С.Е.¹, Рожин А.И.³, Орлов А.С.²

1. Свердловский ООД, Екатеринбург

2. Уральская ГМА, Екатеринбург

3. ГКБ №20, Екатеринбург

Определить и сравнить фармакокинетику Технефита при его внутривезикулярном введении больным немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря в составе физиологического раствора 0,9% NaCl и в композиции с Тизолем. Технефит - радиофармацевтический препарат (РФП) диагностического назначения, который представляет собой коллоидный раствор радиоактивного изотопа технеция-99m, и может являться меченым аналогом любого их химиопрепаратов инстиллируемых в мочевой пузырь при внутривезикулярной химиотерапии немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Фармакокинетика Технефита в стенке мочевого пузыря изучалась методом сцинтиграфии радиоактивного изотопа технеция-99m, который вводили, как в составе физиологического раствора 0,9% NaCl, так и в композиции с Тизолем. Активность препарата (Технефита объемом 5 мл) до его введения в мочевой пузырь принимали за единицу (активность приготовленных растворов). Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе в мочевой пузырь вводили Технефит (5мл), разведенный в 45мл физиологического раствора 0,9% NaCl; после экспозиции в течение 90 минут препарат эвакуировали и проводили оценку накопления индикатора в тканях мочевого пузыря путем измерения активности оставшегося в них препарата. Далее осуществляли замеры активности индикатора в тканях мочевого пузыря через 6 и 24 часа с момента инстилляций. На втором этапе исследования, который начинался с момента окончания последних измерений, проводили повторную инстилляцию Технефита (5мл), но разбавленного водным 40% раствором Тизоля (45мл). После 90 минут

экспозиции мочевого пузыря больного опорожняли с помощью катетера и снова проводили измерения остаточной активности индикатора через те же промежутки времени, как и на первом этапе исследования. При оценке результатов этого двухэтапного исследования определялось соотношение показателей кинетики индикатора в стенке мочевого пузыря. На первом этапе исследования (через 90 минут с момента инстиляции и после эвакуации препарата) показатель накопления индикатора, разведенного физиологическим раствором 0,9% NaCl, в мочевом пузыре составил 0,546. После введения лекарственной композиции Технефита с водным 40% раствором Тизоля - 0,791. Следовательно, при введении композиции Технефита с Тизолем накопление индикатора после 90 минут экспозиции в мочевом пузыре оказалось в 1,5 раза выше, чем при введении Технефита в составе физиологического раствора. Через 6 часов от момента инстиляции показатели накопления индикатора в стенке мочевого пузыря при использовании Технефита, разведенного в физиологическом растворе, и композиции Технефита с Тизолем снизились и составили 0,215 и 0,421, соответственно. При использовании композиции Технефита с Тизолем накопление индикатора через 6 часов от момента инстиляции в стенке мочевого пузыря снизилось в 1,8 раза, а при введении технефита в составе физиологического раствора - в 2,5 раза. Следовательно, при введении Технефита в композиции с Тизолем его остаточная концентрация в стенке мочевого пузыря с течением времени оказывается более высокой по сравнению с введением этого же препарата в составе физиологического раствора. Через 24 часа от начала первого и второго этапов исследования нормированные показатели активности индикатора в зонах интереса не превышали 0,05. При внутривезикулярном введении Технефита в композиции с Тизолем его содержание и продолжительность пребывания в стенке мочевого пузыря по сравнению с инстиляцией Технефита в составе физиологического раствора 0,9% NaCl увеличились в 1,5 и в 1,3 раза, соответственно. Это указывает на возможность более интенсивного и более длительного контакта лекарственных препаратов с тканью мочевого пузыря при их внутривезикулярном введении в композиции с Тизолем.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ

*Калтинский А.С., Алексеев Б.Я., Русаков И.Г., Поляков В.А., Верещагин Г.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Оценить эффективность и безопасность использования радиочастотной абляции (РЧА) в обеспечении адекватного интраоперационного гемостаза при выполнении лапароскопической резекции почки (ЛРП) у больных ранним почечно-клеточным раком (ПКР). В отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А.Герцена в период 2006-2009гг выполнено 27 ЛРП с применением РЧА. Медиана размера опухоли по данным предоперационного УЗИ забрюшинного пространства составила 2,5см (1,1–5,2). Медиана возраста пациентов – 53года (37–79). Оперативное вмешательство выполняли трансперитонеально. Применяли монополярную установку Cool-Tip RF, фирмы Tyco-Valleylab с одноигльчатый зондом (17Gauge, длина 20см, рабочая поверхность 20мм) и набором пассивных электродов. Введение зонда производили под УЗ-контролем по предполагаемой линии резекции, отступя 5-7мм от края опухоли. Медиана времени РЧА – 15 мин (15-30), около 2мин. на каждую точку. Функция почек оценивалась на основании показателей уровня мочевины, креатинина и К⁺ сыворотки крови. Медиана предоперационных показателей уровня мочевины составила 5,6ммоль/л (3,8-7,5), креатинина – 96мкмМ/л (59-127) и К⁺ - 4,7ммоль/л (4,0–5,5). Медиана времени наблюдения составила 14мес. (1-31). В 22 случаях вмешательство прошло без осложнений, у 2 больных диагностирован мочевой свищ, закрывшийся после стентирования мочеточника на 5-7 сутки, у 1 больного выявлена гематома, потребовавшая дренирования, у одного больного - травма мочеточника, потребовавшая стентирования и ушивания мочеточника атравматической нитью. У одного больного повреждена почечная вена, что привело к большей кровопотере (1100мл) и потребовало клипирования дефекта. Осложнения преимущественно встречались на этапе освоения методики. Медиана времени операции составила 120мин (90-210), кровопотери - 100мл (50-1100мл), а времени пребывания в стационаре - 9дней (5-18дней). Анальгетики использовали у всех больных в раннем послеоперационном периоде: наркотические не более 1 дня, ненаркотические от 1 до 5 дней (медиана-2дня). По данным морфологического исследования размер опухоли варьировал от 1 до 4см (медиана-2,5см), у 16 (59,3%) пациентов выявлен светлоклеточный вариант ПКР, у 5-ти (18,5%) хромофобный, у 4-х (14,8%) папиллярный, у 1 (3,7%) онкоцитомы и у 1 (3,7%) ангиолипома. Во всех случаях некротизированный край резекции - без опухолевого роста. На 7 сутки медиана послеоперационных показателей уровня мочевины составила 5,7ммоль/л (3,6-8,7), креатинина – 113 мкмМ/л (85-277) и К⁺ 4,78ммоль/л (3,9–5,37). В настоящее время все пациенты живы с хорошей функцией почек, без признаков рецидива. Разработана оригинальная методика формирования интраоперационного гемостаза при помощи предшествующей РЧА при выполнении органосохраняющих операций на почке. К основным достоинствам методики относятся: облегченное удаление опухоли на обескровленной после РЧА паренхиме и дополнительная радиочастотная обработка края резекции с аблативной целью и снижением частоты рецидивирования.

РОЛЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Каприн А.Д., Гафанов Р.А., Фастовец С.В.
РНЦПР, Москва*

Неудачи терапии генерализованного рака предстательной железы (РПЖ) во многом обусловлены развитием резистентности опухоли к осуществляемому медикаментозному воздействию. При этом у 20-30% больных РПЖ возникновение гормональной резистентности отмечается уже на первом году лечения. В настоящее время проведен ряд клинических исследований, показывающие эффективность и безопасность применения аналогов соматостатина в сочетании с дексаметазоном, на фоне медикаментозной кастрации бусерелином-депо у больных с гормонорезистентным РПЖ (ГР-РПЖ). В РНЦПР проводится протокол исследования комбинированной терапии соматостатинами, а именно октреотидом-депо пациентов с ГР-РПЖ. В настоящий момент в исследовании продолжают участвовать 19(82%) пациентов из 23. Четверо больных (18%) выбыли из исследования по причине прогрессирования заболевания. Возраст пациентов, включенных в наше исследование, варьировал от 57 до 79 лет, в среднем он составил 66.56, вес пациентов в среднем составлял 86.0 кг (65-112). С оценкой статуса по ECOG 0 был у 12 больных, 1 у 11 больных. Уровень исходного гемоглобина был в среднем 117 г/л (от 94 до 146), щелочная фосфатаза колебалась от 49 до 997 Ед/л, в среднем составила 131 Ед/л. У 16 больных (89 %) при гистологическом исследовании верифицирована аденокарцинома, у 10 (43%) больных умеренная, у 11 (47.8%) низкая дифференцировка опухоли, а 2 (9%) больных недифференцированный рак. Индекс Глисона < 7 у 17 (74%) пациентов, 8-10 у 6 (26%). Исходный уровень ПСА в среднем составлял 171.9 нг/мл, минимальный показатель 15.0 нг/мл, максимальный 378.7 нг/мл. При анализе полученных данных можно сказать, что 20 (87%) больных из 23 ответили на проводимое комбинированное лечение октреотидом-депо, из них регрессия заболевания отмечена у 13 (56%) больных, стабилизация у 7 (22%), а прогрессирование у 3 (15%) пациентов. Можно отметить, что пациенты, которые отвечали на лечение после первых циклов терапии, продолжали положительно отвечать на проводимое лечение в последующем, а те пациенты, у которых развивалась резистентность к дозе октреотид-депо 20 мг, отвечали положительно на увеличение дозы до 30 мг. На сегодняшний момент после 11.5 месяцев исследования комбинированного лечения октреотидом-депо можно сказать, что наступление объективного прогрессирования заболевания по показателю ПСА сыворотки крови наступает в среднем через 6.5 месяцев. Но, учитывая продолжительность нашего протокола (11.5 месяцев) можно не сомневаться, что в дальнейшем при продолжении нашего исследования наступление прогрессирования будет отдаляться. Хотелось бы отметить, что некоторые пациенты после первых циклов введенный препарата отвечали объективно, у них уменьшались костные боли, улучшалось качество жизни, но при этом продолжался рост ПСА. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что снижение уровня ПСА является прогностическим фактором, но не может служить достаточным основанием для отказа от намеченного лечения. Преждевременное прекращение терапии в связи с повышением уровня ПСА, может означать для многих больных нереализованную возможность, которая открывается благодаря лечению октреотидом-депо, а именно: нереализованную возможность продлить жизнь больного. Октреотид-депо – высокоэффективный отечественный длительно действующий аналог соматостатина, способный оказывать лечебный эффект у 85% больных с гормонорезистентным раком предстательной железы. Октреотид-депо является безопасным препаратом, у всех больных, которым проводилась комбинированная терапия каких либо побочных эффектов и нежелательных явлений не отмечено. Октреотид-депо по эффективности не уступает зарубежным аналогам.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Каприн А.Д.¹, Костин А.А.¹, Ицыбульский А.Д.¹, Шестаков А.В.¹, Мирсадыков М.М.¹, Даниелян А.А.²
1. РНЦПР, Москва
2. 442 ОВГ, Москва*

В связи с повышением требований к качеству жизни и признанием удовлетворительной сексуальной активности одним из наиболее важных критериев его оценки, проблема лечения эректильных расстройств в настоящее время практически не имеет возрастных ограничений. Поскольку многие мужчины пожилого возраста, составляющие большинство среди больных, подвергающихся комплексному лечению РПЖ, вкладывают в понятие улучшения качества жизни не только улучшение качества мочеиспускания, но и качество сексуальной жизни, столь высокий процент эректильной дисфункции после лечения требует пристального внимания врачей и исследователей к этой проблеме. В исследовательскую группу вошли 107 мужчин местнораспространенным РПЖ, которым было проведено комплексное лечение в объеме сочетанной лучевой терапии (брахитерапии СОД 110 Гр + ДЛТ СОД 44-46 Гр.) или лечение в объеме стандартного 6-польного фотонного облучения с уровнем очаговых доз на весь объем малого таза и локальными дозами в диапазоне 68-72 Гр. Основная группа исследуемых пациентов, для которых

сохранение, а также возможное улучшение эректильной функции представлялось актуальной задачей, состояла из 42 мужчин (57% - СЛТ, и 43% - ДЛТ) в возрасте от 51 до 72 лет (средний возраст 63,1 года). Всем пациентам исследовательской группы, в независимости от того или иного характера выявленных нарушений назначена терапия ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа. Анализ результатов проведенного лечения позволил отметить положительный эффект у всех пациентов исследуемой группы. В сроки наблюдения до 1 года на фоне проводимой терапии сексуальная адаптация наступила у 54,7% пациентов. У остальных 45,3% пациентов в сроки наблюдения 1 года по-прежнему сохранялись жалобы на проявления выраженной эректильной дисфункции (по данным опросников МИЭФ-5). Таким образом, после комплексного лечения местнораспространенного РПЖ, применение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа позволяет снизить выраженность эректильных нарушений и является более эффективной у больных после проведения сочетанной лучевой терапии.

НАРУШЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Каприн А.Д.¹, Костин А.А.¹, Цыбульский А.Д., Шестаков А.В.¹, Клименко А.А.¹, Кочетов А.Г.², Шоуа А.Б.², Ким А.В.³

1. РНЦРР, Москва

2. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва

3. ОД, Москва

Сохранение эректильной функции является одним из основных параметров, определяющих уровень качества жизни больных после радикального лечения рака предстательной железы (РПЖ). Это должно учитываться при выборе тактики лечения больных локализованным РПЖ. Сохранение эректильной функции (ЭФ) - одна из основных мотиваций, влияющих на выбор пациентами брахитерапии среди методов радикального лечения локализованной формы РПЖ. С вероятностью 53-86%, ЭФ сохраняется спустя 1-6 лет после имплантации источников. Возможность сохранения сексуальных отношений в дальнейшей жизни имеет немаловажное психологическое и социальное значение для пациентов. Всеми больными локализованным РПЖ заполнялся опросник AMS (Androgen Male Status), в котором оценивалась динамика изменений психологических, соматических и сексологических показателей на фоне проведения лечения. Снижение показателей сексологической шкалы, включающих в себя способность и частоту сексуальных отношений, количество утренних эрекций, сексуального желания (либидо) было отмечено у 24,2% пациентов после проведения брахитерапии. Однако, показатель потенции был выше в возрастной группе 50-59 лет (92%), чем у пациентов 60-69 лет (64%) или пациентов 70-79 лет (58%). При этом надо учитывать тот факт, что 74% больных вышеуказанные симптомы различной степени выраженности отмечали и в дооперационном периоде. При последующем наблюдении в течение 1-3 лет снижение ЭФ пациентов не отмечалось. Среди пациентов с сохранявшимся в течение всего времени наблюдения ЭФ, большинство (51%) применяли дополнительные средства, такие как ингибиторы ФДЭ-5. 77% пациентов, у которых ЭФ была сохранена, отмечался болевой синдром в момент эякуляции. Среди всех радикальных методов лечения локализованного РПЖ, брахитерапия является наиболее благоприятной в отношении восстановления ЭФ. Дополнительное назначение препаратов группы селективных ингибиторов цГМФ-специфической ФДЭ-5 ускоряет процесс восстановления эрекции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Каприн А.Д.¹, Костин А.А.¹, Шестаков А.В.¹, Кочетов А.Г.², Ситников Н.В.², Шоуа А.Б.², Ким А.В.³

1. РНЦРР, Москва

2. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва

3. ОД, Москва

Несмотря на имеющиеся успехи в лечении злокачественных новообразований и увеличивающиеся сроки выживаемости больных раком мочевого пузыря (РМП), качество жизни становится немаловажным показателем эффективности лечения. Одним из основных критериев качества жизни у больных мужского пола, особенно в молодом возрасте, является сохранение эректильной функции. В настоящее время основным методом лечения является радикальная цистпростатвезикулэктомия. При выполнении операции придерживаются 2 основных целей: 1) сохранить онкологический контроль, 2) повышение функциональных решений для удержания мочи и эректильной функции. В этой связи оптимизация подходов к хирургическому лечению больных с инвазивным РМП является актуальной проблемой. За период с 2002 по 2005 г. на базе отделения онкоурологии РНЦ РР 24 пациентам была выполнена радикальная цистпростатвезикулэктомия, у 7 больных деривация мочи осуществлялась созданием ортотопического мочевого пузыря, в возрастном диапазоне 52 – 68 года. Из них у 8 больных в дооперационном периоде отмечалась эректильная функция. В послеоперационном периоде (через 6 месяцев) у одного пациента

отмечалась стойкая эректильная функция без применения селективных ингибиторов циклического ГМФ. Через 12 месяцев после операции у двух пациентов отмечается эректильная функция без применения лекарственных средств и у двух пациентов появление эректильной функции на фоне приема селективных ингибиторов циклического ГМФ. У всех наблюдаемых больных 3-летний период безрецидивной выживаемости составил 100%. Таким образом, применение нервосберегающего метода радикальной цистпростатавезикулэктомии целесообразно у пациентов с наличием стойкой эректильной функции до операции.

ИНИЦИАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПСА, КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БРАХИТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Каприн А.Д., Хмелевский Е.В., Иванов С.А., Фастовец С.В.
РНЦПР, Москва*

Брахитерапия является высокотехнологичным, малоинвазивным и эффективным методом лечения рака предстательной железы (РПЖ). В настоящее время внутритканевая лучевая терапия входит в стандарты лечения РПЖ. Постоянно возрастающий интерес к брахитерапии объясняется ростом заболеваемости и потребностью в методах локальной терапии. Хорошая клиническая эффективность и малотравматичность брахитерапии сделали её методом выбора в лечении ранних стадий РПЖ. В настоящее время критериями отбора пациентов для проведения брахитерапии являются: ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет; гистологически подтвержденная аденокарцинома простаты; отсутствие метастазов; объем простаты менее 50 куб.см; ПСА < 50 нг/мл. Оценить прогностическое значение инициального уровня простатического специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови больных РПЖ на отдаленные результаты брахитерапии. В исследование включены истории болезней 123 пациентов с диагностированным локализованным и местнораспространенным РПЖ. Возраст больных колебался от 50 до 79 лет (средний возраст $67,3 \pm 6,5$ года). Пациенты были разделены на 3 группы. В I группу вошли больные с локализованным РПЖ с благоприятным прогнозом (критерии ESTRO): стадия T1-T2в, ПСА менее 10нг/мл, индекс Глиссона < 7 (56 человек - 45,5%). II группу составили больные (27 человек - 22%) с промежуточным прогнозом: стадия T1 - T2с, простатический специфический антиген 10 - 20 нг/мл или индекс Глиссона = 7 нг/мл. III группу составили больные с неблагоприятным прогнозом: стадия T1-T3, ПСА > 20 нг/мл, индекс Глиссона > 7 (40 человек - 32,5%). В большинстве случаев (79,6% больных) пациенты относились к группам хорошего и промежуточного прогноза. Для оценки прогностического значения уровня ПСА в сыворотке крови больных РПЖ на исход лечения изучили уровень ПСА в разные временные промежутки после лечения у больных данной группы. В сыворотке крови всех обследованных пациентов инициальный уровень ПСА находился в пределах от 2,1 до 189 нг/мл, среднее значение составило 17,51 нг/мл. Среднее значение концентрации антигена в крови больных I группы превышало нормальный уровень маркера в 1,6 раза, во II группе - в 3,4 раза и в III группе в 12,2 раза. Далее проводился анализ результатов ПСА каждой группы за 18 месяцев наблюдения. Установлено, что в крови всех пациентов (123 человека) уровень ПСА через 3 месяца после брахитерапии снизился более, чем на 50%, через 6 месяцев уровень ПСА у обследуемых I группы, по сравнению с данными 3 месяцев, незначительно снизился. У обследуемых II и III групп, наоборот имел тенденцию к повышению с последующим снижением на следующих этапах обследования. У 80,5% (99 человек) обследуемых пациентов значение антигена менее 1 нг/мл (0,01 - 0,9нг/мл) отмечалось уже через 6 месяцев обследования. У 4,9% больных (6 человек) через 18 месяцев наблюдения зарегистрировано повышение уровня ПСА, по сравнению с предыдущими этапами. После оценки изменения концентрации ПСА оценивалась безрецидивная выживаемость у пациентов с различным инициальным уровнем ПСА. В I группе обследуемых (46,3%) в течение 12 месяцев безрецидивное течение наблюдалось у всех пациентов. Через 60 месяцев после брахитерапии безрецидивная выживаемость составила 94%. Эти цифры не снижались для данной группы на протяжении всего периода наблюдения. Во II группу (29,2%), через 12 месяцев, 89% сохраняли безрецидивное течение, что значительно не отличается от результатов I группы. Через 32 месяца безрецидивный показатель снизился до 84% и не изменялся на всем протяжении наблюдения. III группа (29 пациентов - 48,4%), через 12 месяцев, значение безрецидивной выживаемости составило 90%, через 2 года снизилось до 82%, а пятилетняя выживаемость составила 69%, что достоверно отличается от показателей первых двух групп. Исходя из практического применения полученных данных, оценивали относительную вероятность развития рецидива у больных с различным значением предоперационного уровня ПСА. Если за единицу вероятности развития рецидива принять вероятность рецидива у наиболее благоприятной I группы больных, тогда вероятность развития рецидива у больных II группы в 1,2 раза превосходит вероятность развития в I группе. Вероятность развития биохимического рецидива у больных III группы с ПСА более 20 нг/мл в 2,9 раза превосходит вероятность его развития в I группе. Инициальный уровень ПСА позволяет делать достоверные выводы о возможности возникновения рецидива и безрецидивной выживаемости у больных раком предстательной железы.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Каприн А.Д., Цыбульский А.Д., Сосновский В.В.
РНЦРР, Москва*

Одним из актуальных вопросов современной онкоурологии продолжает оставаться рак предстательной железы (РПЖ). Увеличивающаяся в развитых странах продолжительность жизни, общемировая тенденция к старению населения обуславливают рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, в т.ч. РПЖ. Эректильная дисфункция – один из самых распространенных осложнений комплексного лечения РПЖ. Нарушение эректильной функции обычно больными умалчивается, хотя это не означает, что для них это менее важная проблема. Данный симптомокомплекс, находится на первом месте по частоте встречаемости, что подтверждено анкетированием больных. Не менее важен вопрос, на сколько нарушение эректильной функции влияет на качество жизни каждого больного и как появление эрекции в послеоперационном периоде повлияет на качество жизни. Однако, наличие других жалоб, таких как острая задержка мочеиспускания, наличие цистостомического дренажа, болевой синдром, как правило, стоят первостепенно и являются основополагающими в определении качества жизни больных местнораспространенным РПЖ. В исследование включено 107 больных раком предстательной железы в стадии T1-3, N0-1, M0. В основу работы были положены результаты исследований уродинамики, качества жизни, данных самоопросников. Больные местнораспространенным раком предстательной железы были распределены на 3 группы. I группа 58 больных местнораспространенным РПЖ, получивших ДЛТ по радикальной программе. II группа 33 больных местнораспространенным РПЖ, получивших лечение в объеме сочетанной лучевой терапии (СЛТ) (брахитерапия СОД 110 Гр., с последующей ДЛТ СОД 44-46 Гр.). III группа 16 больных, которым после проведенного хирургического лечения в объеме радикальной простатэктомии по поводу локализованного рака предстательной железы, выявлен местнораспространенный процесс, по поводу чего пациентам была проведена ДЛТ на малый таз. Все пациенты до проведения лучевого или хирургического лечения получали гормональную терапию в режиме МАБ или монотерапию антиандрогенами. При обследовании после проведенного лечения получены следующие данные: урологические осложнения ДЛТ и СЛТ в группах; - осложнения ДЛТ СЛТ РПЭ; - выраженное ухудшение эректильной функции 46,55% 33,3% 100% У больных раком предстательной железы после лечения эректильная дисфункция наблюдалась во всех группах. Однако следует отметить, что в группе больных, которым было проведено лечение в объеме радикальной простатэктомии с последующей дистанционной лучевой терапией эректильная дисфункция тяжелой степени наблюдалась у всех пациентов.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

*Карнаух П.А., Ивахно К.Ю.
Челябинский ООД, Челябинск*

В ряду онкологических заболеваний органов малого таза большая часть приходится на долю колоректального рака (4-е место в структуре онкологической заболеваемости). Местное распространение опухолевого процесса с прорастанием в соседние органы таза происходит у 10-31% больных. При этом в 50,3 – 60,2% случаев в патологический процесс вовлекаются органы мочевой системы. В связи с этим, объемы хирургических пособий расширяются до комбинированных операции. В данной ситуации важным является не только соблюдение принципов онкологического радикализма, но и поиск путей хирургической реконструкции резецированных или удаленных органов (М.С. Лихтер и др., 2006). В ЧООД за последние 6 лет оперировано 56 больных с местнораспространенным колоректальным раком (T4) с вовлечением в опухолевый процесс органов мочевой системы. Мужчин было 46,4%, женщин- 53,6%, средний возраст составил 58,1 года. Первичная опухоль локализовалась в восходящей ободочной кишке у 3,6 % пациентов, в нисходящей - у 7,2 %, в сигмовидной - у 28,6 %, в прямой - у 60,6 %. Всем больным произведены различные комбинированные операции с резекцией поражённых отделов мочевой системы. При этом были выполнены следующие операции на кишечнике: операция Гартмана – у 32,1%, передняя резекция прямой кишки – у 21,4%, резекция сигмовидной кишки – у 19,6%, гемиколэктомия – у 7,2 %, брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки – у 9,0 %, восстановление толстокишечной непрерывности – у 10,7 %. При этом выполнена резекция мочевого пузыря – у 40,2% больных, резекция мочевого пузыря и мочеточника – у 23,4%, субтотальная резекция мочевого пузыря – у 7,7%, цистэктомия – у 10,9%. Изолированное вовлечение мочеточников в патологический процесс наблюдалось в 17,9 % случаев. Реконструкция мочевыделительной системы произведена в следующем объеме: цистоилеопластика – у 4 (7,65%), гетеротопическая ИЦП – у 6 (10,85%), ушивание мочевого пузыря и эпицистостомия – у 23 (40,2%), уретероцистостомия – у 15 (26,8%), уретеро-уретероанастомоз – у 5 (9,1%), уретероилеопластика – у 3 (5,4%) больных. Осложнения послеоперационного периода со стороны органов мочевой системы наблюдалось в 26,8 % случаев. Из них воспалительные осложнения - острый пиелонефрит и обострение

хронического пиелонефрита наблюдалось в 17,9 % случаев. Несостоятельность анастомозов имела место у 2-х больных (3,6%), стриктура уретерорезервуарного анастомоза – у 1 (1,8%), лигатурные конкременты – у 2-х (3,6%). Летальность составила 7,7%, при этом ни одно из указанных осложнений не явилось прямой её причиной. Таким образом, выполнения комбинированных операций расширяет показания для радикального хирургического лечения на органах малого таза, с вовлечением в опухолевый процесс мочеполовых органов, и не должно являться причиной отказа. Резекция различных отделов мочевой системы не оказывает существенного влияния на послеоперационную летальность, а выбор восстановительной пластики улучшает качество жизни больных.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Карнаух П.А., Ивахно К.Ю.
Челябинский ООД, Челябинск*

Метастазирование в тазовые лимфатические узлы при раке предстательной железы является важным этапом прогрессии опухоли, свидетельствующим о возможности диссеминации опухолевых клеток, что требует проведения специального лечения, определяет прогноз заболевания (И.Г. Русаков, Б.Я.Алексеев, 2005). Наиболее точную информацию о состоянии лимфатических узлов дает лимфаденэктомия, которая выполняется либо во время радикальной простатэктомии, либо как самостоятельное (лапароскопическое) вмешательство у пациентов перед радикальным хирургическим или лучевым лечением. (D.G.Skinner, 1997г.). За последние 8 лет в отделении урологии ЧОКОД выполнено 134 радикальных простатэктомий пациентам, у которых до операции был установлен диагноз локализованного РПЖ.. Возраст больных составил в среднем 62,4 года. Уровень ПСА составил в среднем 27,9 нг/мл (0,45 до 115 нг/мл), градация по Глиссону: до операции – в среднем 4 балла, после операции - в среднем 5 баллов. Всем больным была выполнена радикальная позадилоная простатэктомия, включающая тазовую лимфаденэктомию. Имели место следующие осложнения: в 27 случаях развился лимфостаз половых органов различной степени выраженности; в 2-ух случаях - кровотечение, одно из которых потребовало хирургического гемостаза; у 13 больных возникла лимфорейя, прекратившаяся к 5 суткам. У 30 больных (22,4%) были выявлены метастазы рака в лимфоузлы, что потребовало изменения стадии заболевания на IV. В последующем этим больным проведена гормонотерапия. Послеоперационной летальности не было. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 8 лет. Умерло 2 пациента от прогрессирования процесса через 25 и 28 месяца после операции. Прогрессирование отмечено у 13 больных (у 8-биохимический рецидив, у 2-местный рецидив, у 3-костные метастазы). Таким образом, тазовая лимфаденэктомия не сопровождалась значительными осложнениями и позволила уточнить стадию заболевания 22,4% больных, подвергшихся простатэктомии.

ЦИСТЭКТОМИЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ: МЕСТО В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Карнаух П.А., Бендовский С.М.
Челябинский ООД, Челябинск*

В лечении инвазивного рака мочевого пузыря ведущее значение имеет хирургический метод. У 59,2% пациентов (Матвеев Б.П., 2001 г.), диагноз устанавливается в 3 и 4 стадии заболевания, когда проведение органосохранной операции не целесообразно. В этом случае, а также при мультицентричном характере роста опухоли, основным видом лечения является цистэктомия. Кроме того, в последнее время цистэктомия выполняется с целью достижения гемостаза при неэффективности других консервативных методов (Матвеев Б.П. и др. 2001 г.). Цистэктомия по жизненным показаниям выполняется с уретерокутанеостомией или с предварительной чрескожной пункционной нефростомией (Комяков Б.К. и др. 2001г.). Вторым этапом выполняется тот или иной вариант цистоластики. Данные о выполнении цистэктомии по жизненным показаниям приводят как отечественные, так и зарубежные авторы. Пятилетняя выживаемость после цистэктомии с уретерокутанеостомией по данным Матвеева Б.П. и др., 2001г., составляет 20%. Коган М.И. и Перепечай В.А. приводят данные 5 летней выживаемости зарубежных авторов (Skinner E.S. et al, 1998; Bassi P. et al, 1999) – от 28% до 62%. В онкоурологическом отделении ЧООД выполнено 224 цистэктомий. 28 (12,5%) пациентов оперировано по жизненным показаниям. У 27 больных операция закончена уретерокутанеостомией. Одному пациенту произведена цистэктомия с одномоментной илеоцистопластикой по Бриккеру. Показаниями к срочному оперативному лечению являлись: в 19 случаях (67,9%), выраженная гематурия, сопровождающаяся анемией, некупируемая консервативной терапией; в 9 случаях (32,1%), хроническая почечная недостаточность, пиелонефрит различной степени активности. 8 пациентам через 3 - 6 месяцев после цистпростатэктомии с уретерокутанеостомией, выполнена илеоцистопластика по Бриккеру, 2 – ортостатическая цисоилеопластика. В раннем послеоперационном периоде умерло 5 пациентов (17,9%). Непосредственной причиной смерти являлась: - полиорганная недостаточность – 4 пациента, острая сердечная недостаточность – у 1 пациента.

Таким образом, несмотря на высокую летальность и большое количество осложнений, выполнение цистэктомии по жизненным показаниям считаем оправданным, так как она даёт шанс больным на продление жизни. Мы считаем необходимым в послеоперационном периоде после стабилизации состояния и отсутствия распространённости процесса (по данным гистологии) проведение 2-го этапа оперативного лечения - формирование тонкокишечного резервуара.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ОТ НАРУШЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Кочетов А.Г.¹, Билык Н.Л.¹, Ситников Н.В.¹, Русаков И.Г.², Ким А.В.³, Каприн А.Д.⁴, Костин А.А.⁴, Цибизов Д.Н.⁵

- 1. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва*
- 2. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*
- 3. ОД, Москва*
- 4. РНЦРР, Москва*
- 5. МСЧ №22, Москва*

Эрекция является наиболее уязвимым сексологическим феноменом, её нарушения встречаются у 40–52% мужчин и, как правило, пациенты испытывают не только сексуальную неудовлетворенность, но также страдают от затруднений во взаимоотношениях с партнерами, семьей и в социальном плане. Неспособность к полноценной половой жизни является, пожалуй, одной из самых сильных эмоциональных травм любого мужчины. Образ сильного не только духом, но и телом мужчины воспет в классических произведениях всех народов, культур и времен. В последнее время, в связи с ростом онкологической заболеваемости, с улучшением диагностики отмечается увеличение числа относительно молодых мужчин с диагнозом рак предстательной железы (РПЖ), которым показана операция – радикальная простатэктомия (РПЭ). РПЭ признается достаточно сложным и инвазивным вмешательством, сопровождающимся рядом осложнений неблагоприятно влияющих на качество жизни (КЖ) больных. Одним из частых осложнений после операции РПЭ является эректильная дисфункция (ЭД). По данным разных авторов от 29 до 88% больных даже после нервосберегающей РПЭ (НСРПЭ) продолжают страдать ЭД. Тем не менее, увеличение числа относительно молодых мужчин после РПЭ привело к повышению актуальности вопроса о КЖ больных перенесших эту операцию, таким образом ЭД является одним из основных факторов негативно влияющих на КЖ после РПЭ. Нами обследовано 33 больных, которым была выполнена НСРПЭ. Возраст пациентов составил от 51 года до 69 лет. Исследования начинали проводить через 2 мес после операции, ввиду начала социальной адаптации больных, а также через 3, 6, 9, 12 мес после операции. В целях оценки влияния нарушения ЭФ на психологическое состояние больных, перенесших операцию РПЭ, анкета ШЕФ-5 была дополнена вопросом о психологическом дистрессе (ПД) от нарушенной эректильной функции (ЭФ), включавшим в себя специальную шкалу интенсивности. Для оценки эффективности проводимых нами психокоррекционных мероприятий на динамику регресса ЭФ данная группа пациентов искусственно была разделена на 2 подгруппы: в 1-й подгруппе (n=21) мы проводили коррекцию психофизиологического (ПФС), во 2-й подгруппе (n=12) коррекция ПФС не проводилась. При анализе полученных данных получены следующие результаты. Через 2 мес после РПЭ средне-сильный (3–4 балла) ПД от нарушенной эректильной функции отмечался у 16 (77,8%) больных 1-й группы и у 9 (83,3%) больных 2-й группы. Слабый ПД (2 балла) зарегистрирован лишь у 5 (22,2%) пациентов 1-й группы и у 3 (16,7%) пациента 2-й группы. На этапе 3–6 мес отмечается тенденция к росту числа больных со слабым ПД: до 15 (66,7%) больных в 1-й группе и до 6 (50%) больных во 2-й группе. Соответственно на данном этапе наблюдения уменьшилось количество больных со средне-сильным ПД: 6 (33,3%) больных 1-й группы и 6 (50%) больных 2-й группы. При дальнейшем наблюдении, несмотря на уменьшение степени тяжести ЭД, через 9, 12 мес после РПЭ отмечена тенденция к росту числа больных со средне-сильным ПД и уменьшение числа больных со слабым ПД. Тем не менее у больных 1-й группы, где проводились психокоррекционные мероприятия наблюдалась незначительная негативная динамика: среднесильный ПД отмечен у 9 (44,4%) больных, слабый ПД зарегистрирован у 12 (55,6%). У больных 2-й группы, количество больных со среднесильным ПД увеличилось до 9 (83,3%) и только у 3 (16,7%) больных зарегистрирован слабый ПД. У больных 2-й группы, где коррекция ПФС не проводилась, на 12-м месяце наблюдался аналогичный результат ПД от нарушенной ЭФ начального этапа наблюдения. Таким образом, мы пришли к выводу, что через 2–6 мес после операции проблема восстановления ЭФ не являлась значимой. Причинами, которые оказывали негативное влияние на уровень ПД, являлись наличие болевого и астенического синдрома, недержание мочи разной степени тяжести, начало периода социальной адаптации, канцерофобия. При дальнейшем наблюдении (9, 12 мес после РПЭ) в связи с исчезновением или уменьшением выраженности вышеуказанных причин ПД большей частью зависел от тяжести ЭД, что доказывает необходимость включения психокоррекционных методик в спектр проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, влияющих на динамику и скорость регресса нарушения ЭФ после НСРПЭ.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ

*Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Леснов П.В., Служко Л.В.
Астраханская ГМА, Астрахань
Астраханский ООД, Астрахань*

Снизить частоту развития острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта при хирургических вмешательствах по поводу рака почки. Исследовано 29 больных, оперированных по поводу рака почки в урологическом отделении Астраханского областного онкологического диспансера в 2007-2008гг. Возраст пациентов от 37 до 72 лет. Распределение пациентов по стадиям следующее: I стадия – 14, II – 8, III – 3, рак почки IV – 2. Все пациенты в предоперационном периоде обследованы на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* с помощью трех методов - иммунохроматографическое выявление антител в сыворотке крови, цитологическое и гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка. Инфицированными оказались 19 человек - 65,5%. Этим пациентам с профилактической целью проводилась специфическая противоязвенная терапия в течение 7 дней до операции. Неинфицированные больные (10 чел. – 34,5%) профилактического лечения не получали. Всем пациентам выполнялась нефрэктомия. В послеоперационном периоде с целью оценки состояния слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, на первые, третьи и седьмые сутки выполнялась гастроскопия. Группу сравнения составили 40 человек, оперированных в Астраханском областном онкологическом диспансере в 2006 – 2007гг в возрасте 39 - 70 лет. Распределение по стадиям: I стадия – 23, II – 9, III – 2, IV – 6. Эти пациенты профилактического лечения не получали. Выполнено 40 нефрэктомий. В исследуемой группе у 1 пациента выявлены эрозии желудка, что составило 3,5%, острых язв выявлено не было. В группе сравнения частота эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта составила 10% (4 пациента). При этом у 3 человек (7,5%) возникло желудочно-кишечное кровотечение, что в 1 случае потребовало выполнения повторного хирургического вмешательства. Выводы. Выявление лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, и проведение им специального профилактического лечения позволяет снизить частоту острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта после хирургических вмешательств по поводу рака почки.

МИКЦИОННАЯ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ АВТОНОМНЫХ НЕРВОВ ТАЗА У ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Липко Н.С., Комкова Н.Е., Карташова О.В., Тулина И.А., Кравченко А.Ю., Царьков П.В.
РНЦХ им. Б.В. Петровского, Москва*

Оценка функции мочевого пузыря и прогнозирование течения развивающихся расстройств в послеоперационном периоде является одним из важных этапов ведения пациентов после хирургического лечения рака прямой кишки. Оценить эффективность микционной цистоуретрографии (МЦ) в диагностике и прогнозировании течения нейрогенных дисфункций мочевого пузыря. Обследовано 30 (18 женщин и 12 мужчин) пациентов в возрасте от 39 до 87 лет, оперированных по поводу колоректального рака. У всех пациентов произведена резекция элементов ВНСТ. При проведении МЦ оценивали: субъективные ощущения пациента в процессе наполнения пузыря, наличие координированных детрузорных сокращений, формирование цисто-уретральной воронки, состояние сфинктерного аппарата, наличие и локализацию остаточной мочи (ОМ), а так же пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР). В случае сохраненной субъективной чувствительности мочевого пузыря (13 наблюдений), при наличии дисфункции сфинктерного аппарата у 7 пациентов отмечено наличие координированных сокращений детрузора с формированием цистоуретральной воронки - после проведенной терапии самостоятельное мочеиспускание восстановилось с наличием остаточной мочи от 10 до 75 мл. У остальных 6 больных детрузорные сокращения дискоординированы и не симметричны - после проведения терапии в 3 наблюдениях восстановлено самостоятельное мочеиспускание с ОМ до 180 мл, в 3- брюшное мочеиспускание с ОМ до 240 мл. Во вторую группу вошли пациенты с частичной потерей чувства наполнения мочевого пузыря и мочеиспускания (17 больных). Дисфункция сфинктерного аппарата, после проведения терапии у 11 пациентов выражалась резкой гипотонией и отсутствием формирования цистоуретральной воронки - мочеиспускание за счет мышц брюшного пресса с ОМ до 200 мл. У 1 больного отмечено тотальное, у 3-частичное недержание мочи. В 2 наблюдениях наложена эпицистостома. МЦ позволяет получить визуальную информацию касательно анатомо-функциональных нарушений. Отсутствие координированных сокращений детрузора свидетельствует о неблагоприятном прогнозе для восстановления самостоятельного мочеиспускания даже после проведения консервативной терапии.

УЗКОСПЕКТРОВАЯ ЦИСТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Андронов А.С.
ГКУБ №47, Москва*

Благодаря развитию и внедрению нового эндоскопического оборудования, с целью улучшения результатов диагностики и лечения рака мочевого пузыря было предложено использование узкоспектральной эндоскопии (NBI-технология). Материалы и методы. С января по ноябрь 2008 г 97 пациентам с раком мочевого пузыря (pTa-T2, G1-G3) проведены контрольные клинико-лабораторные обследования по стандартной схеме ведения. Время от первичной трансуретральной резекции мочевого пузыря составило 1,6 лет (0,5–7 лет). 38 (39%) больным проводилась противорецидивная терапия митомицином С, 45 (46%) – вакциной БЦЖ, остальным 14 (15%) пациентам противорецидивная терапия не проводилась. У 44 (45%) в анамнезе был один рецидив опухоли, множественные рецидивы опухолей были отмечены у 26 (27%) пациентов, у 27 больных (28%) было безрецидивное течение заболевания. Первоначально больным была проведена цистоскопия в «белом свете», затем выполнялась узкоспектральная фиброцистоскопия с использованием видеофиброцистоскопа (Olympus). Пациентам выполнялась биопсия и удаление опухолей методом трансуретральной резекции. Было проведено 147 операций. При стандартной цистоскопии в «белом свете» в было выявлено 18 рецидивных опухолей (чувствительность – 0,12 опухоль/операция), при выполнении узкоспектральной фиброцистоскопии дополнительно было выявлено 17 рецидивов (чувствительность – 0,24), 8 из которых являлись раком *in situ*. Гистологически рецидив был подтвержден после стандартной цистоскопии в 17 из 18 случаев (специфичность-94%), а после узкоспектральной фиброцистоскопии в 30 из 35 случаев (специфичность-86%). Наш первый опыт применения узкоспектральной фиброцистоскопии показал, что метод обладает значительно большей «контрастностью и четкостью изображения», а также чувствительностью по сравнению с традиционной цистоскопией в «белом свете». Более низкая специфичность (86% против 94%), вероятно связана с начальным этапом освоения метода и большей выявляемостью подозрительных участков слизистой мочевого пузыря. Необходимо дальнейшее изучение метода, разработка и оптимизация методики выполнения.

БИПОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Серебряный С.А.
НИИ урологии, Москва
ГКУБ №47, Москва*

Развитие и последующее внедрение в клиническую практику биполярной электрохирургии открывает новые перспективы в лечении пациентов с опухолями мочевого пузыря. Целью работы явилась оценка отдаленных результатов биполярной резекции мочевого пузыря у пациентов с инвазивными опухолями мочевого пузыря в стадии T2. С 2003 г. 26 пациентам (11 женщин, 15 мужчин) с раком мочевого пузыря в стадии T2 выполнена биполярная электрорезекция мочевого пузыря. Возраст пациентов составил от 66 до 82 лет. Размеры опухоли варьировали от 1 до 4 см. В 18 случаях опухоль была одиночной, у 8 больных интраоперационно выявлено от 1 до 5 поверхностных сателлитных опухолей, размерами до 1 см. В послеоперационном периоде в зависимости от конкретной клинической ситуации проводилась системная химиотерапия. Показанием к эндоскопическому лечению у большинства больных явились выраженные интеркуррентные заболевания и отказ от цистэктомии. Всем пациентам выполнена биполярная электрорезекция мочевого пузыря. Опухоли были удалены. Время резекции составило от 5 до 35 минут. Сроки госпитализации составили от 3 до 9 суток. Отдаленный период (6-36 месяцев) прослежен у 24 больных, 2 больных выбыли из наблюдения. За период наблюдения 2 пациентов умерли от интеркуррентных заболеваний и 1 – от прогрессии заболевания. У 6 пациентов отмечен рецидив опухоли, что потребовало выполнения повторной ТУР мочевого пузыря, в последующем рецидивов у этих больных не выявлено. У 15 больных – рецидива опухоли не выявлено. Выводы: биполярная электрорезекция мочевого пузыря является одним из эффективных и безопасных методов лечения инвазивного рака мочевого пузыря в стадии T2 у специально отобранных пациентов при возможности эндоскопического удаления опухоли и выполнения химиотерапии в послеоперационном периоде.

ОПЕРАЦИЯ БРИКЕРА. НАЛОЖЕНИЕ ПОДВЕСНОЙ УРОСТОМЫ- АЛЬТЕРНАТИВА ГУБЧАТОЙ СТОМЕ

*Матросов В.М., Гончаров А.Н., Гогин С.М.
Костромской ООД, Кострома*

В настоящее время радикальная цистэктомия с различными вариантами отведения мочи широко выполняется во многих урологических отделениях страны. Несмотря на известные преимущества операций с созданием кишечных резервуаров, выполняющих функцию мочевого пузыря и обеспечивающих

возможность самостоятельного контролируемого мочеиспускания, операция Брикера продолжает оставаться актуальной. Она отличается относительной простотой выполнения и применяется в случаях невозможной ортотопической пластики. Главный недостаток – это наличие влажной уростомы и вынужденное использование мочеприемников типа «Комбигезив», герметично фиксируемых к краям уретероилеокутанеостомы. Сложности с приобретением и стоимостью мочеприемников, вынудили нас найти для наших пациентов более доступное решение этой проблемы. Адаптировать операцию Брикера к условиям дефицита клеящихся мочеприемников. Упростить уход за уростомой. С 1998 года мы завершаем операцию Брикера наложением подвесной уретероилеокутанеостомы. При стандартном ходе всей операции формируем стому следующим образом. Ушиваем отводящий конец кондуита непрерывным обвивным атравматичным швом до пучка дренажей двух, интубирующих мочеточники, и одного перфорированного силиконового дренажа, интубирующего резервуар. Через прокол передней брюшной стенки в правой подвздошной области зажимом выводим дренажи на кожу и фиксируем. Подшиваем предварительно наложенными швами отводящий конец кондуита к париетальной брюшине. Таким образом, получаем подвесную уростому. Мочеточниковые дренажи удаляем на 14 сутки. Через сформированный канал передней брюшной стенки заменяем силиконовую трубку на катетер Фолея № 22-28 на 14- 21 сутки. В качестве мочеприемников подсоединяем стандартные, накопительного типа или вакуумные гармошки из наборов для дренирования. Всего по этой методике выполнено 38 операций. Осложнений, связанных с подвесной уретероилеокутанеостомой не было. Все больные отмечают удовлетворительное качество жизни. Самостоятельно ежедневно промывают катетер Фолея и заменяют его 1 раз в месяц. Полностью себя обслуживают. Сохранны. Активны. Не нуждаются в постороннем уходе со стороны родственников и мед.работников. Нет подтекания мочи. Катетер хорошо удерживается за счет баллончика в резервуаре. Стоимость катетера Фолея – 40 руб/мес. Стоимость комплекта «Комбигезив»- 40 долларов в месяц. Налицо экономический эффект и доступность средств реабилитации при наличии подвесной уростомы. Считаем операцию Брикера с формированием подвесной уростомы, дренируемой катетером Фолея – альтернативой наложению губчатой стомы с последующим использованием клеящихся мочеприемников.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИЦЕНТРИЧНЫМ НЕМЫШЕЧНОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ T1N0M0G1-2 ПОСЛЕ НЕЭФФЕКТИВНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Матросов В.М., Чуриков С.В., Молодцов М.Е., Гончаров А.Н., Парусов М.В.
Костромской ООД, Кострома*

Оценить эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) с применением препаратов «фотолон» и «радахлорин» у группы больных с рецидивирующим раком мочевого пузыря в стадии T1N0M0G1-2 после неэффективного стандартного комбинированного лечения. Методику применяли для лечения 34 пациентов с раком мочевого пузыря в стадии T1N0M0G1-2 с множественным поражением. У 8 пациентов облучение проводилось с фотосенсибилизатором «Фотолон», у 26 – с фотосенсибилизатором «Радахлорин». 32 пациента – после проведенного ранее комбинированного лечения (операция + внутрипузырная химиотерапия, операция + внутрипузырная иммунотерапия) – с рецидивом заболевания. И только 2 пациента лечились ФДТ в режиме монотерапии. Препарат вводили внутривенно, «Фотолон» - 2мг/кг веса, «Радахлорин» - 1,2мг/кг веса, экспозиция – 3-4 часа. Под внутривенной анестезией («Пропофол») выполнялась цистоскопия. Полость мочевого пузыря заполнялась 200мл 0,9% раствора NaCl. Проводили лазерное облучение мочевого пузыря аппаратом Аткус-2 с длиной волны 661нм. В 8 случаях, при наличии ≤ 3 очагов опухолевого роста, использовалось оптоволоконно с торцевым диффузором, наводимое непосредственно на патологические очаги, плотность передаваемой энергии – 300Дж/см² в пересчете на площадь опухоли. В остальных случаях использовалось оптоволоконно с циркулярным диффузором, плотность передаваемой энергии – 20-30Дж/см² в пересчете на площадь всего пузыря. В последующем всем пациентам каждые 3 месяца проводилось обследование: УЗИ, цистоскопия, выполнение биопсии из участков слизистой мочевого пузыря, подозрительных на рецидив. У группы пациентов с неполным регрессом опухоли проводились повторные сеансы ФДТ через 2-3 месяца с последующим динамическим наблюдением до выявления рецидива (в среднем через 7,5 месяцев) и проведением следующего цикла ФДТ. Срок наблюдения за пациентами составил 3 года. Выздоровление зарегистрировано у 10 пациентов (29%), улучшение (регресс количества и размеров опухолевых очагов более 70%) - у 22 человек (65%), эффект от лечения отсутствовал у 2х пациентов (6%). Оцениваем метод фотодинамической терапии, как эффективный и перспективный для дальнейшего применения у пациентов данной группы в качестве комбинированной терапии, при наличии тяжелой сопутствующей патологии, при отказе от оперативного лечения. Современные препараты не обладают длительным фотосенсибилизирующим эффектом, не имеют системного действия, что положительно сказывается на качестве жизни пациентов.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ПСА НА ЭТАПЕ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Минаева Н.Г., Бирюков В.А., Юрченко А.Н., Горбань Н.А., Паршков Е.М., Карякин О.Б.
МРНЦ, Обнинск*

В настоящее время наиболее информативным опухолевым маркером для диагностики рака предстательной железы (РПЖ) является простатический специфический антиген (ПСА). Контроль уровня ПСА позволяет выявить заболевание на ранних стадиях и своевременно решать вопрос тактики лечения. Оценить диагностическую значимость показателей ПСА при обследовании мужского населения. Обследовано 1080 мужчин г. Обнинска. Средний возраст составил $66,2 \pm 8,5$ года. Выполнено: пальцевое ректальное (ПРИ) и ультразвуковое (УЗИ) исследования предстательной железы, определение в крови уровня ПСА, пункционная биопсия (по показаниям) для морфологической верификации диагноза. Уровень ПСА определяли иммунофлюоресцентным методом с использованием тест-набора PSA Free/Total фирмы Wallac (Финляндия). В группу риска РПЖ включено 108 человек: 93 проведена пункционная биопсия предстательной железы, 15 – отказались от дальнейшего обследования. Критериями отбора пациентов в группу риска служили: 1) уровень ПСА более 10,0 нг/мл; 2) соотношение свободной фракции ПСА к общему ПСА менее 15%; 3) показания по ПРИ и УЗИ предстательной железы. Из группы риска (93 человека) РПЖ диагностирован у 69 человек. По распространенности опухолевого процесса: T1c – 4, T2-T2c – 33, T3-T3в – 26, T4- 6 человек. При дополнительном обследовании у 14 пациентов выявлены метастазы РПЖ. У 15 человек диагностирована простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) низкой и/или высокой степени; у 3 – атипичная мелкоацинарная пролиферация (ASAP), у 6 – доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Диапазон показателей ПСА в крови обследованных пациентов на этапе диагностики составил от 0,04 нг/мл до 1270,0 нг/мл. У 816 пациентов (75,6%) уровень ПСА был менее 4,0 нг/мл. Из них, у 73 пациентов (8,9%) показатель соотношения свободной фракции к общему ПСА составил менее 15%, у 3 (4,1%) человек диагностирован РПЖ (T2-T2cN0M0), у одного – ПИН высокой степени. У 201 пациента (18,6%) уровень ПСА находился в диапазоне от 4,0 до 10,0 нг/мл. Из них, у 55 пациентов (27,4%) показатель соотношения свободной фракции к общему ПСА составил менее 15%, у 18 человек (32,7%) диагностирован РПЖ (T2-T3вN0M0), у одного - ASAP. При показателе соотношения более 15% в 8,2% случаев (12 человек) диагностирован РПЖ (T1c-T3вN0M0), в 4,9% (7 человек) – ПИН высокой и /или низкой степени. У 63 пациентов (5,9%) показатель ПСА превышал 10,0 нг/мл, из них, у 36 (57,1%) диагностирован РПЖ (T2-T4N1M1a+b+c). При этом в 91,7% случаев (33 человека) показатель соотношения свободной фракции к общему ПСА составил менее 15%. Уровень ПСА у больных с метастазами варьировал от 10,4 до 1270,0 нг/мл, при этом во всех случаях показатель соотношения был менее 15%. При первичной диагностике РПЖ, особенно при низких показателях ПСА (до 10,0 нг/мл), необходимо учитывать соотношение свободной фракции к общему ПСА. Если значение этого показателя менее 15%, следует рекомендовать пункционную биопсию. Чем выше показатели ПСА, особенно в сочетании с низким соотношением фракций, тем выше вероятность диагноза РПЖ и наличия метастазов.

РОЛЬ ПСА И ЕГО ПРОИЗВОДНЫХ В ОЦЕНКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Минаева Н.Г., Паршков Е.М., Карякин О.Б.
МРНЦ, Обнинск*

Изучение индивидуальной радиочувствительности, эффективности лучевого лечения и прогноза клинического течения рака предстательной железы (РПЖ) на основании анализа динамики изменений уровня ПСА. Исследование уровня ПСА проведено у 122 больных локализованными и местно распространенными формами РПЖ до лечения, через 3 мес. и далее через каждые 6 мес. в течение 3-х лет после проведенного лечения с использованием тест-набора PSA Free/Total фирмы DELFIA (Финляндия). Из обследованных больных 31 пациенту проведена дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) в суммарной очаговой дозе (СОД) 70 Гр, 47 – гормональная терапия и ДЛТ в СОД 70 Гр, 44 - брахитерапия с использованием микрокапсул 125I со стандартно заданными характеристиками излучения (фирмы VEBIG, Германия и/или IBT, Бельгия). Лечебная доза на предстательную железу составила от 140 до 160 Гр. В случае роста уровня ПСА, определяли показатели кинетики антигена (скорость прироста и время удвоения) по стандартным математическим формулам. До начала лучевого и/или гормонотерапевтического лечения средний уровень ПСА в крови больных составил $19,73 \pm 25,85$ нг/мл. Через 3 мес. после проведенного лечения уровень ПСА достоверно снизился до $2,91 \pm 7,15$ нг/мл (разброс показателей от 0,01 до 48,50 нг/мл). При этом у 81 больного (66,4%) уровень ПСА не превышал 1,0 нг/мл (0,01 – 0,98 нг/мл), у 39 (31,9%) - он колебался в пределах от 1,10 до 9,70 нг/мл. Характерно, что у больных с менее выраженной первичной реакцией опухоли (условно радиорезистентные) средний уровень ПСА на всех последующих сроках обследования в 3-7 раз превышал данный показатель (различия статистически значимы – $p < 0,01$) в группе

больных с опухолями, более чувствительными к лучевому воздействию (радиочувствительные). У 2-х больных через 3 мес. после ДЛТ в СОД 70 Гр зарегистрировано не снижение, а, напротив, рост уровня антигена до 48,5 и 38,9 нг/мл против 27,6 и 36,0 нг/мл исходных значений, соответственно. Установлено, что в группе больных с условно радиорезистентными опухолями число пациентов с клиническим прогрессированием заболевания (рецидив и/или метастазы) было примерно в 2 раза больше, чем в группе больных с радиочувствительными опухолями: 43% против 23%, соответственно. Скорость прироста ПСА у больных с прогрессированием заболевания составила более 0,75 нг/мл/год, время удвоения – менее 10 мес. Данные кинетики ПСА, указывающие на вероятность быстрого прогрессирования заболевания, были получены более чем за 6 мес. до клинического подтверждения рецидива и/или метастазов. 1. У больных РПЖ опухоли отличаются по степени чувствительности к проводимому лечению: радиочувствительными являются опухоли, если уровень ПСА через 3 мес. снижается до значений менее 1,0 нг/мл; условно радиорезистентными - уровень ПСА составляет более 1,0 нг/мл. Эти показатели не имеют корреляционной связи с первоначальным (до лечения) уровнем ПСА. 2. Динамический контроль уровня ПСА позволяет прогнозировать клиническое течение РПЖ. В группе больных с радиочувствительными опухолями число лиц с неблагоприятным прогнозом клинического течения заболевания регистрируется в 2 раза реже, чем у больных с условно радиорезистентными опухолями и среди них в меньшей степени диагностируется прогрессирование заболевания (рецидив и/или метастазы).

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛУОРИМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Нестеров П.В., Боженко В.К., Кулинич Т.М.
РНЦПР, Москва*

Рак мочевого пузыря (РМП) является актуальной проблемой современной онкологии. В структуре онкологической заболеваемости в России частота РМП достигает ориентировочно 15,1 случаев на 100 000 человек в год у мужчин и 3,5 - у женщин. В настоящее время большое распространение получил автоматизированный метод диагностики опухолей – проточная цитофлуориметрия (далее проточная цитометрия). С внедрением этого метода появилась возможность сопоставить показатели, имеющие прямое отношение к агрессивности опухолевого роста с другими клинико-морфологическими критериями прогноза и взаимно дополнить их. Нами были проанализированы результаты проточной цитометрии осадка мочи 86 больных РМП (72 мужчины и 14 женщины) и 30 больных страдающих доброкачественными заболеваниями мочевого пузыря (n=116). Больные РМП были условно разделены на две группы: первую группу составили пациенты с впервые выявленным РМП (n=50), в состав второй группы вошли больные, находящиеся под наблюдением, после органосохраняющего лечения РМП (n=36). Всем пациентам выполнялась проточная цитометрия и трехкратное цитологическое исследование осадка мочи. Материалом для исследования в обоих случаях являлся осадок утренней порции мочи. Проточная цитометрия проводилась на аппарате ДАКО, (Дания). Цитологическое исследование проводилось по стандартной технологии с использованием окраски по методу Паппенгейма. Диагностическими критериями РМП по данным проточной цитометрии считали следующие: обнаружение анеуплоидных клеток в осадке мочи и индекс пролиферации ((ИП) - S-фаза+G2M) превышающий или равный 21%. Референтным методом считали гистологическое исследование. Анализ показателей проточной цитометрии был возможен в 78 образцах мочи (90,7%) полученных от больных раком мочевого пузыря. В настоящем исследовании распределение ДНК в клетках осадка мочи было диплоидным в 37 случаях, анеуплоидные линии клеток были получены в 42 случаях (53,85%). Была проанализирована взаимосвязь содержания ДНК в клетках осадка мочи с морфологическими характеристиками опухолевого процесса – уровень инвазии опухоли (Т) и степень клеточной анаплазии опухоли (G) в группах больных РМП. Было выявлено преобладание анеуплоидных клеточных линий в опухолях высокой степени злокачественности: при инвазивной форме рака и III степени опухолевой анаплазии (G3) анеуплоидия была получена в 70% наблюдений; диплоидные опухоли при этом составили 30% случаев. И наоборот, поверхностные (Ta-T1) и высокодифференцированные (G1) опухоли чаще других были диплоидные – 65,79% и 66,67% соответственно. При анализе показателей чувствительности метода проточной цитометрии были получены следующие результаты. В обеих группах больных РМП чувствительность проточной цитометрии оказалась выше чувствительности цитологического исследования 72% и 54% соответственно, для группы больных с впервые выявленным раком мочевого пузыря, и 70% и 50% соответственно, для группы мониторинга. В обеих группах различия были статистически значимыми $p < 0,05$. При анализе результатов проточной цитометрии в группе больных доброкачественными заболеваниями мочевого пузыря в одном случае, у пациентки, страдающей экстрагенитальным эндометриозом с поражением мочевого пузыря, была получена анеуплоидная линия клеток. Еще в 6 случаях величина ИП превышала 21%-й уровень. В этих случаях также не было подтверждено наличие РМП. Указанные случаи были расценены как ложноположительные. По результатам цитологического исследования ложноположительных результатов выявлено не было. Таким образом, по результатам настоящего исследования выявлено преобладание анеуплоидных вариантов РМП, являющихся более злокачественными. Диагностическая чувствительность метода проточной цитофлуориметрии в диагностике

РМП достоверно превышает аналогичный показатель для цитологического исследования, 71,3% и 52,5% соответственно. Противоположная тенденция характерна для диагностической специфичности метода – 80,6%, против 100% для цитологического исследования.

ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ KI-67 ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ РАКА ПОЧКИ

*Низамов Д.Ф., Гафур-Ахунов М.А., Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Нишанов Д.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент
Республиканский ОНЦ, Ташкент*

Целью исследования являлось изучить уровень экспрессии ядерного антигена Ki-67 при локальном раке почки. Под нашим наблюдением находились 36 больных локальным раком почки. Из 36 больных мужчин было - 16, женщин - 20. Возраст больных колебался от 22 до 75 лет, в среднем составлял 52,3 лет. У 16 больных опухоль локализовалась в правой почке, у 20 больных - в левой. Все больные при поступлении в стационар имели локальную форму рака почки. По гистологическому типу преобладающей формой был светлоклеточный тип рака почки. Степень распространенности опухолевого процесса оценивалась, как T1-2N0-M0. Всем 36 больным произведена радикальная нефрэктомия трансабдоминальным доступом. Всем больным после операции операционный материал был подвергнут иммуногистохимическому методу исследования (по методике фирмы «ДАКО») с определением маркера пролиферативной активности – ядерного антигена Ki-67. Результаты при этом по уровню экспрессии антигена Ki-67 из 36 больных у 25 (70%) отмечены отрицательные показатели, у 8 (22%) слабо-положительные, у 3 (8%) умеренно-положительные. Результаты исследования показывают, что у больных с локальной формой рака почки преобладают отрицательные значения экспрессии маркера пролиферативной активности – ядерного антигена Ki-67.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Пархонин Д.И., Мартов А.Г., Максимов В.А.
ГКУБ №47, Москва*

Рак предстательной железы является большой социальной и медицинской проблемой. Вопросы диагностики и лечения рака предстательной железы активно обсуждается урологами всего мира, тем не менее, все ещё остаётся много неясностей. Одним из важнейших прогностических факторов течения рака предстательной железы и исхода радикальной простатэктомии является наличие метастазов в путях регионарного лимфатического оттока и только морфологическое исследование позволяет достоверно определить стадию N и, следовательно, прогнозировать течение заболевания. Тщательная предоперационная оценка становится важнейшим элементом в принятии решения хирургом, является ли пациент кандидатом для радикального оперативного лечения. В ГКУБ №47 с 2007 г. 30 пациентов подверглись лапароскопической тазовой лимфаденэктомии. У 15 больных лапароскопическая операция выполнялась с целью оценки состояния лимфатических узлов перед позадилонной простатэктомией, при высоком риске лимфогенной инвазии (ПСА больше 20 нг/мл, Глиссон 7-8, увеличение лимфоузлов по данным МРТ), у 5 пациентов – перед промежностной простатэктомией и 10 больных лимфаденэктомия выполнялась на этапе лапароскопической простатэктомии. Возраст больных колебался от 47 до 73 лет, средний возраст составил 58 лет. Производилось билатеральное удаление лимфоузлов, локализующихся в obturatorной ямке, а так же вдоль внутренних подвздошных артерий и вен (модифицированная тазовая лимфаденэктомия). Доступ осуществлялся как трансперитонеально (лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия) так и экстраперитонеально (экстраперитонеоскопическая тазовая лимфаденэктомия). Время операции составило от 40 до 180 мин (в среднем 90 мин). Количество удаленных лимфатических узлов от 4 до 15 (среднее количество 7). Кровопотеря составляла от 50 до 200 мл. Из интраоперационных осложнений в одном случае отмечено ранение obturatorного нерва. Это осложнение возникло у пациента с выраженным инфильтративным процессом в зоне obturatorных ямок. В послеоперационном периоде значимых осложнений не встречалось. Метастазирования в лимфатические пути ни в одном случае выявлено не было. При сравнительном анализе с группой пациентов, перенесших открытую тазовую лимфаденэктомию, достоверных различий по исследуемым критериям не получено, однако в группе с лапароскопической лимфаденэктомией отмечен более короткий реабилитационный период и меньшая продолжительность лимфорреи. Лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия является современным малоинвазивным и эффективным лечебно-диагностическим методом, позволяющим морфологически верифицировать стадию N у пациентов с высоким риском лимфогенного метастазирования и может быть использована как первый этап лапароскопической радикальной простатэктомии.

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ

*Прохоров Д.Г., Школьник М.И., Леоненков Р.В., Шевцов И.В.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

В настоящее время выполнение органосохраняющих операций при опухолях почки менее 3 см в диаметре и отсутствии метастазов является стандартным лечением. Трудность представляет оперативное лечение пациентов, страдающих опухолью единственной (анатомически или функционально) почки. В подобных ситуациях целесообразно применение малоинвазивных методов лечения - радиочастотной термоабляции (РЧА) или криодеструкции. Преимуществом данных методов является низкая травматичность, щадящий подход к почечной ткани, а также возможность повторения воздействия при рецидиве заболевания. Оценить предварительные результаты лечения опухолей почки с применением РЧА. РЧА лапароскопическим либо перкутанным доступом было произведено у 10 пациентов с локализованным ПКР (T1aNoMo). Размеры новообразований варьировали от 20 до 40 мм. В двух случаях вмешательство выполнено на единственной почке. Под визуальным или ультразвуковым контролем в опухоль устанавливали аппликатор диаметром 2,0мм (установка Radionics Cool-tip RF System. Длительность воздействия составила от 8 до 12 минут. Осложнений в послеоперационном периоде, связанных с РЧ-воздействием, признаков нарушения функции не отмечено. Сроки госпитализации составили 3-5 дней. В сроки наблюдения от 2 до 30 месяцев - 7 случаев - без признаков рецидива заболевания; 1 – продолженный рост; 2 – стабилизация процесса. На основании данных литературы, предварительных результатов после проведения радиочастотной абляции метод может рассматриваться как разумное дополнение к существующим вариантам лечения.

О ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

*Рогачиков В.В., Нестеров С.Н., Скрябин Е.С., Брук Ю.Ф.
НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Москва*

«Золотым стандартом» в лечении инвазивного рака мочевого пузыря является радикальная цистэктомия с формированием искусственного резервуара. В позднем послеоперационном периоде, с целью исключения вторичного метастазирования и продолженного роста, пациентам наиболее часто проводится СКТ (спиральная компьютерная томография) с контрастным усилением, являющаяся источником дополнительной лучевой нагрузки на пациента и дорогостоящим исследованием. При динамическом обследовании в послеоперационном периоде нами предложено использование магнитно-резонансной томографии (МРТ) вместо КТ для рутинной диагностики продолженного роста и отдаленного метастазирования, а так же нами предложено исследование анатомических особенностей ортотопического мочевого пузыря (ОМП) с целью оценки функциональных способностей неоциста в динамике и диагностики послеоперационных осложнений. В ходе исследования нами оценивались следующие параметры: локализация резервуара в малом тазу (степень латерализации), конфигурация, объем, структура и толщина стенки резервуара, степень складчатости, величина переднего уретро-везикального угла, состояние уретро-везикального анастомоза, наличие пузырно-мочеточниковых рефлюксов (ПМР). Преимуществом проведения МРТ перед КТ явилась его большая информативность и возможность обойтись без внутривенного введения контрастного препарата, что делает исследование не только безопаснее, но и экономически выгоднее. Исследование производили при физиологическом наполнении мочевого пузыря – в среднем через 2-3 часа после мочеиспускания. Признаком наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса служило увеличение диаметра тазовых отделов мочеточников по мере наполнения резервуара. Степень складчатости указывала на недостаточное наполнение резервуара и наличие резервов емкости, что служило критерием для проведения отсроченной МРТ. В ходе исследования нами были оценены показатели объема, конфигурации, и топографического положения ОМП, что в свою очередь дало возможность судить о функциональных способностях ОМП и наличии отдаленных послеоперационных осложнений. Нами выявлено, что МРТ является на данный момент наименее дорогостоящим исследованием и наиболее информативным при динамическом обследовании больных инвазивным раком мочевого пузыря перенесших энтероцистопластику в ходе оценки продолженного роста и послеоперационных осложнений, а также функциональных способностей неоциста.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

*Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Быстров С.В., Соколов В.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований. Применение в клинической практике простатического специфического антигена (ПСА) и совершенствование скрининговых программ позволило повысить выявляемость рака предстательной железы. В настоящее время существует множество альтернативных методов лечения рака предстательной железы. При выборе оптимального метода лечения помимо онкологических показаний, важным критерием также выступает и качество жизни. Фотодинамическая терапия (ФДТ) один из малоинвазивных методов лечения рака предстательной железы. Этот метод наиболее эффективен у пациентов с небольшим объемом опухоли и может быть альтернативой радикальному местному лечению или активному наблюдению. Также ФДТ предстательной железы может быть методом выбора у пациентов с местным рецидивом после хирургического лечения, дистанционной лучевой терапии или брахитерапии. Излечение всего органа, минимальная инвазия, изучение побочных эффектов. ФДТ проведена 20 больным с верифицированным раком предстательной железы в возрасте от 56 до 74 лет (средний возраст составил 64.8 ± 7.2 лет). Шестерым больным ФДТ проведена до радикальной простатэктомии, у четырех - по поводу рецидива после дистанционной лучевой терапии, у трех пациентов - по поводу местного рецидива после РПЭ и у семерых больных как самостоятельный метод лечения. Медиана уровня ПСА общий составила 6,55 нг/мл. Дифференцировка опухоли по шкале Глисон 14 пациентов: 4-6 у 9 больных, 7 - у 4 и 8-10 у одного пациента. Оценка дифференцировки опухоли не была проведена у шестерых больных из-за недостаточного количества материала. Всем больным проводилось измерение объема предстательной железы. Медиана объема предстательной железы составила 29 см³. За два часа до операции внутривенно вводили фотосенсибилизаторы (Радахлорин - 6 больных и Фотосенс - 14 больных). Под контролем трансректального ультразвука через промежность в ткань предстательной железы вводили от 4-7 игл (18 Gauge). По иглам в ткань предстательной железы проводили торцевое оптическое волокно. Количество точек облучения варьировало от 4 до 15. Иглы и оптическое волокно симультанно смещали для воздействия на весь объем предстательной железы. Во время ФДТ использовался длинноволновый лазер (662 Нм, энергия в одной позиции: 200-500 Дж). Не было отмечено осложнений во время проведения ФДТ и после операции. Медиана времени операции составила 27 минут. Среднее пребывание в стационаре 3 ± 1 дней. Уретральный катетер был удален на первый день после операции. У больных отмечено снижение уровня ПСА общий через 6 месяцев после ФДТ предстательной железы. Результаты проведенного исследования позволили нам сделать промежуточный вывод, что интерстициальная ФДТ предстательной железы представляет собой современный эффективный, доступный и малоинвазивный метод, обладающий низкими фототоксическими эффектами.

ЦИСТЭКТОМИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОПРАВДАНА У БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Нюшко К.М., Воробьев Н.В., Франк Г.А., Андреева Ю.Ю.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Оценить частоту выявления инцидентального рака предстательной железы (РПЖ) у больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (РМП), перенесших радикальную цистэктомию (РЦЭ). Материалы и методы. В исследование включено 164 больных, перенесших РЦЭ в МНИОИ им. П. А. Герцена по поводу мышечно-инвазивного РМП с 1998 по 2009 гг. Средний возраст больных составил $60,1 \pm 10,2$ года (25 – 82 года). РЦЭ осуществляли по стандартной методике у всех больных: удаляли мочевой пузырь, предстательную железу с семенными пузырьками, а также выполняли расширенную тазовую лимфаденэктомию. Перед операцией все больные проходили стандартное обследование: трансректальное ультразвуковое (ТРУЗИ), пальцевое ректальное исследования и определение уровня ПСА. 6-и или 12-и точковая биопсия под контролем ТРУЗИ выполнялась всем больным при уровне ПСА ≥ 4 нг/мл с 1998 по 2006 и $\geq 2,5$ нг/мл с 2006. При морфологическом исследовании оценивали частоту инцидентального РПЖ, тяжелой ПИН и рака *in situ*. При предоперационном обследовании синхронный РПЖ диагностирован у 7 из 164 (4,3 %) больных. В группе больных, у которых инцидентальных РПЖ не выявлен до операции, средний уровень ПСА составил $2,5 \pm 2,2$ нг/мл (0,2 – 10,9 нг/мл). Тяжелая ПИН или рак *in situ* выявлены у 21 из 157 (13,4%) больных, инцидентальный РПЖ – у 27 из 157 (17,2%) больных. Дифференцировка РПЖ по шкале Глисона составила 2-4 балла у 15 (9,6%), 5-6 – у 11 (7,0%) и 7 – у 1 (0,6 %) больного. Стадия pT2a-T2b верифицирована у 10 (6,4%), pT2c – у 16 (10,2%) и pT3a – у 1 (0,6%) больного. Патоморфологическая стадия РПЖ достоверно коррелировала с возрастом больных ($R=0,2$; $p=0,03$), а также с дифференцировкой опухоли по шкале Глисона по данным морфологического исследования ($R=0,6$; $p=0,0003$). Уровень ПСА не являлся значимым предиктором патоморфологической стадии РПЖ, а также частоты его выявления после операции. Выводы. Клинически значимый инцидентальный РПЖ выявлен у 17,2% больных в нашем исследовании. Таким образом, сохранение ПЖ возможно лишь у молодых и тщательно отобранных больных РМП.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА В РАЗВИТИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Русаков И.Г.¹, Алексеев Б.Я.¹, Попова О.П.², Шегай П.В.¹, Иванов А.А.², Данилова Т.И.²

1. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

2. ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования: изучить ассоциацию основополагающих клинико-морфологических характеристик опухолевого процесса и продукции тканевых факторов роста EGF, HGF и VEGF, играющих важную роль в процессах клеточного роста, подвижности и ангиогенеза. В нашей работе использован материал от двух групп больных: с подтвержденным раком предстательной железы (РПЖ) (n=91) и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (n=20), после радикальной простатэктомии и аденомэктомии, соответственно. Количественное содержание HGF, EGF и VEGF в супернатантах первичных культур ткани РПЖ проводили с помощью твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA). В ходе работы выявлена достоверная слабая обратная корреляция между патологической стадией РПЖ и экспрессией EGF, $R = -0,21$ ($p=0,044$). Также, достоверная умеренно выраженная отрицательная ассоциация отмечена между этим фактором роста и наличием ЭИ при РПЖ, $R = -0,26$ ($p=0,015$). Концентрация EGF в подгруппах больных с ЭИ и без нее также достоверно различалась ($p=0,016$). Однако, при оценке ассоциации уровня EGF и наличия пораженных лимфатических узлов (ЛУ), достоверной корреляции не отмечено ($p=0,058$). Выявлена достоверная выраженная прямая корреляция между концентрацией HGF и патоморфологической стадией РПЖ, $R = 0,48$ ($p=0,001$). Более сильно этот фактор коррелировал с наличием ЭИ, $R = 0,57$ ($p<0,001$). Уровень HGF в подгруппах больных с ЭИ и без ЭИ также достоверно различался ($p<0,001$). Достоверная прямая корреляция выявлена между уровнем HGF и наличием пораженных ЛУ, $R = 0,51$ ($p<0,001$). Концентрация HGF в подгруппах с наличием поражения ЛУ и без него также достоверно различалась ($p<0,001$). Выявленная прямая корреляция выявлена при анализе ассоциации уровня VEGF и патоморфологической стадии РПЖ, $R = 0,58$ ($p<0,001$). Также, достоверно уровень VEGF коррелировал с наличием ЭИ, $R = 0,54$ ($p<0,001$). Концентрация VEGF в подгруппах больных с ЭИ и без ЭИ также достоверно различалась ($p<0,001$). Также отмечена достоверная корреляция между уровнем VEGF и наличием пораженных ЛУ, $R = 0,39$ ($p=0,0001$). Концентрация VEGF в подгруппах с наличием поражения ЛУ и без него также достоверно различалась ($p<0,001$). С целью оценить влияние клинико-морфологических факторов и факторов роста на экстракапсулярную инвазию и метастатическое поражение регионарных ЛУ мы использовали регрессионную модель. Прогностическая модель оказалась статистически значимой ($p=0,001$). На ЭИ – достоверное влияние оказывали сумма баллов по Глисона ($p=0,02$) и VEGF ($p=0,02$), а при анализе влияния на поражение ЛУ достоверное значение имели уровень сывороточного ПСА ($p=0,009$) и HGF ($p=0,03$). Среди изученных нами растворимых ростовых факторов HGF и VEGF играют ключевую роль в молекулярных механизмах развития диссеминированной формы РПЖ, способствуя экстракапсулярной инвазии и регионарному метастазированию.

ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С КЛАПАННЫМ РЕЗЕРВУАРНО-УРЕТРАЛЬНЫМ АНАСТОМОЗОМ

Русаков И.Г.¹, Теплов А.А.¹, Перепечин Д.В.¹, Сидоров Д.В.²

1. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

2. Госпиталь ГУВД, Москва

Ортотопическая пластика МП показана больным инвазивным раком МП после цистэктомии или цистпростатэктомии. Наиболее приемлемым в качестве пластического материала признан изолированный сегмент тонкой кишки. После осуществления указанных операций важной проблемой становится медицинская и социальная реабилитация пациентов. Сущность ее заключается в создании пациенту возможности удержания мочи и самостоятельного произвольного мочеиспускания по нативной уретре с помощью ортотопической пластики МП. Возможность воспроизведения указанных естественных функций МП находится в прямой зависимости от способа формирования резервуарно-уретрального анастомоза (РУА). В отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена разработан способ создания РУА, представляющего собой подобие шейки МП с клапанным механизмом, в котором роль клапана выполняет двухслойный валик инвагината. Удерживающую функцию сформированный резервуар осуществляет за счет соприкосновения верхнего края двухслойного валика с соединенными стенками петли. Возможность самостоятельного произвольного мочеиспускания возникает вследствие напряжения мышц брюшной стенки при наполненном мочевом резервуаре. За счет увеличения давления мочи верхний край двухслойного валика отклоняется, между ним и соединенными стенками петли образуется просвет, через который происходит поступление мочи в уретру. Формирование мочевого резервуара данным способом было успешно применено в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена у 17 больных раком мочевого пузыря после цистпростатэктомии. Основными критериями оценки данного метода являются показатели дневного и ночного удержания мочи. В качестве контрольной группы взята группа больных, у которых был

сформирован ортотопический мочевой резервуар без клапанного механизма удержания (38 чел.). Количество больных, удерживающих мочу в дневное время суток через 6 месяцев в исследуемой группе составило $76,5 \pm 10,2$ в контрольной $31,4 \pm 7,8\%$ ($p < 0,01$); через 12 мес. - $88,2 \pm 7,8$ и $83,3 \pm 5,4\%$ ($p = 0,05$); через 24 мес. - $86,7 \pm 8,7$ и $90,4 \pm 6,4\%$, через 36 мес. - $92,8 \pm 6,9$ и $90 \pm 6,7\%$ соответственно. Таким образом, начиная с 12-го месяца после операции статистически достоверных различий в функции удержания мочи в дневное время у больных с ортотопической пластикой мочевого резервуара с клапанным уретральным анастомозом и без него не отмечено. Ночное мочеиспускание к 6-у месяцу в исследуемой группе составило $35,3 \pm 10,5\%$ и $14,3 \pm 5,9\%$ ($p = 0,05$), к 12 месяцу - $88,2 \pm 7,8\%$ и $50,0 \pm 9,1\%$ соответственно ($p < 0,01$), к 24 месяцу - $86,6 \pm 8,8\%$ и $61,9 \pm 10,6\%$ ($p < 0,05$) соответственно ($p < 0,01$). Отмечено статистически достоверное улучшение функции ночного удерживания мочи у больных, перенесших операцию с созданием клапанного уретрального механизма, наблюдающееся преимущественно в отдаленные сроки после операции, начиная с 6-го месяца. Таким образом, разработанный способ формирования мочевого резервуара позволяет самостоятельно осуществлять мочеиспускание по нативной уретре, улучшает показатели удержания мочи, особенно ночного. Формирование куполообразного проксимального отдела мочевого резервуара путем ушивания наглухо позволяет придать сформированному мочевому резервуару форму, в наибольшей степени соответствующую естественной сферической форме МП. Этот прием обеспечивает достижение низкого резервуарного давления при достаточной емкости резервуара, получить максимальный объем резервуара при равной длине резецируемого участка тонкой кишки. Осуществлять отдельный контроль за функцией правого и левого мочеточников. Выведение мочеточниковых стентов на переднюю брюшную стенку исключает необходимость ретроградного введения антисептических растворов через уретральный катетер, способствует их адекватной асептической обработке, позволяет учитывать все порции мочи, выделенной пациентом, а также исключить ее потери через уретру, помимо мочевого катетера. Формирование мочевого резервуара узловыми внепросветными швами исключает впоследствии опасность камнеобразования в мочевом резервуаре. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности данного метода для использования в лечебных учреждениях онкологического, урологического и хирургического профилей.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Русаков И.Г.¹, Теплов А.А.¹, Перепечин Д.В.¹, Сидоров Д.В.²

1. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

2. Госпиталь ГУВД, Москва

В настоящее время ортотопическая пластика мочевого пузыря является наиболее перспективным вариантом отведения мочи после радикальной цистэктомии, выполненной по поводу инвазивного рака. Данный метод деривации мочи позволяет восстановить больному мочеиспускание по нативной уретре и избежать наложения уростом. К числу необходимых условий для данного оперативного вмешательства является отсутствие поражения уретры, отсутствие большого выхода за пределы мочевого пузыря, отсутствие метастатического поражения лимфатических узлов, отсутствие протяженных стриктур уретры, сохранность и возраст пациента, удовлетворительная паренхиматозно-выделительная функция почек и отсутствие в анамнезе лучевой терапии на область малого таза. В настоящее время показания для данного вмешательства расширяются. Предложены методики пластики при низкой резекции уретры. Возраст старше 70 лет не является абсолютным противопоказанием, в отобранных группах пациентов возможно выполнение операции при N+. Лучевая терапия усложняет техническое проведение операции, увеличивает кровопотерю, повышает риск осложнений, прежде всего, снижает показатели удержания мочи. Это было серьезным препятствием для внедрения данной операции. В настоящее время подходы к хирургической реабилитации у больных, имевших в анамнезе лучевую терапию на органы малого таза, пересматриваются. Целью нашего исследования было оценить результаты ортотопической пластики мочевого пузыря у больных после радикальной цистэктомии при наличии лучевой терапии на область малого таза в анамнезе. 12 больных раком мочевого пузыря после цистэктомии. У 8 пациентов в анамнезе был курс лучевой терапии на область малого таза и мочевого пузыря, у 1 сочетание химио- и лучевой терапии, у 3 комбинация операции, лучевой и химиотерапии. У двух больных СОД составляла 30-40 Гр, операция проводилась через 2 мес. и в интервале 24-36 мес. после облучения соответственно. 10 больным лучевая терапия была проведена по радикальной программе (60-70 Гр). 6 больным операция выполнена в интервале 6-12 мес. после окончания облучения, четверым - 24-36 мес. Всем больным была выполнена радикальная цистэктомия с ортотопической пластикой мочевого пузыря по методике, разработанной в МНИОИ им. П.А. Герцена. Методика заключается в формировании U-образного дегубуляризованного тонкокишечного мочевого резервуара путем наложения межкишечного анастомоза по типу «бок-в-бок» на протяжении 2/3 длины сегмента кишки и формирования дополнительной кишечной петли, т.н. кишечной «шпоры». Максимальное время наблюдения составило 60 мес. Оценивались прежде всего результаты удержания мочи, как наиболее влияющие на качество жизни. В первый месяц после операции удержание мочи не отмечалось ни у одного пациента. Постепенно отмечалось улучшение показателей, прежде всего дневного удержания мочи. К 3 месяцу недержание мочи отмечалось у 8 (66,7%), к 6 мес. у 7 (58,3%), в интервале 7-12 мес. - 3 (25%)

человек. Т.о. к 12 мес. 75% пациентов удерживали мочу днем. Через 24, 36, 60 мес. показатели удержания были следующие: 72,7% (N=11), 77,8% (N=9), 66,7% (N=3). Показатели ночного удержания мочи были хуже. Удержание через 3 мес. отмечалось только у 1 пациента (8,3%), к 6 мес. – у 4 (33,3%), в интервале 7-12 мес. – 7 чел. (58,3%). Через 24 мес. показатели ночное удержания составляли 63,6% (N=11), через 36 мес. – 66,7% (N=9) и через 60 мес. – 33,3% (N=3). Если сравнить с результатами ортотопической пластики у больных без лучевой терапии в анамнезе, то отмечается снижение функциональных показателей удерживающей функции мочевого резервуара можно объяснить тем, что проведенная лучевая терапия способствовала развитию рубцовых процессов в окружающих мочеиспускательный канал тканях, прежде всего мышечной ткани, что в свою очередь могло способствовать ослаблению силы мышц тазового дна, рубцовый перипроцесс в окружающих тканях малого таза способствовал тому, что у части больных была выполнена низкая резекция мочеиспускательного канала с резекцией сфинктера мочеиспускательного канала. Полученные результаты являются предварительными, однако они указывают, что выполнение ортотопической пластики мочевого пузыря после лучевой терапии может быть оправдано.

ОРГАНОСОХРАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ

*Русаков И.Г., Теплов А.А., Смирнова С.В., Головащенко М.П.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Оценить непосредственные и отдаленные результаты у больных раком почки (РП) после органосохранного лечения. Проведен анализ результатов лечения 124 больных РП, которым выполнено 127 резекций почки. Среди них 54% мужчин (67) и 46% женщин (57). Средний возраст больных – 55,6+11,7 (26 – 79) года. Поражение правой почки выявлено – у 62 (50%) больных, левой – 49 (39,5%), двусторонние опухоли – 12 (9,7%) (75% - синхронные, 16,7% - метастатические), подковообразной почки – 1 (0,8%), единственной почки у 2 (1,6%) пациентов. Билатеральная резекция по поводу синхронного рака выполнена 3 (2,4%) больным, одномоментная двойная резекция по поводу 2 опухолевых образований у 5(4%) больных. Опухоль локализовалась в верхнем полюсе у 23 (18,5%), в нижнем – 29 (23,4%), в области почечного синуса – 68 (54,8%), в нескольких сегментах – 4 (3,2 %) больных. Средний диаметр опухоли 3,54+1,7 (0,5–12) см. Стадия опухолевого процесса T1a отмечена у 76,4%, T1b – 17,3 %, T2 – 3,9%, T3a – 2,4% пациентов. Минимальное расстояние от края резекции составило: 0,1 см, max – 3 см (0,57+0,52 см). Резекция чашек и лоханки, с последующим их ушиванием производилась в 48(37,8%) случаях. Положительный край резекции при плановом гистологическом исследовании выявлен у 10 (7,9%) пациентов. Сроки наблюдения от 1 до 97 месяцев (14,6). Результаты: Осложнения раннего послеоперационного периода отмечены в 27 (21,8%) случаях. Кровотечение развилось у 3(11,1%) пациентов, травма селезенки - 5 (18,5%). У 2 (7,4%) больных выявлен мочевого затек в связи с формированием мочевого свища в ранние сутки (6-8 сут.), что потребовало его дренирования и временного стентирования мочеточника. Рецидив опухоли в резецированной ранее почки выявлен у 3 пациентов (2,4%), среди них у 1 (0,8%) - после резекции подковообразной почки. При контрольных обследованиях 10 больных с положительным краем в зоне резекции данных за опухолевый процесс не получено (6-96 месяцев). Открытая резекция почки у больных локализованным РП возможна при стадии T1b и T2, интрапаренхиматозной локализации и в области почечного синуса. Данная операция сопровождается резекцией чашек почки, в отдельных случаях – резекцией лоханки почки. Выполнение подобных операций сопровождается низким числом осложнений. (летальность 0,8%, частота рецидивов 2,4%). Выполнение открытой резекции почки продемонстрировало хорошие онкологические и функциональные результаты, но требует тщательной диагностики в предоперационном периоде с включением контрастной 3 D компьютерной томографии и ангиографии с целью определения анатомических взаимоотношений почечных структур и опухоли.

ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛ И ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ

*Сивков А.В., Чернышев И.В., Кудрявцев Ю.В., Ощепков В.Н., Кешишев Н.Г., Костин И.Е., Шкабко О.В.
НИИ урологии, Москва*

В литературе появляются публикации об эффективности использования индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата (препарат Индигал, “МираксБиоФарма”) в лечении онкоурологических заболеваний, что особенно актуально для пациентов с ДГПЖ и PIN. Активные действующие компоненты препарата Индигал – I3C и EGCG – эффективно блокируют основные сигнальные механизмы патологической клеточной пролиферации, индуцируют апоптоз трансформированных клеток, подавляют воспалительные реакции и патологический рост кровеносных сосудов, т.е. блокируют основные звенья патогенеза гиперпластических процессов в тканях предстательной железы, приводящих к развитию рака. Было проведено клиническое двойное слепое, рандомизированное плацебо-контролируемое исследование по оценке клинических и морфологических эффектов препарата Индигал у больных ДГПЖ и ПИН. 34 пациента старше 50 лет с морфологически подтвержденными ДГПЖ и PIN были рандомизированы на две

группы. I группа (18 чел.) принимала Индигал по 2 капсулы 2 раза в день, а II группа (16 чел.) - плацебо по 2 капсулы 2 раза в день в течение 6 месяцев. В группу I было включено 7 пациентов с PIN низкой степени (LPIN) и 11 пациентов с PIN высокой степени (HPIN). Группа II включала 5 пациентов с LPIN и 11 пациентов с HPIN. После 6 месяцев лечения на повторной биопсии простаты в I группе выявлены следующие изменения: у 7 пациентов с LPIN у 1 – повторно обнаружена LPIN, у 2-х - HPIN, а у 4-х - ДГПЖ; из 11 пациентов с HPIN - у 1 больного повторно выявлена HPIN, а у 10 - ДГПЖ. Во II группе (плацебо): из 5 пациентов с LPIN - у 1 мужчины повторно диагностирована LPIN, у 1 - HPIN, у 1 – ДГПЖ и у 2-х - РПЖ; из 11 пациентов с HPIN - у 7 участников исследования выявлена повторно HPIN, у 2-х – ДГПЖ и еще у 2-х - РПЖ. Таким образом, в группе плацебо частота выявления РПЖ составила 25%, против 0% у пациентов принимавших Индигал. Кроме того, частота повторного выявления HPIN на фоне лечения индигалом в группе I составила 17% против исходных 61%, тогда как в группе плацебо – 56% против исходных 69%, соответственно. Полученные данные свидетельствуют о достоверности различий по частоте выявления РПЖ и повторного обнаружения HPIN у пациентов, принимавших Индигал по сравнению с плацебо ($p < 0,05$). Результаты исследования позволяют предполагать существование выраженной антипролиферативной активности у препарата Индигал.

РОЛЬ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ В ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Сивков А.В., Чернышев И.В., Ощепков В.Н., Кешинцев Н.Г., Рабинович Э.З.
НИИ урологии, Москва*

В настоящее время многие исследователи гормонорезистентность рака простаты связывают с нейроэндокринной дифференцировкой клеток рака предстательной железы (РПЖ). Поэтому патогенетическим оправданным является выявление экспрессии рецепторов к соматостатину (РС), а также определение маркера нейроэндокринной дифференцировки опухолей – хромагранина-А (ХрА) в плазме крови. Для выявления РС используется октреотид, меченный изотопом ^{111}In . Нами проведено исследование для визуализации РС у 5 больных ГРРПЖ с помощью препарата Октреотид ^{111}In , (ЗАО «Фарм-Синтез», Россия). 27 больным ГРРПЖ была назначена терапия, включающая комбинацию октреотида-депо (аналог соматостатина) и дексаметазона (поддерживающая доза 1 мг в сутки) на фоне антиандрогенной блокады или хирургической кастрации. Комбинированная терапия была назначена 20 пациентам до курса системной химиотерапии (1 группа) и 7 больным - после развития резистентности на фоне химиотерапии таксотером + преднизолоном (2 группа). Оценивались следующие параметры: ПСА до лечения и 1 раз в месяц в последующем, общий статус по шкале ECOG и болевой синдром по 6-ти балльной шкале, уровень ХрА в плазме крови до и в процессе комбинированной терапии. У 4 из 5 больных РС были выявлены как в первичной опухоли, так и в лимфоузлах и скелете. Исходный уровень ПСА, в среднем, составил 76 нг/мл и 14 нг/мл в 1 и 2 группах, соответственно. В 1 группе регрессия заболевания отмечена у 10 больных (50%), стабилизация - у 4 (20%), отсутствие ответа - у 6 (30%). Во 2-й группе у всех больных отмечено снижение уровня ПСА более чем на 50 % после первой инъекции октреотида-депо, далее отмечалась стабилизация процесса. Время до прогрессирования заболевания (ВПр) зависело от выраженности ответа на лечение. У пациентов, которые отвечали снижением ПСА на 50% и более (группа А), ВПр было существенно длительнее, чем у больных, которые отвечали незначительным снижением ПСА или его стабилизацией (группа В). Поэтому ВПр отличалось существенным разбросом: у больных группы «А» оно составило 7-15 мес., а у больных группы «В» - 4-6 мес. Начальный уровень ХрА хорошо коррелировал с ВПр, но не с исходным уровнем ПСА, как при комбинированной терапии до химиотерапии, так и после нее. Однако изменения ХрА в процессе комбинированного лечения не коррелировали с изменениями уровня ПСА. Полученные данные указывают на целесообразность определения РС и ХрА в качестве диагностических и прогностических критериев у больных ГРРПЖ, что позволяет улучшить качество жизни больных ГРРПЖ за счет увеличения ВПр.

ВЫБОР МЕТОДА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ

*Сивков А.В., Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А.
НИИ урологии, Москва*

Проблема рака предстательной железы (РПЖ) приобрела на сегодняшний день особую актуальность вследствие неуклонного роста показателей заболеваемости и смертности, а также в связи с трудностями ранней диагностики. В связи с особенностями клинического течения и несовершенством ранней диагностики от 60 до 80% больных РПЖ при первичном обращении имеют запущенные формы заболевания, при которых проводятся различные варианты медикаментозной гормональной терапии. При выборе тактики гормонального лечения местно-распространённого и метастатического рака предстательной железы существует много сложностей и противоречий. Одним из наиболее эффективных инструментов для определения тактики гормональной терапии распространённых форм рака предстательной железы является

индивидуальное прогнозирование течения злокачественного процесса. Нами была разработана компьютерная программа “Компьютерный Онкопрогноз”, позволяющая выполнить комплексную оценку факторов прогноза, определяющих развитие заболевания, и определить ожидаемую продолжительность жизни пациента. Выбор схемы гормонального лечения определяется по разработанному алгоритму и зависит от рассчитанной ожидаемой продолжительности жизни больного: 1. При неблагоприятном прогнозе (рассчитанная программой ожидаемая продолжительность жизни < 12 месяцев) лечение проводится по схеме максимальной андрогенной блокады. 2. При промежуточном прогнозе (рассчитанная программой ожидаемая продолжительность жизни от 12 до 24 месяцев) мы рекомендуем схему интермиттирующей андрогенной супрессии. 3. При благоприятном прогнозе (рассчитанная программой ожидаемая продолжительность жизни более 24 месяцев) применяется монотерапия антиандрогенами. Подобный подход позволяет индивидуализовать тактику гормонального лечения распространенных форм рака простаты.

ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ И ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

*Сидоров О.В., Ситников Н.В., Кочетов А.Г., Дубровских С.А.
3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого, Москва*

Прогрессирование опухолевого процесса после радикальных операций и комбинированного лечения по поводу злокачественных образований органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства отмечается у 15-25 % больных. Из данной категории больных у 2-5% в опухолевый процесс вовлекаются терминальные отделы мочеточников с одно-двухсторонним нарушением уродинамики верхних мочевых путей (ВМП) и развитием гидронефротической трансформации. Клиника обструктивной уropатии развивается постепенно и проявляется, активностью пиелонефрита, нарастанием явлений ХПН, болевым синдромом. Абсолютное большинство больных с гидронефрозом опухолевого генеза нуждается в дренировании ВМП. В 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого за последние 10 лет выполнено дренирование 147 больным с гидронефрозом опухолевого генеза. Из них 96 пациентам выполнены одно-двухсторонние ЧПНС под УЗ-контролем, 51 больному осуществлено ретроградное дренирование ВМП внутренними стентами. Для ЧПНС использовались стандартные нефростомические наборы с двух и трехшаговой техникой постановки, размерами нефростомического дренажа Ch 6/8/10. Ретроградное дренирование осуществлялось мочеточниковыми полиуретановыми и специальными стентами для длительного дренирования ВМП Ch 6/7, длиной 25-28 см. Средний срок адекватного функционирования нефростомических дренажей составил 63 ± 3 суток, после чего выполнялась их замена под рентген-телевизионным контролем. Мочеточниковые полиуретановые стенты обеспечивали адекватную ретенцию мочи из ВМП в течение 2,5-3 мес. У 7 пациентов после установки внутреннего стента сохранялась гидронефротическая трансформация из-за агрессивности опухолевого процесса и сдавления просвета внутреннего стента. У 6 пациентов отмечалась быстрая инкрустация стентов солями, что потребовало наложения нефростомы. У 17 пациентов применялись полиуретановые внутренние стенты с фосфорелированным покрытием, у 4 пациентов применялись онкологические мочеточниковые стенты с металлической армирующей сеткой. В обоих случаях отмечалась хорошая переносимость стентов больными. По сравнению с обычными полиуретановыми стентами, продолжительность адекватной их функции составила $198 \pm 12,3$ суток. Транзиторная бактериурия $\geq 10^4$ КОЕ/мл у пациентов с нефростомическими дренажами отмечена у 68 % больных, у стентированных больных в 27% случаев. Бактериологический спектр посева мочи представлен кишечной палочкой, неферментирующие грамотрицательные бактерии (синегнойная палочка), протей, что позволяет судить о высокой степени внутригоспитальной инфекции. Больные с обструктивной уropатией верхних мочевых путей опухолевого генеза нуждаются в адекватном, в большинстве случаев пожизненном их дренировании. Для ретенции мочи предпочтительнее использовать ретроградное дренирование с применением специальных внутренних стентов с фосфорелированным покрытием и армирующей сеткой, что обеспечивает дополнительную жесткость и позволяет стенту быть устойчивым к сдавлению, сохраняя постоянный просвет для дренирования. Внутреннее дренирование в меньшей степени ухудшает качество жизни пациента, чем наличие нефростомического дренажа и уменьшает риск инфицирования мочевых путей внутригоспитальной флорой.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

*Ситников Н.В.¹, Русаков И.Г.², Переходов С.Н.¹, Кочетов А.Г.¹, Билык Н.Л.¹, Шоуа А.Б.¹, Костин А.А.³
1. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва
2. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва
3. РНЦР, Москва*

Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее часто диагностируемым новообразованием у мужчин и занимает второе место среди причин смерти, уступая лишь раку легких. В большинстве развитых стран

возрастает частота выявления ранних, так называемых локализованных, форм РПЖ. "Золотым стандартом" лечения локализованных форм РПЖ остается операция радикальная простатэктомия (РПЭ). Тем не менее, РПЭ является частой причиной таких поздних послеоперационных осложнений, как эректильная дисфункция (ЭД), недержание мочи, которые могут значительно ухудшать качество жизни (КЖ) пациентов. ЭД после РПЭ имеет многофакторную этиологию. Несмотря на то, что нейрогенная форма ЭД является основной после РПЭ, у части пациентов, особенно после НСРПЭ, нарушения эрекции имеют преимущественно сосудистый генез, а также присутствие факторов органической ЭД не исключает вероятность развития психогенной ЭД. Дифференциальная диагностика различных форм эректильных расстройств нередко бывает крайне затруднительной из-за сочетания нескольких этиопатогенетических факторов. Независимо от техники РПЭ до сих пор не разработан унифицированный комплексный подход к диагностике эректильных нарушений после этой операции. Нами обследовано 84 больных с диагнозом локализованного и местнораспространенного рака предстательной железы (РПЖ), которым выполнялась РПЭ. Возраст больных составлял от 51 до 69 года. Исследование проводилось до операции, а также в период 3,6,9,12 мес после операции. Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза, в том числе сексуального (индексы МИЭФ, МКФ), проводилась оценка уровня глюкозы и липидов в крови, интракавернозный фармакологический тест, фармакодуплерография сосудов полового члена, а также электронейромиография полового члена (ЭНМГ). Для оценки субъективного статуса использовали тестовую методику "САН" и "Шкалу астении", оценку копулятивной функции проводили анкетированием международного индекса эректильной функции (ИЭФ-5), а также МКФ. Для оценки психофизиологического статуса (ПФС) применяли методики СМИЛ, ОСУ, "Сигнал", "Шкалу депрессии" и "Шкалу реактивной и личностной тревожности". При выполнении УЗДГ измерялись следующие показатели: V_{s1s} – систолическая линейная скорость кровотока в см/с; V_{d1s} – диастолическая линейная скорость кровотока в см/с; IR – индекс резистентности; S/D – отношение линейной скорости кровотока в систолу к линейной скорости кровотока в диастолу; S_{cav} – площадь кавернозных тел. Исследования проводились до и после фармакологической нагрузки. В качестве вазоактивного препарата мы использовали "Каверджект" (10 мг) с применением аудио-видео-сексуальной стимуляции. Качество эрекции оценивалось по шкале Юнема в нашей модификации (2005г). Данная шкала была дополнена временным фактором и пробаллирована. Результаты теста расценивали, как положительные при достижении полной ригидной эрекции (Er5), сомнительные – при полной тумесценции с частичной ригидностью (Er3-Er4), отрицательные – при неполной тумесценции (Er1-Er2). Балл вычисляется в зависимости от фазы эрекции и времени ее наступления. При достижении максимальной фазы эрекции меньше чем за 10 мин от начала введения препарата определяемый балл был выше (максимальная оценка – 10 баллов). Следует отметить, что у больных с односторонним сохранением СНП при фармакодуплерографии зафиксировано повышение максимальной скорости пенильного кровотока в среднем на 52-74 % на стороне сохраненных нервов, тогда как на стороне несохраненных нервов он вырос на 23-31% от исходного уровня. На основании показателей ЭНМГ оценивалась степень сохранности кавернозных нервов. Установлены следующие нормативные параметры: количество потенциалов спонтанной активности за 30 минут наблюдения – от 9 до 37; амплитуда потенциалов – от 120 до 350 мкВ; продолжительность периода импульсов спонтанной активности от 3,0 до 8,0 мсекунд. Таким образом, проведенное нами исследование позволяет заключить, что ЭНМГ полового члена является методом позволяющим оценить состояние автономной иннервации полового члена при ЭД у больных после РПЭ, а УЗДГ сосудов полового члена на фоне стимуляции эрекции с помощью ИКФТ является высокоинформативным и хорошо стандартизируемым методом диагностики ЭД сосудистого генеза.

ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ, КАК МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДИНАМИКИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Ситников Н.В.¹, Русаков И.Г.², Переходов С.Н.¹, Кочетов А.Г.¹, Билык Н.Л.¹, Даниелян А.А.³

1. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневецкого, Москва

2. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

3. 442 ОВГ, Москва

В последние десятилетия в связи с ростом онкологического заболевания предстательной железы возрастает значение проблемы эректильной дисфункции (ЭД) у больных перенесших операцию радикальную простатэктомию (РПЭ). Так, ЭД отмечается у 44 -75% мужчин после РПЭ, а 60% пациентов, перенесших операцию, недовольны качеством жизни, испытывая чувство неполноценности из-за боязни неудачи при половом акте. Последовательность структурных изменений и динамика развития ЭД после операции РПЭ не нашли адекватного освещения в современной литературе. Существующие неврологические тесты, такие как определение бульбокавернозного и кремастерного рефлексов, чувствительность головки и кожи полового члена, не являются точными и позволяют оценить лишь состояние соматической иннервации полового члена. В связи с этим, остается открытым вопрос раннего выявления, патогенетического лечения и возможной профилактики ЭД, связанной с операцией РПЭ. Анализ литературы и результатов собственных исследований позволили нам предположить новый патогенетически обоснованный подход к вопросу

диагностики ЭД рассматриваемого характера. При РПЭ наиболее частой причиной ЭД является полное или частичное повреждение, а также парез кавернозных нервов (nn. erregentis). В связи с последним, “золотым стандартом” точной диагностики нейрогенной ЭД считается электронейромиография (ЭНМГ) полового члена. ЭНМГ - это комплекс методов исследования, позволяющих проводить точную диагностику заболеваний, сопровождающихся поражением периферической нервной системы. Исследование осуществляется посредством регистрации электрических потенциалов мышц и нервов. В отличие от многих отечественных авторов, предлагающих выполнение ЭНМГ методом наложения накожных кольцевых электродов, мы данный метод исследования проводили с помощью игольчатых интракавернозных электродов. Нами обследовано 84 больных с локализованным и местнораспространенным РПЖ, которым выполняли РПЭ по разным методикам. Возраст пациентов составил от 51 года до 69 лет. Исследования проводили до операции, а также через 3, 6, 9, 12 мес после операции. Из 84 больных, участвующих в исследовании, нервосберегающая РПЭ выполнялась 37 больным, двухсторонняя нервосберегающая РПЭ – 32 больным. РПЭ без сохранения СНП проведена 52 больным. Из них у 23 больных до операции копулятивная функция практически отсутствовала. Для оценки копулятивной функции проводили анкетирование международного индекса эректильной функции (ИЭФ), а также МКФ. Для оценки пенильного кровотока использовали доплерографию в сочетании с интракавернозным фармакотестом (ИКФТ) с применением аудио-видео-сексуальной стимуляции. Для выполнения ЭНМГ использовался многофункциональный компьютерный комплекс Нейро-ЭМГ ООО "Нейрософт" (Россия). Спонтанную активность гладкомышечных элементов кавернозных тел регистрировали и выводили на монитор в виде графического изображения. Полоса регистрируемых частот составляла 2 Гц – 10 кГц. Амплитуду пиков активности устанавливали 100 мкВ на деление. Запись ЭНМГ начинали через 15 минут и продолжали в течение 30 минут. Мы проводили подсчет основных показателей ЭНМГ полового члена, отражающих его автономную иннервацию: количество потенциалов за 30 минут; максимальная амплитуда возникающих потенциалов; продолжительность периода импульсов спонтанной активности. Установлены следующие нормативные параметры: количество потенциалов спонтанной активности за 30 минут наблюдения – от 9 до 37, амплитуда потенциалов – от 120 до 350 мкВ, продолжительность периода импульсов спонтанной активности от 3,0 до 8,0 мсекунд. Несмотря на большую чувствительность и объективность ЭНМГ, на начальных этапах наблюдения (3-6 мес. после операции) утверждать достоверно о сохранности или полном повреждении СНП не представляется возможным в связи с имеющимся в отдельных случаях парезом кавернозных нервов. У 52 больных, которым не проводили нервосберегающую РПЭ, была получена картина полного «электрического молчания» - тотального нарушения нервной проводимости, что по нашему мнению является прямым показанием к «раннему эндокавернозному фаллопротезированию». Таким образом, ЭНМГ полового члена является базовым, надежным и валидным методом исследования, с помощью которого мы можем в ранние сроки оценить состояние автономной иннервации полового члена при ЭД у больных после РПЭ, что позволит повысить эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий у данной категории пациентов.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКОВ

*Ситников Н.В., Сидоров В.А.
3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва*

За последнее время значительно возросла частота приобретенной органической обструкции мочеточников, что связано с расширением показаний к оперативному лечению злокачественных образований малого таза и толстой кишки. Наиболее частой причиной механической обструкции мочеточников являются послеоперационные рубцовые сужения и облитерации. Глубоко расположенная тазовая часть мочеточника находится вблизи органов, часто подвергающихся оперативным вмешательствам, имеет в этом месте тонкую стенку, узкий просвет и особенности своего кровоснабжения. В последующем это нередко приводит к возникновению протяженных стриктур дистальных третей мочеточников с нарушением оттока мочи по ним и требующих различных методов его восстановления. В 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого в период с 1996 по 2008 годы выполнено 24 реконструктивно-восстановительные операции на мочевыводящих путях: в 19 случаях левого мочеточника, в 5 случаях обоих мочеточников. Структуры были протяженными и занимали практически всю дистальную треть мочеточников от места пересечения с подвздошными сосудами до мочевого пузыря. Реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 9 до 24 месяцев после первичного оперативного вмешательства на органах малого таза. Для пластики протяженных стриктур нижней трети мочеточника мы предпочитаем использовать однородные ткани, т. е. создание цистоуретероанастомоза по следующей методике. Мобилизация в зависимости от объема поражения левой или правой половины ободочной кишки, а также прямой кишки до шейки мочевого пузыря для обеспечения доступа к мочеточникам и задней поверхности мочевого пузыря. Выполнение левосторонней или правосторонней мобилизации и уретеролиза от лоханки до мочевого пузыря, резекция дистальной трети обширно поврежденного или облитерированного мочеточника в пределах здоровых тканей. Мобилизация передней и задней стенок мочевого пузыря с сохранением правых и левых сосудисто-нервных пучков до шейки. Через отдельный прокол верхушки мочевого пузыря слева или справа в полость мочевого пузыря

проводится проксимальный конец мочеточника с избытком до 1,5 см, фиксируется серозно-мышечными швами монофиламентной нитью из длительно рассасывающегося материала к слизистой мочевого пузыря. Выступающий в просвет мочевого пузыря участок мочеточника рассекается продольно до 1,0 см с дополнительной фиксацией слизистой мочеточника к слизистой мочевого пузыря с созданием инвагината мочеточника, выступающего в полость мочевого пузыря. Со стороны брюшной полости стенка мочеточника фиксируется к стенке мочевого пузыря серозно-мышечными швами. Мочеточник интубируется полимерной трубкой с внутренним диаметром 1-2 мм. Для устранения натяжения мочеточника и профилактики несостоятельности созданного цистоуретероанастомоза тело мочевого пузыря с его верхушкой перемещается в левую или правую подвздошную область и фиксируется к передней поверхности большой поясничной мышцы. В мочевой пузырь устанавливается дренажная трубка, которая вместе с мочеточниковыми интубаторами выводится на переднюю брюшную стенку. Выполняется экстраперитонизация тела и верхушки мочевого пузыря с созданным цистоуретероанастомозом перемещенным лоскутом париетальной брюшины подвздошной области со стороны, противоположной стороне фиксации мочевого пузыря к большой поясничной мышце. При двустороннем цистоуретероанастомозе экстраперитонизация с одноименной стороны осуществляется лоскутом париетальной брюшины бокового канала. Дренажирование экстраперитонизированной подвздошной области с частью тела и верхушкой мочевого пузыря с цистоуретероанастомозом силиконовой трубкой. Дренажирование полости малого таза силиконовой трубкой с противоположной подвздошной области.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

*Сосновский И.Б.
Краснодарский КОД, Краснодар*

Вопросы качества жизни в последнее время вызывают повышенный интерес, так как они в большей степени, чем показатели уровня жизни отражают степень социального комфорта и благополучия населения. В течение последних 10 лет отмечается неуклонный рост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ). В структуре онкологической заболеваемости мужчин Краснодарского края РПЖ вышел в 2006 г. на 4-е место. В условиях неуклонного роста заболеваемости РПЖ мужского населения Краснодарского края проблема качества жизни этой категории больных приобретает особую актуальность. Термин «качества жизни» используется в медицине уже 20 лет. В настоящее время в мировой практике качество жизни считается общепринятым высокоинформативным показателем оценки состояния здоровья населения. Он позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека – физического, психологического и социального функционирования. Нами было обследовано на профилактических осмотрах 1856 мужчин (918 из сельских районов и 938 жителей города) в возрасте от 40 до 79 лет в течение 2004-2006 гг., а также 847 мужчин, жителей городской и сельской местности, самостоятельно обратившихся в поликлинику онкологического диспансера с жалобами со стороны мочеполовой системы. Контрольная группа была составлена из числа мужчин, самостоятельно обратившихся в онкологический диспансер. Из 1856 обследованных нами мужчин при медосмотрах за период с 2004 по 2006 гг., в 5% случаев выявлен РПЖ, а из 847 мужчин, обследованных при самостоятельном обращении в краевой онкологический диспансер, РПЖ выявлен в 30% случаев. При этом из всех выявленных в результате медосмотров больных в 64,2% диагностирована I-II стадия заболевания (59,3% в сельской местности и 71,1% в городской). При самостоятельном обращении выявлено всего 21,4% случаев РПЖ (17,2% и 14,2% соответственно). РПЖ III – IV стадии при медицинских осмотрах выявлен только у 35,9% (40,7% среди сельских мужчин и 28,9% среди городских мужчин), а при самостоятельном обращении в 78,6% (82,8% и 85,8% соответственно). Возраст обследуемых мужчин варьировал от 40 до 79 лет (в среднем 64 года). Основную часть больных - 64,7 %, составили мужчины в возрасте от 50 до 69 лет. Из проблем, которые наиболее беспокоят больных РПЖ, является симптом обструкции мочевого пузыря (учащенное и затрудненное мочеиспускание, вялая струя и т.д.). Представленные данные проведенного исследования указывают на высокие цифры запущенности РПЖ. Только 5% обследованных больных не имели жалоб и оценивали свое состояние как хорошее, 28% оценили свое состояние как плохое и 67% как удовлетворительное. У мужчин, прошедших обследование присутствовал широкий спектр жалоб на нарушение мочеиспускания 89%, нарушение сна 45%, снижение настроения – 32%, болевой синдром при мочеиспускании 24%. Больные с запущенными стадиями (78,6%) заболевания нуждаются в постоянном уходе и длительном лечении. Вышеназванные проблемы не обеспечивают достойного качества жизни мужчин, больных РПЖ. Изменения в половой сфере оказывают наибольшее влияние на качество жизни больных РПЖ. Степень изменений половой функции зависит от возраста пациента и состояния половой функции до лечения, а также от метода лечения заболевания. У мужчин, страдающих РПЖ высок риск развития психогенной эректильной дисфункции по сравнению с мужчинами того же возраста, не имеющих этого заболевания. Исследования свидетельствуют, что у мужчин до 60 лет сексуальные проблемы являются источником эмоциональных расстройств, которые существенно ухудшают качество жизни. Пациенты, которым выполнена радикальная простатэктомия с сохранением сосудисто-нервных пучков, отмечают

наиболее высокие показатели половой функции уже через 6 месяцев. На поздних стадиях заболевания значительно ухудшается качество жизни больных РПЖ. Это обусловлено болевым синдромом вследствие наличия метастазов, нарушением мочеиспускания, общей слабостью, нарушением сна, ухудшением социального и эмоционального функционирования. Таким образом, основной целью исследования качества жизни больных РПЖ является выбор наиболее приемлемых схем медикаментозного лечения, которые наряду с увеличением длительности жизни максимально купируют болевой синдром, оказывают наименьшее влияние на половую функцию, положительно влияют на эмоциональное состояние.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С РАЗВИТИЕМ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА

*Теплов А.А., Смирнова С.В., Головащенко М.П.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Разработка малоинвазивного метода лечения стриктур мочеточников на различных этапах хирургического и комбинированного лечения больных раком шейки матки. Проанализировано 497 больных локализованным и местнораспространенным раком шейки матки. Контрольную группу составили 40 (8,0%) пациентов со стриктурой мочеточника, прошедших лечение с 2000 по 2008 г. Возраст больных от 18 до 56 лет (47+7,68 лет). Наибольшее количество больных составили пациентки с III и IV стадией процесса (57,5 и 27,5 %). Комбинированное лечение в различной последовательности проведено в 90% случаев, из них хирургическое лечение с интраоперационной лучевой терапией - 22,2%, только хирургическое лечение - 2,5% и лучевая терапия - 7,5%. У 36 (90%) больных стриктура мочеточника развилась после комбинированного лечения, после лучевой терапии - 7,5%, хирургического лечения - 2,5%. Поражение правого мочеточника отмечено у 21 пациентки (52,5%), левого мочеточника - 11 (27,5%), двустороннее - 8 (20%). Одностороннее или двустороннее стентирование мочеточника проводилось 23 больным (57,5%), 5 (12,5%) пациенткам выполнена реконструкция пораженного мочеточника, 8 (20%) - установлена чрезкожная пункционная нефростома. В связи с отсутствием функции почки и снижением ее кровотока (10 %) двум пациенткам произведена нефрэктомия (5%). Сроки наблюдения от 1 до 96 месяцев (в среднем 46,4 месяца). У 15 больных после удаления мочеточникового стента, находившегося в мочевых путях в период от 3 до 18 месяцев, отмечено улучшение или полное восстановление функции пораженной почки. Постановка стента на длительный период с плановой заменой через 6 месяцев была рекомендована 4 больным, трем пациенткам стент удален в сроки от 4 до 20 недель в связи с атаками пиелонефрита, повышенным солеобразованием или его непереносимостью. После удаления стента выявлено снижение функции почки, что потребовало постановки постоянной чрезкожной пункционной нефростомы. Частота возникновения стриктуры мочеточника у больных раком шейки матки составляет 8 % случаев. При уретерогидронефрозе I - III степени возможен выбор между стентированием мочеточника и нефростомией. В случае выявления отсутствия концентрационной функции почки показаний к дренированию ЧЛС почки нет. Мониторинг больных с стриктурой мочеточника необходимо проводить с периодичностью 1 раз в 3 месяца в течении 3 лет после лечения, с последующим наблюдением 1 раз в 6 месяцев, с оценкой состояния мочевой системы.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ

*Фаенсон А.В., Шевченко А.Н., Семькин Ю.А., Швырев Д.А.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Изучить состояние эректильной функции больных местнораспространенным и генерализованным раком простаты, подвергшихся хирургической кастрации, до и после выполнения фаллоэндопротезирования. Лечение получали больные местнораспространенным и генерализованным раком простаты, подвергшиеся хирургической кастрации. Выполнена коррекция эректильной функции у 6 больных раком простаты (пятеро больных имело III стадию заболевания, один - IV стадию), ранее подвергшихся хирургической кастрации. Средний возраст пациентов - 65,6 лет. Все больные предъявляли жалобы на стойкую эректильную дисфункцию, развившуюся после выполнения кастрации (индекс МИЭФ - 7 баллов), и настаивали на восстановлении эректильной функции. Коррекцию эректильной дисфункции проводили путём выполнения фаллоэндопротезирования. Критерием для осуществления данной операции служило настоятельное желание больного. Фаллоэндопротезирование выполнялось полужёсткими силиконовыми протезами отечественного производства путём их интракавернозной имплантации. Операция проводилась по общепринятой методике. Во всех шести случаях достигнуты удовлетворительные результаты: у всех пациентов индекс МИЭФ после операции составил 45 баллов. Сроки наблюдения за больными - от шести месяцев до 2,5 лет. Все пациенты, в первую очередь, отмечают положительный психоэмоциональный эффект от выполнения фаллоэндопротезирования. Способность вести сексуальную жизнь значительно подняла их самооценку, что способствовало наиболее безболезненной адаптации к условиям, созданным тяжёлым заболеванием и необходимостью постоянного лечения. Все больные указывают, что проведение полового акта не

сопровождается какими-либо неприятными ощущениями ни у одного из участников. Осложнений при применении данной методики не отмечено. Выполнение фаллоэндопротезирования позволяет в значительной степени улучшить качество жизни тех больных, для которых утрата эректильной функции (вследствие проведённого ранее лечения) является тяжёлой психоэмоциональной травмой.

ЭНДОЛЮМБАЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

*Фаенсон А.В., Шевченко А.Н., Семькин Ю.А.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Апробировать применение способа эндолюмбальной гормонотерапии при лечении больных генерализованным раком простаты с метастатическим поражением костей и развитием хронического болевого синдрома. Изучены результаты лечения 19 больных. Морфологическая верификация диагноза у всех больных была получена путём полифокальной трансректальной пункционной биопсии простаты. Гистологическая картина представлена аденокарциномой различной степени дифференцировки. Метастатическое поражение костей скелета подтверждено данными СРКТ, остеосцинтиграфии, рентгенографии. Для оценки интенсивности болевого синдрома мы применяли визуальную аналоговую шкалу. У всех 19 больных до начала лечения интенсивность болевых ощущений соответствовала 8-10 баллам. Пункцию спинномозгового канала проводили в промежутке L III – L IV – позвонков. Лекарственное воздействие осуществлялось эндолюмбальным введением 125 мг. гидрокортизона. Курс лечения состоял из пятикратного введения (через день) препарата. Каких-либо осложнений при применении данной методики не отмечено. Сравнительный анализ болевых ощущений до проведения эндолюмбальной гормонотерапии и после неё (по данным визуальной аналоговой шкалы), подтверждает значительное снижение интенсивности (вплоть до полного исчезновения) болевого синдрома: от 0 до 2 баллов. Все больные отказались от приёма анальгетиков, в полном объёме была восстановлена двигательная функция, нормализовался ночной сон, улучшилось настроение. Все пациенты вернулись к труду (часть – по домашнему хозяйству, часть – по специальности). 17 больных на момент контроля живы. Максимальный срок наблюдения – 1 год 6 месяца. Причиной смерти двоих больных стало прогрессирование основного процесса. Применение метода эндолюмбальной гормонотерапии позволяет эффективно бороться с хроническим болевым синдромом, возникающим при метастатическом поражении костей у больных раком простаты.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОБИОХИМИОТЕРАПИИ

*Хомутенко И.А., Шевченко А.Н.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Улучшение непосредственных и ближайших результатов лечения больных раком мочевого пузыря T2N1-3M0. Применена методика неoadьювантной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии. Химиопрепарат (циклофосфан 600 мг), инкубированный предварительно с 15 мл плазмы больного в течение 1 часа, вводят в лимфатические сосуды тыла стопы, с последующим выполнением на 10 сутки резекции мочевого пузыря. По вышеуказанной методике пролечено 19 больных, составивших основную группу, которым проводилось комплексное лечение с применением неoadьювантной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии и адьювантной системной аутогемохимиотерапии (Гемцитабин 1000 мг/м² в 1-й, 8-й дни, Цисплатин 100 мг/м² во 2-й день в/в капельно на аутокрови больного). В контрольной группе (21 больной) использовался комплексный метод лечения с применением только адьювантной системной аутогемохимиотерапии. Результаты. У всех больных основной группы отмечено уменьшение степени дизурии, купирование макрогематурии к 5-7 суткам после эндолимфатического введения препарата; у 11 (57,9%) уменьшилась выраженность болевого синдрома при мочеиспускании; у 6 (31,6%) диагностировано уменьшение опухоли в размерах от 25 до 50 %. При контрольных осмотрах в сроки 3, 6, 9 и 12 месяцев с момента операции всем больным выполнялась цистоскопия и УЗИ органов малого таза. В основной группе у 2 больных (10,5%) через 9 месяцев выявлен рецидив опухоли, у 2-х (10,5%) - метастазы в контралатеральные лимфатические узлы, у 15 (79%) данных за рецидив и прогрессирование процесса за данный период наблюдения не выявлено. В контрольной группе у 2 больных (9,5%) через 3 месяца выявлен продолженный рост опухоли, у 8 (38,1%) диагностирован рецидив опухоли, у 3 (14,3%) - метастазы в контралатеральные лимфатические узлы, у 1 (4,8%) - генерализация процесса, у 7 пациентов данных за рецидив и прогрессирование процесса не выявлено. Предложенный способ лечения инвазивного рака мочевого пузыря обеспечивает улучшение непосредственных и ближайших результатов лечения.

ОЦЕНКА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И РИСКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Цибизов Д.Н.¹, Кочетов А.Г.², Ситников В.Н.², Шоуа А.Б.², Костин А.А.³, Нагорнюк В.Н.⁴

1. 22 МСЧ, Москва

2. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО, Москва

3. РЦНПР, Москва

4. 25 ЦВКГ РВСН, Москва

Изучение психо-эмоционального статуса, уровня депрессии и риска суицидальных попыток у онкологических больных урологического профиля в амбулаторной практике становится интересующей многих специалистов проблемой. В исследование включено 67 больных диспансерной группы с онкологической патологией (рак) почек, мочевого пузыря, простаты и яичек. Средний возраст больных 51,3 года. Длительность заболевания от 1 до 10 лет. До исследования данным больным диагнозов связанных с нарушением психики не выставлялось. Оценка психофизиологического статуса проводилась на основании тестирования с применением шкалы Гамильтона для оценки тревоги, теста Ханина – Спилбергера для определения личностной и реактивной тревожности, госпитальной шкалы тревоги и депрессии, САН-теста, кроме того, использовался индивидуально-типологический опросник Л.Н.Собчик, а для изучения риска суицидальных попыток проводилось заполнение суицидологической карты. При анализе шкалы Гамильтона выявлен выраженный уровень тревоги (8 и более баллов), как по уровню соматической, так и по уровню психической тревоги; средний суммарный балл составил 34,3, что соответствует паническому расстройству. Общее психическое состояние характеризуется эмоциональной неустойчивостью, низким уровнем САН, высоким уровнем депрессии. Характерным является снижение самооценки, немотивированное чувство вины и суицидальные тенденции у больных исследуемой группы. Физических попыток суицида у больных при этом не было. При консультации у психоневролога всем больным по результатам тестирования и беседы выставлены астенический, тревожно-ипохондрический, астено-ипохондрический и астенодепрессивный синдром (состояние). Учитывая выраженные изменения психо-эмоционального статуса и риска суицидальных попыток у онкологических больных урологического профиля, целесообразно разработать программы их выявления, а так же разработать программы рациональной психотерапии и медикаментозного лечения с целью коррекции данной патологии.

СОЧЕТАНИЕ ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЧКИ И ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Цибизов Д.Н.¹, Кочетов А.Г.², Ситников В.Н.², Шоуа А.Б.², Костин А.А.³, Нагорнюк В.Н.⁴

1. МСЧ №22, Москва

2. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва

3. РНЦПР, Москва

4. 25 ЦВКГ Москва

Почечноклеточный рак (опухоль Гравица, «гипернефрома») составляет 2-3% от всех злокачественных новообразований. По частоте встречаемости среди онкоурологических заболеваний он находится на третьем месте и на его долю приходится примерно 85% всех первичных опухолей почек. Другая частая онкоурологическая патология – рак мочевого пузыря (РМП). РМП встречается примерно в 2-5% всех новообразований и составляет 30-50% опухолей мочеполовых органов. Мужчины болеют РМП в 2,5-6 раз чаще, чем женщины, при этом характерно нарастание заболеваемости с возрастом. В основном РМП (>90%) проявляется морфологически в виде переходноклеточных карцином. Сочетание данных нозологий у одного больного является редкой патологией и практически не отражено в научной литературе. Достоверно доказано, что происходящее длительное время загрязнение окружающей среды, образ жизни населения и вредные бытовые привычки являются главной причиной патологических изменений происходящих в организме человека и определяют риск возникновения рака, в том числе и вышеупомянутых нозологий. При этом существует целый ряд наследственных онкосиндромов, таких как Ли-Фраумени, при которых у больных возникает одновременно или друг за другом несколько опухолей. Учитывая возросший интерес к общему онкогенезу и его частностям, целесообразно рассмотреть ситуацию сочетания опухолей у урологических больных. Было проанализировано 386 историй больных с верифицированным диагнозом рака почки (РП) и РМП с 1997 года. Выявлено 6 случаев сочетания раков, что составляет 1,55% от всех этих случаев. Гистологически РП был почечноклеточным, а РМП – переходноклеточным. Все больные с сочетанием почечноклеточного РП и переходноклеточного РМП были мужчины. Средний возраст больных составил 69,5 лет. Все больные курильщики (табака), время никотинозависимости установить не удалось, профессиональных вредностей не выявлено. В пяти случаях первой локализацией рака являлась почка. Стадия T1-2N0M0. Всем больным по этому поводу была выполнена радикальная нефрэктомия. Второй локализацией рака являлся мочевой пузырь. Стадия T1-2aN0M0. Всем больным была выполнена резекция

опухоли мочевого пузыря (до 2000 года открытая операционная резекция, а с 2000 года ТУР) с последующей БЦЖ терапией в течение 6 недель, в двух случаях была произведена химиотерапия доксорубицином и митомоцином С. Время от установления диагноза РП до установления диагноза РМП составило в среднем 8 лет. Пятилетняя безрецидивная выживаемость по поводу РП составила 100%, десятилетняя выживаемость больных – 60%. В двух случаях смерти больных (вне стационара) установить причину смерти не удалось, нельзя исключить прогрессирование заболевания. Медиана выживаемости – 104 месяца для РП. Пятилетняя выживаемость по поводу РМП составила 60%. Данные не являются статистически достоверными и сравнимыми с когортой, из-за малой выборки. В одном случае у больного одновременно выявлен рак правой почки T2NxMx и переходноклеточный РМП T4aNxMx с метастазами в кости таза. Установить первую локализацию и источник метастазов в данном случае не удалось. Гистологическая верификация РП не производилась, при этом опухоль занимает всю нижнюю половину почки, не захватывая синус, что даёт право предположить не папиллярный характер опухоли. Больному проводится системная химиотерапия. Продолжительность жизни данного больного с момента установления диагноза составила 9 месяцев. Таким образом, сочетание почечноклеточного РП и переходноклеточного РМП существует как возможная проблема онкоурологии, которая может являться как случайным совпадением, так и возникшим или уже существовавшим онкосиндромом. Необходимо дополнительное исследование этих больных для профилактики этого состояния, улучшения его диагностики и прогнозирования, а так же повышения эффективности лечения таких больных. В первую очередь необходимо исследование возможной наследственной обусловленности и изучение генов-супрессоров опухолевого роста при подобных состояниях.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ПОЧКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РАКОВОГО РЕГИСТРА)

*Цокур И.В., Воронова О.А., Тесленко Л.Г.
Краснодарский КОД, Краснодар*

В структуре онкологической заболеваемости в Краснодарском крае в 2007 г. рак почки (РП) составляет 2,9%, а среди злокачественных опухолей мочеполовой системы занимает второе место, уступая по частоте только раку предстательной железы. Ежегодно в крае РП заболевает 450-500 человек. Однако в государственной отчетности данные по опухолям этой локализации представлены очень скудно, что не позволяет полноценно оценить проблему. Целью нашего исследования явилось углубленное изучение распространенности РП среди населения Краснодарского края и наблюдаемой выживаемости больных за 7 лет. Проанализированы данные Популяционного ракового регистра Краснодарского края (ПРР) за 2001-2007 гг. В Краснодарском крае в динамике за 2001-2007 гг. как грубые, так и стандартизованные показатели заболеваемости РП имеют тенденцию к росту. Данные тенденции наблюдаются как у мужчин, так и у женщин. Прирост интенсивных показателей у мужчин составил 12,4% (с 11,3 на 100 тыс. населения в 2001 г. до 12,7 в 2007 г.), у женщин – 11,6% (с 6,9 до 7,7 соответственно). Динамика стандартизованных показателей (мировой стандарт): у мужчин – с 8,4 в 2001 г. до 9,2 в 2007 г., у женщин – с 3,9 до 4,8 (на 100 тыс. населения соответствующего пола). Мужчины болеют РП почти в 2 раза чаще, чем женщины. Заболеваемость РП имеет несколько возрастных волн – 0-4 года, 55-59 и 65-69 лет. В возрасте 5-29 лет встречаются спорадические случаи, как у мужчин, так и у женщин. У женщин по возрастной уровень заболеваемости РП ниже, чем у мужчин. Пик заболеваемости у обоих полов приходится на возраст 65-69 лет. За рассматриваемые годы удельный вес морфологически верифицированных диагнозов РП в Краснодарском крае вырос – с 54,8% до 60,0%. Среднероссийские показатели смертности от РП имеют тенденцию к росту. В отличие от них, в Краснодарском крае смертность вследствие данной онкопатологии стабилизировалась на уровне 5,3 на 100 тыс. населения. Ежегодно на Кубани умирает от РП 250-280 человек. Главным фактором прогноза при РП является стадия опухолевого процесса: 7-летняя наблюдаемая выживаемость пациентов, взятых на учет в 2001 г., с опухолью, ограниченной только почкой, составляет 84,6%, распространение на крупные вены или надпочечник, а также околопочечные ткани в пределах фасции Герота уменьшает выживаемость до 70,2%. Несмотря на возросшие возможности современных диагностических методов, количество больных с распространенными формами заболевания, по-прежнему, достаточно высокое – каждый третий пациент обращается в специализированные учреждения в неоперабельной стадии заболевания, что наглядно отражают показатели выживаемости. Прорастание опухоли в соседние органы и наличие отдаленных метастазов у больных РП ассоциировано с плохим прогнозом: 7 лет переживает 25,8% пациентов. Однако, в последние годы отмечается снижение удельного веса числа больных РП, выявленных в IV стадии заболевания, – с 35,1% в 2001 г. до 28,1% в 2007 г. Обращает на себя внимание и снижение однолетней летальности с 26,7% в 2001 г. до 21,8% в 2007 г., что говорит об улучшении оказания специализированной онкологической помощи больным РП. Темп прироста однолетней выживаемости в течение 7-ми лет у мужчин составил 13,9%, у женщин данный показатель стабилен. Имеются различия в показателях 7-летней наблюдаемой выживаемости в зависимости от пола заболевшего. Среди мужчин (49,4%) выживаемость ниже, чем среди женщин (65,1%). Эта закономерность сохраняется и в разрезе стадий РП: выживаемость мужчин с I стадией 78,6%, женщин – 91,7%, со II стадией

– 70,1% и 74,6% соответственно, с III стадией – 64,1% и 76,7%, с IV стадией – 24,0% и 29,9%. Таким образом, РП в Краснодарском крае является достаточно распространенной онкопатологией, занимая 10-е место в структуре онкозаболеваемости, и требует, на наш взгляд, полноценного мониторинга наравне с другими значимыми злокачественными новообразованиями.

АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А., Алтунин Д.В., Осипов О.В.
НИИ урологии, Москва*

В 2006 году выявлено 12721 больных раком мочевого пузыря. Среди онкоурологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает второе место после рака простаты. “Трубый” показатель заболеваемости 8,93 на 100 000 населения, смертность - 7126 человек, общий прирост заболеваемости за последние 10 лет составил 2.57%. Благодаря повсеместному распространению УЗИ, КТ и МРТ выявляемость рака мочевого пузыря на I стадии составляет около 40%. Стандартом лечения поверхностного рака мочевого пузыря является трансуретральная резекция мочевого пузыря. Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации Урологов, целесообразно применение адьювантной терапии после ТУР мочевого пузыря, поскольку существует значительный риск рецидива и/или прогрессии рака при всех стадиях (Ta, T1 и Tis). Всем пациентам сразу после операции следует ввести одну дозу химиопрепарата в течение 6 часов после ТУР (выбор химиопрепарата остается на усмотрение врача). Дальнейшее лечение зависит от риска возникновения у пациентов рецидивов или прогрессии болезни. В настоящее время в ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий» проводится лечение поверхностного рака мочевого пузыря по следующему стандарту: при наличии папиллярной опухоли в мочевом пузыре проводится ТУР мочевого пузыря, в дальнейшем в первые 6 часов вводится 50 мг доксорубина или 40 мг митомicina с экспозицией 2 часа. В дальнейшем пациентам проводятся: либо курс внутривезикулярной химиотерапии препаратами доксорубина или митомicina или сеанс фотодинамической терапии с препаратом фотосенс. В клинике НИИ урологии рецидив рака мочевого пузыря выявлен в 18.2% случаев после применения ФДТ, в то время как при применении внутривезикулярной химиотерапии рецидив отмечен у 32% пациентов. По данным последних исследований, ФДТ более эффективна в качестве адьювантной терапии поверхностного рака мочевого пузыря, чем внутривезикулярная химиотерапия. Как правило, тяжелых системных расстройств после ФДТ не наблюдается, качество жизни пациентов не снижается. В настоящее время проводится исследование по совместному применению химиопрепаратов и ФДТ.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

*Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А., Алтунин Д.В., Осипов О.В.
НИИ урологии, Москва*

Заболеваемость почечно-клеточным раком (ПКР) постепенно увеличивается. Рак почки занимает десятое место по уровню заболеваемости и составляет 3% среди всех злокачественных новообразований у взрослых. В 2006 году показатель заболеваемости этой опухолью составил 11,3 на 100 000 населения. Однако, по данным целого ряда исследователей, общая 5-летняя выживаемость после резекции почки не уступает выживаемости больных после радикальной нефрэктомии и составляет 95-100% для стадий T1 и T2. Показатели специфической выживаемости варьируют от 77,8% до 96% и также соответствуют результатам удаления почки. Осложнения после резекции почки отмечаются в 8,8-30% случаев. Наиболее частыми осложнениями являются: кровотечение (2%), формирование мочевого свища (17%), острая почечная недостаточность (13%) и инфекционные осложнения (3%). В НИИ урологии с 2000 по 2008 год выполнено 96 резекций почки по поводу ПКР: 67 (69,8%) мужчин и 29 (30,2%) женщин. Средний размер опухоли составил $3,7 \pm 2,1$ см (от 1,6 до 5,5 см). Опухоль правой почки выявлена у 55 (57,3%) пациентов. У 71 (74,0%) больного опухоль была умеренно-дифференцированной, в 20 (20,8%) случаях – дифференцированной, а у 5 (5,2%) человек новообразования имели низкую степень дифференцировки. В объём радикальной резекции при раке почки входило удаление жировой капсулы, непосредственно прилегающей к опухоли. Обязательно исследовался хирургический край резекции. На догоспитальном этапе всем пациентам при планировании резекции выполняли КТ в ангиографическом режиме или интраоперационное УЗИ. Множественные опухоли были резецированы у 6 (6,2%) больных. Частота местных рецидивов после резекции почки в больших сериях наблюдений варьирует от 0 до 10%. В нашем исследовании рецидив заболевания отмечен только у 1 (1,04%) пациентки с аденокарциномой почки. Осложнений операции не отмечено ни в одном случае. Для профилактики осложнений мы используем тампонирование дефекта паренхимы тахокомбом или участком жировой капсулы почки с последующим ушиванием. 1. Риск местного рецидива при резекции почки не превышает частоту местных рецидивов при нефрэктомии. 2. Риск послеоперационных осложнений минимален при соблюдении тщательной хирургической техники в ушивании почечной паренхимы и чашечно-лоханочного комплекса. 3. Резекция почки является операцией выбора при опухолях размером не более 4-5см.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А., Алтунин Д.В., Осипов О.В
НИИ урологии, Москва

Рак мочевого пузыря занимает общее 13 место (2.7%) в структуре онкологических заболеваний. В 2006 году выявлено 12721 больных РМП, общий прирост заболеваемости за последние 10 лет составил 22.57%. Смертность в 2006 году составила 7126 человек. Более чем у 50 % пациентов выявляется мышечно-инвазивный рак. Единственным радикальным оперативным методом лечения инвазивного РМП является цистэктомия, с последующей деривацией мочи. Существует множество методов кишечного отведения мочи: илеум-конduit, ортотопическая пластика и формирование кишечного континентного резервуара для самокатетеризации. Идеального метода отведения мочи не существует, поэтому особое внимание уделяется качеству жизни этих больных. Под наблюдением в НИИ урологии с 1997 по 2009 года находятся 137 пациентов (116 (84,7%) мужчин и 21 (15,3%) женщина) с инвазивным РМП в возрасте от 36 до 78 лет, в среднем 64,2 лет. Стадия T2N0M0 выявлена у 43 (31,38%) больных, T3aN0M0 — у 29 (21.16%), T3bN0M0 — у 41 (29.92%), T4N0M0 — у 5 (3,64%), T2N1M0 — у 3 (2.18%), T3aN1M0 — у 6 (4.37%), T3bN1M0 — у 9 (6.56%), T4N1M0 — у 1 (0.72%) больного. У всех больных выявлен переходно-клеточный РМП. Радикальная цистэктомия выполнена 134 пациентам. Ортотопическая пластика мочевого пузыря - 41 пациенту, формирование гетеротопического резервуара - 14, уретеросигмостомия в модификациях - 19 больным. Наложение илеум кондуита (операция Брикера) - 64 пациентам. Одномоментная уретрэктомия - 22 больным. Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 18 больных, поздние - у 24: чаще выявлялся гиперхлоремический ацидоз после уретеросигмостомии. После континентного отведения мочи у 51 пациента отмечается полное дневное удержание мочи, недержание мочи - у 7 пациентов. Ночное недержание мочи выявлено у 5 больных. От прогрессирования рака мочевого пузыря умерло 16 пациентов. Все трудоспособные пациенты вернулись к труду. Качество жизни мы оценивали с помощью общего опросника MOS-SF-36 и разработанной нами анкеты. Единственным радикальным оперативным методом лечения инвазивного РМП является цистэктомия. При последующей деривации мочи из неконтинентных методов предпочтение следует отдавать операции Брикера, после которой отмечено наименьшее количество осложнений при «удовлетворительном» качестве жизни больных. Методом выбора кишечной цистопластики остаются континентные формы деривации мочи, при которых отмечается «хорошее» качество жизни и максимальная социальная адаптация трудоспособного контингента больных.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шангин Г.Б., Школьник М.И.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает ведущее место в структуре онкоурологической заболеваемости у мужчин. Согласно данным отечественных и зарубежных исследований, от 15 до 40 % больных РПЖ на разных этапах лечения подвергаются эпицистостомии в связи с развитием острой или хронической задержки мочеиспускания, тяжелых дизурических расстройств. Наложение эпицистостомы не только значительно ухудшает качество жизни больных, но и делает практически невозможным проведение курса дистанционной лучевой терапии на предстательную железу в полном объеме. Трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР ПЖ) в большинстве случаев позволяет достичь восстановления самостоятельного мочеиспускания и закрытия эпицистостомы. Целью настоящего исследования является оценка факторов прогноза результатов ТУР ПЖ, произведенных с целью закрытия эпицистостомы. В период 1999-2004 гг. 56 больным раком предстательной железы была выполнена ТУР ПЖ с целью закрытия эпицистостомы и восстановления самостоятельного мочеиспускания. Проведен анализ корреляционной зависимости срока закрытия эпицистостомы и восстановления самостоятельного мочеиспускания от возраста больных, стадии заболевания, показателей бактериального обсеменения мочи, длительности стояния эпицистостомической трубки. Выявлена высокая (0,70) степень корреляционной зависимости между сроком закрытия эпицистостомы и восстановления самостоятельного мочеиспускания от длительности существования эпицистостомы. Показатели возраста, клинической стадии РПЖ и бактериального обсеменения мочи обнаруживают слабую (0,18) корреляционную зависимость со сроком закрытия эпицистостомы и восстановления самостоятельного мочеиспускания. На основании полученных результатов может быть рекомендовано, по возможности, раннее выполнение всем больным, подвергшимся эпицистостомии, трансуретральной резекции предстательной железы с целью закрытия эпицистостомы и восстановления самостоятельного мочеиспускания вне зависимости от возраста больных, клинической стадии и показателей бактериального обсеменения мочи.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВНУТРИСТЕНОЧНАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Шевченко А.Н., Жлоба А.Н., Швырев Д.А., Селезнев С.Г.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Разработка и определение эффективности нового способа снижения частоты рецидивирования поверхностного рака мочевого пузыря после органосохраняющего эндоскопического хирургического лечения, основанного на интраоперационном применении внутривенной химиотерапии на аутоплазме. Основой данного исследования явились результаты клинического обследования и стационарного лечения 81 пациента с поверхностным раком мочевого пузыря Т_a, Т₁. Основную группу составили 39 пациентов, подвергшиеся эндоскопическому хирургическому лечению в объеме трансуретральной резекции с интраоперационной внутривенной аутоплазмохимиотерапией. Остальным 42 больным была выполнена стандартная трансуретральная резекция мочевого пузыря, они составили в нашем исследовании контрольную группу. Методика изученного способа терапии заключалась в проведении во время операции подслизистых инъекций цитостатика (Циклофосфан 200 мг), заранее инкубированного с аутоплазмой больного, вокруг удаленной опухоли с использованием специальной гибкой иглы. Применение внутривенной аутоплазмохимиотерапии во время трансуретральных хирургических вмешательств позволило не только улучшить отдаленные результаты, но и избежать увеличения количества осложнений проводимого лечения. Частота рецидивирования поверхностного рака мочевого пузыря за трехлетний период наблюдения в основной группе оказалась ниже на 20,5% по сравнению с группой контроля (20% и 40,5% соответственно). Цистит в послеоперационном периоде в основной группе наблюдался в 7,1%, в контрольной – в 16,9%. Также наблюдалось выраженное биоадаптивное воздействие на организм в целом, что проявлялось в целенаправленной инициации к 7-м суткам послеоперационного периода формирования интегральных антистрессорных реакций (тренировки – 45%, спокойной и повышенной активации – 30 и 15% соответственно), коэффициент соотношения которых к стрессу (КАС/С) возрос в 6,4 раза относительно контрольных значений КАС/С в аналогичный временной интервал за счет применения аутологичной среды организма – плазмы. Учитывая полученное улучшение результатов лечения и отсутствие осложнений после применения интраоперационной внутривенной аутоплазмохимиотерапии, данную методику целесообразно использовать при трансуретральных резекциях мочевого пузыря по поводу поверхностного уротелиального рака.

Онкоортопедия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунوف М.А., Насриптидинов Ф.Э.
Республиканский ОНЦ, Ташкент*

Цель исследования: изучить эффективность различных вариантов хирургических вмешательств при опухолях проксимального отдела плечевой кости. Материалы и методы. 63 больным с локализацией опухоли в проксимальном отделе плечевой кости выполнены хирургические вмешательства различного объема. Из 63 больных 40 мужчин и 23 женщин в возрасте от 15 до 69 лет. В 25 случаях была гигантоклеточная опухоль, 12 - остеогенная саркома, 14 - хондросаркома, 3 - ретикулосаркома, по 2 случая фибросаркомы, саркомы Юинга и хондромиксоидной фибромы, по 1 случаю фиброзной дисплазии, костной кисты и метастаза аденокарциномы. У 22 больных выполнена сегментарная резекция проксимального отдела плечевой кости с замещением дефекта эндопротезом собственной конструкции, 20 - сегментарная резекция с аутопластикой фрагментом малоберцовой кости, 8 - межлопаточно-грудная резекция, 13 - межлопаточно-грудная ампутация. У больных, которым выполнена сегментарная резекция с замещением дефекта аутотрансплантатом, протяженность поражения кости 2-8 см, протяженность пострезекционного дефекта 4-10 см. У больных, которым дефект был замещен эндопротезом длина поражения кости 6-12 см (в среднем $8,7 \pm 0,53$ см), пострезекционный дефект составил 8-15 см. Распространение опухоли на мягкие ткани плечевого пояса с инфильтрацией кожи, прорастание на лопатку, вовлечение в процесс сосудисто-нервного пучка являлось показанием к межлопаточно-грудной ампутации. Результаты. После сегментарной резекции с аутопластикой в 1 случае отмечено нагноение послеоперационной раны, 2 - рассасывание трансплантата, 3 - перелом трансплантата с формированием ложного сустава, 2 - остеомиелит с образованием свища. После сегментарной резекции с замещением дефекта металлическим эндопротезом у 1 больного отмечено заживление раны вторичным натяжением, в последствии развился остеомиелит плечевой кости. В связи с чем, был удален эндопротез и после ликвидации признаков воспаления произведено реэндопротезирование (через 6 месяцев). После межлопаточно-грудной резекции в 2 случаях отмечено вторичное заживление раны. В сроках наблюдения от 6 месяцев до 14 лет, у 11 (17,4%) появился рецидив опухоли, у 20 (31,7%) - появились отдаленные метастазы. Высокая частота рецидива отмечена после межлопаточно-грудной резекции (42,2%), метастазов (50%) после межлопаточно-грудной ампутации. Выводы. Органосохранные операции при опухолях проксимального отдела плечевой кости показаны при протяженности процесса не более 12 см, отсутствии поражения мягких тканей, сосудисто-нервного пучка и инфильтрации кожи.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЛЕЧА

*Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунوف М.А., Файзиев Ф.Ш.
Республиканский ОНЦ, Ташкент*

Цель исследования. Выбор оптимального хирургического метода лечения опухолей мягких тканей плеча. Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ результатов хирургического лечения 41 больного с опухолями мягких тканей плеча. Мужчин 20 (48,8%), женщин 21 (51,2%). Возраст больных колебался от 15 до 76 лет, в среднем - 39,5 лет. По гистологической структуре преобладали больные с фибросаркомой - 25 (60,9%), у остальных встречалась рабдомиосаркома - 6 (14,6%), синовиальная саркома - 6 (14,6%), ангиосаркома - 2 (4,8%), неклассифицируемые опухоли - 2 (4,8%). В 30 случаях (73%) произведены органосохранные операции - широкое иссечение опухоли в объеме мышечно-фасциального футляра - 26, широкое иссечение опухоли с лимфодиссекцией подмышечных лимфоузлов - 2, иссечение опухоли с краевой резекцией плечевой кости - 2. В 11 случаях (27%) калечащие операции - межлопаточно-грудная ампутация - 9, экзартикуляция на уровне плечевого сустава - 2. Результаты. В группе больных после сохранных операций 3-х и 5-ти летняя выживаемость оказалась выше - $61,7 \pm 1,12\%$ и $32,3 \pm 3,71\%$ соответственно, чем после калечащих операций - $38,2 \pm 3,44\%$ и $17,3 \pm 0,7\%$ ($p \leq 0,05$). В общей группе 3-х и 5-ти летняя выживаемость составила $55,7 \pm 1,13\%$ и $31,2 \pm 3,8\%$ соответственно. Заключение. Хирургический метод остается основным в лечении больных с саркомами мягких тканей плеча. При этом, оптимальным объемом оперативного вмешательства является широкое иссечение опухоли в объеме мышечно-фасциального футляра. Калечащие операции показаны при прорастании опухоли на магистральные сосуды и нервы, и деструкции подлежащей кости. Больные после калечащих операций имеют низкий показатель выживаемости, чем после широкого иссечения. Прогностическими факторами, влияющими на исход хирургического лечения, оказались размер опухоли, гистологическая структура, уровень локализации опухоли на плече и характер оперативного вмешательства.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДУЛЬНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ MUTARS® У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Алиев М.Д., Нисиченко Д.В., Орехов М.Н., Сергеев П.С., Балабаев А.А., Сараванан С.А., Соколовский В.А.
РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Цель: обобщение опыта применения модульных систем для эндо- и реэндопротезирования у больных опухолями костей. Материал и методы. С 1992 по 2008гг. в клинике общей онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН было выполнено 625 оперативных вмешательств 515 пациентам с опухолями костей в объеме эндопротезирования или реэндопротезирования. Из них в 51 случае при хирургическом пособии была использована модульная система MUTARS® фирмы Implantcast (Германия). Мужчин 31/51 (61%), женщин 20/51 (39%). Средний возраст составил 23,3 года (от 15 до 52 лет). При лечении инфекции в ложе эндопротеза было установлено 6 имплантатов MUTARS: 1 тотальный эндопротез бедренной кости, 2 эндопротеза коленного сустава при замещении дистального дефекта бедренной кости, 3 при замещении проксимального дефекта большеберцовой кости. У 3 пациентов из 11 ревизионных операций (27%) было использовано новое запатентованное покрытие эндопротезов ионами серебра, в качестве системы для реэндопротезирования после двухэтапного лечения инфекции в ложе эндопротеза или профилактики инфекционных осложнений. У одного пациента 23 лет с укорочением нижней конечности на 12см после первичного протезирования, выполнено реэндопротезирование с раздвижным модулем MUTARS®. Результаты. Общий процент нестабильности составил 3/51 (5,9%). Общий процент инфекционных осложнений в ложе эндопротеза составляет 4/51 (7,8%). В группе сравнения при использовании индивидуальных эндопротезов частота инфекционных осложнений составили 60/574 (10,5%), нестабильность имплантатов выявлена в 79/574 (13,8%) случаев. Вывод. Постепенный переход на использование модульных систем эндопротезирования системы MUTARS® позволяет получить тенденцию к снижению уровня нестабильности с 13,8% до 5,9% и количества инфекционных осложнений с 10,5% до 7,8%. В качестве реэндопротезирования – данная модульная система является оптимальных инструментом для коррекции дефицита длины конечности у взрослых и восстановления опорной функции. Использование модулей имплантата с покрытием из ионов серебра является перспективным методом для лечения инфекции в ложе эндопротеза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТКИ ИЗ ПОЛИЭТИЛЕНТЕРЕФТАЛАТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА ЭНДОПРОТЕЗОВ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ

*Алиев М.Д., Орехов М.Н., Балабаев А.А., Нисиченко Д.В., Соколовский В.А.
РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Цель исследования: оценка клинической эффективности эндопротезирования суставов с сеткой из полиэтилентерефталата на основе ретроспективного анализа результатов хирургического лечения больных с опухолями плечевой и бедренной костей.

Материалы и методы. В интервале между апрелем 2006 года и декабрем 2008 года, 56 пациентам (24 женщины, 32 мужчин) со средним возрастом 35,5 лет (диапазон от 17 до 64 лет) было выполнено эндопротезирование в комбинации с использованием сетки Trevira®. Пациентов с остеосаркомой было 18, хондросаркомой 7, саркомой Юинга кости 11, злокачественной фиброзной гистиоцитомой 2, метастатическим поражением костей 11, гигантоклеточной опухолью 5, с прочими опухолями 2 пациента. 17 пациентам операция выполнялась в объеме эндопротезирования проксимального отдела бедренной кости, 13 – в объеме тотального замещения бедренной кости эндопротезом, 26 пациентам были установлены имплантаты, замещающие проксимальный суставной конец плечевой кости. Из 56 пациентов, 53 больным операция эндопротезирования с использованием сетки была выполнена первично, 3 пациентам сетка установлена при ревизионных операциях. Функциональный результат был оценен у 56 пациентов согласно шкале MSTS (The Musculoskeletal Tumor Society Score). Результаты. Только у одного из 56 пациентов наблюдался вывих в плечевом суставе в послеоперационном периоде - как результат травмы. За время наблюдения ни у одного из пациентов с использованием сетки не было случаев инфицирования ложа эндопротеза. Так же не наблюдалось случаев асептического расшатывания компонентов эндопротеза. Выводы. Использование сетки Trevira® при эндопротезировании проксимальных суставных концов бедренной и плечевой костей, тотальном замещении бедренной кости: 1) позволило исключить развитие вывихов после операции; 2) позволяет начать более раннюю реабилитацию больных; 3) не увеличивает частоту инфекционных осложнений; 4) не улучшает функциональный результат.

ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

*Балаев И.И., Балаев П.И., Власов В.В.
Курганский ООД, Курган*

Цель исследования. Определить возможность и эффективность использования чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении больных с первичными опухолями длинных костей. Материал и методы. Работа основана на результатах лечения 84 больных с морфологически верифицированным диагнозом. У 30 больных была злокачественная опухоль, у 54 доброкачественная.

Опухоль локализовалась в бедренной кости у 31 больного, в большеберцовой - у 46, в плечевой - у 5 и у 2 - в лучевой. Всем больным были выполнены сохраняющие конечность операции, а резецированный дефект кости замещен путем удлинения оставшихся отломков кости на одном, двух или трех уровнях. У 10 больных замещение дефекта кости сочеталось и с удлинением прилежащего сегмента конечности. Аутопластика и компрессионный остеосинтез были применены у 7 больных. С учетом показаний, 25 больных со злокачественными опухолями в пред- и послеоперационном периодах получали неoadьювантную химиотерапию. Результаты. Анализ результатов лечения проводился дифференцированно. В группе больных с доброкачественными опухолями рецидива не было. Общая трехлетняя выживаемость больных с первичными злокачественными опухолями костей составила 78,6%, а пятилетняя 67,8%. В течение года после выписки из клиники 97,3% больных перешли на полную функциональную нагрузку оперированной конечности. Заключение. Применение чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении больных с первичными опухолями длинных костей показывает, что метод высокоэффективен, позволяет замещать операционные дефекты кости и осуществлять оптимальную реконструкцию конечности не только у взрослых, но и у детей с незавершенным формированием скелета. У больных с саркомами кости с учетом показаний метод применяется после предварительного этапа, включающего радикальную резекцию опухоли и неoadьювантную химиотерапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ) КОНЕЧНОСТЕЙ

*Гафтон Г.И., Тришкин В.А., Малых И.Ю., Ергян С.М., Корхов В.В., Тришкина Е.В.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Цель работы: улучшение результатов лечения больных СМТ конечностей.

Задачи исследования: определение ведущих прогностических факторов с учетом, прежде всего, гистологического типа опухоли в выборе тактики лечебных мероприятий и объема оперативного вмешательства и уточнение их роли на дальнейшее клиническое течение заболевания. Материал и методы. В анализ включены данные о 207 больных первичными СМТ конечностей, в том числе у 82 - имели место фиброгистиоцитарны, у 63 - синовиальные и у 62 - липосаркомы. По полу среди всех групп больных отмечалось преобладание женщин ($55,1 \pm 3,4\%$); мужчины составили $44,9 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$). 128 (61,9%) из 207 больных находилось в возрасте от 15 до 54 лет, т.е. были в трудоспособном возрасте. Органосохраняющие операции выполнены у 166 (80,2%) из 207 больных, у 41 - произведена ампутация конечностей на различных уровнях. В работе проведена комплексная оценка значимости медико-биологических факторов с помощью современных математико-статистических методов. Результаты. Выявлено, что независимыми и наиболее значимыми факторами прогноза при лечении СМТ являются стадия болезни, размеры новообразования, метод лечения и морфологическая принадлежность опухоли. Это имеет практическое значение, поскольку позволяет достоверно определить наиболее неблагоприятные факторы, что немаловажно для планирования тактики лечения. Неблагоприятными факторами прогноза у этих больных в первую очередь следует считать: 3 стадию болезни, высокую степень злокачественности опухоли, размеры новообразования более 15 см и прорастание опухоли в кость. Выводы. Полученные данные позволили обосновать необходимость принципиальных изменений в Международной классификация TNM для СМТ. В первую очередь в конкретизации нуждаются критерии T с индексами a и b (то есть размеры и степени инвазии опухоли). В отличие от существующего подразделения опухолей по критерию T на две подгруппы (T1- опухоли до 5 см и T2 - более 5 см), целесообразно дополнительно выделить новообразования превышающие 15 см в наибольшем измерении и уточнить отношение опухоли к подлежащим костным структурам.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ

*Гафтон Г.И., Тришкин В.А., Канаев С.В., Тришкина Е.В., Ильин Н.В., Ергян С.М.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Результаты лечения СМТ нельзя признать удовлетворительными, так как пятилетняя выживаемость, по данным различных авторов, находится в пределах 45-60%. В клиническом отношении важно подчеркнуть способность сарком мягких тканей к многократному рецидивированию. Частота местных рецидивов находится в пределах 10-65%. Целью настоящего исследования является улучшение эффективности лечения больных саркомами мягких тканей конечностей, подвергшихся органосохраняющим операциям, путем использования предоперационной и послеоперационной лучевой терапии. Задачи исследования: дать сравнительную оценку эффективности различных программ комбинированного лечения больных саркомами мягких тканей конечностей, подвергшихся сберегательным операциям. В основу работы положены данные о 235 больных первичными саркомам мягких тканей конечностей. В том числе, комбинированное (операция +

радиотерапия) лечение проведено у 128 пациентов. Комбинированное лечение у 128 больных саркомами мягких тканей конечностей, подвергшихся сберегательным операциям, проводилось по трем программам: неoadъювантная лучевая терапия в режиме обычного фракционирования дозы (24 наблюдения) и укрупненными дозными фракциями (31), а также адъювантная - в режиме обычного фракционирования дозы (73 наблюдений). Только сберегательные операции без лучевой терапии имели место у 107 – контрольная группа при проведении сравнительного анализа. У всех больных диагноз подтвержден данными морфологического исследования. Среди анализируемой группы больных по половой принадлежности отмечается преобладание числа женщин (54,6%). Практически каждый третий больной заболевает в возрасте старше 55 лет. Сравнительный анализ, проведенный с учетом ведущих прогностических факторов, показал преимущество комбинированной программы лечения во всех сравниваемых группах. В целом пятилетняя выживаемость среди больных, подвергшихся комбинированному лечению, составила 69,5% против 56,1% при только хирургическом методе ($p < 0,05$). В зависимости от программы комбинированного лечения при прочих равных условиях наблюдается тенденция к улучшению показателей пятилетней выживаемости при проведении адъювантной лучевой терапии. Данные о частоте и сроках возникновения местных рецидивов, а также о медиане безрецидивного периода также свидетельствуют о преимуществе комбинированной программы. Применение комбинированного лечения у больных саркомами мягких тканей конечностей позволяет расширить показания к сберегательным операциям.

ВЫСОКОКАЛЕЧАЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТАЗОВОГО ПОЯСА

*Гафур-Ахунов М.А., Абдикаримов Х.Г.
Республиканский ОНЦ, Ташкент*

Проведен анализ хирургического лечения 50 больных со злокачественными опухолями кожи, мягких тканей и костей тазового пояса. Мужчин - 39, женщин - 11. В 24 наблюдениях опухоль локализовалась в проксимальном отделе бедра, 20 – в костях и мягких тканях таза, 2 – в мягких тканях ягодичной области и в 4 - метастатическое поражение пахово-подвздошных лимфатических узлов с инфильтрацией костей таза. Гистологически у 6 больных была злокачественная гигантоклеточная опухоль, 9 - остеогенная саркома, 12 - хондросаркома. 5 - саркома Юинга, 4 - рабдомиосаркома, 2 - полиморфноклеточная саркома, 1 - ангиосаркома мягких тканей, 1 - лейомиосаркома, 1 - синовиальная саркома, 4 - фибросаркома мягких тканей, 4 - метастазы плоскоклеточного рака и в 1 - метастатическое поражение костей таза. На основании клинико-рентгенологических обследований, эхографии, КТ И МРТ определен объем опухоли и степень распространения на окружающие ткани (мягкие ткани, кость, магистральные сосуды и нервы). Во всех случаях межподвздошно-брюшное вычленение сопровождалось с удалением клетчатки таза до бифуркации брюшной аорты, в 7 - произведена резекция крестца. Больные прослежены от 1 года до 12 лет. Из 50 больных у 6 (12%) выявлен рецидив опухоли, у 14 (28%) - отдаленные метастазы и у 2 (4%) - одновременно выявлены рецидив и метастазы. Показатели 3-х и 5-ти летней выживаемости - 44.6% и 35%. Заключение. Межподвздошно-брюшное вычленение является операцией выбора при местнораспространенных опухолях костей, кожи и мягких тканей тазового пояса.

ТАРТРАТ-РЕЗИСТЕНТНАЯ КИСЛАЯ ФОСФАТАЗА ОСТЕОКЛАСТОВ-5b ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ

*Державин В.А., Сергеева Н.С., Тепляков В.В., Маршутина Н.В., Солохина М.П.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель: исследование возможности использования TRAP-5b как опухолевого маркера при первичных злокачественных новообразованиях костной ткани. Материалы и методы. В исследование включено 34 пациента с первичными злокачественными опухолями костей (1 группа), 35 пациентов с патологией костной ткани неонкологического характера (доброкачественные опухоли-12 случаев и травматические переломы костей-23 случая)–2 группа и 38 условно здоровых доноров-3 группа. По возрасту и соотношению мужчин и женщин все 3 группы были сопоставимы. Уровень TRAP-5b исследовали иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы «BoneTRAP@assay» (Immunodiagnostic System (IDS), Англия). Результаты. Случаи с низкими (<3,0 ед/л) сывороточными концентрациями TRAP-5b выявлены у 39% пациентов 2 группы, у 31% доноров (3 группа), и лишь у 3% пациентов 1 группы. Уровни TRAP-5b, превышающие 6,0 ед/л, выявлены лишь у одного обследованного 3ей группы и у одного – во 2ой группе. В то же время, среди больных со злокачественными опухолями костей (1 группа) таких было 35%. Средние (по группам) значения TRAP-5b составили: для 1ой группы-6,14±0,51, для 2ой группы-3,9±0,18 и для 3ей группы-3,7±0,27 ед/л. Наибольшие величины TRAP-5b установлены при остеолитическом характере деструкции костной ткани (7,74±0,73 ед/л), наименьшие при смешанном (4,48±0,92 ед/л). Выводы. Рост злокачественных опухолей костной ткани сопровождается повышением TRAP-5b, что является косвенным аргументом за возможность его использования в качестве опухолевого маркера для мониторинга,

направленного на оценку эффективности лечения и доклиническое выявление рецидивов заболевания у этой категории пациентов.

МЕСТО ДИСПЛАЗИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ОНКОЛОГИИ

*Жарков П.Л.
РНЦПР, Москва*

Дисплазия в буквальном переводе означает нарушение формирования. В биологии дисплазия – все без исключения нарушения формирования органа, ткани или организма в целом независимо от причины и времени возникновения. Работа основана на анализе рентгенологических исследований более 50 тысяч пациентов, из которых более чем у 40 тысяч обнаружены изменения, укладывающиеся по определению в диспластические. Дисплазия может быть врожденной (как правило, генетически обусловленной и передающейся по наследству). Примерами врожденных дисплазий могут служить болезнь Дауна, гипофизарные карликовость и гигантизм, сколиозы, костно-хрящевые экзостозы, «остеомы», «гемангиомы» костей и мышц и т.п. Если врожденная дисплазия проявляется новообразованием («остеома», «остеохондрома», «фиброма»), то её рост прекращается вместе с ростом организма. Нарушения формирования могут проявляться нарушениями формы, размеров, структуры органа, они могут быть локальными, множественными, системными. Иногда может нарушаться формирование организма в целом. Конкретным нарушением формообразования являются: аплазия, гипоплазия, гиперплазия, дисформоплазия (нарушение формы), гетероплазия (на месте нормальной ткани формируется другая ткань – фиброзная, хрящевая, жировая и т. п.). То есть в процессе роста происходит сбой формирования на уровне ткани, органа или организма в целом. Так, может полностью отсутствовать часть или вся конечность, какой-либо орган (например кость) может формироваться уменьшенным, увеличенным или деформированным, вместо нормальной структуры органа на каком то участке может формироваться фиброзная ткань (фиброзная дисплазия). Онкология чаще всего имеет дело с локальными дисплазиями (так наз. остеомы, остеохондромы, хондромы, гемангиомы, фибромы и т.п.). Эти дисплазии в онкологическом смысле являются совершенно безобидными образованиями. Однако клинически они могут проявляться по-разному в зависимости от местоположения, размеров и темпов роста. Приобретенную дисплазию впервые выделила Н.С. Коссинская. Приобретенная дисплазия может быть обусловлена воздействиями внешней среды – перенесёнными заболеваниями, травмами, нарушениями функций эндокринной системы – эндокринные остеопатии. Приобретенная дисплазия сопровождает также всё живое в процессе старения, когда в процессе постоянно протекающей физиологической перестройки дистрофические изменения клеток приводят к постепенному нарушению формирования тканей и органов. Примерами приобретенных дисплазий в опорно-двигательной системе могут служить остеохондроз позвоночника и суставов, фиксирующий гиперостоз Форестье, жировое замещение миелоидного костного мозга в участках механических перегрузок, гормональные дисплазии (системный остеопороз, паратиреоидная дисплазия, болезнь Педжета и т.п.). Наиболее опасно для пациента, когда дисплазию называют опухолью (остеома, остеохондрома, гемангиома и т.п.). В последнем случае пациенту наносится психическая травма, а, кроме того, он лишается такого эффективного лечебного воздействия как физиотерапия. Основным признаком, качественно отличающим дисплазию от опухоли, является то, что все диспластические формообразования построены из нормальных, а не опухолевых клеток. Поэтому дисплазия никогда не бывает злокачественной (в смысле опухолевой). Следовательно, добавление к термину гиперплазия слова доброкачественная – излишне. Если в диспластичном формообразовании образуются клетки с чертами злокачественности, то это уже не дисплазия, а опухоль.

РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕБЕРНОГО КАРКАСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТКАНЕВОЙ СВЕРХЭЛАСТИЧНОЙ СИСТЕМЫ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА, ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

*Жеравин А.А., Гюнтер В.Э., Гарбуков Е.Ю., Жамгарян Г.С.
НИИ онкологии, Томск*

Цель исследования - расширение возможности комбинированного лечения и улучшение качества жизни больных с рецидивными местно-распространенными злокачественными новообразованиями грудной стенки. Материалы и методы. В отделении общей онкологии выполнена одномоментная реконструкция пострезекционных дефектов грудной стенки с использованием тканевой сверхэластичной системы из никелида титана (TiNiMo) троим пациентам. Возраст больных 67, 33 и 37 лет. У всех больных опухолевый процесс был рецидивным после ранее проведенного комбинированного лечения (операция, дистанционная гамма-терапия, химиотерапия, фотодинамическая терапия). Морфологические варианты – рак кожи, злокачественная фиброзная гистиоцитома, остеогенная саркома. Локализация – передне-верхние отделы грудной стенки. Инфильтрация кожи имелась в 2 случаях, раковая язва 15x8 см в одном. Удаление опухоли выполнено в объеме широкой окончатой резекции грудной стенки, с удалением ½ грудины и передних

отрезков заинтересованных ребер. Размеры дефекта реберного каркаса составили от 12x8 см до 15x10 см. Восстановление целостности каркаса осуществлялось никелид-титановой тканью с размером ячеек 100 - 120 мкм. В двух случаях для придания дополнительной жесткости тканевой структуре устанавливалась пористо-проницаемая пластина из никелида титана с заданной кривизной. Пластика дефекта мягких тканей (максимальный размер 25x15 см) осуществлялась перемещенным и в одном случае свободным торакодорзальным лоскутом. Результаты. Течение ближайшего послеоперационного периода у всех больных было гладким. Постнаркотическая депрессия ликвидировалась в обычные сроки, при отсутствии показаний для вспомогательной вентиляции легких. В раннем послеоперационном периоде признаков вентиляционной недостаточности не отмечено. Заживление послеоперационной раны у всех больных - первичным натяжением. Снятие швов производилось на 12 - 15 суток. Срок наблюдения больных 5, 7, 8 мес. При выполнении контрольной спиральной компьютерной томографии отмечена оптимальная визуализация никелид-титановых конструкций и окружающих структур при минимальном количестве артефактов. Исследование функции внешнего дыхания проводилось через 3 недели и 3 мес после операции. По данным спирографии, в раннем послеоперационном периоде у больных были отмечены рестриктивные нарушения I-II степени, показатели ЖЕЛ составили $67,3 \pm 2,6\%$. Спустя 3 мес после операции вентиляционных нарушений выявлено не было, ЖЕЛ - $83,6 \pm 2,9\%$. Клинически при спокойном дыхании патологической флотации грудной стенки в месте пластики не определяется, больные выполняют обычную физическую нагрузку. Выводы. Таким образом, применение комбинированной пластики обширных пострезекционных дефектов грудной стенки с использованием тканевой структуры из никелида титана и кожно-фасциальных лоскутов с осевым типом кровоснабжения, позволяет проводить специальное лечение при рецидивных местнораспространенных злокачественных новообразованиях грудной стенки с хорошим функциональным результатом.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Зубарев А.Л., Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Стародубцев А.Л., Звягина И.В.
МРНЦ, Обнинск*

Саркомы мягких тканей (СМТ) составляют 1-2,5% от всех злокачественных опухолей. Большое количество рецидивов после хирургического лечения, частое метастазирование заставляют использовать комбинированные методики лечения СМТ с применением интраоперационной лучевой (ИОЛТ) и термохимиолучевой терапией (ТХЛТ). Улучшение результатов лечения больных СМТ за счёт применения методик комбинированного лечения. Нами пролечено 94 больных СМТ, где наиболее часто встречалась синовиальная саркома (28%) и злокачественная фиброзная гистиоцитома (20%). В первую группу (n=31) вошли больные, которым проводилась только операция; во вторую (n=32) включены больные после предоперационной ТХЛТ в сочетании с операцией и ИОЛТ и в третью группу (n=31) - после предоперационной химиолучевой терапии и операции с ИОЛТ (СОД=10Гр) локальной опухоли. Восемью больным из 2 и 3 групп в связи с нерадикальным хирургическим вмешательством проведена ИОЛТ СОД=20Гр на оставшуюся опухоль. Первичные СМТ в каждой группе составляли по 80-90%, рецидивные - 10-20%. До 70-80% в группах составляли больные с III-IV стадией. Результаты пятилетней общей (ОВ), безрецидивной (БРВ) и безметастатической (БМВ) выживаемости достоверно лучше во 2 (69, 100 и 68%) и 3 (65, 89 и 67%) группах ($p < 0,05$ и $p < 0,01$; $p < 0,001$ и $p < 0,01$; $p = 0,01$ и $p = 0,05$) по сравнению с первой (24, 36 и 24%). Достоверная разница ($p < 0,05$) между 2 и 3 группами выявлена по БРВ. В группе больных после комбинированного лечения, включающего предоперационную ТХЛТ и операцию с ИОЛТ нет локальных рецидивов в течение трёх лет.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА КОСТНОЙ ТКАНИ МЕТАЭПИФИЗАРНОЙ ЗОНЫ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СКЕЛЕТА

*Котельников Г.П., Терсков А.Ю.
Самарский ГМУ, Самара*

Замещение дефекта костной ткани в оперативном лечении доброкачественных опухолей метаэпифизарной зоны является предметом большого количества исследований. Основным способом лечения данной патологии является резекция патологического очага в пределах здоровых тканей, после чего выполняется пластика дефекта кости по одному из известных способов (Махсон А.Н., 1997; Краснов А.Ф., 1999; Демичев Н.П., 2001; Горбатенко А.И., 2003). Цель нашего научного исследования - разработка нового метода укладки аллотрансплантатов, позволяющего заместить дефект костной ткани и предупредить деформации метаэпифизарной зоны в виде нарушения конгруэнтности и «проседания» суставных поверхностей для улучшения результатов лечения больных с доброкачественными опухолями длинных трубчатых костей. В отделении ортопедии клиник Самарского Государственного Медицинского Университета разработан новый способ укладки аллотрансплантата (приоритетная справка № 2008127893/14 (034288)). Данный способ

позволяет повысить механическую прочность кости в области оперативного вмешательства и благодаря равномерному распределению нагрузки на суставные поверхности, предотвратить деформацию мышечков трубчатых костей, нарушение оси и биомеханики конечности. Способ выполняют следующим образом: одну из пластинок аллотрансплантата кортикального слоя кости размером 12x2x0,6 см вводят, непосредственно под суставной поверхностью, параллельно суставной щели. Вторую пластинку 15x2x0,6 см устанавливают в костно-мозговой канал, перпендикулярно первой, одним краем упираясь в диафиз кости, другим – в горизонтальную пластинку, создавая опору для нее. Размеры пластин аллотрансплантата подбираются при планировании оперативного вмешательства, исходя из индивидуальных особенностей пациента и предполагаемых размеров дефекта кости. С этой целью, до оперативного вмешательства выполняется рентгенография области патологического очага в двух проекциях, с расстояния от лучевой трубки до пациента 1 метр. Нами прооперировано 19 пациентов с данной патологией которым выполнена пластика дефекта по разработанному способу. У 18 пациентов полученные результаты были оценены как хорошие, и только в одном случае в послеоперационном периоде произошел перелом и отторжение трансплантата.

НАШ ОПЫТ В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНХОНДРОМ КОСТЕЙ КИСТИ И СТОПЫ

*Котельников Г.П., Терсков А.Ю., Распутин Д.А.
Самарский ГМУ, Самара*

При лечении энхондром костей кисти и стопы возникает необходимость в радикальном удалении опухоли и полноценном замещении дефекта костной ткани. Учитывая сложность анатомо-физиологического строения кисти и уникальность биомеханических свойств, возникают высокие требования к результатам лечения данной категории больных. Разногласий в методах хирургического лечения энхондром кисти и стопы практически не существует. Большинство авторов применяют резекцию кости в пределах здоровых тканей по общепринятым методикам. Цель исследования: на основании отдаленных результатов лечения больных с энхондромами кисти и стопы обосновать тактику замещения дефектов костной ткани. В клинике за период с 1995 по 2008 год под наблюдением находилось 98 пациентов. Они были разделены нами на две группы. В первой группе - 67 пациента, у которых не было патологических переломов. Им было выполнено удаление патологического очага в пределах здоровых тканей. За счет сохранения кортикального слоя механическая прочность кости значительно не страдала. Учитывая незначительный объем полости, дефект костной ткани не замещали. Во второй группе – 31 пациентом были значительные разрушения костей опухолью в сочетании с патологическими переломами. В таких случаях после оперативного вмешательства возникал значительный дефект кости, который замещали аутоотрансплантатом из крыла подвздошной кости. В итоге проведенного лечения положительные результаты были получены у 96 больных, у 2 больных через год возник рецидив. Нагноительных осложнений не было. Во всех случаях происходила регенерация костной ткани, при применении аутоотрансплантатов их перестройка происходила в течении 1 года, что не мешало восстанавливать трудоспособность в среднестатистические сроки. Применение такого подхода к лечению энхондром костей кисти и стопы, позволяет достигнуть большого процента положительных результатов (97,9 %) и рекомендовать его для замещения дефектов костной ткани.

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОСАРКОМЫ

*Курильчик А.А., Кудрявцева Г.Т., Зубарев А.Л., Стародубцев А.Л.
МРНЦ, Обнинск*

Цель настоящей работы: показать возможность комплексного лечения остеогенной саркомы с применением интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) «ложа» опухоли с последующим замещением пострезекционных дефектов современными эндопротезами, что представляется нам актуальным, поскольку отдаленные результаты показывают высокую эффективность использования ИОЛТ в схеме лечения для достижения стойкого локального эффекта. Материалы и методы. Изучены результаты лечения 36 пациентов в возрасте от 9 до 45 лет наблюдавшихся по поводу локализованной формы остеогенной саркомы в 2002-2008 гг. в МРНЦ РАМН. Диагноз во всех случаях верифицирован морфологически. Лечение проводилось по следующей программе нео- и адьювантные курсы полихимиотерапии, сохраняющая операция с этапом ИОЛТ «ложа» опухоли. Облучение проводили в разовой дозе 10-15 Гр (изоэффективная СОД=25-47Гр) на медицинском ускорителе Микротрон-М размещенном в смежном операционной блоке. Определение зоны облучения осуществлялось непосредственно после удаления опухоли в зависимости от объема резекции кости и состояния окружающих тканей, с оценкой степени распространенности опухолевого процесса. Лучевому воздействию подвергалось «ложе» опухоли: мышечные массивы, фасции, опил кости, в ряде случаев, из-за невозможности транспозиции в зону облучения попадали магистральные сосуды и нервы. При пятилетнем сроке наблюдения в этой группе больных локальных рецидивов не наблюдалось. Таким

образом, дополнительным фактором, улучшающим отдаленные результаты, является ИОЛТ «ложа» опухоли.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ И ПРОБЛЕМА ВЫБОРА МЕТОДА ПЛАСТИКИ

*Махсон А.Н., Бурлаков А.С., Щупак М.Ю.
ГКОБ №62, Москва*

Появление операционного микроскопа, несомненно, серьезно изменило современную хирургию. Возможность пересадки «живых» кровоснабжаемых фрагментов тканей в виде лоскутов, позволила по-другому взглянуть на проблему хирургического лечения онкологических больных. Однако наложение сосудистых анастомозов под микроскопом это всего лишь «молодая» методика, используемая в восстановительной хирургии, имеющей многовековую историю. Стремление к новому, пусть даже более прогрессивному и современному решению проблемы, не всегда оказывается правильным направлением. Эйфория от возможностей микрохирургии не должна приводить к абсурдным, и абсолютно не рациональным операциям. Многие методы, известные уже очень давно, иногда позволяют достичь ничуть не худших результатов при значительно меньших затратах. С 1972 по 2009г. в МГОБ №62 оперировано 1049 больных с первичными и метастатическими опухолями костей. Различные органосохраняющие операции произведены 895 больным (85,3%), а 154 больным произведены ампутации и экзартикуляции конечностей (включая межподвздошно-брюшные и межлопаточно-грудные ампутации). Для замещения дефектов после органосохраняющих операций у больных с опухолями опорно-двигательного аппарата применялись следующие методики: эндопротезирование после сегментарных резекций и тотального удаления длинных костей (резекции суставных концов длинных костей с эндопротезированием – 277, тотальное удаление бедренной кости с эндопротезированием – 18, тотальное удаление плечевой кости с эндопротезированием – 9), пересадки блоков собственных тканей на микрососудистых анастомозах – 137, межлопаточно-грудная резекция – 99, резекции таза – 141, прочие органосохраняющие операции – 215 (в группу прочие операции вошли как операции не требующие пластики дефекта, так и операции с применением различных пластических методик, таких как операция типа Богоразы, Ван Несса, аппараты Илизарова и Блискунова, методика Вредена-Икономова и др.). Выбор методики пластического замещения дефекта в каждом конкретном случае зависит от нозологической формы опухоли, ее локализации, размера, общего состояния больного и прогноза заболевания. Учитывая многообразие используемых для пластики методик лечение этих больных должно проводиться в специализированных отделениях владеющих всеми этими методиками – отделениях ортопедической онкологии.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОРАЛЛА СЕМЕЙСТВА АСРОПОРА В КАЧЕСТВЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ КОСТЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

*Мыслевцев И.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Ахмерова Е.Б., Тепляков В.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

В данной работе проводилось исследование способности скелета натуральных кораллов (НК) семейства Асорога замещать костные дефекты у больных с доброкачественными образованиями костей. Выполнялась подготовка НК для имплантации включала грубую механическую очистку НК, измельчение (планетарная шаровая мельница РМ 200) до микрочастиц (0,2-2,0мм), γ – стерилизацию (25 кГр) с последующим бактериологическим контролем. В исследование включено 7 пациентов с доброкачественными (энхондрома – 2, остеобластокластома – 1) и опухолеподобными (костная киста – 4) образованиями костей. У 4 пациентов процесс локализовался в области фаланг пальцев; у 2 – в крыле подвздошной кости и у 1 – в плечевой кости. Всем пациентам произведена внутрикостная резекция образования с замещением дефекта (от 1см³ до 5см³) гранулами НК. Рентгенологический контроль производили интраоперационно и далее ежемесячно на протяжении полугода. Результаты и обсуждение. По результатам интраоперационной рентгеноскопии, у всех больных достигнуто равномерное заполнение дефекта гранулами НК. Инфекционные осложнения в послеоперационном периоде зарегистрированы у 1 больной и были купированы консервативно. Через 1 месяц после операции по данным рентгенологического исследования у всех пациентов отмечены признаки резорбции НК по краям дефекта. У 3 пациентов выявлен частичный выход материала в мягкие ткани, с признаками резорбции через 3 месяца. При рентгенологическом исследовании через 6 месяцев после операции во всех 7 наблюдениях установлено практически полное замещение НК костной тканью. Заключение. Проведенное ограниченное клиническое испытание позволяет рассматривать НК как перспективный биоматериал для замещения костных дефектов при различных патологиях, в том числе в онкологии.

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СКЕЛЕТА: МЕСТО МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ВСЕГО ТЕЛА В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ

*Неледов Д.В.
МРНЦ, Обнинск*

Цель исследования: оценить диагностическую эффективность методики МРТ всего тела в поиске костных метастазов и определить ее место в диагностическом алгоритме. Материал и методы. МР исследование проводилось на высокопольном томографе. Изображение всего тела получали в три этапа, путем перемещения последовательно трех анатомических областей. Изображения получали в коронарной плоскости с использованием двух ИП: SE и STIR. Продолжительность исследования - около 30 минут. Обследовано 102 онкологических пациентов с раком молочной железы, предстательной железы, легкого и лимфомой Ходжкина. Весь скелет был разделен на десять анатомических областей, а выявленные изменения были разделены на три группы: доброкачественные, сомнительные и злокачественные. Все изменения были верифицированы. Результаты. Совпадение результатов выявлено у 78 пациентов, что позволило в 56 случаях установить метастатическое поражение скелета, а в 22 отвергнуть его, причем у 22 из 56 пациентов МРТ установила большую распространенность. У 9 пациентов, с III-IV стадиями, при нормальной остеосцинтиграфической картине, удалось верифицировать положительные данные МРТ. Данные метастазы имели инфильтративный характер, без либо с остеолитическим компонентом. Из 11 пациентов, которым, только по данным остеосцинтиграфии, были выявлены очаги поражения, в 3 случаях МРТ изменений не определяла, а у 8 пациентов носила дегенеративный характер. Данные остеосцинтиграфии не нашли подтверждения в ходе динамического наблюдения. Для оценки диагностической эффективности каждого метода были построены ROC кривые. Площадь под кривой для МРТ составила $0,951 \pm 0,016$ (95% доверительный интервал $0,920 - 0,982$), для остеосцинтиграфии $0,821 \pm 0,026$ (95% доверительный интервал $0,764 - 0,879$). Выводы. Методика МРТ всего тела демонстрирует более высокую диагностическую эффективность в поиске костных метастазов, позволяя более чем в 40% случаев изменить тактику ведения онкологических больных. Что позволяет рекомендовать ее как метод выбора у пациентов с высокой степенью риска развития остеолитических костных метастазов, заменяя традиционную остеосцинтиграфию скелета в диагностическом алгоритме.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПОД ДЕЙСТВИЕМ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ ОБРАБОТКОЙ КРОВИ (АГХТ С ЭКМОК)

*Непомнящая Е.М., Салатов Р.Н., Аушева Т.В.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Целью исследования явилась оценка морфологических изменений злокачественных неэпителиальных опухолей опорно-двигательного аппарата под АГХТ с ЭКМОК. Материалы и методы. Для объективной оценки эффективности методики было проведено гистологическое исследование 30 сарком (из которых 10 случаев остеогенной саркомы, 2 - саркомы Юинга, 2 - злокачественных гигантоклеточных опухоли, 5 случаев злокачественной фиброзной гистиоцитомы мягких тканей, 3 - рабдомиосаркомы, 4 - хондросаркомы, 4 - синовиальной саркомы), удаленных хирургически после предоперационных курсов АГХТ с ЭКМОК. Контрольную группу составило 30 опухолей аналогичной гистологической структуры без предоперационного лечения. Обе выборки были сопоставимы по полу, возрасту, стадии опухолевого процесса, степени дифференцировки опухолей. Как в основной, так и в контрольной группе 86,67% опухолей имели степень дифференцировки G3-G4 (High grade sarcoma), 13,33% - степень дифференцировки G1-G2 (Low grade sarcoma). Полученные результаты. При макроскопической оценке выявлено, что в основной группе в 24 случаях (80%) до 30% от объема опухоли составляли некротически измененные ткани. В контрольной группе имелось лишь 4 подобных наблюдения (13,33%). Обращала на себя внимание более выраженная ложная капсула опухоли в основной группе. При микроскопическом исследовании в 28 случаях (93,33%) после АГХТ с ЭКМОК в опухоли обнаруживались дистрофические изменения ядер, заключающиеся в кариопикнозе, кариолизисе, кариорексисе, вакуолизация цитоплазмы, обширные поля некрозов, выраженная лимфоплазмодитарная инфильтрация. Подобные изменения в большей степени были выражены в периферической части опухоли. В контрольной же группе описанные явления были зафиксированы нами лишь в 4 наблюдениях (13,33%), причем в отличие от основной группы они были более выражены в центральной, обедненной кровоснабжением части опухоли. Выводы. Под действием АГХТ с ЭКМОК происходит выраженный лечебный патоморфоз неэпителиальных опухолей, что подтверждает эффективность методики.

ТАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПЛЕЧЕВОГО И ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИЙ

Орлов А.Ю.

РНХИ им. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург

Цель: оптимизация методов диагностики, показаний и тактики хирургического лечения. Материалы и методы. В РНХИ им. проф. А.Л. Поленова с 1986 по 2005г прооперировано 58 больных. У 51 больного опухоль поражала плечевое и в 7 случаях шейное сплетения. В диагностике применяли электродиагностику (ЭД), электронейромиографию (ЭНМГ), УЗИ, МРТ. При ЭД выявлялись изменения порога проводимости нерва в виде количественных изменений или частичной реакции перерождения мышц. При ЭНМГ: 1. Выявляли локализацию поражения; 2. Определяли степень выраженности нарушенных функций нерва; 3. Определяли стадию и характер патологического процесса (денервации, реиннервации). При МРТ оценивали рентгеноанатомические соотношения опухолей с окружающими тканями. Все больные были оперированы, выполняли внутривенное вылушивание опухоли с удалением капсулы или тотальное удаление опухоли вместе с нервным стволом с последующим швом нерва. При удалении опухолей шейного сплетения использовали вертикальный доступ в боковом треугольнике шеи (7 больных). При обнажении плечевого сплетения необходимо учитывать возможность каудального и краниального расположения опухоли. Доступ должен давать возможность выделения нервного ствола выше и ниже зоны опухоли. Подход к стволам не должен быть связан с повреждением функционально важных образований и обеспечить полную свободу манипулирования на опухоли и нервах. «Штыкообразный» изогнутый доступ по К.А. Григоровичу к плечевому сплетению с распилом ключицы, использован у 4 пациентов. В институте предложен способ хирургического доступа к стволам плечевого сплетения и магистральным сосудам без распила ключицы (патент на изобретение № 2194469 от 20.12.2002.), использован в 42 случаях. Заключение. Показания к оперативному лечению: 1. Выраженный болевой синдром. 2. Полное или частичное нарушение проводимости. 3. Сдавление сосудисто-нервного чка. При выборе доступа нужно придерживаться следующих принципов: - доступ должен позволять обнажить все интересующие хирурга структуры; - дать возможность полностью удалить объемное образование и при необходимости выполнить реконструктивные операции на нервах; - быть наименее травматичным. Определяющим в выборе доступа является то, каким из их видов в полной мере владеет хирург.

ОСТЕОСАРКОМА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Полатова Д.Ш., Гильдиева М.С., Гафур-Ахунов М.А.

Республиканский ОНЦ, Ташкент

Целью исследования было сравнительное изучение уровня маркеров пролиферации и апоптоза опухолевой ткани больных остеогенной саркомой с различной клинико-морфологической характеристикой. Материал и методы. Проанализировано 35 случаев остеогенной саркомы (ОС) с остеолитическим, остеопластическим и смешанным типом. Опухоль у лиц мужского пола преимущественно находилась в бедренной кости (17/20), у пациентов женского пола опухоль располагалась поровну в бедренной (6/15) и в большеберцовой костях (7/15). Иммуногистохимическое исследование проведено на парафиновых срезах опухоли с определением экспрессии p53 (клон DO-7) и Ki-67 (MIB-1).

Результаты. Проведенный анализ показал, что наибольший уровень экспрессии Ki-67 наблюдался при смешанном типе ОС. Более 50% клеток имели Ki-67-позитивную окраску в 60% опухолей мальчиков и девочек. Более 50% клеток с Ki-67-позитивной окраской имели 20% опухолей мальчиков и девочек с остеолитической и остеопластической формой ОС. Экспрессия p53 также зависела от типа ОС, более 50% p53-позитивных клеток наблюдалось в опухолях остеолитического типа ОС пациентов обоего пола, а более 50% p53-позитивных клеток было обнаружено в 20% опухолей смешанного типа ОС. Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об информативности маркеров пролиферации и апоптоза для дополнительной характеристики биологических особенностей остеогенной саркомы.

МЕСТНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ – ОСНОВНОЕ ЗВЕНО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ)

Салатов Р.Н., Лысенко Е.П., Шатова Ю.С.

НИИ онкологии, Ростов-на-Дону

Цель: улучшение результатов лечения больных с СМТ. Материалы и методы. В исследование было включено 20 больных с первично резектабельными верифицированными СМТ, которым интраоперационно была применена методика местной аутоплазмохимиотерапии. Контрольную группу составили 20 больных, с первично резектабельными СМТ, которым было проведено традиционное комплексное лечение. Методика местной интраоперационной аутоплазмохимиотерапии: перед операцией у больного бралась кровь из

локтевой вены в объеме 200мл, центрифугировалась, и полученная плазма, в двух разных флаконах смешивалась с циклофосфаном 600мг и метотрексатом 40мг. Плазма с химиопрепаратами инкубировалась в термостате в течении 30 минут, при температуре 37 С. Во время операции, после удаления препарата, путем обкалывания инфильтрировались окружающие ткани условного ложа опухоли с учетом их объёма. Выводы: 1. Разработанный метод местной интраоперационной аутоплазмохимиотерапии является эффективным компонентом комплексного лечения СМТ, так как достоверно повышает показатели безрецидивной выживаемости в 2,6 раза (77% против 30%, $p=0,002$). 2. Интраоперационная местная химиотерапия на аутоплазме способствовала меньшей выраженности эндогенной интоксикации в послеоперационном периоде, препятствовала возникновению дисбаланса фракций молекул средней массы. 3. Применение местной интраоперационной химиотерапии на аутоплазме при СМТ не сопровождалось явлениями гематологической и негематологической токсичности, способствовало снижению частоты ранних послеоперационных осложнений, положительной динамике течения послеоперационного периода, улучшению заживления раны по линии швов, сокращению срока снятия швов и количества койко-дней, проведенных больными в стационаре после операции. 4. Применение местной интраоперационной аутоплазмохимиотерапии в лечении СМТ позволяет статистически достоверно повысить показатели общей двухлетней выживаемости в 1,4 раза (84,7% против 61,16%), увеличить двухгодичную бессобытийную выживаемость в 2,5 раза (77,9% против 30%, $p=0,02$), безметастатическую в 1,3 раза (85,5% против 66,8%, $p=0,08$).

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ГРУДИНО-РЁБЕРНОГО КАРКАСА

*Тарасов В.А., Ставровицкий В.В., Ларин И.А.
СПбМАПО, Санкт-Петербург*

Цель. Разработка реконструктивно-восстановительного этапов с использованием титановых конструкций и синтетических тканей в сочетании с кожно-мышечной пластикой у больных с распространёнными опухолями грудной клетки. Материалы и методы. В клинике кафедры торакальной хирургии СПб МАПО за период с 1995 по 2009 г. 18 больным выполнена обширная резекция грудной стенки по поводу опухолевых процессов, с пластикой дефектов. Рак молочной железы у 5 пациентов (28%), рак лёгкого у 4 (22%), саркома грудной стенки 4 (22%), другие опухоли 5 (28)% больных. В исследуемой группе пациентов мужчин было: 10 (56%), женщин 8 (44%), в возрасте от 21 до 82 лет (средний возраст пациентов 51 год). Всем больным были выполнены резекции фрагментов грудной стенки с плеврой, рёбрами или грудиной, мышцами, подкожной клетчаткой, кожей. В 11 (61 %) случаях была произведена резекция комплекса грудины и рёбер, у 7 (39 %) пациентов изолированная резекция рёбер. Площадь резекции грудной стенки составляла от 60 см² до 300 см². У всех пациентов реконструкция дефектов выполнялись с использованием титановых конструкций и синтетической тканью. Покровные ткани были восстановлены с помощью местных тканей, перемещенного мышечного или кожно - мышечного лоскута у 14 (78%) больных и комбинированная пластика - большого сальника и перемещенного кожно - мышечного лоскута у 4 (22 %) больных. У 3 пациентов (17%) выполнена циторедуктивная операция (R2). Результаты. После операции умерло 3 больных (17 %). У 1 пациента причина смерти тромбоэмболия лёгочной артерии, у второго - острая сердечносудистая недостаточность. Гнойное воспаление в зоне пластики развилось у 1 пациента (5 %), которому потребовалось удаление конструкции через 2 мес. после первой операции. Однако это существенно не повлияло на исход, так как к этому времени уже был сформирован достаточно плотный фиброзный рубец обеспечивающий стабильность грудино-реберного каркаса. 1 (5%) больной 4 клинической группы в дальнейшем был оперирован по поводу отдалённых метастазов. Продолжительность жизни больных после операции составила от 12 мес до 4 лет, 3 больных продолжают наблюдаться. Выводы. Разработка реконструктивно-восстановительного этапа с использованием титановых конструкций и синтетических тканей в сочетании с кожно-мышечной пластикой позволяет расширить границы операбельности у ряда больных с распространёнными опухолями грудной клетки и тем самым увеличить продолжительность и качество жизни.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЗОЛИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ (ИРП) ПРИ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВАХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ (СМТ)

*Татьяничева Н.В., Гафтон Г.И., Егоренков В.В.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Цель исследования: оценить эффективность ИРП с мелфаланом в составе комбинированного лечения местных рецидивов СМТ конечностей. Материалы и методы. В исследование включено 9 больных с рецидивами СМТ конечностей (верхней конечности – 3, нижней конечности – 6), проходивших лечение в ФГУ НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова с 2005 по 2009 г. Средний возраст больных составил 45 лет.

Большинство опухолей были низкодифференцированными (7 grade III, 2 grade II). Длительность безрецидивного периода с момента иссечения первичной опухоли составила 1,5-11,5 месяцев. У 4 больных опухоль была признана неоперабельной. Всем больным была проведена ИРП с мелфаланом в условиях локальной гипертермии (400С). 5 больным ИРП проведена вторым этапом сразу после завершения иссечения опухоли, 4 больным с неоперабельными формами хирургическое удаление опухоли проводилось отсрочено (через 2-4 недели после ИРП). 3 больным после заживления послеоперационной раны проведён курс лучевой терапии (кому ранее не проводился). Результаты. Из 4 больных с первично неоперабельными формами частичный регресс опухоли наблюдался в 2 случаях, стабилизация - в 2 случаях. 3 больным удалось выполнить органосохранную операцию. Проявления местной и системной токсичности были I-II степени и достаточно быстро купировались. Осложнений со стороны послеоперационной раны не отмечено. Из всех больных прогрессирование опухолевого процесса наблюдалось у 2 больных: 1 – местный рецидив через 12 месяцев, 1 – отдалённые метастазы через 8 месяцев. Самый длительный безрецидивный период на данный момент составляет уже более 2 лет. Выводы. Использование метода ИРП с гипертермией в комбинированном лечении рецидивов СМТ конечностей позволяет снизить риск развития повторного рецидива, тем самым увеличить интервал времени до прогрессирования основного заболевания, а также увеличить процент органосохранных операций.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСМОИДНЫХ ФИБРОМ

*Тепляков В.В., Ваиакмадзе Л.А., Сидоров Д.В., Новикова О.В., Дарьялова С.Л.,
Епифанова С.В., Соболев А.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Целью настоящего исследования являлся анализ опыта оперативного лечения десмоидных фибром (ДФ) за последние 7 лет. В МНИОИ им. П.А. Герцена с января 2002 по март 2009 года хирургическое лечение проведено 51 пациенту с диагнозом ДФ (15 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 14 до 75 лет (медиана 31 год). В 45% случаев операции выполнялись по поводу рецидивов ДФ после хирургического, лучевого и лекарственного лечения. Наиболее часто показанием к операции являлись экстраабдоминальные ДФ – 51%, абдоминальные опухоли составили 37%, интраабдоминальные – 12 %. Возникновение ДФ на фоне семейного аденоматоза толстой кишки установлено у 15,7% больных, среди них у 5/8 отмечен мультифокальный рост опухолей. Размер удаляемых узлов ДФ не превышал в максимальном диаметре 5см у 8 чел., от 5 до 10 см – у 20 чел., более 10см – у 17 чел., более 20см – у 6 больных. Планирование объема оперативного вмешательства осуществлялось на основании данных МРТ. При больших размерах опухолей операция изначально планировалась как не радикальная у 7/51 больных с расчетом на дополнительное использование облучения и/или химиотерапии, гормонотерапии. Ампутации и экзартикуляции при ДФ не выполнялись. Среди 44 пациентов с макроскопически радикально выполненной операцией при плановом гистологическом исследовании опухолевые клетки по краю резекции установлены у 13 чел. (30%). Оперативные вмешательства имели особенности в зависимости от локализации и размеров ДФ. Резекция костных структур выполнена у 4 больных, в одном случае проведено эндопротезирование бедренной кости. Пластика операционного дефекта выполнялась с использованием проленовой сетки у 6 больных, перемещенного мышечного лоскута – у 6 чел. Группе больных (9 чел.) оперативное вмешательство выполнялось в зоне, ранее подвергшейся лучевой терапии в дозе 45-60 Гр. После оперативного лечения 19,6% пациентам проведена лучевая терапия. Химиотерапию получали 12% больных до и 6% после операции, гормонотерапию – 16% и 29% соответственно. Длительность наблюдения составила от 1 до 84 месяцев (медиана 7 мес.), более 12 месяцев прослежены 23/51 больных. Показатель 2-летней безрецидивной выживаемости составил 76%. За время наблюдения установлено 7 рецидивов в сроки от 4 до 21 месяца после операции. Среди этих больных у 6/7 имелся положительный край резекции, дополнительное лечение после операции не получали 5/7 чел. Таким образом, дифференцированный подход к планированию хирургического лечения, использование современных методик операций на костях и мягких тканях, а также дополнительных консервативных методов лечения позволяет избежать калечащих операций у пациентов с ДФ и достичь удовлетворительных результатов по безрецидивной выживаемости. Пациенты нуждаются в длительном наблюдении в связи с возможностью возникновения рецидивов в отдаленные сроки после окончания лечения. Необходимы дальнейшие исследования по проблеме хирургического лечения ДФ.

АДЕКВАТНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

*Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А., Бондарев А.В.,
Мыслевцев И.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель данной работы: продемонстрировать современные возможности адекватного хирургического лечения метастазов длинных костей. Анализируемую группу составили 106 пациентов (63 женщины, 43 мужчины), в

возрасте от 17 до 70 лет. 19 больных были с угрозой патологического перелома. Гистологический тип опухоли - метастазы рака молочной железы (47), рака почки (20), из невыявленного первичного очага (10), лимфома (11), метастазы рака желудочно-кишечного тракта (4), рака легкого (7), рак яичников (3), рак шейки матки (1), остеосаркомы (2), рак предстательной железы (1) и меланомы (1). Сегментарные резекции с эндопротезированием (ЭП) выполнены у 36 пациентов. Метастазы локализовались в проксимальном (20), диафизе (2) и в дистальном отделах (5) бедренной кости; в плечевой кости (8), в том числе тотальное поражение (1). ЭП тазобедренного сустава выполнено у 20 пациентов, диафиза бедра у 2, коленного у 5, плечевого сустава у 8 и тотального замещения плечевой кости у одной больной. Погружной остеосинтез (ПО) выполнен 34 пациентам. Локализация поражения - в проксимальном отделе (24), в диафизе (8) бедренной кости и в проксимальном отделе плечевой кости (2). Чрескостный остеосинтез (ЧО) применен у 36 больных. Метастазы локализовались - в проксимальном отделе (27) и диафизе (3) бедренной кости. В диафизе (5) и дистальном метадиафизе (1) плечевой кости. Интраоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационные осложнения составили 8%. Все пациенты активизированы на 3-10 сутки после операции. Функциональные результаты оценены у 76 больных. Отличные и хорошие получены у 62 (82%). Заключение. У ряда пациентов, которые несколько десятилетий назад считались инкурабельными и имели крайне низкое качество жизни, настоящее время агрессивный хирургический подход является целесообразным. Выводы: ЭП, ПО и ЧО – основные методы в лечении пациентов с метастазами в длинные кости, позволяют адекватно купировать болевой синдром, улучшить функциональный статус и качество жизни больного.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Илюшин А.Л., Бухаров А.В., Бондарев А.В., Державин В.А. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Цель работы: оценить результаты хирургического лечения больных с опухолевым поражением позвоночника. Материалы и методы. За период с 2005 по 2009 годы было прооперировано 28 пациентов с опухолевым поражением позвоночника. Мужчин было 9 (32%), женщин 19 (68%). Средний возраст пациентов составил 49 лет (от 17 до 73). Метастатическое поражение позвоночника выявлено у 25 (89%) пациентов. У 3 (11%) больных диагностирована первичная опухоль позвоночника (гигантоклеточная опухоль (2), саркома Юинга (1)). Наиболее частой морфологической формой метастазов были рак молочной железы – 8 (29%) пациентов и рак почки - 4 (14%) больных. Поражение поясничного отдела позвоночника было у 11, грудного у 9, шейного у 8 пациентов. У 11 (39%) пациентов поражение позвоночника было солитарным, у 15 (54%) больных множественным. Декомпрессивные ламинэктомии выполнены 4 (14%) пациентам, 16 (57%) больным произведены декомпрессивно-стабилизирующие операции с транспедикулярной или крючковой фиксацией. Корпорэктомия с эндопротезированием, передней или комбинированной стабилизацией выполнена 5 (18%) пациентам (корпорэктомия двух позвонков (n=2), 1 позвонка (n=3)). Вертебрэктомия (1 позвонок (n=1), 2 позвонка (n=1)) с эндопротезированием и транспедикулярной фиксацией произведена 2 (7%) больным. У 7 (25%) пациентов оперативное вмешательство сочеталось с интраоперационной вертебропластикой. Повторные оперативные вмешательства выполнены 2 (7%) больным по поводу ликворреи и гематомы послеоперационной раны. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 2793 мл (от 200 до 7000 мл). Результаты. Улучшение неврологического статуса (по Frankel) после хирургического лечения наступило у 10 (36%) пациентов. Улучшение качества жизни (по Karnofski) было у 24 (87%) больных. Уменьшение болевого синдрома (по Watkins) у 26 (92%) больных. Сроки наблюдения составили от 1 до 38 месяцев, из под наблюдения вышло 3 (11%) пациентов. Трое (11%) больных умерло в сроки от 6 до 12 месяцев в связи с прогрессированием основного заболевания. В настоящее время 13 (46%) больных наблюдается без признаков заболевания, у 3 (10%) пациентов стабилизация опухолевого процесса, прогрессирование основного заболевания у 6 (20%) больных. Выводы. Расширение показаний к оперативным методам лечения пациентов с опухолевым поражением позвоночника позволяет адекватно купировать болевой синдром, улучшать функциональный статус и, как следствие, улучшать качество жизни онкологических больных, ранее считавшихся инкурабельными.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ И ПОЯСА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Франк Г.А., Бондарев А.В., Державин В.А., Бухаров А.В. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Цель работы. Изучить результаты хирургического лечения пациентов с опухолями грудной стенки и пояса верхних конечностей. Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А. Герцена с 2005 по 2009 г.г. по поводу опухолевого поражения грудной стенки и пояса верхних конечностей 41 пациенту выполнено 45 оперативных вмешательств. Из них 22 – мужчин и 19 – женщин, средний возраст 46 лет (15 - 78). 17(38%)

операций выполнены по поводу первичных опухолей, 22(49%) по поводу рецидивов, 6(13%) по поводу метастазов. Средний объем опухоли составил 603 см³ (от 5 до 7000 см³), средняя площадь раневого дефекта – 166 см² (от 16 до 748 см²). Морфологические типы: фиброма-десмоид – 11(24%), саркомы мягких тканей – 16(36%), саркомы костей – 12(27%), метастазы – 6(13%). Резекция без захвата каркаса грудной стенки выполнена 23 больным (51%). Причем, резекция мягких тканей была у 11(24%) пациентов, резекция мягких тканей с включением лопатки или ключицы у 12(27%) больных. Резекция с захватом каркаса грудной стенки (ребра, грудина) - 17(38%), межлопаточное-грудное вычленение – 5(11%). Резекция грудины с ребрами (от 1 до 6) – 6(13%), резекция ребер – 14(31%). Из них 1 ребро – 4(29%), 2 ребра – 3(21%), 3 ребра – 2(14%), 4 ребра – 1(7%), 5 ребер – 4(29%). У 23(51%) пациентов выполнена пластика перемещенными лоскутами (ТДЛ, ТДЛ+VII ребро, сальник, большая грудная мышца и т.д.), при этом у 11(48%) больных в комбинации с дополнительными пластическими материалами (ТМО, проленовая сетка, сосудистые протезы и др.). Результаты. Осложнения инфекционного характера отмечены у 7 (17%) пациентов. Отличный и хороший функциональный результат достигнут у 36(80%) пациентов, удовлетворительный у 4(9%), не удовлетворительный у 5 (11%). У всех больных показатели функции внешнего дыхания сохранились в пределах физиологической нормы. Прогрессирование заболевания было у 16(39%) пациентов в интервале от 3 до 12 месяцев (в среднем 5мес). При сроке наблюдения от 3 до 48 мес. умерло 4(10%) больных. Выводы. Адекватно выполненное оперативное вмешательство на грудной стенке с реконструктивно-пластическим этапом позволяет обеспечить хорошие онкологические результаты с сохранением функции органов дыхания.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Франк Г.А., Державин В.А., Буланов А.А., Бухаров А.В. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Цель. Оценить онкологические и функциональные результаты хирургического лечения, пациентов с опухолевым поражением костей таза. Материалы и методы. С октября 2005 года по апрель 2009 года в хирургическом отделении онкологической ортопедии ФГУ МНИОИ имени П.А.Герцена 27 больным с опухолевым поражением костей таза произведено 30 оперативных вмешательств (3 повторных хирургических вмешательства произведено по поводу рецидива опухолей). Это были 12 (44%) мужчин и 15 (55%) женщин. Средний возраст - 43 года (от 17 до 71 года). По данным морфологии хондросаркома была диагностирована у 12 больных, хордома – у 4, паростальная остеосаркома – у 1 пациента. Гигантоклеточная опухоль была у 5 и аневризальная костная киста у 2 больных. 2 имели метастазы рака мочевого пузыря и рака околоушной слюнной железы, 4 - опухоли периферических нервов, нейротомы и рецидив рака прямой кишки с поражением крестца. В зависимости от распространенности опухолевого поражения калечащие операции в объеме межподвздошно – брюшного вычленения (МПБВ) выполнены 7 (25%) пациентам, замещение дефекта передним лоскутом произведено у 3 больных. Межподвздошно – брюшная резекция выполнена у 1 пациентки. Количество органосохраняющих хирургических вмешательств в объеме резекций костей таза по Enneking составило: I тип – 7, I-IV – 1, II-III – 2, II-III-III – 1, III-III – 1, IV – 8 операций соответственно. Реконструкция костей тазового кольца и замещение послеоперационного дефекта было у 5 пациентов. Результаты. Все прооперированные пациенты находились под динамическим контролем, сроки наблюдения составили от 1 месяца до 39 месяцев; выбывших из-под наблюдения не было. Ортопедические результаты по Enneking после операции оценены как отличный – у 16, хороший – у 1, удовлетворительный – у 3 и неудовлетворительный у 7 больных после МПБВ. Послеоперационные осложнения диагностированы у 6 (21%) пациентов; неинфекционные – у 1 и инфекционного характера – у 5 больных. За время наблюдения прогрессирование заболевания выявлено у 8 (29%) пациентов; рецидив опухоли – у 2 (оперированы повторно), рецидивы и метастатическое поражение легких – у 4 больных и у двух пациентов выявлены метастазы в легкие. Четверо умерло в сроки от 6 до 18 месяцев после оперативного лечения на фоне прогрессирования. Одна пациентка в процессе наблюдения скончалась не от онкологической патологии без признаков прогрессирования заболевания. Заключение. Возможность проведения радикального хирургического лечения пациентам с опухолевым поражением костей таза является актуальной и на настоящий момент однозначно нерешенной задачей современной онкологии. Анатомические особенности данной топографической области в ряде клинических ситуаций исключают выполнение пациентам органосохраняющих операций. Однако, проведение расширенных, в ряде случаев с применением реконструктивных этапов операций, позволяет добиться адекватных онкологических результатов и цифр общей и безрецидивной выживаемости, при достижении приемлемых функциональных результатов.

НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ В ОНКОЛОГИИ

*Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Франк Г.А., Державин В.А., Бухаров А.В., Бондарев А.В., Шаталов А.М.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель: оценить результаты эндопротезирования у больных с первичными и метастатическими опухолями костей. Материалы и методы: С 10.2005 по 03.2009гг. в МНИОИ им. П.А. Герцена 56 пациентам с опухолевым поражением длинных костей произведено 58 оперативных вмешательств. Это были 30 мужчин и 26 женщин. Морфологические формы - остеосаркома у 16 (29%) пациентов, хондросаркома у 15 (28%), гигантоклеточная опухоль у 8 (15%), саркомой Юинга и злокачественной фиброзной гистиоцитомой по одному (3,5%) больному. Метастазы рака легкого у 3 (5,3%), рака молочной железы у 3 (5,3%), рака почки у 3 (5,3%), метастазы злокачественной фиброзной гистиоцитомы и саркомы Юинга у двух (3,5%), В-крупноклеточная лимфома и фиброзная остеодисплазия у двух (3,5%), фиброма десмоид и саркома мягких тканей у двух (3,5%) пациентов соответственно. В зависимости от степени дифференцировки (G) выработывался план лечения. Так, 19 (34%) пациентам с первичными опухолями низкой степени злокачественности (GI) и 8 с гигантоклеточной опухолью выполнено только хирургическое лечение, 5 (9%) с G II и 11 (19,5%) с G III проведено комбинированное лечение согласно протоколам, утвержденным в отделении онкологической ортопедии МНИОИ им. П.А. Герцена. Соответственно локализации поражения, 28 (50%) пациентам было выполнено эндопротезирование коленного сустава (из них у 18 (32%) поражение дистального отдела бедренной кости, и у 10 (18%) поражение проксимального отдела большеберцовой кости), 9 (16%) тазобедренного сустава, 9 (16%) - плечевого сустава, 4 (7%) - локтевого сустава (у 3 больных поражение плечевой кости, у 1 плечевой и лучевой костей), 2 (3,5%) тотальное эндопротезирование бедренной кости, 2 (3,5%) эндопротезирование диафиза бедренной кости и 1 (1,75%) пациенту эндопротезирование диафиза большеберцовой кости. Одной пациентке (1,75%) по поводу перелома бедренной ножки эндопротеза, установленного в 2003г, произведено реэндопротезирование коленного сустава. Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде диагностированы у 10 (18%) пациентов, инфекционно-воспалительного у 6 (11%) и у 4 (7%) не инфекционного характера. Ортопедические результаты. Из 13 больных с опухолевым поражением верхней конечности, 7 (54%) до операции имели неудовлетворительные функциональные результаты, в послеоперационном периоде улучшение функционального статуса конечности до удовлетворительного. Из 43 больных с опухолевым поражением нижних конечностей, хорошие и отличные результаты у 36 (85%) пациентов. Онкологические результаты. Под наблюдением находилось 56 больных средний срок 28месяцев (от 3 до 46). Прогрессирование заболевания отмечено у 12 (21%) пациентов средний срок от 15 месяцев (от 9 до 28). Умерло 7 пациентов, средний срок наблюдения составил 19,5 месяцев (от 11 до30). Вывод. Эндопротезирование является методом выбора локального контроля в плане комбинированного лечения пациентов с первичными и метастатическими поражениями длинных костей, позволяет достичь адекватного косметического, функционального результатов и социальной адаптации пациентов и, как следствие, улучшить качество жизни больного. Полученные нами результаты совпадают с данными литературы.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

*Фазиллов Ш.К.
Андижанский ГМУ, Андижан*

Основной целью хирургического лечения пациентов с первичным и метастатическим поражением позвоночника является улучшение качества жизни путем сохранения или восстановления неврологического дефицита, уменьшение болевого синдрома, восстановление стабильности в пораженном сегменте. Материал и методы. Данные сообщения основываются на результатах хирургического лечения 32 больных с первичными и метастатическими опухолями позвоночника. Локализация опухолевых поражений распределилась следующим образом: шейный отдел позвоночника – 6 пациентов, грудной – 15, поясничный – 11 больных. Неврологические расстройства отмечены у 18 больных: с корешковой симптоматикой у 10 больных, с параплегией и нарушением тазовых органов, у 8 пациентов давность компрессии спинного мозга была от 1 до 9 мес. Показаниями к хирургическому лечению при первичных и метастатических опухолях в позвоночнике были неврологические нарушения, некупируемые боли, нестабильность позвоночника. При локализации опухолевого процесса в шейном отделе из заднего доступа опухолевые массы удалены у одного больного, а из переднего доступа удалены у 5 х больных. Стабилизация позвоночника проводилась ауто- и аллотрансплантатами и углеродными имплантатами. В грудном отделе позвоночника у 9 больных опухоль удалялась из заднего доступа путем ламинэктомии, резекции корней дужек, тел позвонков. У 6 больных опухоль удалялась путем спондилэктомии в передне - боковым доступом. Для стабилизации позвоночника в задних отделах использовались металлические пластины ХНИИОТ, передние отделы фиксировались ауто- и аллотрансплантатами. В поясничном отделе позвоночника у 6 больных опухоль удалялась также, из заднего доступа путем ламинэктомии и фиксировались металлическими пластинами, а у 5 больных опухоль

удалялась путем спондилэктомии и стабилизировал углеродными имплантатами. В послеоперационном периоде осуществлялось морфологическое исследование и по показаниям проводилась лучевая и химиотерапия. Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность жизни после операции со злокачественными опухолями составила 7-8 мес. У всех больных наблюдался регресс неврологической симптоматики. Общее состояние больных после проведенных операции улучшилось. Жизнедеятельность пациентов после снятия болевого синдрома и улучшения функции позвоночника значительно повысилась. Больные с доброкачественными опухолями позвоночника в настоящее время живы. Срок наблюдения от 3 до 8 лет. Выводы. Таким образом, мы считаем, что оперативное лечение, направленное на радикальное удаление опухоли, декомпрессию содержимого позвоночного канала и стабильную фиксацию показано во всех случаях опухолей позвоночника и по показаниям должно сочетаться с химио- и лучевой терапией.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ САРКОМЫ ЮИНГА В ЛЕГКИЕ

*Хмелевская В.Н., Кудрявцева Г.Т.
МРНЦ, Обнинск*

Введение. Больные с метастазами саркомы Юинга (СЮ) относятся к группе самого высокого риска. Длительное время эти больные считались инкурабельными, - им проводилась лишь симптоматическая терапия. Продолжительность жизни больных при этом составляла всего несколько месяцев. Цель исследования. Плохие результаты и отсутствие программ лечения больных с метастазами саркомы Юинга стали основанием для разработки методик лучевой и химиотерапии. Материал и методы. Представлены результаты лечения 81 больного с солитарными и единичными метастазами в легкие, получившими лечение в МРНЦ с 1975 по 2008 годы. Были использованы три методики облучения метастазов. По первой, наиболее ранней методике локального облучения зоны метастаза до суммарной очаговой дозы (СОД) 35-40 Гр лечение проведено 27 больным. По второй методике тотально-локального облучения при стандартном фракционировании дозы лечение проведено 23 больным. Тотально СОД составляла 20 Гр, локально на метастаз - 40 Гр. Отличительной особенностью третьей методики было двукратное облучение метастаза локально по 5 Гр с дневным дроблением на 2 фракции (2,5 – 2,5 Гр). СОД на периферические отделы легкого составляла 20 Гр, на зону метастаза – 30 Гр. Одновременно с лучевой терапией все больные получали 2-3-компонентную химиотерапию. Местный непосредственный эффект регистрировали по данным рентгеновского обследования легких до и после лечения, измеряя площадь метастазов, и оценивали согласно рекомендациям ВОЗ. Результаты. Изучены непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты. Выживаемость во всей группе больных с метастазами саркомы Юинга в легкие независимо от методик проведенного лечения составила: 1 год - $61,5 \pm 5,5\%$, 3 года – $23,9 \pm 4,8\%$, 5 лет – $6,1 \pm 2,7\%$ больных. Трехлетняя выживаемость больных первой группы - $7,4 \pm 5,0\%$, больных второй группы $9,6 \pm 6,7\%$, $27,8 \pm 7,2\%$ больных третьей группы. Ни один больной первой и второй групп не прожил 5 лет, в то время как $27,8 \pm 7,2\%$ больных после разнофракционного облучения были живы 5 и более лет. Выводы. 1. Интенсификация лучевой терапии крупными фракциями стала фактором повышения надежности излечения метастазов СЮ в легкие: получена 5-летняя выживаемость $27,8 \pm 7,2\%$ больных. 2. Появление солитарных или единичных метастазов в легкие не является признаком фатального исхода. Лечение этих больных следует проводить по радикальной программе.

ВОЗМОЖНОСТИ ГЕМОСТАЗА ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ

*Шевцов И.В., Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Леоненков Р.В.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

Рак почки занимает десятое место в структуре онкоурологической заболеваемости. При выявлении небольших опухолей почки (категория T1a-b) выполнение резекции почки является предпочтительным. Основной проблемой органосохраняющих вмешательств на почках является достижение адекватного гемостаза при минимизации времени выключения почечного кровотока. Одним из методов повышения эффективности гемостаза является применение радиочастотной аблации (РЧА) зоны резекции. Изучение возможности применения РЧА с гемостатической целью при выполнении органосохраняющих операций на почке. Материалы и методы. С 22.02.2008 по 10.04.2009 в отделении оперативной урологии РНЦРиХТ 10 пациентам выполнена РЧА – ассистированная резекция почки люмботомическим либо лапароскопическим доступами. Размеры опухолей составляли от 2 до 4 см. После визуализации новообразования с использованием аппарата «Radionics Cool-tip RF System», производилось необходимое число вколов зонда по боковым поверхностям опухолевидного образования отступя 2-3 мм от краев опухоли в пределах здоровых тканей на глубину от 5 до 15 мм. Время воздействия варьировало от 2 до 5 мин на каждый вкол, при максимальной интенсивности воздействия. Далее производилась резекция образования под контролем зрения до места следующего вкола. Выключение кровотока в почке не производили. Применение РЧА

существенно не влияет на длительность операции. После удаления образования применения традиционных гемостатических материалов не требовалось. Величина кровопотери составила от 40 до 70 мл. В ближайшем послеоперационном периоде не отмечено осложнений, связанных с нестабильностью гемостаза. В период от четырех до 6 недель все больные подвергались контрольному ультразвуковому исследованию почек. Гематом не выявлено. По данным гистологических исследований положительный хирургический край не был выявлен ни в одном случае. Результаты применения РЧА позволяют рекомендовать его в качестве способа повышения эффективности и стабильности гемостаза при органосохраняющих операциях на почках.

СИСТЕМНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ БЕЛКОВЫХ БИОМАРКЕРОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФОРМИРОВАНИЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ БАЗЫ ДАННЫХ ОБ ЭТИХ БЕЛКАХ ДЛЯ РАЗРАБОТОК МЕТОДОВ БИОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Шишкин С.С.¹, Ковалев Л.И.¹, Ковалева М.А.¹, Герасимов Е.В.¹, Лисицкая К.В.¹, Макаров А.А.¹, Ерёмкина Л.С.¹, Торопыгин И.Ю.², Охриц В.Е.³, Лоран О.Б.³, Дзеранов Н.К.⁴, Попов В.О.¹

1. Институт биохимии им. А.Н. Баха, Москва

2. НИИ биомедицинской химии им. В.Н. Ореховича, Москва

3. РМАПО, Москва

4. НИИ урологии Москва

Провести системное изучение ряда потенциальных белковых биомаркеров рака предстательной железы (ПЖ) и сформировать комплексную многоуровневую базу данных о белках ПЖ как отечественного информационного ресурса, пригодного для использования при разработках методов биохимической диагностики рака ПЖ. Белки исследовали в биопсийных образцах и операционных материалах, полученных от больных со злокачественными (n=60) и доброкачественными (n=37) опухолями ПЖ, а также в культивируемых раковых клетках (LNCap, A-204) и в некоторых нормальных клетках человека (контроль). Для изучения белков применяли комплекс протеомных технологий (двумерный электрофорез по О'Фарреллу, модификации NERNGE, IEF, IGP, а также MALDI-TOF масс-спектрометрия и др.). Анализ изображений проводили с помощью программы MELANIE, а построение базы данных - с использованием программы MapThis! Molly Pinguin Software, пакета программного обеспечения Mozilla Firefox и других программных средств. Сравнительные протеомные исследования тканей простаты со злокачественными и доброкачественными опухолями, а также ряда культивируемых клеточных линий человека обеспечили построение соответствующих синтетических двумерных карт и масс-спектрометрическую идентификацию 234 белков. Среди идентифицированных белков оказались 17 потенциальных белковых маркеров рака ПЖ, в частности AGR2, представители белковых семейств аннексинов, S100 и некоторые другие белки, включая новые белки PRO2675 и PRO2044. На основе полученных результатов сформирована многоуровневая компьютерная база данных, пригодная к дальнейшему расширению и использованию при разработках методов биохимической диагностики рака ПЖ. Проведенные исследования белков позволяют предложить для биохимической диагностики рака ПЖ создание мультипараметрического диагностикума, включающего панель из нескольких потенциальных биомаркеров, которые целесообразно использовать совместно с ПСА.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВУАРА ИЗ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ

*Школьник М.И., Польшалов В.Н., Шумский И.А., Тимофеев Д.А., Белов А.Д.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

РМП составляет 3% от всех злокачественных новообразований. В настоящее время при инвазивных формах опухоли мочевого пузыря, стандартом лечения является радикальная цистэктомия. К сожалению, способы деривации мочи не всегда являются удовлетворительными. В связи с этим, в клинике предложена новая модификация мочевого резервуара в отключенном сегменте сигмовидной кишки. В нашей клинике за период 2008-2009 гг. прооперированно 19 пациентов (18 мужчин и 1 женщина). Показанием к операции являлось наличие инвазивного РМП. Цистэктомия производилась по возможности с сохранением передней части ректо-везикальной складки. Создание резервуара выполнялось путем отключения участка сигмовидной кишки и формированием сигмо-сигмо анастомоза конец в бок циркулярным сшивающим аппаратом Ethicon 1 на высоте 25 см от ануса. Мочеточниковые стенты вывелись в 10 случаях через переднюю брюшную, а в 9 случаях низводились через анус. Были отмечены следующие ранние послеоперационные осложнения. У 5 больных развилась спаечная тонкокишечная непроходимость. У 1 больного отмечена несостоятельность швов в области купола резервуара. У 1 больного несостоятельность шва мочеточника. У одного больного выявлено лимфоцеле в малом тазу. Из поздних послеоперационных осложнений после повторных вмешательств, формирование наружного толстокишечного свища выявлено у 1 больного, вентиляционно-ассоциированная пневмония у 4 пациентов. Формирование резервуара низкого давления из отключенного сегмента толстой кишки позволяет избежать в послеоперационном периоде

развития восходящего пиелонефрита. Наложение аппаратного шва позволяет сократить время операции. Выведение мочеточниковых стентов через переднюю брюшную стенку облегчает ведение послеоперационного периода и позволяет избежать несвоевременного самоудаления стентов. Адекватная перитонизация, ранняя активизация и кормление больных позволяет избежать развития ранней спаечной непроходимости.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

*Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Леоненков Р.В., Шевцов И.В.
РНЦРиХТ, Санкт-Петербург*

Резекция почки – самое распространенное хирургическое вмешательство при локализованном раке почечной паренхимы размерами до 4 см. В рутинной практике при резекции почки используются традиционные методы гемостаза – пережатие почечной артерии и прошивание почки. Развитие и внедрение современных методов гемостаза позволило существенно улучшить хирургические результаты при резекции почки. Применение современных гемостатических материалов, коагуляционных методик и их сочетания позволяет снизить время операции, объем кровопотери, риск развития почечной недостаточности. Изучить возможности современных гемостатических методов при резекции почки и влияние их использования на улучшение непосредственных хирургических результатов. Было проанализировано 153 пациента, которым в 2004-2008 гг. была выполнена резекция почки по поводу локализованного рака почечной паренхимы, соответствующего стадии T1a (до 4 см). Первую группу составили 68 пациентов, у которых во время операции применялись традиционные методы гемостаза. Во вторую группу вошли 85 человек, у которых в качестве методов гемостаза были использованы современные гемостатические материалы, коагуляционные методики и их сочетания. В группе без использования современных методов гемостаза средняя продолжительность операции составила $103 \pm 14,8$ минут, средняя кровопотеря – 371 ± 222 мл. Признаки почечной недостаточности не отмечались у 58 пациентов (85%), легкая и средней степени почечная недостаточность наблюдалась у 8 пациентов (11%), тяжелая, потребовавшая гемодиализа, почечная недостаточность отмечена у 2 пациентов (3%). В группе с использованием современных методов гемостаза средняя продолжительность операции составила $89,5 \pm 9,7$ минут, средняя кровопотеря – $259,4 \pm 108$ мл. Пережатие ПА не производилось у 46 пациентов (54%). Признаки почечной недостаточности не отмечались у 80 пациентов (94%), легкая и средней степени почечная недостаточность наблюдалась у 5 пациентов (6%), тяжелая, потребовавшая гемодиализа, почечная недостаточность не отмечалась. Применение современных гемостатических средств позволяет существенно снизить продолжительность операции, объем кровопотери, риск возникновения почечной недостаточности в послеоперационном периоде.

ДИНАМИКА ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ВАКЦИНОТЕРАПИИ

*Шоуа А.Б.¹, Сергиенко Н.Ф.², Ситников Н.В.¹, Кочетов А.Г.¹, Чкадуа Г.З.³, Костин А.А.⁴
1. ЦВКГ им. А.А. Вишневского, Москва
2. ГИУВ Минобороны РФ, Москва
3. РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва
4. РНЦРР, Москва*

В последнее время в биотерапии опухолей активно используются вакцины на основе дендритных клеток. Эти мощные антиген-презентирующие клетки играют центральную роль в развитии иммунного ответа и поэтому являются идеальной основой для противоопухолевых вакцин. Оценка иммунологических показателей больных, в программу лечения которых была включена вакциноterapia дендритными клетками, нагруженными опухолевыми антигенами. В исследование были включены 18 больных основной группы и 23 больных контрольной группы с инвазивным раком мочевого пузыря со стадией заболевания T2aN0M0 – T2bN0M0 с морфологически дифференцированным диагнозом (переходно-клеточный рак различной степени злокачественности). Всем больным выполнялись ТУР стенки мочевого пузыря с опухолью и внутрипузырная химиотерапия доксорубицином. Больным основной группы в программу стандартного лечения введена иммунотерапия дендритными клетками. Каждому больному по истечении 1,5 и 5 мес выполнялось контрольное иммунологическое исследование. Анализ активационного антигена HLA-DR на поверхности лимфоцитов периферической крови показал, что в процессе вакцинотерапии увеличивалось содержание клеток, экспрессирующих HLA-DR. Если до начала лечения содержание клеток, экспрессирующих HLA-DR, было на уровне 8,1%, то спустя 5 мес после начала лечения данный показатель увеличивался до 13,2%. При этом, в контрольной группе больных, которые получали стандартное лечение, содержание лимфоцитов, экспрессирующих HLA-DR, как в начале (8,0%), так и через 5 мес (7,9%), было в пределах нормальных значений. Увеличение доли CD3 – лимфоцитов, несущих на своей поверхности HLA-DR, в группе больных получавших вакцинотерапию было достоверно выше по сравнению с контрольной

группой ($p < 0,05$). Следует отметить, что увеличение содержания активационного маркера HLA-DR в группе больных, получающих вакцинотерапию, происходило за счет увеличения его экспрессии на CD3 T-лимфоцитах, что можно трактовать как одно из иммунологических проявлений действия вакцины на организм больного. При изучении экспрессии эффекторной молекулы CD11b на поверхности лимфоцитов в группе, которая получала вакцинотерапию, было выявлено увеличение доли CD8 T-лимфоцитов, несущих CD11b антиген. Если в начале лечения содержание CD11b CD8 T-лимфоцитов было на уровне 10,1%, то в процессе вакцинотерапии через 5 мес данный показатель увеличился вдвое и составил 21,2%. В контрольной группе больных содержание эффекторных лимфоцитов практически не менялось, оставаясь в пределах нормальных значений. Разница между содержанием эффекторных CD8 T-лимфоцитов, экспрессирующих CD11b, в контрольной группе и группе, получавшей вакцинотерапию, была достоверно значимой ($p < 0,005$). Таким образом, иммунологические показатели больных инвазивным раком мочевого пузыря на фоне проводимой адъювантной вакцинотерапии дендритными клетками указывают на активацию специфического клеточного иммунного ответа.

ИММУНОТЕРАПИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКЦИНЫ НА ОСНОВЕ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК, ПРЕМИРОВАННЫХ ОПУХОЛЕВЫМИ АНТИГЕНАМИ

*Шоуа А.Б.¹, Сергиенко Н.Ф.², Ситников Н.В.¹, Кочетов А.Г.¹, Чкадуа Г.З.³, Костин А.А.⁴,
Цибизов Д.Н.⁵*

1. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Москва

2. ГИУВ Минобороны РФ, Москва

3. РОНЦ Н.Н. Блохина, Москва

4. РЦНПР, Москва

5. МСЧ №22, Москва

Рак мочевого пузыря (РМП) составляет 30-40% новообразований органов мочевого тракта и около 4% в структуре всей онкологической патологии. Особую проблему представляет лечение инвазивных опухолей мочевого пузыря, так как высокий процент рецидивирования рака, склонность к снижению дифференцировки и увеличению глубины инвазии при очередных рецидивах, вынуждает в ряде случаев прибегать к органосохраняющим оперативным вмешательствам. Разработка и внедрение в клиническую практику новых методов адъювантного воздействия является одним из путей решения данной проблемы. Оценка противоопухолевой эффективности вакцинотерапии. В основу исследования положен анализ результатов лечения 41 больного с рецидивным инвазивным переходо-клеточным раком мочевого пузыря, которые лечились в урологическом центре ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ» в период с июня 2006г. по июнь 2008г. Все больные подвергались трансуретральной резекции (ТУР) стенки мочевого пузыря с опухолью и внутривезикулярной химиотерапии доксорубицином. В исследовании по изучению эффективности терапии инвазивного РМП с включением в программу лечения вакцинотерапии на основе дендритных клеток (ДК) участвовало 18 больных. В результате проведенного лечения у больных основной группы получены следующие результаты: у 16 (88,9%) – рецидива заболевания не выявлено, у 2 (11,1%) – отмечен рецидив рака с прогрессированием опухолевого процесса у одного из них. Сроки наблюдения за больными после окончания иммунотерапии составили от 12 до 24 мес. (средний срок 17 мес.). Рецидивы РМП на фоне терапии ДК наступили у больных с низкодифференцированными опухолями (G3). Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что высокая степень дифференцировки опухоли (G1-2) является благоприятным фактором прогноза эффективности иммунотерапии с использованием аутологичных дендритных клеток. В результате проведенного лечения у больных контрольной группы получены следующие результаты: у 18 (78,2%) достигнута полная ремиссия в сроки наблюдения от 12 – 24 мес, у 5 (21,8%) - рецидивирование рака без признаков прогрессирования опухолевого процесса. Сроки наблюдения за больными после окончания лечения составили 12 – 24 мес (средний срок 15 мес). Таким образом, можно заключить, что вакцинотерапия ДК является перспективным методом лечения РМП в адъювантном режиме, требующим дальнейшего изучения.

Лимфопролиферативные заболевания

ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ

*Андреева Т.В., Соловьев В.И., Ребрина О.В., Шеко С.С., Дмитроченко М.В.,
Демьянова Г.А.
Смоленский ООД, Смоленск*

Цель исследования: оценить эффективность применения ритуксимаба в лечении неходжкинских лимфом (НХЛ) и их рецидивов. Материалы и методы. По поводу НХЛ за период 2008 – 2009гг. лечение с использованием ритуксимаба получали 21 больной (мужчин – 13, женщин - 8). Возраст больных колебался от 21 года до 70 лет, средний возраст 52 года. Всем пациентам выполнялось иммуногистохимическое исследование для определения экспрессии CD-20. В первую группу вошли 12 больных, получавших первичное лечение по поводу НХЛ с использованием ритуксимаба. НХЛ высокой степени злокачественности (ВСЗ) В-клеточные диагностированы у 10 (83,3%), низкой степени злокачественности (НСЗ) – у 2 (16,6%). Ритуксимаб вводился после стандартной премедикации в дозе 375мг/м² за день до ПХТ. В последующем проводилась полихимиотерапия (ПХТ) по схеме СНОР. У пациентов с НСЗ использовалась схема FMD, FICyD. НХЛ ПБ стадии диагностирована у 5 (41,6%), ПШБ – у 5 (41,6%), IV – у 2 (16,6%) больных. Во вторую группу отнесены 9 пациентов, получавших лечение в связи с рецидивом НХЛ. НХЛ ВСЗ диагностировано у 8 (88,8%), НСЗ – 1 (11,1%). Ритуксимаб вводился по вышеуказанной схеме. ПХТ проводилось по схемам СНОЕР, СЕМР. Добавление ритуксимаба к ПХТ не сопровождалось ухудшением показателей поздней токсичности. Результаты: в первой группе больных после проведенного лечения полная ремиссия (ПР) достигнута у 8 (66,6%) больных, у 3 – частичная ремиссия (ЧР) (25%). Два пациента продолжают лечение, одна пациентка отказалась от лечения. Во второй группе ПР достигнута у 4 больных (44,4%), ЧР – 3 (33,3%), прогрессирование заболевания у 2 (22,2%). Заключение: применение ритуксимаба в лечении первичной НХЛ и ее рецидивов позволяет увеличить количество зафиксированных объективных ответов на лечение более чем у 80% больных НХЛ. Амбулаторное введение данного препарата и его хорошая переносимость (в 98% случаев) позволяет сохранять максимальный контроль эффективности лечения и принцип оптимальности затрат.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОМА КЛЕТОК КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПЕРИОДОВ РЕМИССИИ

*Анкина М.А., Шахтарина С.В., Панферова Т.А., Завитаева Т.А.
МРНЦ, Обнинск*

Цель исследования. Проследить возможную динамику частоты хромосомных нарушений в клетках крови больных неходжкинскими лимфомами (НХЛ) в различные сроки периодов ремиссии. Материал и методы. Проведен G-анализ клеток крови 22 больных НХЛ, получавших лечение по стандартным схемам химио- и радиотерапии. Проанализированы цитогенетические показатели: частота aberrантных клеток, частота клеток с дицентриками, частота клеток с множественными хромосомными aberrациями, наличие клоновых хромосомных нарушений. Результаты анализов были разделены на три группы: 1 – 3-8 месяцев, 2 – 9 месяцев-2 года, 3 – 2-7 лет после обследования до лечения: 8, 11, 10 больных соответственно. Результаты. До лечения aberrантные клетки обнаруживались у 16, клетки с дицентриками – у 7, с множественными хромосомными aberrациями – у 5 больных. Средние частоты этих показателей составляли 35,5, 3,4, 7,0% соответственно. Клоновые хромосомные нарушения обнаруживались у 8 больных. После лечения aberrантные клетки обнаруживались у всех больных в каждой из трех групп. Средняя частота aberrантных клеток уменьшалась в группе 1 (24,2%) и возрастала в группах 2 (51,3%) и 3 (47,2%). Клетки с дицентриками обнаруживались в группе 2 у всех больных, в группе 3 – у 8. Средняя частота клеток с дицентриками значительно возрастала в группе 2(12,8%) и снижалась в группе 3 (6,1%). Количество больных, у которых обнаруживались клетки с множественными хромосомными aberrациями, возрастало со сроком ремиссии: группа 1 – у 3, 2 – у 6, 3 – у всех больных. Средняя частота клеток с множественными хромосомными aberrациями возрастала в группе 2 (14,6%) и сохранялась на том же уровне в группе 3 (15,2%). Количество больных с клоновыми хромосомными нарушениями также возрастало со сроком ремиссии: группа 1 – у 3, 2 – у 9, 3 – у всех больных. Наиболее частыми были делеции в сегментах 1q41-q43, 2q23, 2q35, 6q25, 18p11. Заключение. В отдаленные сроки после лечения у большинства больных сохраняется высокая частота aberrантных клеток и клеток с дицентриками, значительно возрастает частота клеток с множественными хромосомными нарушениями; увеличивается число больных с множественными и клоновыми хромосомными нарушениями.

ЭКСПРЕССИЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Гайдамака Н.В.¹, Франк Г.А.², Паровичникова Е.Н.¹, Завалишина Л.Э.²

1. ГНЦ, Москва

2. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

В течение последнего десятилетия доказано, что экспрессия матриксных металлопротеиназ (ММП) и тканевых ингибиторов металлопротеиназ (ТИМП) в клетках злокачественных солидных опухолей определяет плохой прогноз заболевания. Однако результаты исследований по экспрессии ММП и ТИМП в солидных опухолях не могут быть перенесены на острые лейкозы, которые биологически значительно отличаются от солидных опухолей. Цель работы: определение прогностической значимости матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов при острых лейкозах. Задачи исследования: определение характера экспрессии ММП-1, ММП-2, ММП-9, ТИМП-1, ТИМП-2 и ТИМП-3 в кроветворной ткани у здоровых людей и у больных острыми лейкозами, определение корреляции экспрессии этих ферментов с клинико-лабораторными характеристиками острых лейкозов: наличием экстрамедуллярных очагов, процентом бластных клеток в периферической крови и в костном мозге, уровнем лейкоцитов и лактатдегидрогеназы в периферической крови. Иммуногистохимическим методом с использованием моноклональных антител к ММП1, ММП2, ММП9, ТИМП1, ТИМП2, ТИМП3 проанализированы трепанобиоптаты 18 больных различными вариантами острых лейкозов в дебюте заболевания, после индукционного, 1 и 2 консолидирующих курсов химиотерапии. Контролем служили трепанобиоптаты от 6 здоровых доноров костного мозга. На основании проведенного исследования нами сделаны следующие выводы: 1. Экспрессия ММП и ТИМП в клетках костного мозга как в норме, так и при патологии, отражает основное биологическое свойство кроветворной ткани – способность клеток к дезинтеграции и миграции. 2. Не выявлена корреляция между характером экспрессии ферментов и клинико-лабораторными характеристиками острого лейкоза в дебюте заболевания. 3. Экспрессия ММП и ТИМП в дебюте острого лейкоза отличается от экспрессии у здоровых доноров интенсивностью реакции ММП1, ММП2, ТИМП2, а также наличием экспрессии ТИМП3. 4. Экспрессия ММП и ТИМП в полной ремиссии острого лейкоза отличается от контроля интенсивностью экспрессии ММП1, ММП2, ТИМП2, а также наличием экспрессии ТИМП3, что может быть связано с перенесенными инфекционными заболеваниями, а также с репаративными процессами в костном мозге, а также с ответом на терапию. 5. Экспрессия ММП не может быть использована в качестве критерия оценки прогноза острых лейкозов, при этом экспрессия ТИМП требует дальнейшего изучения.

РЕГРЕССИЯ MALT-ЛИМФОМЫ ЖЕЛУДКА ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Голофеевский В.Ю., Калиновский В.П.

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить эффекты комплексной химиотерапии MALT-лимфомы желудка. Методы. Клинические, инструментальные (эндоскопические, рентгенологические), гистологические (окраска гематоксилином-эозином, реактивом Шиффа, стереоморфометрия клеточной инфильтрации), определение активности пепсиногена-пепсина. Результаты. Наблюдали 4 женщин (возраст 71-78 лет) с диагнозом MALT-лимфома желудка (с наличием системных проявлений неходжкинской лимфомы или без них). При инфицированности *Н.pylori* проводилась эрадикационная терапия, затем стандартная терапия хлорбутином, и при неэффективности – химиотерапия по программе СНОР. Больных наблюдали до 5 лет. При оценке эффективности терапии (помимо клинических признаков и положительных данных эндоскопии желудка), наиболее существенными критериями были динамика секреции пепсиногена-пепсина, обратная динамика атрофии и плотности лимфоплазмочитарной инфильтрации стромы слизистой оболочки желудка. Так, изначально уровень пепсиногена-пепсина в желудочном соке и слизистой оболочке составлял 0-6 мг на 1 г субстрата, а через 12-18 месяцев лечения стойко увеличился до 24-48 мг с понижением Рн от 6,5 до 5,5. При первичном гистологическом анализе выявлены атрофия секреторных желез, кишечная метаплазия, признаки воспаления, плотность инфильтрата до 70-85 об%, а в процессе лечения уменьшение проявлений атрофии (в области тела желудка выявлены железы с париетальными клетками!), что свидетельствует о возможности восстановления структуры фундальных желез. Плотность инфильтрата снизилась до 10-15 об%. Заключение. Эффективность лечения MALT-лимфомы желудка должна подтверждаться положительной динамикой гистологических и функциональных тестов.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМАМ COPP, ABVD, BEACOPP И ОБЛУЧЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ В СУММАРНОЙ ОЧАГОВОЙ ДОЗЕ 20 – 30 Гр

*Даниленко А.А., Шахтарина С.В., Афанасова Н.В., Павлов В.В., Борисова Л.С.
МРНЦ, Обнинск*

Цель. Изучить на основании рентгенологических данных изменения в легких у больных ЛХ после полихимиотерапии (ПХТ) по схемам COPP, ABVD, BEACOPP и облучения средостения в стандартном режиме фракционирования в СОД 20-30Гр. Материалы и методы. Проведен анализ рентгенологических данных 192 больных, получивших ПХТ COPP, облучение средостения в СОД 20-24Гр (I группа с благоприятным прогнозом – 34 чел.); ПХТ ABVD, облучение средостения в СОД 24-30Гр (II группа с промежуточным и неблагоприятным прогнозом – 125 чел.); ПХТ BEACOPP-21, облучение средостения в СОД 30Гр (III группа с неблагоприятным прогнозом – 33 чел.). Поля облучения формировались в соответствии с размерами средостения ко времени завершения ПХТ. Результаты. Изменения в легких, связанные с воздействием цитостатиков, установлены у 49 из 192 чел. (25,5%): I группа - 6 из 34 чел. (17,6%), II – 36 из 125 чел. (28,8%), III – 7 из 33 чел. (21,2%). На рентгенограммах отмечалось диффузное усиление легочного рисунка в обоих легких за счет уплотнения интерстициальной ткани, окружающей расширенные сосуды (41 чел.), появление мелкоочаговой инфильтрации (8 чел.). Клинические проявления имели место у 4 больных (все – из II группы). Ранние лучевые изменения в легких выявлены у 33 из 192 больных (17,2%): I группа - 6 из 34 чел. (17,6%); II – 21 из 125 чел. (16,8%); III - 6 из 33 чел. (18,2%). Отмечалось появление в пределах полей облучения инфильтрации легочной ткани интерстициального (27 чел.) или очагового и сливного (6 чел.) типов. Клинические проявления имелись у 5 больных. Поздние лучевые изменения установлены у 73 из 192 чел. (38%): I группа – 10 из 34 чел. (29,4%), II – 47 из 125 чел. (37,6%), III – 16 из 33 чел. (48,5%). Фиброзные изменения у большинства пациентов - 68 из 73 чел. (93,1%) были I, у 5 чел. (6,8%) - II степени. Заключение. Токсические изменения в легких отмечались при применении каждой из рассматриваемых схем ПХТ, клинически значимые проявления имелись при ПХТ по схеме ABVD. Лучевые повреждения при облучении средостения в СОД 20-30Гр носили слабо выраженный характер.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Данилян К.И., Гржимоловский А.В., Карагюлян С.Р.
ГНЦ, Москва*

Сplenэктомия является наиболее распространенной операцией в хирургической гематологии. Высокий риск развития послеоперационных осложнений диктует необходимость поиска путей их профилактики. Лапароскопическая splenэктомия (ЛСЭ) оказалась альтернативой способной повлиять на частоту и тяжесть осложнений, и качество послеоперационного периода у большинства больных, нуждающихся в удалении селезенки. Целью научно-исследовательской работы является оценка возможностей и преимуществ малоинвазивных лечебных и диагностических вмешательств в гематологической хирургии. Материалы и методы. С 1999 года по настоящее время в отделении проведено 696 ЛСЭ, из них 93 ЛСЭ сочетались с операциями на желчном пузыре и органах малого таза. Среди них: неходжкинские лимфомы 133 (в том числе лимфоцитомы 119, ХЛЛ 39, ВКЛ 5), лимфогранулематоз 13. Возраст больных от 17 до 78 лет. Результаты. Средний размер удаленной селезенки составили 22,4 см (от 14 до 34 см). Средний вес селезенки 1019,4 г (от 320 до 2650 г). Средняя кровопотеря 791,5 мл (от минимальной до 4000 мл). Конверсией завершились 56 splenэктомий, что составило 35,4%. При этом, конверсии при лимфоме составили 34,4%, а при хроническом лимфолейкозе 38,4%. Несмотря на большое количество конверсий, осложнения отмечены всего у 3 больных (1,9%) (поддиафрагмальный абсцесс 2, внутрибрюшное кровотечение 1). Если брать тромбоцитопению и анемию как главный критерий тяжести больных, то конверсии при апластической анемии составили 3,9%, то есть этот критерий не определяющий. Если брать размеры селезенки, как критерий определяющий результативность splenэктомии, то конверсии при гемолитических анемиях (наиболее сопоставимой группе больных по размерам селезенки) составили 8,8%, что тоже свидетельствует против однозначности трактования какого-либо признака. Таким образом, наиболее технически сложна ЛСЭ при лимфоцитоме и лимфосаркоме. Технические сложные условия операции отмечены у 69% больных за счет: splеномегалии, периспленита, увеличения лимфатических узлов ножки селезенки, портальной гипертензии, геморрагического синдрома, ожирения, близкого расположения поджелудочной железы, рассыпного типа строения сосудов. Особенности послеоперационного периода: низкая частота пареза кишечника; неинтенсивный болевой синдром; раннее начало энтерального питания; быстрое возвращение к привычному режиму физической активности. Выводы: 1) величина селезенки, показатели крови не являются решающими факторами, определяющими частоту осложнений; 2) накопление опыта приводит к уменьшению частоты осложнений и конверсий, что делает ЛСЭ достаточно безопасным вмешательством; 3)

малая травма тканей позволяет считать подобные вмешательства операциями выбора у пациентов с нарушениями систем гемостаза и иммунитета.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ ЛЕГКОГО У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Данилян К.И., Гржимоловский А.В., Карагюлян С.Р.
ГНЦ, Москва*

Наиболее сложными в гематологической практике являются вопросы диагностики поражений легких после предшествующей полихимиотерапии или трансплантации костного мозга. Наличие цитопении, коагулологических и иммунных нарушений, часто – очень тяжелого общего состояния больного, существенно осложняют проведение открытых диагностических торакотомий и биопсий легкого. Возникающая вследствие легочной патологии острая дыхательная недостаточность является частым осложнением у этой категории больных. Несмотря на применение современных антибиотиков, специальных режимов искусственной вентиляции легких, смертность среди этих больных за последние пять лет существенно не изменилось и достигает 85%. Однако обследование гематологических больных с депрессиями кроветворения сопряжено с рядом трудностей: оно должно быть выполнено в сжатые сроки; у них часто выражен геморрагический синдром, а подавление различных звеньев иммунитета приводит к развитию патологии, которая встречается крайне редко среди больных без нарушений гемопоэза. Особую группу составляют поражения легких, возникающие у больных, перенесших аллогенную трансплантацию костного мозга, осложнившуюся реакцией «трансплантат против хозяина». Цель исследования: оценка возможностей и преимуществ малоинвазивных диагностических вмешательств в гематологической хирургии. Материалы и методы. Биопсии легкого выполнялись 63 больным: И была информативной у 59 из 63 пациентов (93,4%). Из 63 пациентов у 12 биопсия проводилась на фоне острой дыхательной недостаточности (ОДН), из них 8 были на ИВЛ. Показания к торакоскопии: -неэффективность эмпирической терапии; -отрицательные результаты микробиологического и/или цитологического исследований бронхоальвеолярного лаважа; -подозрение на наличие специфического поражения легких. Результаты. Специфическое поражение легочной ткани 26 (лимфогранулематоз 14, неходжкинская лимфома 12), аспергиллез 5, РТПХ 9, Вирус Эпштейн-Барра 1, Туберкулез 5, ассоциированное поражение (ЦМВ, пневмоцисты, аспергиллы) 20, саркоидоз 2, ХОБЛ 1, ХНЗЛ 1, рак легкого 1, метастатическое поражение легкого 1, лучевой пневмонит 1. У 2 больных с ОДН после уточнения диагноза и модификации терапии состояния улучшилось. 10 из 12 пациентов с ОДН умерли спустя 1-2 недели от прогрессирующего поражения легких либо от сепсиса. Ни в одном случае процедура биопсии легкого не явилась непосредственной причиной смерти больных. У 6 пациентов операция закончилась конверсией: в одном случае из-за ранения легкого, в остальных – выраженного спаечного процесса. 2 торакоскопии осложнились ранением диафрагмы – в одном случае для остановки кровотечения из диафрагмы потребовалась торакотомия, в другом – лапароскопия, исключившая внутрибрюшное кровотечение. Выводы. Биопсия легкого должна выполняться до развития ОДН, так как даже при получении информации о характере легочного поражения остается мало времени для эффективной терапии и изменения в легких могут принять необратимый характер. Морфологическая верификация патологии легких позволила своевременно начать специфическое лечение выявленных осложнений. Причем необходимо отметить, что эффективность терапии была значительно выше у больных, которым производилась биопсия легкого до наступления острой дыхательной недостаточности. Смертельных исходов в этой группе не отмечалось.

СОВРЕМЕННАЯ РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

*Даценко П.В., Паньшин Г.А., Сотников В.М., Ивашин А.В., Подольский П.Н.
РНЦРР, Москва*

Цель и задачи. Радиологическая школа РНЦРР с более чем полувековым опытом лучевой терапии лимфомы Ходжкина (ЛХ) разработала оригинальную программу лучевой терапии с поэтапным зональным сокращением размеров полей, которая приводит к весоному уменьшению объема мишени и снижению суммарной интегральной дозы радиационного воздействия. Материал и методы. В основу настоящего исследования положены результаты лучевого лечения 1086 пациентов с гистологически подтвержденной ЛХ, которым с 1990 г. проводились современные программы химиотерапии (СОРР(МОРР)/АВВД, АВВД, ВЕАСОРР, СЕА/АВВД) и лучевая терапия с использованием различных методик – (суб)радикальная, локальные программы, стандартная и с поэтапным зональным сокращением полей, с органным облучением и без него. Результаты. По данным РНЦРР использование методики поэтапного зонального сокращения полей достоверно снижает риск развития как кардиальной патологии ($p=0,0005$), так и местных рецидивов ($p=0,0001$). Одним из важнейших факторов развития кардиальных осложнений является облучение легочной ткани ($p=0,0000001$), в том числе и локальное ($p=0,0000001$). Вероятность развития кардиальной патологии после облучения легочной ткани в 6,5 раз выше, чем в группе без органного облучения и превышает 30%

уровень. В подгруппе больных лимфомой Ходжкина в возрасте старше 45 лет риск развития летальных кардиальных осложнений оказался самым высоким и составил 6,2% ($p=0,00005$ по сравнению с младшей возрастной группой). Целесообразность включения в программу лучевой терапии только первично пораженных лимфатических коллекторов подтверждена проведенным в РНЦРР анализом, применение локальных программ лучевой терапии уменьшает число кардиальных осложнений ($p=0,012$). Процент рецидивов в необлученных лимфатических областях при локальной и субрадикальной программами лучевой терапии для протокола СОРР(МОРР)/АВВД составил 16,6 и 2,7 ($p=0,001$), для АВВД – 6,9 и 0 ($p=0,006$), для ВЕАСОРР – 3,3 и 2,5 ($p=0,768$), для СЕА/АВВД – 0 и 1,9 ($p=0,478$) соответственно. На первом этапе целесообразно облучение всего объема пораженного лимфатического коллектора в низких дозах – 20-26 Гр. Оптимальный уровень СОД после сокращения его размера зависит от первоначального объема опухолевой массы и степени регрессии после лекарственного этапа лечения и колеблется от 30 до 44 Гр. Важным фактором, влияющим на развитие местного рецидива в облученном лимфатическом коллекторе является достижение после лекарственного этапа лечения более чем 80% регрессии опухолевой массы, при менее выраженном эффекте вероятность местного рецидива возрастает ($p=0,0000001$). При достижении полного эффекта после лекарственного этапа лечения средний уровень СОД на шейно-надключичный лимфатический коллектор у пациентов без местного рецидива составил 38,5 Гр, с местным рецидивом – 30,0 Гр ($p>0,05$), подмышечных областей – 29,5 и 30,5 Гр ($p>0,05$), внутригрудного лимфатического коллектора – 36,4 и 34,6 Гр ($p>0,05$), парааортальной области и селезенки – 29,1 и 29,3 Гр ($p>0,05$). При достижении частичного эффекта с более чем 80% регрессии опухолевой массы средний уровень СОД не имел достоверных корреляций и колебался при облучении различных лимфатических коллекторов в группе без местного рецидива от 30 Гр до 40 Гр. При достижении частичного эффекта с менее чем 80% регрессии опухолевой массы средний уровень СОД имел высокодостоверные различия для внутригрудной области: у пациентов без местного рецидива – 43,2 Гр, с местным рецидивом – 36,7 Гр ($p=0,002$). Статистических корреляций в уровнях СОД для других лимфатических областей не отмечено ($p>0,05$). Для химиорезистентной формы ЛХ статистических корреляций в уровнях СОД при облучении различных лимфатических областей не выявлено ($p>0,05$). Выводы. После современных режимов химиотерапии рациональный объем лучевой терапии – облучение первично пораженных лимфатических коллекторов. Оптимальная методика лечения: лучевая терапия с поэтапным зональным сокращением. Дозы на весь объем лимфатического коллектора более 30 Гр являются потенциально опасными для развития осложнений. В то же время, локальное доведение СОД до более высокого уровня при наличии остаточной опухолевой массы является наиболее адекватным методом профилактики местного рецидива и, по нашему мнению, не повышает риск развития осложнений в последующем. Возможно, что пациентам в возрасте старше 45 лет облучение всего объема лимфатического коллектора (в первую очередь внутригрудного) не целесообразно из-за более высокого риска последующей кардиальной патологии. В этой подгруппе в объем радиационного воздействия должны включаться первично пораженные зоны до СОД 20 Гр, радиационная мишень для доз выше 20 Гр - остаточные лимфатические узлы.

ЛИМФОМЫ СЕЛЕЗЕНКИ

*Дмитриева В.В., Лысенко И.Б., Касаткин В.Ф., Маслов А.А., Непомнящая Е.М.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Изучить клинко-морфологическую характеристику и эффективность лечения лимфом селезенки. Материал и методы. Неходжкинские лимфомы селезенки представляют особую группу и выделены в самостоятельный подраздел в классификации ВОЗ 2001 года. В отделении гематологии РНИОИ за 2007 год наблюдалось 133 первичных больных с неходжкинскими лимфомами. Из них у 12 (9,03 %) больных была диагностирована неходжкинская лимфома с первичным поражением селезенки. Основным клиническим симптомом была спленомегалия. С целью диагностики заболевания были выполнены следующие операции: спленэктомия – 10 (83,3%) больным, спленэктомия с гастрэктомией – 1 (8,3%) больному, спленэктомия с резекцией желудка – 1 (8,3%) больному. Группу пациентов представили больные от 41 до 70 лет. Средний возраст составил 51 год. Результаты. Морфологически было диагностировано 7 (58,3 %) больных было с лимфобластными НХЛ, 5 (41,7 %) больных с лимфоцитарными НХЛ. Проведенное иммуногистохимическое исследование позволило уточнить характеристику неходжкинских лимфом: В-клеточная лимфома маргинальной зоны селезенки у 14,3 % больных, В-клеточная лимфома селезенки из малых лимфоцитов у 14,3 % больных, В-клеточная лимфома у 42,9 % больных, В-клеточная фолликулярная лимфома у 28,6 % больных. Всем больным в послеоперационном периоде проводили полихимиотерапию. Больным с лимфобластными лимфомами селезенки было проведено лечение с использованием антрациклинсодержащих режимов: R-СНОР-14, 21, R-СНОЕР-14, 21. Больным лимфоцитарными лимфомами проводилась полихимиотерапия флударабинсодержащими режимами: FC, FMD. В настоящее время завершено комплексное лечение у 9 (75%) пациентов. Продолжают лечение 2 (16,6%) пациентов. Достигнута полная ремиссия у 7 (58,34 %) больных, частичная ремиссия – 4 (33,34%). Прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 1 (8,34 %) пациентки после проведения 2-х курсов полихимиотерапии.

Выводы. Проведенный анализ структуры неходжкинских В-клеточных лимфом селезенки показал, что в условиях комплексной диагностики и лечения возможно достижение ремиссии у 91,7 % пациентов.

НОВЫЙ ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНЫЙ ФАКТОР ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА III Б СТАДИИ

*Канаев С.В., Гиршович М.М., Голованов С.Г., Гершанович М.Л.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Цель исследования. Обнаружить предсказательный признак, позволяющий выделить из популяции больных лимфомой Ходжкина III Б стадии тех, у кого химиолучевое лечение (ХЛТ), состоящее из вводимой комбинированной химиотерапии (ХТ) с последующим тотальным (ТО) или субтотальным (СТО) облучением лимфатических узлов обеспечивает высокую выживаемость. Материал и методы. Всего в исследование включено 89 (45 мужчин и 44 женщины) больных лимфомой Ходжкина III Б стадии. Всем больным назначалась от 2 до 4 циклов ХТ (MOPP, MOPPABV, ABVD). После снятия симптомов интоксикации проводилось лучевое лечение в объеме ТО или СТО (при отсутствии поражения подвздошно-паховых лимфоузлов) в тумороцидных дозах (36-40Гр). Те пациенты, у которых симптомы интоксикации сохранялись после 4 циклов ХТ, в исследование не включались. У каждого пациента проведена оценка степени регресса измеряемых очагов поражения (ОП) лимфомой Ходжкина после завершения ХТ на момент снятия симптомов интоксикации. Оценка степени регресса проводилась с использованием тех же диагностических методов, что и при первичной диагностике. Результаты. Из 64 (72%) пациентов, у которых регресс ОП после ХТ составил 75% или более, после ХЛТ к пятилетнему сроку наблюдения живы 54 человека (84%), прогрессирование заболевания зарегистрировано у 15 (23%). Среди 25 (28%) больных лимфомой Ходжкина III Б стадии, которым 2-4 циклами ХТ сняли симптомы интоксикации, но регресс ОП составил менее 75%, пять лет прожило лишь 15 пациентов (60%), при этом прогрессирование лимфомы Ходжкина развились у 11 человек (44%). Различия в группах по показателю общей выживаемости статистически достоверны ($p=0,044$). Заключение и выводы. Назначение лучевой терапии в объеме ТО или СТО после 2-4 циклов ХТ будет достаточно эффективно лишь при достижении регресса ОП не менее 75% и только этой группе пациентов, страдающих лимфомой Ходжкина III Б стадии, может проводиться применяемый нами вариант ХЛТ.

СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-КЛЕТОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ

*Кузьмина Е.Г.
МРНЦ, Обнинск*

Цель работы: диагностика локальных и распространенных форм неходжкинских лимфом, НХЛ, изучение лейкоимизации основных иммунологических вариантов НХЛ. Материал и методы. Использовали метод проточной цитофлуориметрии с разработанными панелями двух- и трехцветных моноклональных антител для диагностики миело- и лимфопрлиферации, определения зрелости, иммунофенотипа, ИФТ, В, Т-(НК) и пролиферативной активности злокачественных клеток. НХЛ диагностировали при ИФТ суспензии клеток гиперплазированных лимфоузлов, селезенки, пораженных органов, взятых при биопсии или операции. Для выявления распространения процесса проводили поиск и анализ пролиферирующих клеток в костном мозге, крови, ликворе, асците, плевральной жидкости. Результаты. ИФТ позволило диагностировать гемопоэтические, в том числе лимфоцитарные, опухоли, выявить метастазы рака. В 95% пораженных лимфоузлов выявлена злокачественная пролиферация НХЛ. В-клеточные лимфомы у пациентов центральной России встречались в 92,4%, Т и НК-клеточные составили 7,6% общего числа первичных больных НХЛ. При этом опухоли из зрелых клеток (зрелоклеточные НХЛ) выявляли значительно чаще, чем из клеток-предшественников (незрелый фенотип). Наиболее часто встречаются варианты В-НХЛ: крупноклеточная лимфома, КРКЛ, и диффузная КРКЛ, хронический лимфолейкоз/лимфоцитарная зрелоклеточная лимфома, фолликулярная лимфома, которые составляют около 88% всех НХЛ. ИФТ клеток в спинномозговой жидкости выявляла нейролейкемию, а в плевральной или асцитной жидкости - генерализацию гематологического процесса или метастазирование рака (при учете иммунофенотипа). Частота распространения первичных В-НХЛ на костный мозг составила 48,7%, на периферическую кровь 47,1%. Лейкемизация Т-(НК)-клеточных НХЛ в костный мозг составила 42%, выход в кровь - 32%. Лейкемизация при рецидивах НХЛ в костном мозге выше (64,3%), чем при первичном процессе. Лейкемизация в костный мозг и кровь составляла соответственно: лимфообластной и зрелоклеточной лимфом 72 и 50%, лимфомы мантийной зоны 52 и 47%, лимфоплазмцитомы 40 и 22%. Более низкий уровень распространения наблюдался при лимфоме Беркитта, фолликулярной, крупноклеточной, диффузной крупноклеточной, МАЛТ-лимфомах (8- 22 и 0 - 18%). Заключение. Результаты исследований используются для повышения эффективности и сокращения сроков диагностики НХЛ (сравнение методов

иммуногистохимии и проточной цитофлуориметрии), определения варианта НХЛ необходимо для определения тактики лечения, прогноза течения заболевания, мониторинга состояния больных НХЛ.

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Минуллина Р.И., Афанасьева З.А.
РОД, Казань*

Первичная лимфома молочной железы редкое заболевание. Представлены два случая первичной лимфомы молочной железы. В первом случае имела место диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома из клеток фолликулярного центра I A стадии у больной 19 лет. После иссечения опухоли больная получила 6 циклов полихимиотерапии по схеме R-СНОР-21, поддерживающую терапию ритуксимабом в дозе 375мг /м² 1 раз в месяц в течение 6 месяцев. Период наблюдения 41 месяц, данных за прогрессирование заболевания нет. Второй случай – диффузная В-клеточная лимфома из постфолликулярных клеток II A стадии. Больной 52 лет была выполнена секторальная резекция молочной железы, проведено 6 циклов полихимиотерапии по схеме СНОР, ДЛТ на шейно-надключичные лимфатические узлы в СОД до 42 Гр. На фоне ДЛТ у больной наступило резкое прогрессирование заболевания. Период наблюдения 6 месяцев. Больная получает полихимиотерапию второй линии. Таким образом, возможно, во втором случае более агрессивное течение лимфомы объясняется происхождением опухоли из постфолликулярного центра.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ В-КЛЕТОЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

*Никитин Е.А., Птушкин В.В., Иванова В.Л., Ковалева Л.Г.
ГНИЦ, Москва*

Появление моноклональных антител и пуриновых аналогов существенно изменило подходы к терапии В-клеточного хронического лимфолейкоза (В-ХЛЛ). Впервые за много десятилетий изучения этой болезни появилась возможность добиваться полных ремиссий В-ХЛЛ. Наиболее эффективный трехкомпонентный режим FCR (флударабин, циклофосфан, ритуксимаб) позволяет получить полные ремиссии у 52% первичных больных В-ХЛЛ. Медиана беспрогрессивной выживаемости составляет 42,8 месяцев. В 2009 году на основании результатов крупного международного рандомизированного исследования CLL8 регулирующими организациями США (FDA) и Европы (EMA) режим FCR будет зарегистрирован как новый стандарт в терапии первой линии В-ХЛЛ. FCR существенно изменил прогностические факторы В-ХЛЛ. Так, стратификация больных на группы риска по цитогенетическим абберациям утратила свое значение: если пациент получает режим FCR в первой линии, прогноз у больных с делециями 11q, 13q, трисомией 12 и нормальным кариотипом одинаков. Неблагоприятное прогностическое значение сохраняется только для делеции 17p. Терапия этой группы больных не разработана. Наиболее эффективными являются алемтузумаб или алумтузумаб-содержащие режимы. Однако это лечение не позволяет добиться долгосрочных ремиссий. Большой проблемой остается терапия пожилых пациентов. По сравнению с молодыми пациентами, существенного прогресса в этой категории больных не достигнуто. В недавнем исследовании CLL5 немецкой группы по изучению В-ХЛЛ показано, что курсовое лечение лейкокераном не уступает монотерапии флударабином по беспрогрессивной выживаемости и превосходит ее по общей выживаемости. Применение режима FCR у пожилых пациентов может сопровождаться большой токсичностью. Ключевыми факторами, определяющими токсичность флударабин-содержащих режимов, являются снижение почечной функции и значительное число сопутствующих заболеваний. В этой связи в терапии пожилых больных испытываются новые комбинированные режимы с моноклональными антителами, такие как лейкокеран + ритуксимаб и FCR-Lite (FCR с редуцированными дозами циклофосфана и флударабина). Особое внимание необходимо уделять сопроводительной терапии. При том несомненном успехе, который продемонстрировала поддерживающая терапия моноклональными антителами при вялотекущих лимфомах, прогресс в области В-ХЛЛ не велик. В девяти исследованиях консолидирующей или поддерживающей терапией алемтузумабом у больных В-ХЛЛ в полной или частичной ремиссии получены неоднозначные результаты. Несомненно, существует категория больных, у которых поддерживающая терапия алемтузумабом продлевает ремиссию, однако из-за высокой частоты клинически-манифестной реактивации CMV-инфекции это лечение не безопасно, и в настоящее время может применяться только в рамках клинических испытаний. Поддерживающая терапия ритуксимабом не сопровождается такой токсичностью. Однако, до сих пор опубликованы только исследования II фазы, которые трудно сопоставлять друг с другом из-за разных режимов индукционной терапии и разных режимов использования ритуксимаба в качестве поддерживающей терапии. В настоящее время поддерживающая терапия ритуксимабом больным В-ХЛЛ не показана. Терапия рецидива В-ХЛЛ зависит от срока его наступления. При поздних рецидивах (более, чем через год после индукционной терапии) оправдано возвращение к тому же режиму, на котором была получена первая ремиссия, при условии, что ранее не наблюдалось значительной токсичности (затяжных цитопений). Чем позже рецидив, тем больше шансов

добиться второй полной ремиссии. Режим R-СНОР, применяемый в рецидиве после FCR вызывает 0% полных ремиссий, однако частичная ремиссия может быть получена у большинства больных. Режимы СНОР-Сам и СОР-Сам не исследовались систематически ни в первой линии, ни в контексте рецидива. Выживаемость у больных с ранним рецидивом (менее, чем через год после индукционной терапии) такая же, как у больных с первичной рефрактерностью. Оптимального варианта терапии этой группы больных не разработано.

ВЫСОКОДОЗНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ ДИФфуЗНОЙ В- КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ

*Павлова О.А., Вернюк М.А., Тюрина Н.Г., Кобзева И.В., Червонцева А.М.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель исследования: оценить эффективность высокодозной химиотерапии в I частичной ремиссии у больных диффузной В-крупноклеточной лимфомой, относящихся к прогностически неблагоприятной группе. Характеристика больных и методы исследования: за период с марта 2006 года по ноябрь 2008 года в МНИОИ им. П.А.Герцена высокодозная химиотерапия с последующей трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток крови была проведена 18 больным диффузной В-крупноклеточной лимфомой. Из них мужчин – 5, женщин – 13. Возраст пациентов составил от 24 до 52 лет (медиана 36 лет). 13 пациентов (72%) в дебюте заболевания имели генерализованную стадию опухолевого процесса (III-IV). Все больные были отнесены к группе неблагоприятного прогноза (согласно международному прогностическому индексу). У 7 пациентов (39%) частичная ремиссия была достигнута после стандартной полихимиотерапии по программам R-СНОР-21, R-СНОЕР, R-СНОР-14. В протокол лечения остальных 11 пациентов наряду со стандартной химиотерапией были включены курсы химиотерапии 2-й линии ДНАР, ЕSHAP, Деха-ВЕАМ, mini-ВЕАМ, ICE (от 2 до 7 курсов). Всем больным высокодозная химиотерапия была выполнена как консолидация I частичной ремиссии. Во всех случаях кондиционирование проводилось по программе ВЕАМ. В качестве аутоаутологичных трансплантата использовались аутологичные гемопоэтические стволовые клетки крови. Количество CD34+ клеток в аутоаутологичном трансплантате составляло 3,5 – 52,4 x 10⁶/кг (медиана 12,5 x 10⁶/кг). Результаты. При сроках наблюдения от 6 до 37 мес. у 15 пациентов (83%) сохраняется ремиссия заболевания, из них 11 больных находятся в полной ремиссии (61%). Ранние рецидивы развились у 3 больных. У одной пациентки удалось достигнуть II частичной ремиссии на фоне блоковой терапии, у двух других пациентов рецидив заболевания оказался резистентным к проводимой полихимиотерапии. Выводы. Высокодозная химиотерапия с последующей трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток крови является эффективным методом лечения больных диффузной В-крупноклеточной лимфомой из группы неблагоприятного прогноза. Применение высокодозной химиотерапии у таких пациентов целесообразно при достижении частичной ремиссии на предыдущих этапах лечения.

АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНО-РЕЗИСТЕНТНЫХ БОЛЬНЫХ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ

*Павлюкова О.В., Франциянц Е.М., Черярина Н.Д.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель исследования: улучшение результатов лечения первично-резистентных больных лимфомой Ходжкина. Материалы и методы. Аутомиелохимиотерапия была проведена 20 пациенткам в возрасте 45-56 лет, с диагнозом: лимфогранулематоз с поражением периферических лимфоузлов, стадия III Б, нодулярный склероз, состояние после 3-х вводных циклов химиотерапии по схеме АВВД, радикальной лучевой программы и 3-х консолидирующих циклов химиотерапии по той же схеме. Под первичной резистентностью понимали прогрессирование заболевания в процессе адекватной терапии первой линии, отсутствие полной ремиссии после завершения адекватной терапии первой линии. Результаты. Лечение начинали с трепанопункции подвздошной кости, сбора костномозговой взвеси и разделения ее на фракции. В качестве второй линии при аутомиелохимиотерапии вновь применили схему АВВД. В 1-е сутки лечения больным вводили химиопрепараты, предварительно инкубированные с клеточной массой аутомиеловзвеси, разведенной стерильным физиологическим раствором до первоначального объема костномозговой взвеси, забранной у больной, плазму костномозговой взвеси разделяли на 2 части, замораживали и хранили. На 14 и 28 сутки больным проводили химиотерапию теми же цитостатиками, инкубированными с размороженной порцией плазмы костномозговой взвеси, разведенной в 2 раза стерильным физиологическим раствором. Через 2 недели повторяли весь комплекс лечебных процедур. Все больные перенесли процедуру легко, отсутствовали тошнота, рвота, признаки гематологической токсичности III и IV степени. Уже после 1-го введения химиопрепаратов на клеточной массе костномозговой взвеси у всех больных отмечалось стойкое (в течение всего последующего наблюдения) исчезновение кожного зуда и нормализация температуры тела. Результаты. Было проведено от 2 до 5 курсов аутомиелохимиотерапии. Клинические результаты

оценивались через 21 день после последнего введения химиопрепаратов, в период наибольшей реализации лечебного эффекта. По завершению всего объема лечения предлагаемым способом у 18 пациенток отмечена стойкая ремиссия, наблюдаемая в течение 12-19 месяцев. У 2 больных отмечена стабилизация процесса после 3 курсов аутомиелохимиотерапии, продолжающаяся 6 и 7 месяцев соответственно. Вывод. Метод с использованием химиотерапии на аутомиеловзвеси улучшает результаты лечения первично-резистентных больных лимфогранулематозом.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНОГО МОЗГА

*Пушкарева Т.Ф., Лысенко И.Б., Николаева Н.В., Шатохина О.Н., Капуза Е.А.,
Тихановская Н.М., Дмитриева В.В., Пак Е.Е.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Установить эффективность интенсивного лечения больных высокоагрессивными неходжкинскими лимфомами (НХЛ) с поражением костного мозга. Материал и методы. В отделении гематологии РНИОИ в 2007 г. пролечено 5 больных высокоагрессивными лимфомами с поражением костного мозга (3 мужчин и 2 женщины), от 18 до 55 лет. Средний возраст больных составил - 34 года. Т-лимфобластная лимфома/лейкоз из предшественников Т-клеток была верифицирована у 2 пациентов, бифенотипический вариант – у 1 больной. Лечение этим больным проводили по программе ГОНЦ им. Н.Н.Блохина и ALL BFM-95. В-клеточная лимфома из клеток зоны мантии была обнаружена у 2 пациентов и эти люди были пролечены по схеме СНОЕР. Введение антрациклинов проводилось с использованием методики аутогемохимиотерапии. Эффективность лечения оценивали по стандартным критериям, рекомендованным Международной рабочей группой (1999г). Результаты. Анализ результатов лечения больных НХЛ с поражением костного мозга показал, что полная регрессия достигнута у 3 больных, получавших программное лечение. В этой группе больных проведенная полихимиотерапия только у одного больного осложнилась панцитопенией III степени, мукозитом III степени; у других же пациентов цитопения I-II степени длилась не более 4 дней и не требовала применения колоние-стимулирующих факторов. Стабилизация процесса была установлена у 2 больных с лимфомой зоны мантии, получавших СНОЕР-режим, осложнений терапии у этих больных не было. Прогрессирования заболевания не было ни у одного больного. В настоящее время все пациенты завершили лечение и получают поддерживающую терапию, предусмотренную программой. Срок наблюдения составил $9 \pm 1,4$ месяцев. Выводы. Таким образом, проведение интенсивного программного лечения больным высокоагрессивными НХЛ с поражением костного мозга старше 18 лет возможно и позволяет достичь полной ремиссии заболевания, а использование методики аутогемохимиотерапии в программном лечении позволяет снизить частоту и длительность неизбежных цитопений.

ПРОТОЧНАЯ ЦИТОФЛЮОРИМЕТРИЯ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ

*Славнова Е.Н.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

В соответствии с последней классификацией ВОЗ (2001) при диагностике лимфом важен иммунофенотип опухолевых клеток, определяющий дальнейшее лечение и прогноз заболевания. Иммунофенотип клеток опухолей лимфоидной ткани можно определить различными способами: проточной цитофлюориметрией, иммуноцитохимическим или иммуногистохимическим исследованием. Одним из перспективных способов является проточная цитофлюориметрия в основе которой лежит проведение фотометрических и флуоресцентных измерений отдельных клеток, пересекающих одна за другой вместе с потоком жидкости лазерный луч монохроматического света. Внедрение проточной цитофлюориметрии (ПЦФ), иммуноцитохимии (ИЦХ) в сочетании с цитологическим исследованием тонкоигольных биоптатов позволяет не только максимально быстро и безопасно для больного установить диагноз лимфомы, но и определить ее иммунофенотип. Целью нашего исследования явилось определение возможностей цитологического метода в сочетании с методом проточной цитофлюориметрии в установлении диагноза лимфомы и ее иммунофенотипирования. Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили тонкоигольные аспирационные биоптаты лимфатических узлов от 30 больных, выполненные под контролем ультразвукового исследования. Часть клеточного материала, полученного при пункции, помещалась на предметные стекла, окрашивалась азур-эозиновыми смесями и подвергалась рутинному цитологическому исследованию. Большая часть клеточного материала помещалась в специальную питательную среду и использовалась для проведения проточной цитофлюориметрии и иммуноцитохимии. Иммунофенотипирование проводилось на проточном цитофлюориметре FACS Calibur фирмы Becton Dickinson, США. Клеточные суспензии окрашивали антителами с 2-х и 3-х цветными флуоресцентными метками (производства Becton Dickinson, США; DACO, Дания) с последующей отмывкой от не связавшихся

антител. Окрашенные клетки вводили в проточный цитофлюориметр, где они пересекали пучок лазерного луча. В результате возбуждения лазерным лучом окрашенные клетки флюоресцировали и испускали свет определенной длины, который регистрировался проточным цитофлюориметром. Анализ проводили с помощью специальной компьютерной программы Cell Quest. Для типирования лимфом использовали следующую панель антител: CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, CD15, CD19, CD20, CD21, CD23, CD30, CD34, CD38, CD43, CD45, CD56, CD57, CD79a, CD138, HLA-DR, FMC-7, TdT, легкие цепи иммуноглобулинов каппа и лямбда. Проводилось иммуноцитохимическое исследование методом Ultra Vision с использованием антител: bcl-2, Cyclin D1, Ki-67, ЭМА. Результаты исследования. После проведения тонкоигольной аспирационной биопсии в случае установления цитологического диагноза лимфомы проводилось иммунофенотипирование методом проточной цитофлюориметрии. Всего цитологически установлено 30 неходжкинских лимфом. Проведение иммунофенотипирования методом проточной цитофлюориметрии позволило определить В-клеточные лимфомы в 23 случаях: из них 7 - фолликулярных лимфом, 6 - хронического лимфоцитарного лейкоза/ В-клеточных лимфом из малых лимфоцитов, 4 - лимфом из клеток мантии, 6-диффузных крупноклеточных В-клеточных лимфом. Т-клеточные лимфомы выявлены у 7 больных: из них у 3 - лимфомы с иммунофенотипом периферических Т-лимфоцитов, у 3 - анапластические крупноклеточные лимфомы, у 1 – Т-клеточная лимфобластная лимфома. Каждому из типов лимфом соответствовал определенный иммунофенотип. Диагноз фолликулярной лимфомы поставлен 7 больным. При определении иммунофенотипа с помощью метода проточной цитофлюориметрии наблюдалась экспрессия пан-В-клеточных маркеров CD19, CD20 и CD79a, а также CD10. Отсутствовала экспрессия CD5 и CD23 в опухолевых клетках. ИЦХ определялась экспрессия bcl-2, что характерно для фолликулярной лимфомы. Хронический лимфоцитарный лейкоз/В-клеточная лимфома из малых лимфоцитов (6 больных). Проведенное иммунофенотипирование с помощью ПЦФ позволило установить данный тип лимфомы. Иммунофенотип данной разновидности лимфом характеризовался экспрессией пан-В-клеточных маркеров CD19, CD20 и CD79a, а также коэкспрессией CD5 и CD23. В отличие от фолликулярной лимфомы отсутствовала экспрессия CD10. Отсутствие экспрессии Циклина D1 позволяло проводить дифференциальную диагностику с лимфомой из клеток мантии. Лимфома из клеток мантии была установлена у 4 больных. При проведении иммунофенотипирования с помощью ПЦФ клетки опухоли экспрессировали пан-В-клеточные антигены CD19, CD20 и CD79a, а также CD5, отсутствовали CD23 и CD10. Иммуноцитохимически определялась гиперэкспрессия Циклина D1 в ядрах опухолевых клеток. Диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома (6 больных). Проведение иммунофенотипирования с помощью ПЦФ. Иммунофенотип опухолевых клеток диффузной крупноклеточной лимфомы характеризуется экспрессией пан-В-клеточных антигенов – CD19, CD20, CD79a. При анапластическом варианте большинство клеток экспрессируют CD30, а в прочих вариантах он отсутствует. 50% диффузных крупноклеточных лимфом экспрессируют CD10, в 10% определяется CD5. Иммуноцитохимически во всех случаях Циклин D1 отрицательный, отмечается высокая пролиферативная активность Ki-67 экспрессировали от 40 до 90% опухолевых клеток. Лимфома с иммунофенотипом периферических Т-лимфоцитов, неуточненная, названная так ввиду отсутствия каких-либо характерных клинико-морфологических черт (3 больных). При проведении иммунофенотипирования периферических Т-клеточных лимфом иммунофенотип характеризовался экспрессией Т-клеточных антигенов: CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD45RO следует иметь в виду, что в некоторых случаях возможно утрата некоторых антигенов, в крупных клетках может определяться CD30. Анапластическая крупноклеточная лимфома (3 случая). Диагностика крупноклеточной анапластической лимфомы невозможна без иммунофенотипирования. Опухолевые клетки экспрессировали CD 30. Выявлялись Т-клеточные антигены – CD3, CD2, CD7, CD45R0. Иммуноцитохимически опухолевые клетки позитивны к ЭМА. В двух случаях определялся CD15. В 1 случае у мальчика 16 лет была установлена Т-клеточная лимфобластная лимфома. При проведении иммунофенотипирования выявлялся TdT, экспрессировались CD3, CD4, CD5, CD7, CD8. Комбинация цитологического метода с методами ПЦФ и ИЦХ позволяет не только диагностировать злокачественную лимфому, но и установить ее иммунофенотип.

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ III-IV СТАДИИ. ЭФФЕКТ АДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

*Сотников В.М., Панышин Г.А., Даценко П.В., Иваших А.В.
РНЦПР, Москва*

Цель исследования: изучение непосредственных и отдаленных результатов химиолучевого лечения больных агрессивными неходжкинскими лимфомами с III- IV стадией заболевания, с селективной оценкой эффекта адьювантной лучевой терапии в этих результатах. Материал и методы исследования. За 1975-2007г. химиолучевое лечение проведено 225 первичным больным с морфологически подтвержденными генерализованными неходжкинскими лимфомами агрессивного течения. Морфологически это были преимущественно крупноклеточные и бластные варианты лимфом. В соответствии с классификацией Ann-Arbor у 61 больного агрессивными лимфомами констатирована III стадия заболевания, у 164 больных - IV стадия заболевания. Мужчин было 118 (52,4%), женщин - 107 (47,6%). Возраст больных составлял от 18 до

80 лет, в среднем $43,4 \pm 1,0$ год. На первом этапе лечения больные получали химиотерапию по стандартным схемам (АЦОП и др.), а на втором этапе проводилось локальное облучение резистентных, либо частично регрессировавших опухолей, а у больных с полной ремиссией – облучение зон исходно массивного поражения, экстралимфатических очагов. Разовые очаговые дозы составляли 1,5-2Гр, ритм облучения – 5 фракций в неделю. Суммарные очаговые дозы составляли 20-50Гр, у больных с полной ремиссией - 20-36Гр. Непосредственные результаты лечения оценивались как полная ремиссия (ПР), частичная ремиссия (ЧР), стабилизация, прогрессирование. Отдаленные результаты лечения (болезнь-специфичная и безрецидивная выживаемость) рассчитывались актуариальным методом. Сроки наблюдения составили 1-15 лет, в среднем – $45,5 \pm 2,7$ месяца. Результаты. Применение локальной лучевой терапии на втором этапе лечения позволило получить достоверно большее количество ПР как в целом по группе ($64,9 \pm 3,8\%$), так и при III ($75,4 \pm 5,5\%$) и IV стадиях ($61,0 \pm 3,8\%$) заболевания в сравнении с результатами первого этапа лечения - химиотерапии (соответственно $24,4 \pm 2,9\%$, $31,2 \pm 5,9\%$, $22,0 \pm 3,2\%$, $P < 0,01$). Аналогичные непосредственные результаты получены во всех прогностических группах, выделенных согласно Международному прогностическому индексу (МПИ). Даже в группе больных с поражением костного мозга (52 наблюдения) адьювантная лучевая терапия достоверно увеличила число ПР с 25,0% до 57,7% ($P < 0,002$). При этом количество неудач лечения осталось неизменным (9,6%). Достигнутые в результате адьювантной лучевой терапии ПР ($35,3 \pm 4,3$ мес.) были столь же длительны, как и у больных с ПР после химиотерапии ($34,5 \pm 5,4$ мес.). Болезнь-специфичная выживаемость в сроки 5 и 10 лет больных с ПР после химиотерапии и больных с конверсией ЧР в ПР после лучевой терапии составила $80,7 \pm 7,1\%$, $69,2 \pm 11,9\%$ и $80,6 \pm 5,3\%$, $62,7 \pm 7,7\%$ соответственно. Аналогичные показатели безрецидивной выживаемости в этих группах больных составили $69,0 \pm 8,4\%$, $69,0 \pm 8,4\%$ и $67,9 \pm 6,1\%$, $61,4 \pm 7,0\%$ соответственно. Заключение. При агрессивных неходжкинских лимфомах с III - IV стадией заболевания адьювантная лучевая терапия улучшает непосредственные результаты лечения во всех прогностических группах, позволяя получить полные ремиссии более чем у половины больных с частичной ремиссией после химиотерапии. Длительность полных ремиссий достигнутых в результате адьювантной лучевой терапии у больных с частичной ремиссией после химиотерапии равна длительности ремиссий в группе больных с полной ремиссией после химиотерапии. Болезнь-специфичная и безрецидивная выживаемость больных с полной ремиссией одинакова, независимо от того, на каком этапе химиолучевого лечения, лекарственном или лучевом она достигнута.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ХИМИОПРЕПАРАТОВ

*Степанов С.О., Бутенко О.И., Казакевич В.И., Гуц О.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена Москва*

Цели: исследование состояния магистральных вен системы верхней полой вены у пациентов, получающих химиотерапию в высоких дозах через центральный венозный катетер, методом триплексного ангиосканирования. Материалы и методы. Исследование выполнялась 14 больным с опухолями средостения, проходящим лечение в отделении высокодозной химиотерапии, у которых клинически был заподозрен острый тромбоз подключичной вены. Всем пациентам в подключичную вену был установлен центральный катетер. Возрастная категория пациентов от 22 до 33 лет. Результаты. Острый тромбоз подключичной вены происходит из-за локального нарушения гемодинамики. У пациентов с опухолями средостения присутствует механическое сдавление верхней полой вены в разной степени выраженности. Многократные попытки установить катетер и повреждение стенки вены, длительное стояние центрального венозного катетера в подключичной вене даже при тщательном уходе за ним, неправильное стояние венозного катетера и расположение его во внутренней яремной вене приводят к местному нарушению гемодинамики. Все вышеперечисленные факторы играют существенную роль в явлениях гиперкоагуляции и склонности к тромбообразованию у пациентов, получающих внутривенно высокие дозы химиопрепаратов. Из обследованных пациентов у 12 (85,7%) диагноз острого тромбоза был подтвержден при УЗ-исследовании. У половины из осмотренных пациентов был выявлен тромбоз брахиоцефального ствола, с переходом тромбоза на подключичную, аксиллярную вены и глубокие вены плеча. У 4 пациентов тромбоз брахиоцефального ствола переходил на подключичную и внутреннюю яремную вену, у 3 из них – при ангиосканировании дистальный отдел катетера визуализировался в просвете внутренней яремной вены. Только у 2 пациентов из 14 обследованных с клиническими симптомами, подозрительными на тромбоз подключичной вены, диагноз не был подтвержден. В этих случаях причиной, вероятно, послужило сдавление увеличенными лимфатическими узлами брахиоцефального ствола и подключичной вены. Выводы. Т.о. УЗ- ангиосканирование системы верхней полой вены при подозрении на острый тромбоз должно проводиться у всех пациентов, получающих высокие дозы химиопрепаратов через центральный венозный катетер. Этот метод исследования является высоко эффективным для ранней диагностики и контроля острых тромбозов у данной группы больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ У БОЛЬНЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТА С И В

Сторожаков Г.И.¹, Хайленко В.А.¹, Агафонов В.А.¹, Шерстнев В.М.¹, Хакуй Р.А.²,
Оздоева Т.Х.²

1. РГМУ, Москва

2. РОНЦ им Н.Н. Блохина, Москва

Цель: показать особенности клинического течения диффузной В-крупноклеточной лимфомы (ДВКЛ) у больных, инфицированных вирусами гепатитов С и В (ВГС и ВГВ). Материалы и методы. Исследуемые группы – больные ДВКЛ с ВГС-инфекцией (n=41) и ВГВ-инфекцией (n=18). Контроль – больные ДВКЛ с отрицательными ПЦР-результатами на вирусы гепатитов С и В (n=59). Всем больным было проведено полноценное иммуногистохимическое исследование опухолевой ткани и ПЦР-диагностика гепатитов. Результаты. Самым частым клиническим синдромом в обследованных группах больных был астеновегетативный. Он выявлен у 83% больных с ВГС-инфекцией, у 44% больных с ВГВ-инфекцией и у 49% больных контрольной группы. Отличительной особенностью этого синдрома является его большая длительность до времени диагностики ДВКЛ у больных с вирусной инфекцией – 18 ± 5 мес при ВГС-инфекции, 22 ± 6 мес при ВГВ-инфекции и 2 ± 1 мес в контрольной группе. Гепатомегалия встречалась достоверно ($p < 0,05$) чаще у больных ДВКЛ с вирусной инфекцией (49% при ВГС-инфекции, 39% при ВГВ-инфекции) по сравнению с контрольной группой (8%). Более чем в половине случаев (60% при ВГС-инфекции и 53% при ВГВ-инфекции) гепатомегалия не была связана с опухолевым поражением печени. Спленомегалия встречалась достоверно ($p < 0,05$) чаще у больных ДВКЛ с вирусной инфекцией (32% при ВГС-инфекции, 39% при ВГВ-инфекции) по сравнению с больными контрольной группы (8%). Выводы. Наиболее часто в наших наблюдениях при диффузной В-крупноклеточной лимфоме встречался астеновегетативный синдром. Симптомы, характеризующие этот синдром, появлялись задолго до установления диагноза диффузной В-крупноклеточной лимфомы: 18 ± 5 мес при ВГС-инфекции, 22 ± 6 мес при ВГВ-инфекции и 2 ± 1 мес в контрольной группе. У больных диффузной В-крупноклеточной лимфомой с вирусной инфекцией достоверно чаще встречалась гепато- и спленомегалия, по сравнению с контрольной группой больных.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Цель. Продемонстрировать возможности адекватного хирургического лечения пациентов с поражением костей при лимфопролиферативных заболеваниях. Материалы и методы. Анализируемую группу составили 20 пациентов (14 женщин, 6 мужчин), в возрасте от 17 до 70 лет. Гистологический тип опухоли - лимфома (11), миеломная болезнь (7), лимфогрануломатоз (2). Поражения локализовались у 11 пациентов в длинных костях, у 9 в губчатых (позвоночник). В зависимости от локализации поражения, прогноза течения и распространенности заболевания больным выполнялись «открытые» или малоинвазивные вмешательства. Сегментарные резекции с эндопротезированием (ЭП) выполнены у 2 пациентов. Поражения локализовались в проксимальном (2) отделах бедренной и плечевой костей. Погружной остеосинтез (ПО) выполнен 3 пациентам. Локализация поражения - в проксимальном отделе (2) и диафизе (1) бедренной кости. Чрескостный остеосинтез (ЧО) применен у 6 больных. Поражения диагностированы - в проксимальном отделе (3) и диафизе (1) бедренной кости, и у двух в диафизе плечевой кости. Операции на позвоночнике различного объема, по поводу компрессии спинного мозга с неврологическим дефицитом выполнены у 3 пациентов (корпозектомия С5 с эндопротезированием тела позвонка (1), ламинэктомия на грудном (1) и поясничном (1) уровне с задней стабилизацией). Шести больным выполнены 25 малоинвазивных вмешательств (вертебро-, остеопластика (ВП, ОП)). Основная локализация поражения грудной (16), поясничной (6) и крестцовой (3) отделы позвоночника. Результаты. Интраоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационные осложнения составили 8%. После операций на длинных костях все пациенты активизированы на 3-10 сутки, после хирургических вмешательств на позвоночнике через 3 дня и после малоинвазивных вмешательств в среднем через 12 часов. Функциональные результаты после ЭП, ПО и ЧО оценены у 10 больных. Отличные получены у 8 (80%). Необходимо отметить, что пациентам, которым применялся ЧО, на фоне специальной терапии у 4 (67%) диагностирована консолидация перелома в сроки 153 дня. После оперативных вмешательств на позвоночнике у всех пациентов купирован болевой синдром, клиника неврологического дефицита и восстановлена двигательная активность в раннем послеоперационном периоде. У 6 (100%) пациентов после ВП и ОП отмечено уменьшение степени болевого синдрома и улучшение качества жизни. Заключение. Пациенты с лимфопролиферативными заболеваниями и сопряженным поражением костей, несколько десятилетий назад считались инкурабельными и имели крайне низкое качество жизни, в настоящее время агрессивный хирургический подход является

целесообразным. Выводы. Методы онкоортопедического пособия (ЭП, ПО, ЧО, операции на позвоночнике, малоинвазивные вмешательства) – основной арсенал помощи пациентам с поражением костной системы при лимфопрролиферативных заболеваниях, осложненных клиникой болевого синдрома, компрессии спинного мозга, угрозы возникновения или состоявшегося патологического перелома кости. Они позволяют адекватно купировать болевой синдром, улучшить функциональный, неврологический статус и качество жизни больного.

МОБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Тюрина Н.Г., Якубовская Р.И., Островская О.В., Вернюк М.А., Немцова Е.Р.,
Павлова О.А., Левашова А.Х, Моисеева М.Н., Кобзева И.В., Червонцева А.М.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Высокодозная химиотерапия с последующей трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток крови (ГСКК) является эффективным методом лечения больных лимфопрролиферативными заболеваниями при неблагоприятном прогнозе. Мобилизация ГСКК проводится гранулоцитарным колониестимулирующим фактором (Г-КСФ) на фоне стабильного кроветворения или в комбинации с цитостатической терапией. Цель: сравнить эффективность мобилизации ГСКК на стабильном и нестабильном кроветворении. Материалы и методы. В исследование включено 55 больных, из них 34 - неходжкинскими лимфомами, 21 - лимфомой Ходжкина. Женщин-32, мужчин-23. Средний возраст-34 года (от 18 до 59 лет). Мобилизация ГСКК на стабильном кроветворении проведена 21 пациенту. У большинства в дебюте заболевания установлены генерализованные стадии (19/21). В среднем каждому пациенту до начала мобилизации ГСКК проведено 6 курсов ПХТ. В подавляющем большинстве случаев (19/21) достигнуты частичные ремиссии, в 2-х – стабилизация. Мобилизацию ГСКК проводили Г-КСФ в дозе 10 мкг/кг/день. С 4-го дня мобилизации выполняли лейкаферезы. Число процедур определялось количеством собранных CD 34+/CD45+ клеток. В среднем каждому больному проведено 3 лейкафереза (2-5). Заготовлено от 2 до 24,3x10⁶/кг клеток CD34+/CD 45+ (в среднем 8,0x10⁶/кг). На нестабильном кроветворении мобилизация ГСКК проведена 34 пациентам. Более чем в половине случаев (24/34) в дебюте заболевания установлены III-IV стадия заболевания. До начала мобилизации в среднем каждому пациенту проведено 9 курсов ПХТ. У 18 больных достигнута частичная/полная ремиссия на стандартных протоколах химиотерапии, 16-ти дополнительно проведены курсы ПХТ второй линии. Г-КСФ вводили в дозе 5 мкг/кг/день после курса ПХТ с момента развития миелотоксического агранулоцитоза. При достаточном содержании CD 34+/CD45+ клеток в 1 мкл периферической крови, выполняли лейкаферезы. Количество процедур зависело от результативности сбора. В среднем каждому больному проведено 2 лейкафереза (1-4). Заготовлено от 1,07 до 52,4 x 10⁶/ кг клеток CD34+/CD 45+ (в среднем 19,0x10⁶/кг). У 4 пациентов сбор признан неадекватным. Результаты: минимально достаточное количество CD34+/CD45+ клеток (более 2x10⁶/кг) заготовлено у большинства больных в обеих группах. Выводы. Обе схемы мобилизации ГСКК являются эффективными, однако требуют дифференцированного подхода. Мобилизация на фоне стабильного кроветворения более предпочтительна для больных, у которых ремиссия заболевания достигнута на стандартной терапии. При необходимости интенсификации лечения (ПХТ 2-3 линий), рационально применять схему мобилизации на нестабильном кроветворении.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ И ЛИМФОСАРКОМОЙ

*Шавлохов В.С., Карагюлян С.Р., Готман Л.Н., Капланская И.Б., Галстян Г.М.,
Джулакян У.Л., Волкова Я.К., Силаев М.А.
ГНЦ, Москва*

Цель исследования: обоснование, разработка показаний к хирургическому лечению опухолей средостения и легких у больных с лимфогранулематозом (ЛГМ) и лимфосаркомой (ЛС). Материал и методы. В период с 1999 по 2008 гг. оперативное удаление опухолей средостения и легких выполнено 60 больным (ЛГМ – 37, ЛС -23): 33 женщинам и 27 мужчинам в возрасте от 15 до 68 лет, медиана - 34г. 8 пациентам операция выполнена до проведения полихимиотерапии (ПХТ) для морфологической верификации диагноза, остальные 52 - после химио- и/или лучевой терапии (6 курсов и более получили 68% пациентов). Все больные, которым была удалена опухоль средостения и/или легкого, разделены на 3 группы. 1 группа: 8 больных с впервые выявленными ЛГМ и ЛС, не получавшие химиолучевую терапию. 2-я группа: 35 больных ЛГМ и ЛС с остаточными после ПХТ или лучевой терапии образованиями средостения и легких. 3-я группа: 17 больных ЛГМ и ЛС, оперированных в связи с рецидивом или прогрессией заболевания. Результаты. Среди 8 пациентов первой группы (ЛГМ -7 и ЛС 1), которым после удаления опухолей средостения и/или легкого проводилось химиолучевое лечение, у 7 - была достигнута полная ремиссия. Они до настоящего времени здоровы, сроки наблюдения составляют от 2 до 7 лет. 1 больной умер через 6

месяцев после операции от прогрессии заболевания. Удаление остаточных образований средостения и легких выполнено 22 больным ЛГМ и 13 - ЛС. При гистологическом исследовании удаленного остаточного образования у 18(51%) больных были выявлены разрастания опухолевых клеток. В остальных случаях обнаружены фиброз с очагами некроза, остатки вилочковой железы с кистозными полостями, туберкулез. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Сроки наблюдения за больными составили от 1года до 9 лет, из них 22 (63%) пациентов состоят под наблюдением от 5 до 9 лет. Из 35 больных, которым выполнялась операция, к настоящему времени живы 29: 28 пациентов - без признаков рецидива, 1 - с рецидивом через 8 месяцев после операции, ему проводятся паллиативные курсы ПХТ. В отдаленные сроки: умер 1 больной через 1 год от инфаркта миокарда, 5 - от рецидива и прогрессии заболевания в сроки 4 мес. - 4 года после операции. Из 17 больных 3-й группы (ЛГМ-8, ЛС-9) рецидив с поражением легкого отмечали у 2, легкого и спинного мозга – у 1, средостения- у 3, легкого и средостения - у 8, легкого, средостения и грудной стенки – у 3. Оперативное лечение проводилось им с целью радикального удаления опухоли средостения и легкого или резекции опухолевого конгломерата для достижения значительного сокращения объема лимфатической инфильтрации. Большинство пациентов (82%) относились к развернутой стадии заболевания. 5 из 17 больных живы: 1 – в ремиссии, 4 – вне ремиссии, проводится химиотерапия, срок наблюдения от 6 месяцев до 5 лет. Летальных исходов было 12: 4 – в раннем послеоперационном периоде от легочных осложнений, 2 – от осложнений химиотерапии через 5 месяцев после операции, 6 - от прогрессии основного заболевания в сроки от 1 месяца до 2 лет. Выводы. Удаление опухолей средостения и легких как у первичных больных, так и у пациентов, получавших химиолучевую терапию, представляется оправданным и может быть рекомендовано для проведения комплексной терапии при резистентном течении лимфогранулематоза и лимфосаркомы. Необходимые условия для успешной операции: ограниченный характер опухоли без инвазии крупных сосудов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДОПЛЕРОВСКОГО ИНДЕКСА МИОКАРДИАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ (MPI) СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫМИ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ, ПОЛУЧАЮЩИМИ ВЫСОКОДОЗНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ

*Шкляева А.В., Паршин В.С., Павлов В.В., Шкляев С.С.
МРНЦ, Обнинск*

Кардиотоксичность – наиболее потенциально угрожающее осложнение влияния высокодозной химиотерапии. MPI – представляет важную диагностическую информацию по риску возникновения застойной сердечной недостаточности в будущем. В основу исследования положен прогностический интерес определения степени изменения MPI у больных гемобластозами, подвергавшихся лечению по различным химиотерапевтическим программам. Цель исследования: в сравнительном аспекте определить степень изменения доплеровского индекса миокардиальной сократимости у данной категории больных. Материалы и методы. Обследовано 24 больных, получающих высокодозное (немиелоаблативное) химиолечение по поводу злокачественных лимфом. Медиана возраста - 37 лет. Больные разделены на 2 группы: I группа- 12 человек (ранее нелеченные) с неходжкинскими лимфомами; II группа- 12 человек (ранее получавшие химио- и лучевое лечение) с рецидивами лимфомы Ходжкина. Всем больным проводилось трансторакальное эхокардиографическое исследование сердца на аппарате Acuson-SV70 в импульсноволновом режиме до начала химиолечения, после 2-х и после 4-х курсов. Интервал между курсами в обеих группах составлял 21 день. Использовались лечебные схемы NHL-BFM-90 и IGEV. Вычисление MPI проводилось при одновременной визуализации трансмитрального потока и потока в выносящем тракте левого желудочка сердца с использованием формулы, предложенной С. Теi. Результаты. При доплеровском исследовании выявлено поступательное увеличение MPI у всех пациентов в обеих группах. После четырёх циклов химиотерапии у больных I группы (ранее нелеченных) произошло увеличение индекса на 23%, у больных II группы (ранее подвергавшихся химио- и комбинированному лечению) – на 26%. Выводы: 1. Высокодозная химиотерапия приводит к увеличению доплеровского индекса миокардиальной сократимости вследствие изменений всех его временных компонентов. 2. В прогностическом отношении более подвержены развитию застойной кардиомиопатии и сердечной недостаточности больные гемобластозами, ранее подвергавшиеся химиолечению. 3. Ухудшение качества жизни с учетом шансов на выживание при лечении больных гемобластозами с использованием высоких доз химиопрепаратов должно оставаться в центре внимания практических врачей, занимающихся данной проблемой.

Детская онкология

ПРЕПОДАВАНИЕ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ВРАЧАМ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Агафонов Б.В.¹, Римарчук Г.В.¹, Борисова О.И.¹, Масликова Г.В.¹, Петросян А.С.², Шароев Т.А.²

- 1. МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва*
- 2. НПЦ медицинской помощи детям, Москва*

Несмотря на имеющиеся высокие результаты лечения, многих видов злокачественных опухолей (ЗО), смертность детей от онкологических заболеваний еще высока и занимает в экономически развитых странах 2 место, уступая несчастным случаям. 76,6% больных поступают в онкологические учреждения с запущенными (3-4) стадиями заболевания. Среди причин позднего поступления детей доминирует отсутствие онкологической настороженности у врачей неонкологических специальностей – 65%, тогда как объективные трудности диагностики и низкая медицинская активность родителей составляют соответственно 18% и 17%. Анализ причин запущенности детей, больных онкологическими заболеваниями, в Московской области показал низкую онкологическую настороженность педиатров из-за отсутствия базовых знаний по детской онкологии у врачей. Для изменения данной ситуации на кафедре педиатрии ФУВ МОНИКИ было решено в циклы тематического усовершенствования (ТУ) включить занятия по актуальным проблемам онкопедиатрии. Лекции и занятия проводятся специалистами детскими онкологами высокой квалификации. За период 1990 - 2008 г.г. проведено 124 цикла ТУ, в которые были включены занятия по детской онкологии. Обучение курсантов проводилось и на выездных циклах (в районах Московской области). Всего обучение прошли 6400 врачей-педиатров (из них на выездных циклах - 2335 человек). С 2006 г. на кафедре педиатрии проводится обучение участковых педиатров в рамках реализации Национального проекта «Здоровье». За последние 3 года обучение в рамках данной программы прошли 555 человек (на выездных циклах -192). Таким образом, общее число врачей, которые посетили занятия по детской онкологии составило 6955. Обучение базовым знаниям по детской онкологии позволяет увеличить онкологическую настороженность у педиатров и, следовательно, снизить запущенность детей, больных ЗО.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Афанасьева З.А.¹, Галеева А.В.²

- 1. Казанская ГМА, Казань*
- 2. РОД, Казань*

Всего с 1995 по 2008 год в Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ Республики Татарстан с доброкачественной узловой патологией щитовидной железы хирургическое лечение было проведено 56 детям (51 девочке и 5 мальчикам). Средний возраст детей составил 15,6 + 0,3 лет. Узловой коллоидный зоб был у 26 (46,4%) детей, аденома щитовидной железы – у 16 (28,6%), в т.ч. у 1 – множественные аденомы; кистозный зоб – у 7 (12,5%); узловой токсический зоб – у 4 (7,1%); аутоиммунный тиреоидит – у 3 (5,4%), в т.ч. у 1 – в сочетании с узловым коллоидным зобом. Ультразвуковое исследование было выполнено 43 (76,8%) больным. В большинстве случаев визуализировались единичные (81,4%) изоэхогенные (67,4%) узловые образования. Цитологическое исследование было проведено 36 (64,3%) детям. Точность дооперационного цитологического исследования у детей с доброкачественной узловой патологией щитовидной железы составила 47,2%. Всем детям проводились срочные морфологические (цитологические и гистологические) исследования. Гемитиреоидэктомия была выполнена у 39 (69,6%) детей, субтотальная резекция щитовидной железы – у 6 (10,7%), резекция доли – у 6 (10,7%), энуклеация образования – у 5 (9,0%) детей. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдали. L-тироксин был назначен 9 (16,1%) детям. Узловая патология щитовидной железы у девочек встречается в 10 раз чаще, чем у мальчиков. Средний возраст детей с узловой патологией щитовидной железы – 15,6+0,3 лет. Точность цитологического исследования при узловой патологии щитовидной железы у детей составила 47,2%. Основным оперативным вмешательством у детей с узловой патологией щитовидной железы была гемитиреоидэктомия, которая позволила отказаться от назначения L-тироксина в послеоперационном периоде.

ОКТРЕОТИД-ДЕПО В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРИ МЕДУЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОДРОСТКА

Афанасьева З.А.¹, Галеева А.В.², Дружкова Н.Б.², Хузиахметов Н.З.³

- 1. Казанская ГМА, Казань*
- 2. РОД, Казань*
- 3. ЗАО Фармсинтез, Казань*

Приводим клиническое наблюдение медуллярного рака щитовидной железы с гиперпродукцией АКТГ у подростка, в лечении которого успешно применен октреотид-депо. Больной З., 16 лет, в 2004г. получил комбинированное лечение в РКОД МЗ Республики Татарстан в связи с медуллярным раком щитовидной железы рТ4N1bM0. 31.03.04 г. выполнена паллиативная тиреоидэктомия (оставлена часть опухоли на I – V полукольцах трахеи справа размером 4x2 см) с операцией типа Крайля справа и фасциально-фулярным иссечением подкожной клетчатки шеи с лимфатическими узлами слева. Проведена послеоперационная ДЛТ на остаточную опухоль в суммарной очаговой дозе 44 гр. После операции получал 150 мкг L-тироксина и две таблетки кальцияД3. Через 3 года, в марте 2007г., при УЗИ и РКТ органов брюшной полости диагностирован метастаз в печени, на границе II – IV сегментов, диаметром 45 мм, по верхнему контуру которого определялись крупные сосуды. При ТАПБ очага печени под контролем УЗИ найдены опухолевые клетки. При РКТ органов грудной полости обнаружены множественные мелкоочаговые метастазы в легких. В термоабляции очага в печени больному было отказано из-за тесного прилегания его к магистральным сосудам. Ввиду нечувствительности опухоли к химиотерапии, больному проводилось симптоматическое лечение. В сентябре 2008г. (через 1,5 года после обнаружения метастазов в печени и легких) у пациента развился синдром Иценко-Кушинга, обусловленный эктопической секрецией АКТГ метастазами медуллярного рака (МРТ гипофиза – без патологии). Анализы от 30.09.2008: АКТГ – 114 пг/мл (0-46,0 пг/мл), кортизол – 35,1 мкг/дл (4,5-24,0 мкг/дл), натрий – 147,0 ммоль/л, калий – 2,7 ммоль/л (3,3-5,3 ммоль/л); глюкоза крови – 5,9 ммоль/л. С целью подавления синтеза кортизола был назначен низорал в дозе 400 мг в сутки. Коррекция гипокалиемии панангином. В декабре 2008г. на волосистой части головы образовался карбункул. В крови гликемия до 10,9 ммоль/л. Увеличена доза низорала до 600 мг в сутки. Начата инсулинотерапия – 16 единиц (актрапид по 4 единицы перед каждым приемом пищи и 4 единицы протафана в 22 часа). Сахар – 10,5 ммоль/л. Постепенно доза инсулина увеличена до 22 ед. перевязки с антисептиками. Внутривенное введение раствора хлористого калия 1% по 150,0 ежедневно. В январе 2009 г сахар 7,0, кортизол 63,0 мкг/мл на 600 мг низорала. Увеличена доза низорала до 800 мг в сутки. На фоне проводимой терапии глюкоза на уровне 7,33-8,17 ммоль/л, натрий 144 ммоль/л, калий – 2,51 ммоль/л. Гипокалиемия продолжала корректироваться внутривенным введением раствора хлористого калия 1% по 150,0 ежедневно. 13.01.2009г. – УЗИ: печень увеличена – правая доля – 156 мм, левая – 86 мм. В проекции 8-го и 1-го сегментов очаговое образование 110x95 мм с жидкостным участком в центре диаметром 26 мм. Забрюшинные лимфоузлы, селезенка, почки – без очаговой патологии. В проекции щитовидной железы – без патологии, лимфатические узлы шеи не увеличены. 18.02.09 начата терапия октреотидом-депо 20 мг. Через 7 дней после введения препарата (25.02.09) кортизол – 18,2 мкг/дл, сахар крови 4,86 ммоль/л. Через месяц (18.03.09) наблюдали вновь повышение уровня АКТГ (до 116пг/мл) и кортизола (до 46,5 мкг/дл). 26.03.09 больной получил вторую инъекцию октреотида-депо 20 мг. Вновь наблюдали снижение уровня АКТГ и кортизола: АКТГ – 89,4 пг/мл, кортизол – 35,4 мкг/дл (от 7.04.09). Таким образом, данное клиническое наблюдение показывает, что октреотид-депо достоверно снижает эктопическую секрецию АКТГ клетками метастазов медуллярного рака щитовидной железы, поэтому его применение целесообразно у больных с распространенными формами данного заболевания.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ I-III СТАДИЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ

*Глеков И.В., Ильяшенко В.В., Сусулева Н.А.
РОИЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Роль лучевой терапии (ЛТ) существенно изменилась за последние десятилетия – от единственного метода терапии до одного из компонентов в комплексном лечении. Современное лечение лимфомы Ходжкина (ЛХ) включает в себя сочетание комбинированной химиотерапии (ХТ) и ЛТ локальными полями только пораженных областей. Именно благодаря такому подходу при локализованных формах ЛХ достигнуты 85-100% показатели пятилетней безрецидивной выживаемости. Изучены данные лечения 552 детей в возрасте до 15 лет I-III стадий. Мальчиков было 361, девочек – 191. У 18 детей установлена I стадия ЛХ, II – у 382 и III – у 152 больных. Наиболее часто наблюдался смешанно-клеточный вариант ЛХ – у 315 детей и нодулярный склероз – у 146. В результате проведенной ХТ частота полных ремиссий (ПР) перед ЛТ составила 77,5%, а объективного ответа (ПР + частичные ремиссии) – 96,7%. Изучено соответствие полей облучения зонам первичного распространения ЛХ, показавшее уменьшение этого показателя в зависимости от стадии заболевания – от 88,9% при I и 82,5% – II стадии до 44,1% – при III, $p < 0.001$. Превышение объемов облучаемых тканей, чреватое при подведении высоких доз ЛТ, развитием поздних лучевых осложнений в непораженных областях, отмечено у 15,2% детей, а недооблучение – у 12,7% больных. У 99,5% больных ПР, достигнутая в процессе ХТ, сохранялась и по окончании ЛТ. Полная ремиссия получена по окончании ЛТ и у 53,8% больных с частичной ремиссией и 30,8% – при стабилизации процесса после ХТ. Не выявлено существенных различий в частоте ПР по окончании химиолучевого лечения в зависимости от подведенных суммарных доз (СОД) – до 26 Гр (95,7%), от 27 до 36 Гр (96%) и более 36 Гр (89,2%), $p > 0.05$. Проведение ЛТ в СОД 20-26 Гр с консолидирующей целью достаточно для сохранения полученной ремиссии, но при наличии частичной ремиссии дозы ЛТ должны быть повышены до 30-36 Гр.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ У ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПЕРИОД С 1998 ПО 2007г.

Джурраев К.О.¹, Гафур-Ахунув М.А.¹, Муталова З.Д.², Алиева Д.А.²

1. Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

2. Республиканский ОНЦ, Ташкент

Анализ был проведен на основе статистических отчетов, первичных медицинских документаций онкологических больных, и данных стат. управления о численности населения подросткового возраста, заболевших и умерших за период с 1998-2007 г. по республике Узбекистан. За период с 1998 по 2007 г по республике Узбекистан было зарегистрировано 2158 подростков со ЗН. Из них - 1238 мальчиков и 920 девочек. Пик заболевших отмечался в 2007 г и составил 237 больных (заболеваемость на 100тыс. подростков – 1,2). Наименьшее количество больных регистрировалось в 2002 г (заболеваемость – 0,9). В целом, отмечается тенденция роста злокачественных новообразований среди подростков. По половозрастной характеристике среди мальчиков преобладает заболеваемость ЗН лимфатической и кроветворной ткани - 534, опухоли костей и суставных хрящей – 179; лимфо- и ретикулосаркомы – 177; лимфогранулематоз – 122; острый лимфолейкоз – 116; опухоли ЦНС – 106; злокачественные опухоли соединительной и мягких тканей – 75; рак кожи – 43. Среди девочек встречались ЗН лимфатической и кроветворной ткани - 354, злокачественные опухоли костей и суставных хрящей – 139; лимфо- и ретикулосаркомы – 103; острый лимфолейкоз – 92; опухоли ЦНС – 72; лимфогранулематоз – 71. При изучении показателей смертности среди подростков по республике составило – 576 больных, из них наибольший пик отмечался в 2003 г – 70 больных; наименьшее в 2005 г – 35 больных. Наиболее высокие показатели смертности составляли злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной системы по республике Узбекистан – 453 (с 1998 по 2007 г). Изучение динамики заболеваемости и смертности от злокачественные новообразования в республике Узбекистан позволит в дальнейшем решить проблемы детской онкологии и улучшить качество оказываемой помощи онкологическим больным.

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБРЮШИННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Ильченко М.Г., Максимова Н.А.

НИИ онкологии, Ростов-на-Дону

С 2003 по 2007 гг. нами обследованы 55 пациента с верифицированным диагнозом забрюшинная нейробластома (29 человек- 52,7%) и нефробластома (26 человек – 47,3%). Комплексное УЗИ осуществлялось на сканере «IU 22 PHILIPS» с использованием трансабдоминального датчика частотой 2-5 МГц. в В-режиме, ЦДК, ЭДК. УЗИ в режиме серошкального сканирования забрюшинная неорганическая нейробластома в 80% определялась как объемное солидное образование округлой формы, смешанной эхогенности, состоящее из одного или нескольких забрюшинных опухолевых узлов, размерами от 1,5 до 16 см. Тип кровоснабжения новообразований: гипervasкулярный у 3, изоваскулярный у 9, гиповаскулярный у 17. Нефробластома визуализировалась, как объемное образование, располагающееся в проекции правой или левой почки размерами от 2,0 до 17,0 см, солидно-кистозной структуры; смешанной эхогенности. Тип кровоснабжения: гипervasкулярный у 3, изоваскулярный у 10, гиповаскулярный у 13. Динамика размеров опухоли на этапах терапии: нефробластома (26 человек) установлена стабилизация процесса у 1 ребенка, ремиссия у 18 детей, генерализация процесса у 7 детей. Рецидив заболевания после проведенного хирургического лечения выявлен не был; нейробластома (29 человек) установлена стабилизация процесса у 5 детей, регрессия опухоли у 3 детей, генерализация процесса у 15 детей, у 5 детей лечение было дополнено хирургическим методом, после которого рецидив заболевания не выявлялся, и у 1 ребенка наблюдалось созревание опухоли. УЗИ является высокоэффективным методом диагностики в оценке динамики опухолевого процесса и адекватности проводимого лечения, с точки зрения чувствительности и резистентности, а также прогнозирования.

РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ХИМИЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ

Ильяшенко В.В., Глеков И.В., Сузулева Н.А.

РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

Изучена частота рецидивов лимфомы Ходжкина (ЛХ) у 655 детей в возрасте до 16 лет, получивших химиолучевое лечение (ХЛЛ) в 1975–2003 г. У 589 (89,9%) детей получена полная ремиссия (ПР). Сроки наблюдения за больными колебались от 5 мес до 33,5 лет (медиана – 10,1 года). У 100 (17%) детей в сроки от 3 до 138 мес. (медиана – 15,8 мес.) выявлены рецидивы ЛХ. Ранние рецидивы наблюдались у 38 детей, поздние – у 62. У детей с I стадией ЛХ рецидивы не выявлены, а при II, III и IV стадиях они наблюдались в

14,8%, 21,3% и 22,5% случаев, соответственно, $p > 0.05$. У детей в возрасте до 7 лет частота рецидивов составила 13,6%, от 7 до 10 лет – 19,4% и старше 10 лет – 17,9%, а в зависимости от морфологического варианта ЛХ – при смешанно-клеточном типе в 15,3%, нодулярном склерозе – 22%, лимфоидном преобладании – 12,5%, лимфоидном истощении – 20,7%, без уточнения варианта – 10%, соответственно. Отмечено снижение частоты рецидивов с 23,2% (в период до 1980 г.) и 19,4% (в 1981–1990 г) до 11% (после 1991 года), соответственно, $p < 0.05$. У 61 ребенка при рецидиве выявлено поражение только лимфатических узлов, 29 – только экстранодальное распространение и 10 – их сочетание. После лечения у 78 детей с рецидивом была достигнута повторная ремиссия. К настоящему времени умерло 30 детей с рецидивом ЛХ в сроки от 5 до 193 мес (медиана – 32 мес), а остальные 70 наблюдаются от 0,5 мес до 31 года (медиана – 8,5 лет) после выявления рецидива. Изменение программного лечения с большей интенсификацией ХТ с 1991 года привело к снижению частоты рецидивов ЛХ, но сокращению сроков их выявления. Среди первичных рецидивов преобладает поражение лимфатических узлов, а вовлечение органов наблюдается одинаково часто при II и III стадиях.

ВЫСОКОДОЗНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ С АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ СЕМЕЙСТВА САРКОМЫ ЮИНГА

*Казанцев И.В.¹, Юхта Т.В.², Морозова Е.В.¹, Сафонова С.А.², Пунанов Ю.А.²,
Зубаровская Л.С.¹, Афанасьев Б.В.¹*

*1. НИИ детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой,
Санкт-Петербург*

2. НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

Особенностями течения опухолей семейства саркомы Юинга у детей является их бурный рост и раннее метастазирование. В связи с этим, значительная часть пациентов имеет высокий риск неудачи лечения (генерализованные формы заболевания, значительное местное распространение опухоли). Современные программы комплексного лечения пациентов с локализованными формами опухоли позволяют достигать 70-80 % безрецидивной выживаемости, но результаты у больных высокой группы риска не превышают 20-30 %. Данные отдельных исследований связывают улучшение отдаленных результатов в этой группе больных с использованием высокодозной полихимиотерапии (ВДПХТ) с аутологичной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК). В период с 2003 по декабрь 2008 года наблюдали 17 детей в возрасте от 3 до 18 лет (средний 13,4 года) с опухолями семейства саркомы Юинга. Мальчиков – 11, девочек – 6 (соотношение по полу м : ж = 1,8 : 1). У всех больных диагноз подтвержден гистологически. Генерализованные формы диагностированы у 13 детей, локализованные – у 4. У всех пациентов с локализованными формами объем опухоли превышал 200 см³. Программа лечения включала 6 курсов четырехкомпонентной полихимиотерапии (ифосфамид, винкристин, доксорубин, вепезид), лучевую терапию на первичный очаг в СОД 48-56 Гр или оперативное пособие и 8 поддерживающих курсов химиотерапии (винкристин, дактиномицин, ифосфамид). У 9 пациентов вместо поддерживающих курсов проведена ауто-ТГСК. При этом в 7 случаях использован режим кондиционирования бусульфан (СД 16 мг/кг) - мелфалан (СД 140 мг/м²), в двух - мелфалан (СД 140 - 200 мг/м²). Источником аутологичных стволовых клеток у 5 больных был костный мозг (КМ), у двух - стволовые клетки периферической крови (ПСК), КМ и ПСК – у двух пациентов. Среднее содержание в трансплантате CD34+ клеток составило 3,26 x 10⁶ (1, 0 - 8,9 x 10⁶). Из 8 пациентов, не подвергавшихся ВДПХТ с ауто-ТГСК, пятеро детей погибли от прогрессирования заболевания в сроки от 19 до 36 мес. У двух больных отмечен местный рецидив опухоли в срок 12 и 32 месяцев от начала терапии. Оба пациента живы без проявлений заболевания (3 и 15 мес) после проведения противорецидивного лечения (у одного из них с использованием ВДПХТ с ауто-ТГСК). Одна больная погибла от сепсиса после второго курса четырехкомпонентной ПХТ. Из 9 больных получавших ВДПХТ с ауто-ТГСК - 8 живы в срок от 3 до 23 мес, при этом, у 5 детей отсутствуют проявления заболевания. Двоим пациентам, не достигшим ремиссии после проведения ауто-ТГСК, проведена аллогенная ТГСК. Один ребенок погиб от прогрессирования заболевания через 3 мес после ТГСК. У двоих больных зарегистрированы рецидивы заболевания в сроки от 2 до 8 мес после ауто-ТГСК. При этом оба пациента на момент проведения ауто-ТГСК находились в состоянии частичной ремиссии. Необходимо отметить, что из пяти детей, находящихся в полной ремиссии в сроки от 3 до 23 мес после ВДПХТ с ауто-ТГСК, четверо имели генерализованную форму саркомы Юинга при первичном обследовании, и к моменту завершения индукции, признаков основного заболевания выявлено не было. При проведении ВДПХТ с ауто-ТГСК мукозит II-III степени наблюдался у всех пациентов, фебрильная нейтропения – у 6, токсический гепатит – у двух больных. ВДПХТ с ауто-ТГСК имеет умеренную токсичность и позволяет улучшить результаты лечения у пациентов группы высокого риска. Ее проведение наиболее эффективно у пациентов находящихся на момент ТГСК в состоянии полной ремиссии.

МЕДИКО-ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Качанов Д.Ю.^{1,2}, Абдуллаев Р.Т.^{1,2}, Шаманская Т.В.², Добреньков К.В.², Инюшкина Е.В.^{1,2}, Савкова Р.Ф.¹, Варфоломеева С.Р.^{1,2}

1. Московский ООД, Москва

2. НКЦ ДГОИ, Москва

Данные о пациентах получены из базы данных Детского популяционного канцер-регистра (КР) МО. В исследование включались дети 0-14 лет, с диагнозом СМТ за период 2000-2006 гг. Морфологические диагнозы были стратифицированы согласно классификации ICD-O-3, далее опухоли группировались согласно ICCS-3. Стандартизованный по возрасту показатель заболеваемости рассчитывали на 100.000 детского населения. В большинстве случаев в качестве программы терапии применялся протокол CWS-96 группы ГРОН. Общая выживаемость (ОВ) оценивалась по методу Каплан-Майера с помощью программного пакета STATISTICA 6.0. Выявлено 40 случаев заболевания СМТ (5,4% от всех случаев заболевания злокачественными новообразованиями). Грубый показатель заболеваемости СМТ составил 0,63, стандартизованный - 0,66. Наиболее высокий показатель заболеваемости был зарегистрирован в группе детей младше 1 года - 1,59. В возрастных группах 1-4 лет, 5-9 лет и 10-14 лет показатель заболеваемости был равен 0,65, 0,49 и 0,60 соответственно. В структуре заболеваемости на долю рабдомиосаркомы (РМС) приходилось 52,5% от всех случаев СМТ в регионе. Стандартизованный показатель заболеваемости по подгруппам СМТ составил: РМС - 0,38, фибросаркома - 0,06, «другие специфические саркомы» - 0,20, неспецифические саркомы - 0,02. 3-летняя ОВ детей с СМТ составила 0,57±0,09. Лучшие показатели ОВ наблюдались в группе детей в возрасте 5-9 лет (0,78±0,14). Не выявлено различий в ОВ между группами РМС и не-РМС 0,53±0,11 и 0,55±0,17 соответственно (p>0,05). 3-летняя ОВ при I-II стадиях заболевания составила 0,83±0,11 против ОВ при III-IV - 0,43±0,13 (p<0,05). Показатель заболеваемости детей МО СМТ и ее структура приближены к данным международных КР, однако отмечен более длительный период комплектации базы данных детского популяционного КР МО. Показатель ОВ детей с СМТ приближался к таковым в развитых странах. Наиболее важным фактором, влияющим на выживаемость пациентов, является стадия заболевания.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМОЙ

Козлова В.М.¹, Шароев Т.А.², Швецова М.В.¹

1. РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

2. ННЦ медицинской помощи детям, Москва

Билатеральные нефробластомы (БН) относятся к наследственным формам опухолей. Тип наследования - аутосомно-доминантный с неполной пенетрантностью и экспрессивностью. Теоретическая база, клинико-генеалогический анализ, молекулярно-цитогенетические исследования больных с НБ позволяют приблизиться к более точному прогнозу злокачественной опухоли в семье. Проведен медико-генетический анализ 58 больных БН, для выявления частоты и спектра генетических синдромов и врожденных пороков развития в данной категории больных с использованием клинических, генеалогических, синдромологических и цитомолекулярногенетических методов исследования. Среди обследованных пациентов у 70,7 % обнаружены врожденные пороки развития (аномалии развития мочеполового тракта, скелета и глаз и др.). Можно предположить, что некоторые клетки этих систем в онтогенезе имеют общее происхождение. У 20 детей (34,5%) выявлены сочетания БН с генетическими синдромами: гемигипертрофии - 7 (35%), Дениса-Драша - 4 (20%), Беквита Видемана - 3 (15%), дисплазии соединительной ткани - 2 (10%), Перлмана - 1 (5%), Нуан - 1 (5%), WAGR - 1 (5%), нейросенсорной тугоухости - 1 (5%). В совокупности указанные синдромы предрасполагают к возникновению большей части наследственно детерминированных НБ. Характерными признаками БН являются сочетание с пороками развития (70,7%). Характерными признаками БН являются сочетание с пороками развития (70,7%) и генетическими синдромами (34,5%). Чаще других у больных БН регистрируются синдромы идиопатической гемигипертрофии (35%), Дениса-Драша (20%), Беквита-Видемана (15%). Важным компонентом обследования ребенка по поводу БН является медико-генетическое консультирование, основополагающий этап которого состоит в идентификации наследственных форм опухоли Вилмса.

РОЛЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Красильникова Л.А., Новик В.И., Пунанов Ю.А.

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

Проведен анализ результатов цитологической диагностики новообразований у 2664 детей (от 1 года до 17 лет), которые проходили обследование и лечение в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова в период 1993-2008 г. При цитологическом исследовании у 826 (31%) детей установлено наличие злокачественного процесса, у 106 (4%) высказано подозрение на него, у 1487 (55,8%) - процесс расценен как доброкачественный, у 245 (9,2%) - материал был неинформативным. Наибольшее количество больных (727 из 2664, 27,3%) было с патологией лимфатических узлов. Были установлены следующие цитологические диагнозы: гиперплазия лимфоидной ткани (283 из 727; 38,9%), лимфогрануломатоз (147; 20,2%), злокачественные неходжкинские лимфомы (74; 10,2%). У больных с поражениями костей (562; 21,1%) наиболее частой выявленной патологией были остеогенная саркома (81), саркома Юинга (76), гигантоклеточная опухоль и аневризальная костная киста (35). Из 449 (16,8%) детей с мягкоткаными опухолями у 11 выявлена нейробластома, у 8 – десмоид, у 3 – синовиальная саркома и т.д. Опухоли почек у детей (117; 4,4%) были представлены в основном нефробластомой. Среди опухолевых поражений кожи (157; 5,9%) преобладали невусы (67), меланома диагностирована в 2 наблюдениях. У 109 (4,1%) детей материал получен при пункционной биопсии опухолей молочной железы. У 37 из них (девочки от 11 до 17 лет) диагностирована фибroadенома. Материал был получен также из средостения и плевральной полости (74 детей), забрюшинного пространства и брюшной полости (74), шейки матки и цервикального канала (61), щитовидной железы (57) и других органов. В 884 (33,2%) наблюдениях проводилось гистологическое исследование. У остальных 1780 пациентов результаты цитологического исследования оказались достаточными для установления диагноза. При проведении гисто-цитологических сопоставлений чувствительность цитологического метода исследования составила 97,0%, специфичность – 97,2%. Наиболее частыми локализациями новообразований у детей и подростков были лимфоидная система, опорно-двигательный аппарат, почки и кожа. Цитологическое исследование является высокоэффективным и достоверным диагностическим методом в педиатрической онкологии.

СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Куденцова Г.В., Киселев И.Л., Возжжова Н.В., Зиновкин А.М., Скоробогатых Ю.С.
Курский ООД, Курск*

Злокачественные новообразования у детей, не смотря на низкую частоту встречаемости, являются важной проблемой здравоохранения. Целью исследования явился анализ показателей состояния онкологической помощи детскому населению Курской области за период с 2001 по 2008г. Материалом для исследования послужили 161 детей с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования и их медицинские карты. Расчет заболеваемости проводился на 100 000 детского населения в возрасте до 15 лет, использовался пакет программы для статистической обработки STATISTICA, v. 6.0 (Stat-Soft, USA). За исследуемый период заболеваемость детского населения Курской области в среднем составила 11,02. Отмечалась тенденция к увеличению этого показателя с 8,49 в 2001 году до 11,96 в 2008 году. Первое место среди злокачественных новообразований у детей занимали гемобластозы - 6,40, солидные опухоли - 5,45. Наиболее часто встречающимися локализациями солидных опухолей у детей были новообразования головного мозга (заболеваемость - 1,51), почки (заболеваемость - 0,89), симпатической нервной системы (заболеваемость - 0,73), костей (заболеваемость - 0,73), мягких тканей (заболеваемость - 0,66). Морфологическое подтверждение диагноза с 2001 по 2008 гг. наблюдалась в 100% случаев. Доля больных детей Курской области с локализованными стадиями заболевания составляла 18,13% (в РФ -25,61%), с генерализованной - 7,81% (в РФ – 13,20%), с десцимированной - 11,82% (в РФ – 9,19%), с неустановленной стадией - 62,24% (в РФ – 52,04%). Распространенность неоплазий за истекший период увеличилась в 2 раза, по сравнению с 2001 годом, и достигала в 2008 году 69%, индекс накопления контингентов - 5,45% (в РФ – 5,07%). Средние показатели летальности больных детей в Курском регионе за 8 лет составляли 2,68% (в РФ – 6,57%). Все дети со злокачественными новообразованиями получили комплексное лечение и находятся под наблюдением в онкодиспансере. Таким образом, относительно высокие показатели распространенности, индекса накопления контингентов и низкая летальность свидетельствуют об улучшении качества оказания медицинской помощи детям со злокачественными опухолями в Курской области, вместе с тем, высокий удельный вес больных с неустановленной стадией заболевания указывает на еще имеющиеся резервы оказания медицинской помощи детскому населению.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ НА ФОНЕ МНОГОКУРСОВОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С СОЛИДНЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

*Кузнецов С.А., Козель Ю.Ю., Златник Е.Ю., Нестерова Ю.А.
НИИОнкологии, Ростов-на-Дону*

Длительная многокурсовая дозоинтенсивная полихимиотерапия при лечении солидных злокачественных опухолей у детей и подростков приводит к развитию вторичной иммунной недостаточности, с

присоединением оппортунистических инфекций, а возможно, в некоторых случаях, к генерализации злокачественного процесса. Наиболее перспективным направлением для предупреждения развития иммунной недостаточности является применение иммунопрепаратов. Клиническим материалом для исследования послужили данные 20 детей с солидными злокачественными опухолями, которым применяли препарат полиоксидоний на фоне каждого курса аутогемохимиотерапии и 30 детей которым применялась обычная аутогемохимиотерапия. Применение полиоксидония на фоне аутогемохимиотерапии способствует снижению частоты инфекционных осложнений бактериальной природы - 1,8 % и вирусной природы - 12,5%, и обычной аутогемохимиотерапией 6,5% и 24,3% соответственно. Применение иммунокоррекции на фоне полихимиотерапии позволяет снизить тяжесть иммуносупрессии и достигнуть достоверного улучшения иммунологических показателей, характеризующих Т-клеточное звено и фагоцитарное звено (индекс стимуляции нейтрофилов). Применение полиоксидония сопровождается достоверным снижением частоты лейкопении III и IV степени тяжести (8,9% и 1,8% соответственно) по сравнению с аутогемохимиотерапией (28% и 14% соответственно). Иммуномодулирующее действие полиоксидония выражается в восстановлении показателей лейкоцитарной формулы. В модельной системе *in vitro* показано, что полиоксидоний стимулирует гемопоэз и оказывает протекторное влияние на клетки костного мозга при воздействии на них химиопрепаратов. Таким образом, наше исследование показывает целесообразность включения полиоксидония в схему химиотерапии при лечении солидных злокачественных опухолей у детей и подростков.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кулева С.А.

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

Показатели долгосрочной выживаемости детей с лимфомой Ходжкина при использовании современных лечебных протоколов практически достигли плато, составляя 85-95%, поэтому становится актуальным вопрос об уменьшении терапевтических нагрузок на детский организм и создание риск-адаптированных программ с адекватной стратификацией больных на группы риска и подбором оптимальных объемов лечения. Основная цель данного исследования – оценить эффективность лечебных программ, используемых в разные периоды работы при лимфоме Ходжкина у детей и подростков (в т.ч. и риск-адаптированных программ DAL-HD и СПбЛХ-05). В период с 1972 по 2008 г в отделении детской онкологии лечился 591 больной с лимфомой Ходжкина в возрасте до 18 лет. Только лучевую терапию (ЛТ) получили 114 больных (19,3%); лекарственное лечение с/без ЛТ - 334 ребенка (56,5%), из них индуктивная полихимиотерапия с использованием схемы MOPP проведена 141 пациенту (23,9%), схемы COPP – 132 (22,3%) и прочие схемы (MOPP/ABV, ABVD, PCVP - проспидин, циклофосфамид, винкристин, прокарбазин, ChlVPP - хлорамбуцил, винкристин, преднизолон, прокарбазин, LOPP – ломустин, онковин, преднизолон, прокарбазин, и т.д.) – 61 больному (10,3%); риск-адаптированные программы (1987-2008 г) - 143 ребенку (23,9%). При анализе показателей выживаемости группы пациентов, получивших лечение до начала использования риск-адаптированных программ (группа исторического контроля) оказалось, что OS (overall survival – общая выживаемость), RFS (relapse-free survival – безрецидивная выживаемость) и EFS (event-free survival – бессобытийная выживаемость) составили 68,4% (SE 2%), 63,8% (SE 2%) и 50,9 (SE 2%) соответственно. Наиболее высокие показатели выживаемости в группе исторического контроля выявлены в когорте, где для индукции ремиссии использовалась схема MOPP: OS, RFS и EFS в ней составили 77,8% (SE 4%), 74,8% (SE 4%) и 63,9% (SE 4%) соответственно. Результаты были хуже в группах пациентов, получивших в качестве индуктивной полихимиотерапии COPP и прочие схемы: OS, RFS и EFS в них были равны 60,3% (SE 5%) и 56,9% (SE 8%), 63,8% (SE 5%) и 60,8% (SE 7%), 53,0% (SE 4%) и 36,2% (SE 9%) соответственно. Наиболее низкими оказались показатели безрецидивной и бессобытийной выживаемости в группе больных, получивших только облучение - 46,3% (SE 5%) и 39,1% (SE 5%) соответственно при общей выживаемости в 72,1% (SE 4%). При использовании риск-адаптированных программ отмечено значительное улучшение результатов: OS, RFS и EFS составили 94,8% (SE 2%), 90,9% (SE 2%) и 83,3% (SE 3%) соответственно. Полученные результаты указывают на преимущество риск-адаптированных программ. Существенное снижение лечебных нагрузок при благоприятных формах заболевания приведет к уменьшению развития отдаленных последствий химиолучевого лечения, что, несомненно, повысит качество жизни излеченных пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Максимова Н.А., Козель Ю.Ю.

НИИ онкологии, Ростов-на-Дону

Нами было выполнено 180 комплексных УЗИ щитовидной железы на аппарате «IU 22 PHILIPS» и тиреосцинтиграфий на Гамма камере «МВ 9200». Возраст детей варьировал от 7 до 16 лет. Радиоизотопная тиреосцинтиграфия была информативная у 95% больных (33) с аутоиммунным тиреоидитом, точность метода при узловом зобе и аденоме (71) составила 75%, при раке (53) щитовидной железы 57%. Очаговое поражение щитовидной железы при тиреосцинтиграфии диагностировалось при размерах новообразований более 2,0 см. У 33 больных с аденомой (18,3%) при УЗИ были образования пониженной или смешанной плотности, однородная структура образований (70,6%), отсутствовали увеличенные лимфоузлы. У 38 пациентов (21,1%) с узловым зобом (в В-режиме) размеры щитовидной железы были увеличены (90,5%), эхогенность образований была различной в одинаковой степени: анэхогенной (42,9%) и гиперэхогенной (42,9%), реже – смешанной (14,2%). У 33 детей с псевдотуморозной формой аутоиммунного тиреоидита (18,3%) были нечеткие контуры образований (90,9%), увеличение размеров щитовидной железы и перешейка (78,8%), гипозоногенность и неоднородность их структуры (69,7%), у 51,5% пациентов присутствовали увеличенные регионарные лимфоузлы. Для рака щитовидной железы (29,5%) была характерна гипозоногенная плотность образований и неоднородная структура образований (81,1%), образований анэхогенных (18,9%) и смешанной плотности было одинаковое количество (18,9%). Увеличение лимфоузлов шеи было у большинства детей при наличии рака щитовидной железы (84,9%). У 70,6% детей при раке щитовидной железы было наличие смешанного (перинтрондулярного) гиперваскулярного кровотока в образованиях. Периферический гиповаскулярный кровоток был в 29,4% случаев. В наших исследованиях точность комплекса методов была у 82,5%, чувствительность – 86,8% и специфичность – 73,7% (при сочетании комплекса УЗИ режимов, тиреосцинтиграфии, пункционной аспирационной биопсии под УЗ-контролем).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛИМФОМАМИ

*Пак Е.Е., Лысенко И.Б., Котлярова А.Б.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Для оценки качества жизни (КЖ) больных использовалась анкета FACT-General, адаптированная для детей и подростков, включавшая оценку общего физического состояния больного, оценку социального/семейного благополучия и эмоциональное состояние, что отражает состояние больного. У девочек оценивалась менструальная функция, нарушения во время терапии и сроки восстановления после лечения. Были опрошены 19 человек (12 девочек, 7 мальчиков) в возрасте от 14 до 22 лет в ремиссии от 6 месяцев до 4,5 лет. Из них 16 больных с лимфогранулематозом II, III стадии, получивших химиотерапию по схемам VBVP, ABVD, OPRA, COPP, BEACOPP, лучевую терапию на зоны поражения; 3 больных неходжкинской лимфомой со II, III стадией, получившие ХТ по схеме R-CHOP, СНОЕР. КЖ оценили по трем уровням – высокий, средний, низкий. Физическое состояние на высоком уровне выявлено у 2 больных; на среднем – у 10, чаще за счет того, что сложно выполнять тяжелую физическую или напряженную работу; на низком уровне не выявлено. Социальное/семейное благополучие на высоком уровне – у двоих; на среднем уровне – у 9 детей, что связано с недостаточной поддержкой со стороны близких, друзей; на низком – 1 больной 17 лет, что связано с неблагополучием в семье. Эмоциональное состояние на высоком уровне – у 5 человек; на среднем – у 7, за счет того, что иногда больные испытывают страх, депрессию, тревогу, беспокоятся по поводу ухудшения их состояния; на низком уровне не выявлено ни у кого. В результате исследования выявлено, что для большинства больных (72,2%), находящихся в ремиссии, характерен средний уровень физического и эмоционального состояния, социального и семейного благополучия, низкий уровень качества жизни выявлен только у одного больного.

АУТОБИОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ СТАДИЙ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Сиденко Л.Ю., Козель Ю.Ю., Нестерова Ю.А., Толмах Р.Е.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

В ОДО РНИОИ с 2001 по 2008г. пролечено 25 пациентов с верифицированной ОС конечностей при локализованных стадиях. Среди них – юношей-13 (52%), девушек-12 (48%). Соотношение по полу 1:1,4. Средний возраст – 14,5 лет. Локализация: дистальный метафиз бедренной кости-18 (72%), проксимальный метадиафиз локтевой кости –1(4%), проксимальный метафиз с распространением на головку плечевой кости-1(4%), проксимальный метадиафиз большеберцовой кости-5(20%). Первый этап – 3-4 курса неадьювантной ПХТ с использованием доксорубина и цисплатина. С целью повышения эффективности, снижения проявлений токсичности, активации антистрессорных адаптационных реакций, повышения общей неспецифической резистентности организма цитостатики вводились методами аутогемохимиотерапии (АГХТ) и аутоплазмахимиотерапии (АПХТ). При АГХТ забирали не более 5% от ОЦК, рассчитанного по номограмме, при АПХТ- забирали 30-50% от ОЦП.. АГХТ проведена 13 (52%) пациентам, АПХТ-12

пациентам. (48%). Уменьшения мягкотканного компонента, склерозирование опухолевого очага, улучшение функциональной активности отмечен у 20 (83%) больных, частичный клинический эффект - у 5 (17%). Второй этап - органосохраняющее лечение. У всех пациентов исследована степень лекарственного патоморфоза: I-II степень-20 (83%) больных, III-IV-5 (17%). Третий этап – до 8 курсов адьювантной АГХТ: доксорубин+ цисплатин, ифосфамид+этопозид+ карбоплатин. Сроки наблюдения - от 3 мес до 5 лет. У 2-х пациентов через 6-9 месяцев после окончания комплексного лечения наступила генерализация, несмотря на проводимое противорецидивное лечение - погибли. Остальные 20 (83%) пациентов в 3 клинической группе. Общая выживаемость составила 83%. Общая 3-х летняя выживаемость к настоящему времени может быть оценена у 6 пациентов, она составила 83%, в том числе безрецидивная 66%, что свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения.

АНАЛИЗ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Скоробогатых Ю.С.
Курский ГМУ, Курск*

Злокачественные новообразования у детей являются важной проблемой онкологии. Их этиология изучена недостаточно и имеет свои региональные особенности. Целью данного исследования явилось изучение факторов риска возникновения злокачественных новообразований у детей Курской области. Материалом послужили данные анкет, медицинских карт и историй развития. В основную группу (больные) были включены 62 детей со злокачественными неоплазиями в возрасте от 0 до 18 лет, в контрольную группу - 230 здоровых детей соответствующего возраста. Результаты исследования обрабатывались с использованием пакета прикладных программ «Statistica, v.6». Различия считались достоверными при 95% уровне значимости. Выявлено, что отцы детей, страдающих опухолями, в полтора раза чаще, по сравнению с отцами здоровых детей, курили до зачатия. Вредные профессиональные воздействия обеих родителей обнаруживались на 20% больше среди больных детей. Доля матерей, перенесших искусственные аборты, была в 2 раза выше в основной группе, чем в контрольной. В 77% случаев основной группы и 28% - контрольной, беременность протекала с патологией. Инфекционные заболевания беременной (цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, герпес, хламидиоз, микоплазмоз) выявлены у 16% основной и 2% контрольной групп. Преждевременные роды отмечались у 14% матерей детей со злокачественными опухолями и 3% матерей здоровых детей. Врожденные аномалии развития фиксировались почти в 3 раза чаще среди больных опухолями, стигмы дизэмбриогенеза – у 21% больных и 3% здоровых детей соответственно. Отставание в физическом развитии на каком-либо из этапов онтогенеза до манифестации опухоли зарегистрировано у 7% больных и у не более 1% здоровых детей. Отягощенный онкологический анамнез имелся у 31% семей основной и 10% контрольной групп. В 28% случаев у больных детей и в 9% - у здоровых, родители являлись выходцами из одного села. У 10% семей детей основной группы рождались дети с какой-либо врожденной патологией, в контрольной группе только 0,4%.

Таким образом, на формирование злокачественных новообразований у детей в Курской области оказывают влияние генетические факторы, вредные факторы в антенатальном, и, в меньшей степени, постнатальном периодах развития ребенка. Выявлено сочетание врожденных пороков развития и опухолей у детей.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Соколова И.Н.¹, Шароев Т.А.², Рубанская М.В.¹

1. РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

2. НППЦ медицинской помощи детям, Москва

За период с 1980 по 2007 гг. в НИИ детской онкологии и гематологии (НИИ ДОГ) РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (РОНЦ) находилось на обследовании и лечении 58 детей, у которых была диагностирована билатеральная нефробластома (БН). У всех пациентов диагноз был подтвержден данными морфологического анализа (использовалась классификация сотрудника РОНЦ Соколовой И.Н.). При БН у одного больного в разных почках могут регистрироваться различные гистологические типы опухоли: в одной из почек истинная нефробластома (НБ), в другой - НБ в сочетании с нефробластоматозом. Типичная НБ в обеих почках наблюдалась у 30 пациентов; типичная НБ в одной и рабдоидный вариант в другой почке – у 4 пациентов. Оценены варианты БН по отделимости в почках. Чаще отмечено преобладание типичного варианта. Этот вид опухоли в правой почке был в 32 (55,3%) случаях, в левой – в 28 (48,8%). Рабдомиоматозный фетальный вариант опухоли наблюдали одинаково часто в обеих почках – по 5 случаев справа и слева (по 8,6%). Саркоматозный вариант отмечен в 5 (8,6%) случаях справа и 3 (5,2%) слева. НБ, развившаяся на фоне нефробластоматоза, зарегистрирована в 6 (10,3%) наблюдениях в правой и 2 (3,4%) в левой почках. В 2 (3,4%) случаях отмечен кистозный вариант НБ, по одному случаю неклассифицированный вариант и злокачественная нефрома, в 10 наблюдениях нефробластоматоз. Морфологической особенностью БН является то, что у одного больного в разных почках могут регистрироваться различные гистологические

варианты опухоли; чаще наблюдается типичный вариант опухоли и сочетание НБ с нефробластоматозом; в 10,4% в почках больного регистрируется нефробластоматоз при отсутствии НБ; иногда НБ сочетается с нефробластоматозом (13,8%).

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦОВ СЛЮНЫ И ПЛАЗМЫ КРОВИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА МУТАЦИЙ В ГЕНЕ P53 У ДЕТЕЙ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Суворова Е.Г.¹, Тарасова Е.М.¹, Шишкина Л.В.², Шахтарин В.В.¹, Абрамов А.А.¹, Зарецкий А.Р.¹, Дрозд О.В.¹, Холодов Б.В.¹, Горельшев С.В.², Белохвостов А.С.¹, Притько А.Г.¹

1. НПЦ медицинской помощи детям, Москва

2. НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

Мы анализировали мутации в гене p53 в ДНК различных биологических образцов у детей с глиальными опухолями головного мозга и оценили возможности использования циркулирующей ДНК опухолевого происхождения для мониторинга течения заболевания. Обследовано 10 пациентов с глиальными опухолями мозга. Возраст обследованных составил от 5 до 18 лет (медиана 10 лет), из них мальчиков 7, девочек 3. Образцы опухолевой ткани были взяты в момент операции, образцы крови и слюны – через 3-5 месяцев после хирургического вмешательства. Исследовался мутационный статус 5-го – 8-го экзонов гена p53 в трех типах образцов (опухолевая ткань, плазма крови и слюна) методом ПЦР-SSCP-анализа с последующим подтверждением секвенированием. Дефекты гена p53 в опухолевой ткани обнаружены у 5 пациентов (у двоих пациентов – в 5-м экзоне, у двоих – в 7-м экзоне и у одного – в 8-м экзоне). Идентичные мутации в образцах слюны и плазмы крови были обнаружены у 3 из 5 вышеуказанных пациентов. Сопоставление полученных результатов с клинической картиной течения заболевания показало, что у трех пациентов с подтвержденными мутациями в биологических жидкостях на момент забора соответствующего материала имело место прогрессирование заболевания, тогда как у двоих пациентов с отсутствием мутаций в биологических жидкостях рецидив заболевания наступил только через 7 месяцев и год после операции. Можно предположить, что у последних двоих больных на момент забора плазмы крови и слюны (через 2-3 месяца после операции) количество опухолевых клеток в организме было минимальным, что и не проявлялось наличием измененной ДНК в биологических жидкостях. Проведенное исследование свидетельствует о высокой частоте повреждения гена p53 в опухолевом материале (50%), что соответствует литературным данным, и о возможности использования слюны и плазмы крови для мониторинга рецидива заболевания.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НЕФРОБЛАСТОМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ОПУХОЛЕВЫМИ ТРОМБАМИ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Сухарев А.В.¹, Кошечкина Н.А.², Поляков В.Г.², Шароев Т.А.¹, Бойченко Е.И.², Петросян А.С.¹

1. НПЦ медицинской помощи детям, Москва

2. РМАПО, Москва

Основное направление нашего исследования - снижение частоты интраоперационных осложнений у больных нефробластомой в комбинации с опухолевыми тромбами почечных вен (ПВ) и нижней полой вены (НПВ). 40 больных нефробластомой с диагностированными опухолевыми тромбами ПВ и НПВ, проходивших обследование и лечение в НИИ детской онкологии и гематологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 1980 по 2007 г. 23 ребенка (группа А) были оперированы при наличии тромба, 11 (группа Б) - после полной регрессии тромбов в результате проведенной предоперационной химиотерапии (ПХТ). В группе А объем операции включал нефруретерэктомию с активными вмешательствами на сосудах бассейна НПВ (тромбэктомия или ее попытку), в группе Б - нефруретерэктомию. Интраоперационные осложнения у детей в группе А отмечены в 11 случаях (47,8%): в 8 случаях - артериальная гипотензия связанная с наложением зажимов на магистральные вены, в 2 - обсеменение брюшины при пересечении тромба, в 1 - обсеменение брюшины в результате разрыва опухоли почки. У пациентов в группе Б интраоперационных осложнений не было ($p < 0,05$). Оперативные вмешательства у больных нефробластомой в комбинации с опухолевыми тромбами почечных вен и НПВ сопряжены с рядом осложнений, чаще всего из которых регистрируется артериальная гипотензия. Избежать их позволяет сокращение объема оперативного вмешательства, обусловленное полной регрессией опухолевого тромба, в результате проведенной предоперационной ПХТ.

НЕФРОБЛАСТОМАТОЗ У ДЕТЕЙ

Шароев Т.А.², Соколова И.Н.¹, Рубанская М.В.¹, Кошечкина Н.А.¹, Панферова Т.Р.¹

1. РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

2. НПЦ медицинской помощи детям, Москва

В НИИ ДОГ за период 1980 - 2007 гг. наблюдали 37 детей с гистологически подтвержденным диагнозом нефробластоматозом (НБМ). Возраст детей от 7 мес до 1 года 8 мес. У всех больных до начала лечения была диагностирована билатеральная нефробластома (БН). Морфологически выделяют перилобарный, интралобарный, смешанный формы НБМ. По распространенности: очаговый и диффузный. Анализ морфологического материала показал, наибольшую связь между интралобарным НБМ и нефробластомой (НБ), которая чаще возникает на фоне пери- и интралобарного пролиферирующего НБМ, который следует рассматривать как фоновое заболевание для развития НБ. Клинический диагноз подтверждался радиологически, данными УЗИ и цитологическим анализом пункции опухоли. У всех пациентов цитологически диагностирована НБ (НБМ не диагностирован ни у одного больного). Больным локализованным опухолевым процессом проводилась ХТ как при 1-2 стадиях НБ. Больным местно распространенной и диссеминированной опухолью как при 3-4 стадиях заболевания. Тактика хирургического лечения определялась объемом поражения почек. При возможности, больным выполнялись органосохраняющие операции на почках, при тотальном поражении почки - нефрэктомия. У 30 детей при гистологическом анализе обнаружена БН на фоне НБМ. У 7 из 37 пациентов был выявлен НБМ в обеих почках без сочетания с НБ. Все больные НБМ (7) живы в сроки от 1 года до 7 лет. Из 30 больных у которых НБМ сочетался с НБ умерли 7 (23,3%) человек от прогрессирования НБ. Клинически выраженный НБМ является самоограничивающимся предопухолевым пролиферативным процессом, характеризующимся высоким уровнем риска развития НБ. Существуют рентгенологические и ультразвуковые критерии, позволяющие заподозрить нефробластоматоз; при подтверждении диагноза НБМ больной нуждается в противоопухолевом лечении, имеющим хорошие отдаленные результаты.

Опухоли кожи и меланома

ОТСРОЧЕННАЯ ПРЕВЕНТИВНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

*Ахметов И.Р., Привалов А.В., Важенин А.В.
Челябинский ООД, Челябинск*

Одним из основных прогностических факторов при меланоме кожи является наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах, что вдвое снижает выживаемость. Вместе с тем, до настоящего времени не решены вопросы, касающиеся необходимости выполнения превентивных лимфаденэктомий при лечении меланомы кожи. Ранее не проводились исследования, изучающие влияние сроков проведения превентивной лимфаденэктомии на результаты лечения. В исследовании включен 151 больной меланомой кожи туловища или конечностей со стадиями T2-T4N0M0, которым проводилось лечение на базе Челябинского областного онкологического диспансера в период с 1 января 1990 по 31 декабря 2004 года. Среди больных было 96 (63,6%) женщин и 55 (36,4%) мужчин в возрасте от 14 до 87 лет. Средний возраст составил 51,7 лет. Исследование проводилось ретроспективно и с 2002 г. - проспективно. В работе нами использовалась классификация меланомы кожи TNM/UICC/AJCC 1997 г. Нами были построены модели пятилетней общей и безрецидивной выживаемости. При этом использовался метод многофакторного регрессионного линейного анализа с пошаговой регрессией. Построение моделей проводилось в модуле «Multiple Regression» пакета Statistica 6.0. При моделировании учитывались факторы, имеющие наиболее важное прогностическое значение. Нами установлено, что основным фактором, снижающим вероятность пятилетней общей выживаемости при меланоме кожи, является изъязвление первичной опухоли. Превентивная лимфаденэктомия, выполненная в срок более 4 недель после иссечения первичной опухоли, достоверно повышает вероятность пятилетней общей выживаемости при меланоме кожи. Основным фактором, снижающим вероятность пятилетней безрецидивной выживаемости при меланоме кожи туловища или конечностей T2-T4N0M0, также является изъязвление первичной опухоли. Превентивная лимфаденэктомия, выполненная в срок более 4 недель после иссечения первичной опухоли, достоверно повышает вероятность пятилетней безрецидивной выживаемости при меланоме кожи. Проведение профилактической лимфаденэктомии в сроки до 4 недель после иссечения первичной меланомы кожи туловища или конечностей у пациентов со стадиями T2-T4N0M0 не оказывает статистически значимого влияния на общую и безрецидивную выживаемость по сравнению с пациентами, которым проводилось только широкое иссечение опухоли. Проведение отсроченной профилактической лимфаденэктомии в сроки более 4 недель после иссечения первичной опухоли у больных меланомой кожи туловища или конечностей T2-T4N0M0 достоверно увеличивает общую выживаемость и безрецидивную выживаемость по сравнению с пациентами, которым проводилось только широкое иссечение опухоли. Изъязвление первичной меланомы кожи туловища или конечностей на стадиях T2-T4N0M0 является важным прогностическим признаком, оказывающим влияние на вероятность появления регионарных метастазов и результаты лечения (общую и безрецидивную выживаемость) в целом. Увеличение степени изъязвления первичной опухоли у пациентов со стадиями меланомы кожи туловища или конечностей T2-T4N0M0 достоверно увеличивает вероятность появления метастазов в регионарные лимфатические узлы и достоверно снижает общую и безрецидивную выживаемость.

СЛУЧАИ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

*Ахметов И.Р., Привалов А.В., Надвикова Е.А., Семиконов К.В., Комиссаров А.В.,
Маслов В.Г., Антонов А.А.
Челябинский ООД, Челябинск*

Нами наблюдалась группа больных меланомой кожи, состоящая из 257 пациентов. Клинические проявления у большинства пациентов не отличались от общеизвестных и описанных в литературе. Особый же интерес представляют те больные, у которых развитие опухоли происходит не по общим «правилам». Так, у нескольких пациентов мы наблюдали прогрессирование опухолевого процесса спустя многие годы после иссечения первичной опухоли. Приведем некоторые клинические примеры: Клинический случай 1. Пациентка Р., 1945 г.р., история болезни № 12492. В июне 1995 года на коже передней поверхности средней трети правого бедра появилось новообразование коричневого цвета, которое быстро увеличивалось в размерах. Пациентка госпитализирована в ЧООД 24.10.1995. При поступлении опухоль черного цвета, узловая форма, размером до 1 см, регионарные лимфатические узлы не увеличены. 27.10.1995 операция: широкое иссечение опухоли кожи правого бедра. Гистологическое заключение №24356-57: меланома кожи, 3 уровень инвазии по Кларку. Пациентка выписана из отделения 13.11.1995. Аджьювантная терапия не проводилась. В сентябре 2003 года появились увеличенные паховые лимфатические узлы справа, 30.09.2003 в ЧООД произведена операция: пахово-подвздошная лимфаденэктомия справа. Гистологическое заключение: метастазы меланомы кожи в паховые лимфатические узлы справа. В последующем генерализация опухолевого процесса, метастазы во все группы периферических лимфатических узлов. Смерть от генерализации 04.12.2004. Клинический случай 2. Пациентка П., 1940 г.р., история болезни №

9980. На коже нижней трети правого предплечья с рождения существовал пигментный невус коричневого цвета, размером 0,5 см в диаметре. В октябре 1990 года появились признаки малигнизации: увеличение размеров, изменение окраски, появление экзофитного компонента. Пациентка госпитализирована в ЧООД 27.11.1990. При поступлении опухоль черного цвета, узловая форма, размером до 1 см, регионарные лимфатические узлы не увеличены. 06.12.1990 операция: широкое иссечение опухоли кожи правого предплечья с пластикой расщепленным кожным лоскутом. Гистологическое заключение №25698-99: меланома кожи, эпителиоидно-клеточный вариант, 2 уровень инвазии по Кларку. Пациентка выписана из отделения 20.12.1990. Адьювантная терапия не проводилась. В сентябре 1999 года появился увеличенный до 2 см подмышечный лимфатический узел справа, 22.10.1999 в ЧООД произведена операция: подмышечная лимфаденэктомия справа. Гистологическое заключение №:27913-19: метастаз меланомы кожи в один подмышечный лимфатический узел справа. Пациентка наблюдается в ЧООД, данных за прогрессирование не выявлено. Таким образом, прогрессирование опухолевого процесса в виде метастатического поражения регионарных лимфатических узлов наступило спустя соответственно 8 и 9 лет после иссечения первичной опухоли, при этом адьювантное лечение не проводилось. Наблюдение за больными меланомой кожи позволяет предположить достаточно сложный механизм развития опухоли и констатировать, что он далеко не изучен в настоящее время. Отдельные клинические случаи, протекающие вопреки общим правилам канцерогенеза, еще требуют своего объяснения и, возможно, при изучении особенностей течения опухолевого процесса, будут обнаружены новые пути терапевтического воздействия на опухоль.

ТЕПЛОВИЗИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

*Букина Ю.В.
Саратовский ГМУ, Саратов*

Проанализированы термограммы 86 больных базально-клеточным раком кожи, 52 – меланомой и 62 – пигментными невусами. Диагноз подтвержден гистологически. Термографическое обследование выполнено на тепловизоре IRISYS 4010. При всех заболеваниях констатировано наличие двух типов термограмм: термопозитивные и термонегативные. При базально-клеточном раке термопозитивными (у 54% пациентов) чаще были опухоли более 2см, с изъязвлением поверхности и узловой формой роста. Очаги гипертермии (у 46% человек) отсутствовали при малых размерах, поверхностной форме роста. У больных меланомой кожи очаги гипертермии констатированы в 72%, терморазогрев отсутствовал в 28% наблюдений. В первой группе выявлено, что у 63% очаг разогрева соответствовал границам опухоли. У данной группы пациентов преобладал размер опухоли от 2,1 см до 5 см (31%) и узловая форма роста (64%). Изъязвление поверхности отмечено у 44% больных. Чаще был IV уровень инвазии Clark (у 47%). Зона гипертермии превышала видимые границы опухоли у 37% пациентов, образуя «опухолевое поле». У пациентов, входящих во вторую группу, площадь очагов разогрева была, в среднем, на 3 см больше размеров опухоли. Преобладали (более 50%): узловая форма роста, изъязвление поверхности, IV и V уровни инвазии. Термонегативное изображение меланомы чаще констатировано при отсутствии изъязвления поверхности (72%), II-III уровнях инвазии Clark (59%), малых размерах первичного очага (47%). Пигментные невусы были термонегативными у 58%. У остальных выявлена гипертермия. Однако цифры терморазогрева были значительно меньше при пигментных невусах, чем при меланоме (соответственно, 0,50 и свыше 1,00). Тепловизионное обследование является дополнительным, методом исследования, позволяющим получить подробную информацию о характере опухоли.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ ПИГМЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

*Вельшер Л.З.¹, Стаханов М.Л.², Астраханцев А.Ф.², Решетов Д.Н.¹, Цалко С.Э.¹,
Мазурова М.П.*

- 1. МГМСУ, Москва*
- 2. ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко, Москва*

В основе успешного лечения меланомы кожи лежит, прежде всего, своевременная диагностика заболевания. При этом, по общепризнанному мнению, своевременной она может быть либо случайно, либо в результате полноценной оценки множества визуально определяемых признаков, совокупность которых с анамнестическими данными в конечном итоге и лежит в основе диагностики злокачественного или доброкачественного характера исследуемого пигментного новообразования. Данные литературы, посвященной оценке диагностических возможностей визуальной диагностики меланомы кожи свидетельствуют о том, что правильная диагностика при этом осуществляется в 30-50% случаев. Применение инструментальных диагностических методов, к сожалению, не позволяет сколько-нибудь значительно улучшить качество диагностики меланомы кожи. В повседневной клинической практике с 2002 г мы применяем аутофлуоресцентное исследование для дифференциальной диагностики пигментных

опухолей кожи. Для клинко-морфологического обоснования результатов аутофлуоресцентной диагностики опухолей мы проводим сравнительный анализ результатов аутофлуоресцентного и морфологического исследования пигментных опухолей кожи. Всего были исследованы 34 меланомы кожи. В каждом случае проводились серийные измерения толщины опухолевой ткани по Бреслоу. При аутофлуоресцентном исследовании в 16 случаях величина относительной яркости имеет вариацию от 7,1 до 15,8%, составляя в среднем $10,9 \pm 1,9\%$. При гистологическом исследовании верифицирована меланома поверхностно распространяющегося типа со средней толщиной опухоли $1270,7 \pm 323$ мкм. При аутофлуоресцентном исследовании в 18 случаях величина относительной яркости имеет вариацию от 9,1 до 44%, составляя в среднем $22,6 \pm 4,2\%$. При гистологическом исследовании верифицирована меланома узлового типа со средней толщиной опухоли по Бреслоу $2848,8 \pm 398,6$ мкм. При сравнении средних показателей величин относительной яркости при этих двух типах меланомы определяется статически значимое различие ($t=2,6$, $P < 0,05$). Статистический анализ средних показателей толщины опухоли по Бреслоу также демонстрирует высокую степень различия ($T=3$, $P < 0,05$). В двух наблюдениях не удалось выявить обнаруженные закономерности. Таким образом, величина значения относительной яркости кривой аутофлуоресценции тесно связана с гистологическим типом меланомы, что может быть с достаточной эффективностью использовано при дооперационной диагностике злокачественных пигментных опухолей кожи.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАКТО-ФЛОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА КОЖИ

*Гафур-Ахунов М.А., Меметов Ф.Ю., Холиков Т.К., Мустафаев Т.К., Исломбаев У.У. Республиканский ОНЦ, Ташкент
Кашкадарьинский ООД*

Были пролечены 92 больных с различными локализациями рака кожи. Из них 45 больным Лакто-ФЛОП применялся без других препаратов, 30 больным в предоперационном и 17 больным в послеоперационном периоде. Женщин было 49, мужчин – 43, в возрасте от 18 до 86 лет. В 79 случаев опухоль локализовалась на коже области головы и шеи, в 13 – на коже конечностей и туловища. У 59 больных степень распространенности опухоли оценен как T1-2 N0 M0 и у 33 больных T3-4 N1 M0. Гистологически у 36 больных выявлен базальноклеточный рак, у 27 – плоскоклеточный ороговевающий рак и у 29 – плоскоклеточный неороговевающий рак. Лакто-ФЛОП применялся как в инъекционной, так и в аппликационной форме. Инъекционная форма Лакто-ФЛОРа вводилась интратуморально в дозах 1,2,3 и 5 мл однократно в день в течении 10 дней, а также в виде кожных аппликаций на пораженную область. Оценка эффективности лечения проводилась по критериям ВОЗ через три недели после лечения. Из 92 больных у 26 (28.2%) больных отмечен полный эффект, у 13 (14.5%) – частичный эффект и у 6 (6.5%) – без эффекта. Лакто-ФЛОП имеет противоопухолевый эффект и может быть рекомендован для лечения рака кожи как иммуномодулятор без токсического эффекта, без побочного действия на гемопоэз и улучшает качество жизни больных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

*Гусарева М.А., Джабаров Ф.Р.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Ультразвуковая томография (УЗТ) была выполнена 50 больным меланомой кожи (T2-4N0-1M0). Результаты УЗТ сопоставлены с результатами гистоисследования удаленных опухолей. Определен коэффициент отношения толщины кожи к толщине опухоли – $K = TK/TO$, значения сопоставлены с толщиной опухоли по Breslow. Основываясь на выделенные прогностические группы больных меланомой кожи, проводилось следующее лечение на первичный очаг: при K более 2,3 близкофокусная рентгенотерапия, при K менее 2,3 (II-III стадия) – дистанционная гамматерапия. Зоны регионарного лимфооттока подвергались дистанционной гамматерапии. При K менее 1,6 неоадьювантное лечение дополнялось курсом ПХТ. Следующим этапом выполнялось широкое иссечение первичного очага и лимфаденэктомия при подозрении на поражение лимфатических узлов. При толщине более 1,5 мм проводились курсы адьювантной ПХТ. В контрольной группе (20 больных) химиолучевое лечение проводилось только в адьювантном режиме. Отмечена высокая корреляция ($r = 0,98$) между результатами ультразвукового измерения толщины опухоли и толщиной опухоли по Breslow. Определили: при коэффициенте $> 2,3$ толщина опухолей была $< 1,5$ мм, при диапазоне значений от 1,6 до 2,3 – от 1,5 мм до 4 мм, при значении $< 1,6$ – более 4 мм. В основной группе общая 3-х летняя выживаемость при $K > 2,3$ составила 100%, при значениях от 1,6 до 2,3 – 94,1%, $< 1,6$ – 84,2%. Безметастатическая выживаемость 100%, 76,5% и 73,7% соответственно. В группе контроля общая 3-х летняя выживаемость составила при толщине опухоли $< 1,5$ мм – 100%, от 1,51 до 4 мм – 88% и > 4 мм – 33%. 3-х летняя безметастатическая выживаемость составила 100%, 76% и 11,1%. УЗИ первичного очага с определением K позволяет индивидуализировать подход к неоадьювантному лечению больных меланомой

кожи с толщиной опухоли >1,5 мм. При толщине опухоли <1,5 мм (K>2,3) неoadьювантное лечение нецелесообразно.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

*Дуванский В.А., Гарбузов М.И., Агешина С.Е.
2 ЛДЦ Минобороны РФ, Москва*

Нами пролечено 130 больных, из них 75 (57,7%) мужчин и 55 (42,3%) женщин. Возраст больных варьировал от 37 до 82 лет. Больных, поступивших на лечение с первичной опухолью было 57, с продолженным ростом образования 8 и 65 с рецидивом образования. Все опухоли локализовались в области головы и шеи. Так, в области носа опухоль локализовалась у 40 пациентов, на щеке - у 23, в области виска - у 14, на носогубной складке и губах - у 15, множественные очаги отмечены у – у 11 больных, в области ушных раковин - у 6, в области глаз – у 7, в области лба и волосистой части головы - у 14. 18 пациентов были с опухолью ТI, 105-ТII и 7 пациентов ТIII стадии. Инфильтративно-язвенный тип опухоли преобладал как у пациентов с первичной опухолью, так и среди рецидивов. Всем больным был выполнен 1 сеанс воздушно-плазменной деструкции опухоли. Больные прослежены от 6 месяцев до 3-х лет. После лечения у 57 больных с первичной опухолью полная резорбция достигалась за один сеанс у 54 (94,7%) пациентов. Продолженный рост первичных опухолей возник у 2 (3,5%) пациентов и у 1 (1,8%) пациента наблюдался рецидив опухоли. Необходимо отметить, что продолженный рост образований был отмечен у больных с первичной опухолью. Это осложнение возникло в начале нашей работы, когда методика лечения была в стадии окончательного усовершенствования. Повторный сеанс воздушно-плазменной деструкции позволил полностью устранить это осложнение. Рецидив опухоли возник у 1 больного, первичный очаг располагался на волосистой части головы, имел инфильтративно-язвенный тип строения, стадия - ТII. Среди пациентов с рецидивами образований повторные рецидивы были отмечены у 3 (4,1%) пациентов. Причем, многократные краевые и центральные рецидивы отмечались у 2 (2,7%) больных, (которым до воздействия воздушно-плазменными потоками проводилось многократное лечение традиционными методами). При анализе результатов лечения по истечении 3 - 6 месяцев, одного, двух и трех лет был установлен низкий процент рецидивов. Рецидивы наблюдались у больных с ТII стадией опухоли, инфильтративно-язвенного типа. Таким образом, методика воздушно-плазменных потоков является высокоэффективным методом лечения базальноклеточного рака кожи и позволяет достичь хороших косметологических и функциональных результатов.

МУТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕНОВ RAS-КАСКАДА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

*Зарецкий А.Р.^{1,2}, Абрамов А.А.^{1,2}, Рогожина Е.М.^{1,2}, Шахтарин В.В.¹, Белохвостов А.С.^{1,2}, Притыко А.Г.¹,
Румянцев А.Г.²*

*1. НПЦ медицинской помощи детям, Москва
2. ФНКЦ ДГОИ, Москва*

Анализ мутационного статуса «горячих точек» основных онкогенов Ras-каскада в ДНК опухолевой ткани больных с распространенной злокачественной меланомой кожи; формирование панели маркеров для мониторинга заболевания и определения стратегии лечения. Исследованы 23 образца опухолевой ткани, полученных на хирургическом этапе лечения больных с распространенными формами злокачественной меланомы кожи. Исследовался мутационный статус генов K-Ras (2-й экзон), N-Ras (2-й и 3-й экзоны) и B-Raf (15-й экзон) в ДНК опухолевой ткани методом ПЦР-SSCP с последующим обязательным подтверждением с помощью двустороннего секвенирования. Мутация в одном из исследованных генов была обнаружена в 22 из 23 исследованных образцов (95,7%), в том числе в 15-м экзоне гена B-raf в 15 образцах (65,4%; Val600Glu – 10 случаев, Val600Lys – 4 случая, Leu597Gln – 1 случай), в 3-м экзоне гена N-Ras в 6 образцах (26,0%; Gln61Lys – 5 случаев, Gln61Arg – 1 случай) и во 2-м экзоне гена K-Ras в 1 образце (4,3%; Gln12Asp). Мутаций во 2-м экзоне гена N-Ras обнаружено не было. Ни в одном из образцов не были обнаружены 2 и более мутаций в исследованных генах одновременно. Результаты нашего предварительного исследования о частоте встречаемости мутаций в генах Ras-каскада при распространенной злокачественной меланоме соответствуют литературным данным. При злокачественной меланоме использование панели из трех маркеров (мутации в 15-м экзоне гена B-Raf, 3-м экзоне гена N-Ras и 2-м экзоне гена K-Ras) позволяет достичь аналитической чувствительности около 95%. Учитывая важную прогностическую и предиктивную роль этих мутаций, а также возможность неинвазивного мониторинга течения заболевания с помощью анализа опухолеспецифических мутаций в ДНК биологических жидкостей пациентов, можно рекомендовать исследование этих мутаций при планировании комплексного лечения распространенных форм злокачественной меланомы кожи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

*Козлов С.В., Казеев В.И., Головня Н.Г.
Самарский ГМУ, Самара*

Базально-клеточный рак (базалиома, базоцеллюлярный рак) – это наиболее часто встречающаяся опухоль кожи. Однако метастазирование при базалиоме не наблюдается, что позволяет авторам относить базалиому к местноразличительным или местнодеструктивным опухолям. По частоте возникновения вслед за метастазирующей базалиомой идет метастазирующий плоскоклеточный рак. Начальные проявления плоскоклеточного рака настолько напоминают базалиому, что провести дифференциальный диагноз очень трудно, а порой и просто невозможно. В настоящее время Самарский областной клинический онкологический диспансер при лечении БКР кожи используют футлярно-фасциальное иссечение, лазерную деструкцию, криодеструкцию, лучевой метод. Метод электрохирургического иссечения не применяется. Нами активно применяется электрохирургический метод. Положительным аспектом данного метода лечения мы считаем: 1. Хороший визуальный подход к оперативному вмешательству. 2. Меньшая травматичность. 3. Отсутствие послеоперационного некротического струпа, что способствует более быстрому заживлению. 4. Большая доступность. 5. Хороший косметический эффект. 6. Возможность выполнения операции в условиях поликлиники ММУ. 7. Гистологическое исследование всего препарата. В данной работе проведен анализ хирургического лечения БКР кожи за 11 лет: с 1998 по 2008 г. Из 350 больных пролечено футлярно-фасциальным иссечением 78 – 22,3 %, лазерным способом 80 – 22,9 %, криодеструкцией 22 – 5,7 %, лучевым способом 18 – 5,1 %, электрохирургическим способом 154 – 44,0 %. Лучевое лечение назначалось больным с редкой локализацией опухоли (углы глаз, веки), хирургическое лечение которой могло привести к нежелательному косметическому дефекту. Электрохирургическим способом пролечено 44 % больных. Иссечение проводилось под местной анестезией, отступая от края опухоли на 1-1,5 мм, ложе опухоли дополнительно коагулировалось пуговчатым электродом. При динамическом наблюдении больных не было выявлено ни одного рецидива. Электрохирургический способ лечения БКР кожи I-II стадии может являться одним из основных методов лечения. Учитывая квалификацию онколога, наличие технических средств, удобную локализацию опухоли, хирургическое лечение I-II стадии БКР кожи вполне возможно применять в условиях районных медицинских учреждений. Это значительно ускорит период от установления диагноза до начала лечения, позволит лечить больных пожилого возраста, которые по состоянию своего здоровья не могут посещать СОКОД.

«ОПТИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ» ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НА УСТАНОВКЕ ДТК-3М

*Кулаев М.Т.
Мордовский ГУ им. Н.П. Огарёва, Саранск*

В последние годы получила развитие фотодинамическая терапия (ФДТ) и ФДД злокачественных опухолей. Определение концентрации фотосенсибилизатора имеет как самостоятельное диагностическое значение, получившее специальное название “оптическая биопсия”, так и определяет концентрацию вещества в опухоли и окружающей ткани для выбора параметров ФДТ. Спектры измеряли на комплексе ДТК-3М. После измерения стандарта определяли флуоресценцию в зоне предплечья у здорового человека и пациента. Затем производили измерения флуоресценции кожи и опухоли. Нами обследовано 57 больных предраком и раком кожи и 43 – предраком и раком молочной железы, 29 олеогранулемой молочной железы. ФДТ была проведена 27 больным раком кожи с использованием отечественного фотосенсибилизатора «Фотосенс» («НИОПИК» Москва). Аутофлуоресценция ткани выявила одинаковый уровень над всеми, т.к. различия между указанными зонами статистически недостоверны. Введение Фотосенса в дозе 0,1 мг/кг способствует 3-4-х кратному повышению уровня флуоресценции, особенно выраженное над ареолой, что, вероятно, связано с лучшим кровоснабжением. Эта мысль подтверждается также тем, что наибольшее повышение уровня флуоресценции нами зарегистрировано над слизистой нижней губы (в 10 раз выше, чем до введения фотосенсибилизатора). После введения Фотосенса в дозе 0,5 мг/кг регистрируется уровень флуоресценции, превышающий исходный в 10 раз. Обращает на себя внимание то, что над опухолью молочной железы до введения препарата уровень флуоресценции не отличался от фона, а после введения Фотосенса повышается по сравнению с окружающей тканью 1,5-2,4 раза. Вторым этапом исследований было изучение эндогенной и экзогенной флуоресценции тканей после выполнения оперативного вмешательства “ex vivo”. Для этого производили измерения различных зон препарата. Выявлено, что эндогенный и экзогенный уровень флуоресценции был выше в зонах раковой трансформации. Полученные результаты подтверждены с применением фотосенсибилизатора - Аласенс, который выводится из организма через 4 часа и не обладает фототоксичностью. Получены аналогичные результаты.

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ВИДИМЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

*Кулаев М.Т., Мельцаев Г.Г., Евстифеев С.В., Скопин П.И., Шукин С.А., Лещанов А.М., Кулаева Е.М.
Мордовский ГУ им. Н.П. Огарёва, Саранск*

ФДТ была проведена 27 больным раком кожи с использованием отечественного фотосенсибилизатора «Фотосенс» («НИОПИК» Москва). Для ФД и ФДТ использовался комплекс ДТК-3М. У 12 больных была диагностирована I ст. заболевания, у 10 – II ст. и у 5 – III ст. Средний возраст пациентов - 65,3 года. У всех диагноз верифицирован морфологически. Фотосенс вводили в дозе 0,3 мг/кг 17 пациентам и в дозе 0,5 мг/кг – 10 больным. Первый сеанс ФДТ проводили через 24 ч. после введения препарата, интервал между последующими сеансами – 24 ч. Мощность лазерного излучения составила 100-200 мВт/см², световая доза – 80-100 Дж/см². Количество сеансов - 3-5. Интенсивность флюоресценции до введения Фотосенса (аутофлюоресценции) в здоровой коже составила 12,5, опухоли – 14,3 отн. ед., коэффициент диагностической контрастности (КДК) – 1,14. Через 24 ч. после введения Фотосенса интенсивность флюоресценции в здоровой коже составила 77,2, в опухоли – 127,5 отн. ед., КДК – 1,65. Через 1 месяц после проведения ФДТ полный эффект наблюдали у 20(74,1 %), частичный – у 5(18,5 %) пациентов, стабилизация у – 2. У больных, получавших дозу 0,5 мг/кг, полный эффект наблюдался у 70%, частичный – 30%, при дозе 0,3 мг/кг, полный эффект отмечен у 76,5%, частичный – 17,6 %. Уменьшение дозы не ухудшало результатов лечения. Иммуномодулятор Деринат применяли аппликационно перед ФДТ при II и III ст. у 12 больных. ФД рака кожи с применением Фотосенса обладает умеренной диагностической ценностью. ФДТ больных раком кожи в дозе 0,3 и 0,5 мг/кг показывает высокую эффективность. Применение Дерината показано при обширных поражениях кожи перед ФДТ, при отсутствии полного эффекта после первой ФДТ при последующих ее курсах.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

*Моисеенко В.М., Новик А.В., Балдуева И.А., Проценко С.А., Данилова А.Б., Нехаева Т.Л., Овсяников А.И.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Иммуносупрессирующие факторы крови рассматриваются как одна из причин ускользания опухолевых клеток из-под контроля иммунной системы. Эфферентная терапия позволяет снизить их содержание. Для определения роли плазмафереза (ПФ) в лечении больных диссеминированной меланомой кожи нами предпринято данное исследование. Шестнадцать больным диссеминированной меланомой после подписания информированного согласия проводились процедуры ПФ на аппаратах COBE-Spectra или Гемофеникс в качестве самостоятельного метода иммунотерапии (6) или в сочетании с химиотерапией (3) и иммунотерапией (7). Использовалась методика среднеобъемного ПФ с удалением 1 объема циркулирующей плазмы за 3 процедуры, проводимых через день, что составляло 1 цикл лечения. Всего проведено 100 процедур плазмафереза (от 2 до 15 процедур, в среднем – 7). Выраженных осложнений процедур не наблюдалось. Наиболее частыми нежелательными явлениями были слабость (5%), лихорадка 1 ст. – 3%, 2 ст. – 1%, гипотония 1 ст. (3%), гипокальциемия (3%), тошнота 2 ст. у 2%, признаки цитратной интоксикации у 4% больных. Также в ряде случаев (11%) наблюдались тромбозы периферических катетеров и свертывание крови в системе. После лечения улучшение общего самочувствия наблюдалось у 4/16 больных. На фоне проведения плазмафереза у 4/16 больных отмечалось появление воспаления в области опухолевых узлов на конечности. У 3/4 оцененных больных, получавших с ПФ в сочетании с ДК-вакциной – стабилизация с уменьшением размера и количества опухолевых очагов в печени и мягких тканях длительностью 2+, 2+ и 3 мес. У 2/6 больных, получавших ПФ в монотерапии – стабилизация процесса длительностью 2,5 и 2+ мес. Среднеобъемный плазмаферез удовлетворительно переносится больными с распространенным опухолевым процессом и может улучшить результаты их лечения. Определение его места в противоопухолевой терапии требует дальнейшего изучения.

МЕЛАНОМА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ПОЛОСТИ НОСА

*Решетов И.В., Маторин О.В., Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель исследования: тактика лечения пигментных опухолей полости рта. Меланомы в области кожного покрова головы и шеи составляют по данным различных авторов от 22 до 46% всех меланом, существенно реже встречается меланома слизистой полости рта, известно, что, несмотря на единый гистогенез, опухоли различной органной принадлежности имеют ряд особенностей в силу специфического топографо-анатомического расположения очага. Материалы и методы. За период с 2000 по 2009 год в клинику обратились 12 больных с жалобами на меланому слизистой. Возраст пациентов колебался от 27 до 64 лет.

Очаги меланомы локализовались на слизистой верхней губы - 1, слизистой твердого неба - 5, альвеолярный отросток нижней челюсти - 3, слизистая полости носа - 3. На дооперационном этапе у трех больных диагноз верифицирован морфологически: десмопластическая нейротропная меланома, эпителиоцеллюлярная пигментная меланома - 1, в одном случае выполнена тотальная биопсия- инфильтративный рост веретенчатой пигментной меланомы. С целью диагностики и распространенности опухолевого процесса использовались современные методы обследования КТ, МРТ томография, в том числе и методика ФДТ диагностики. Признаков генерализации опухолевого процесса не выявлено. Во всех случаях выполнены хирургические вмешательства в объеме блоковых резекций с пластикой: в 2-микрохирургическая, в 1-локсут на сосудистой ножке (большая грудная мышца), в 2- местными тканями. В послеоперационном периоде всем больным проводилась иммунохимиотерапия, в одном случае в сочетании с фотодинамической терапией. Результаты и обсуждение. По результатам плановых гистологических исследований во всех случаях отмечен инфильтративный рост опухоли в прилежащие костные и сосудисто-нервные структуры, условно радикальная операция выполнена в одном случае. Сроки наблюдений составляют от 4-х лет до 2 месяцев. В течении первого года наблюдений рецидива опухоли не выявлено. На 3-м году рецидив выявлен у больных, что потребовало выполнения повторных операций, метастазов в лимфоузлы шеи не выявлено. Заключение. Меланома слизистой является редкой морфологической формой. Основной план лечения - хирургический. Целесообразность выполнения лимфадессекции и ее объем необходимо обсуждать.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АДЬЮВАНТОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

*Розенко Л.Я., Джабаров Ф.Р., Позднякова В.В.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Основная цель исследования: определить значение сроков проведения адьювантной терапии (АТ) при меланоме кожи (МК). 137 больных с рецидивами и метастазами МК pT3-4 N 0-2 M0 ретроспективно составили 4 сопоставимые группы I группе (47 больных) АТ в виде химиотерапии или облучения после удаления МК вообще не проводилась; II - (42 больных) АТ проведена в сроки более, чем через 2 месяца; III группе (31 человек) АТ проведена через 3- 4 недели; 18 пациентам из IV группы АТ выполнена в течение 1-2 дней после операции. Этим больным после неуспешных попыток первичных диагностических пособий удалось подтвердить клинический диагноз МК только путем интраоперационного экспресс-цитологического исследования при нанесении материала из рассеченного макропрепарата опухоли. Это дало возможность немедленного осуществления АТ. Установлено, что регионарные и арегионарные метастазы в лимфоузлах выявлены, соответственно по группам в 31,9%, 31,6%, 32,2% и 27,7% случаях. Внутрикожные метастазы - у 53,2%, 51,2%, 51,6% и 55,5% больных. Органное метастазирование диагностировано в 14,3%; 14,7% 16,1% и 16,6% наблюдений. При равной частоте и характере прогрессирования, признаки генерализации МК оказались взаимосвязанными со сроками осуществления АТ. Так, в I группе без АТ рецидивы выявлены, в среднем, через 8,7±2,3 месяца. Во II группе через 9,5±1,5 месяца. В III группе признаки генерализации обнаружены через 13,6±1,7 месяца. Позднее, через 18±3,1 месяца, рецидивы и метастазы выявлены в IV группе, когда АТ проводилась в первые дни после иссечения первичного очага ($p < 0,05$, между IV и I, II группами). Таким образом, при распространенных процессах МК целесообразно подключение вариантов АТ в течение 1-2 дня после операции. Такой тактический подход задерживает диссеминацию МК, удлиняя безрецидивный период, в среднем, на 9 месяцев. Назначение АТ по разным причинам в более поздние сроки, наряду с известными клиническими признаками, является одним из неблагоприятных фактором прогноза дальнейшего течения процесса.

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КРИОДЕСТРУКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ РЕЦИДИВНЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ГОЛОВЫ

*Светицкий А.П.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

В отделении «Опухоли головы и шеи» РНИОИ для усиления эффекта КД осуществляется предварительное нагревание опухоли горячим воздухом - пневмогипертермией (ПГТ) с температурой +60 С. Это способствует увеличению зоны формирующегося очага крио-некроза. Данный способ лечения был применен у 38 больных: 34 мужчин (89,5%) и 4 женщин (10,5%), в возрасте от 44 до 87 лет с распространенными рецидивами рака кожи головы после лучевого, химиолучевого, комбинированного и комплексного лечения. У 28 (73,6 %) имела место базальноклеточная, а у 10 (26,4 %) - плоскоклеточная форма рака кожи. У 4 пациентов с плоскоклеточной карциномой были метастазы в регионарные лимфатические узлы. Сочетание ПГТ и КД проводилось под общим наркозом. Больным с метастазами осуществили предварительное оперативное вмешательство, а на первичный опухолевый очаг - модифицированную КД. В результате лечения у 35 (92,2 %) пациентов был отмечен полный

непосредственный клинический эффект. У 3 больных спустя 1 – 1,5 месяца из-за продолженного роста потребовалось проведение повторного сочетанного термического воздействия. В процессе лечения и по его окончании осложнений не наблюдалось. Из 35 пациентов у 6 (17,2 %) возникли рецидивы в сроки от 7 до 20 месяцев, в результате чего они были подвергнуты оперативному лечению. При лечении больных с распространенным рецидивным раком кожи головы целесообразно использовать КД, модифицированную ГТ.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

*Филинов В.Л., Сдвижков А.М., Борисов В.И., Астахова Н.В.
Московский ОД №1, Москва*

ФДТ проведена 13 больным с морфологически верифицированным диагнозом первичной меланомы кожи в стадии T2-4,Nx,M0. Возраст больных от 67 до 86 лет. Опухоли были различного размера - от 1,5 до 4 см. в наибольшем измерении: в 8-ми случаях плоские, в 5-ти случаях экзофитные. Локализация опухолей: кожа головы, тела. Всем больным было отказано в хирургическом лечении в связи с выраженной сопутствующей патологией. ФДТ проводилась с использованием фотосенсибилизатора Фотосенс в дозе 0,4-0,5мг/кг, лазерное облучение длиной волны 670 нм. Применялось дистанционное и неинвазивное контактное облучение (Патент №2275945 от 10.05.06). Курс лечения в среднем составил 7 дней. Полный терапевтический эффект – полная регрессия опухоли имелась в 85% случаев, частичная – в 15% случаев. У 11 больных с полной регрессией опухоли после ФДТ сроки наблюдения составили: до 1 года – 5 больных, до 2 лет – 3 больных, до 3 лет - 1 больной, до 4 лет – 1 больной, до 5 лет – 1 больной. При проведении ФДТ осложнений и обострения сопутствующей патологии у больных не было. ФДТ проведена 32 больным с метастазами меланомы в кожу. Возраст больных от 41 до 84 лет. Всем больным ранее проведено хирургическое лечение – иссечение первичной опухоли. В связи с выявленными метастазами больным проводилась, по показаниям, химио- и (или) иммунотерапия. ФДТ проведена в связи неэффективностью проводимой терапии. Опухоли внутрикожные и подкожные, размером от 0,3 до 2 см, были множественными в 81% случаев и локализовались в области головы, туловища, конечностей. ФДТ проводилась с использованием фотосенсибилизатора Фотосенс в дозе 0,3-0,5мг/кг и лазерного облучения длиной волны 670 нм. Применялось дистанционное и неинвазивное контактное облучение. Курс лечения в среднем составил 7-8 дней. Полный терапевтический эффект – полная регрессия метастатических опухолей имелась в 31% случаев, частичная – в 44% случаев, в 25% случаев имелась стабилизация процесса. У 10 больных с полной регрессией метастатических опухолей сроки наблюдения составили: 8 лет – 1 больная, 7 лет – 1 больная, 4 года - 1 больная, 2 года – 2 больных, до 1 года – 5 больных. Длительность ремиссии при частичной регрессии составила от 6 до 45 месяцев (в среднем 10 мес.). Длительность ремиссии в случае стабилизации процесса была от 2 до 6 месяцев (в среднем 4 мес.). ФДТ с использованием методик дистанционного и неинвазивного контактного лазерного облучения является эффективным методом в лечении больных меланомой кожи.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПИГМЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

*Цалко С.Э.
МГМСУ, Москва*

Исследовали 239 пигментных опухолей кожи различной локализации. Для реализации метода аутофлуоресцентного исследования использовали диагностический аппаратный комплекс с лазером красного диапазона спектра длиной волны 635 нм. Удаление опухолей осуществляли по общепринятым методикам. Оценку точности аутофлуоресцентной диагностики осуществляли путем сравнения результатов аутофлуоресцентного и морфологического исследований пигментных опухолей кожи. Для определения доброкачественного или злокачественного характера пигментной опухоли кожи мы производили сравнительный анализ двухмерных лазер-индуцированных аутофлуоресцентных изображений пигментных опухолей кожи; вычисление соотношения интенсивности аутофлуоресцентного излучения поверхностей опухоли и окружающей неизменной кожи; исследование графика интегральных показателей интенсивности аутофлуоресцентного излучения поверхности исследуемого участка ткани в произвольной выбранной области. Согласно результатам морфологических исследований пигментных опухолей доброкачественный характер удаленных пигментных новообразований кожи установлен в 170 наблюдениях из 239. Причем в 161 наблюдении из 170 образования были пигментными невусами, в 9 – гемангиомами кожи. В 69 наблюдениях из 239 удаленная пигментная опухоль была меланомой кожи. По данным аутофлуоресцентного исследования доброкачественный характер пигментных новообразований кожи был установлен в 180 наблюдениях, злокачественный – в 59. Аутофлуоресцентное исследование правильно определило злокачественный характер опухоли в 54 из 59 наблюдений, что составило 91,5%. Ложноположительный результат, т.е. за меланому ошибочно принято доброкачественное или сосудистое

новообразование кожи, был получен в 5 наблюдениях, что составило 8,5%. Аутофлуоресцентное исследование правильно определило доброкачественный характер опухоли в 165 из 180 наблюдений, что составляет 91,7%. Ложноотрицательный результат, т.е. меланома ошибочно принята за доброкачественное новообразование, был получен в 15 наблюдениях из 180, что составляет 8,3%. Наибольшие затруднения мы испытывали при аутофлуоресцентной диагностике гемангиом кожи. В 7 наблюдениях при аутофлуоресцентном исследовании мы расценили характер сосудистых опухолей как невоидный, в 2 – как меланому кожи. Аутофлуоресцентное исследование пигментных опухолей кожи не оказывает какого-либо влияния на организм больного в целом, не вызывает каких-либо негативных реакций и осложнений у пациента и медицинского персонала. Исследование является абсолютно неинвазивным. Время исследования одного пигментного новообразования кожи не превышает 1 минуты. Метод аутофлуоресцентной диагностики является достаточно точным и при этом неинвазивным, безопасным и быстрым в применении. Какой-либо специальной подготовки больного и медицинского персонала для проведения аутофлуоресцентного исследования не требуется. Метод аутофлуоресцентного исследования должен быть использован в скрининговых осмотрах населения для более тщательного и точного и своевременного выявления больных с меланомой кожи на ранних стадиях. Перед косметическим удалением доброкачественных пигментных опухолей кожи больные обязательно должны быть обследованы при помощи аутофлуоресцентного исследования.

АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПИГМЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

*Цалко С.Э., Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Решетов Д.Н.
МГМСУ, Москва*

Меланома кожи является одной из самых злокачественных опухолей человека, отличающейся чрезвычайно агрессивным течением, обуславливающим сомнительный прогноз заболевания в целом. Показатели заболеваемости меланомой кожи и смертности от нее как в России, так и в других странах за последние десять лет остаются стабильными, но формируют тенденцию к плавному росту. В основе успешного лечения меланомы кожи лежит, прежде всего, своевременная диагностика заболевания. При этом, по общепризнанному мнению, своевременной она может быть либо случайно, либо в результате полноценной оценки множества визуально определяемых признаков, совокупность которых с анамнестическими данными в конечном итоге и лежит в основе диагностики злокачественного или доброкачественного характера исследуемого пигментного новообразования. Данные литературы, посвященной оценке возможности визуальной диагностики меланомы кожи, свидетельствуют о том, что правильная диагностика при этом осуществляется в 30-50% случаев. Применение инструментальных диагностических методов, к сожалению, не позволяет сколько-нибудь значительно улучшить качество диагностики меланомы кожи. Между тем, достоверность диагноза имеет первостепенное значение для определения адекватной лечебной тактики как для больных меланомой кожи, так и для больных доброкачественным пигментным образованием кожи. Ошибочная оценка характера пигментного образования кожи обуславливает проведение неадекватного по объему и технологии хирургического вмешательства и, как следствие этого, калечащий результат операции или преждевременную смерть больного, обусловленную генерализацией опухоли. В повседневной клинической практике с 2002 года для проведения дифференциальной диагностики пигментных образований кожи мы применяем аутофлуоресцентное исследование. Мы исследовали 239 пигментных опухолей кожи различных локализаций. По данным морфологического исследования, 161 образование являлось доброкачественным, 69 – меланомой кожи, 9 - гемангиомами кожи. При аутофлуоресцентном исследовании 161 доброкачественной пигментной опухоли кожи характер образования был правильно установлен в 149 (92%) наблюдениях. В 12 наблюдениях доброкачественные пигментные невусы были ошибочно приняты за меланому кожи – ложноположительные результаты. Аутофлуоресцентное исследование позволило правильно установить характер опухоли в 61 (88%) из 69 наблюдений меланомы кожи. В 8 (12%) наблюдениях из 69 меланома была ошибочно принята за доброкачественное новообразование – ложноотрицательные результаты. Из 9 наблюдений гемангиом кожи в 7 характер образования был правильно установлен при помощи аутофлуоресцентного исследования. В 2 наблюдениях ошибочно за гемангиому была принята меланома кожи. Неинвазивность, отсутствие воздействия на организм пациента и врача, простота в использовании, малые затраты времени (время исследования одного образования не превышает 1 минуты) в сочетании с высокой достоверностью позволяют применять аутофлуоресцентное исследование для скрининговых обследований больших групп пациентов.

Реконструктивно-пластическая хирургия

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ СТЕНОК ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ДЕСМОИДНОЙ ФИБРОМЫ

*Адамян А.А., Копыльцов А.А., Сидоренко Т.В.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва*

Десмоидные фибромы представляют собой особо редкую соединительнотканную опухоль (среди всех новообразований на их число приходится 0,03-0,13%, у женщин встречаются в 4 раза чаще чем у мужчин), склонную к частым рецидивам и инфильтративному росту. В ряде случаев они способны к трансформации и метастазированию, что придает им злокачественный характер. По клиническому течению и морфологическому строению десмоидные фибромы занимают промежуточное место между доброкачественными и злокачественными новообразованиями. Десмоидные фибромы могут локализоваться где угодно. Условно десмоиды подразделяют на 2 группы: абдоминальные (истинные) и экстраабдоминальные, имеющие аналогичное морфологическое строение. По частоте встречаемости экстраабдоминальные новообразования составляют 65-80%, абдоминальные - 20-35%. Поскольку десмоидные фибромы имеют склонность к агрессивному местному деструктивному росту и частому рецидивированию, очень важна радикальность оперативного вмешательства, которая обеспечивается широким иссечением опухоли в пределах здоровых тканей и влечет за собой образование обширных дефектов на месте удаленной опухоли, ликвидация которых только аутопластическими методами часто невозможна. В ФГУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий» оперировано 25 больных с десмоидными фибромами, многие из которых были первично оперированы в других медицинских учреждениях и обращались с рецидивами (основная причина рецидивов заключалась в нерадикальном удалении опухоли во избежание получить большой дефект в месте удаления опухоли, который может составлять 400-900 кв.см). В наших наблюдениях брюшную стенку после иссечения восстанавливали в 2 слоя. Вместо удаленной париетальной брюшины имплантировали лиофилизированную аллогенную твердую мозговую оболочку, которая отграничивает органы брюшной полости. Вторым слоем по краю мышечно-апоневротического дефекта подшивали сетчатый полипропиленовый эндопротез, превышающий по периметру дефект брюшной стенки на 3-4 см, который укрывали широко мобилизованным по краям раны кожно-жировым лоскутом, тем самым восстанавливая целостность кожных покровов. При условии острого дефицита покровных тканей прибегали к закрытию сетчатого эндопротеза перемещением ранее выделенного кожно-жирового либо кожно-мышечного лоскута. Сформированная таким образом брюшная стенка с использованием лиофилизированной твердой мозговой оболочки в комбинации с сетчатым полипропиленовым эндопротезом у всех больных надежно удерживает органы брюшной полости, исключает развитие грыж. При резекции значительных участков грудной стенки с целью профилактики парадоксального дыхания и образования легочной грыжи восстановление жесткого каркаса грудной стенки производили полимерными материалами по разработанной нами методике. С этой целью использовали углеродсодержащие реберные эндопротезы «Остек», фторопластовые пластины и жесткую полипропиленовую сетку, которые фиксировали к концам ребер и грудине проволочными нитями. Для устранения дефекта париетальной плевры и диафрагмы также применяли лиофилизированную твердую мозговую оболочку. Жесткий каркас грудной стенки удавалось восстановить во всех случаях. Накопленный опыт клинического применения комбинаций полимерных материалов позволил во всех наблюдениях полноценно закрывать обширные дефекты после удаления десмоидных фибром брюшной и грудной стенок с низкой частотой осложнений и рецидивов.

МЕТОДЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЗАКРЫТИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ РЕЦИПИЕНТНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

*Бекназаров З.П.
Республиканский ОНЦ, Ташкент*

В результате удаления первичных и местно-распространенных рецидивных злокачественных опухолей молочной железы формируются обширные дефекты мягких тканей, магистральных сосудов и нервов. В результате, лечение данной категории больных часто ограничивается паллиативной терапией. Цель исследования: изучение роли методов пластической хирургии для устранения обширных дефектов реципиентной зоны у больных раком молочной железы (РМЖ) III стадии. Проанализированы результаты лечения 14 пациенток с местно-распространенными формами РМЖ III стадии в отделении онкомаммалогии РОНЦ МЗ РУз, а также в КОД МЗ РТ (РФ) в период с 2001 по 2008 гг. Средний возраст больных – 43,4 года. Для закрытия дефекта реципиентной зоны после иссечения опухоли использовали одномоментную пластику кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из широчайшей мышцы спины (TDL) у 8 больных и кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из прямой мышцы живота (TRAM) у 6 пациенток. Показанием к аутотрансплантации являлась необходимость закрытия обширных дефектов молочной железы

и прилегающих тканей в условиях дефицита местного пластического материала. Пластика кожно-мышечными лоскутами позволила производить радикальное удаление опухоли, соблюдая принципы онкологического радикализма с достаточным запасом непораженных тканей в трех плоскостях единым блоком независимо от близости функционально значимых анатомических структур. TRAM-пластику проводили в основном молодым пациенткам, для которых был важен косметический эффект, так как данная методика позволяет формировать молочную железу, схожую по форме и конфигурации со здоровой. В дальнейшем у больных РМЖ был проведен полный комплекс лечебных мероприятий, включающих адьювантную химио-лучевую и гормонотерапию. Методы одномоментного восстановления удаляемых тканей позволяют выполнять хирургическое вмешательство пациенткам с местнораспространенными рецидивными опухолями, соблюдая принципы онкологического радикализма. В свою очередь, это делает возможным проведение адьювантной химио-лучевой терапии для предупреждения дальнейшего развития заболевания.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

*Дашкова И.Р., Ирхина А.Н.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Важное значение в пластической хирургии конечностей имеют кожно-фасциальные лоскуты на широком основании, преимуществом которых перед лоскутами с осевым кровообращением является возможность мобилизации их практически в любой области тела со значительно меньшими ограничениями в отношении размеров и формы. Цель исследования: разработать способ пластического закрытия послеоперационного дефекта конечности кожно-фасциальными лоскутами на перфорантных сосудах, способствующий закрытию дефекта мягких тканей и надежному заживлению раны после радикального иссечения опухоли. В основу исследования положены результаты клинических наблюдений 48 больных злокачественными новообразованиями кожи конечностей по разработанной нами методике, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском институте в период с 2005 по 2008 гг. В предоперационном периоде, после предварительной разметки, ультразвуковым сканером выполнялся поиск перфорантных сосудов заинтересованной зоны. Производили широкое иссечение патологического очага с подлежащими тканями, дистально и проксимально выкраивали фигурные кожные лоскуты, пересекали фасцию, отделяли кожно-фасциальные лоскуты от подлежащей мышцы, с сохранением целостности перфорантных сосудов. Лоскуты смещали в раневой дефект, сшивали между собой. Наиболее частым осложнением являлась преходящая ишемия - 6 (12,5 %) одного из встречных лоскутов, и краевой некроз - 2 (4,2 %), чаще дистального. Таким образом, поставленную задачу удалось решить в 83,3 % случаев. В группе больных, оперированных по данной методике, не отмечалось расхождения краев раны после снятия швов, некроза лоскутов. Из наблюдаемых нами 22 больных меланомой кожи, и 26 - первичным раком кожи с применением разработанного вида операции в сочетании с комбинированным или комплексными методами лечения, в течение 2-х лет не отмечено случаев возникновения местных рецидивов. Сущность разработанного способа состоит в пластике дефекта, используя комплекс близлежащих тканей, с учетом особенностей ангиоархитектоники кожи донорской зоны. Лоскуты, васкуляризированные перфорантными сосудами, обладают высокой жизнеспособностью и надежностью. Данный метод способствует повышению радикальности хирургического вмешательства, существенно улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ

*Клочихин М.А., Клочихин А.Л.
Ярославская ОКОБ, Ярославль*

Цель исследования: улучшение функциональных и онкологических результатов лечения пациентов с распространенными злокачественными новообразованиями области головы и шеи. В данное исследование включено 80 пациентов, с онкологическими заболеваниями, которым выполнялись одномоментные и отсроченные во временном промежутке реконструкции дефектов удаленных тканей лоскутом с осевым кровообращением на основе большой грудной мышцы. При возможности интраоперационного восстановления целостности пораженного органа, реконструкция по отношению к основному этапу удаления опухоли носила одномоментный характер. При повышенном риске заживления раны вторичным натяжением (в виду предшествующего химиолучевого лечения, либо ДГТ в радикальных дозах в самостоятельном режиме) пластика выполнялась отсрочено во временном промежутке от трех до шести месяцев. Локализация опухоли: ротоглотка (6), гортань (25), гортаноглотка (19), нижняя губа (3), полости рта (14), верхняя челюсть (2), нижняя челюсть (1), передняя стенка грудной клетки (1), наружное ухо (5), внеорганный опухоль шеи (4). Исследуемые группы по основным клинико-морфологическим признакам были сопоставимы. Послеоперационные раны после пластики зажили первичным натяжением у 14 из 17

(82,3%) больных без предоперационной ДГТ; у 12 из 18 (66,6%) больных получавших ДГТ в СОД 30—50 Грей, у 13 из 17 (76,4%), получавших лучевое лечение по радикальной программе, у 13 из 16 (81,25%), получавших химиолучевое лечение и у 10 из 12 (83,3%), получавших полихимиотерапию. В группе пациентов с одномоментной пластикой заживление первичным натяжением было у 28 из 36 (77,8%±6,9%) пациентов, в группе с отсроченной 34 из 44 (77,3%±6,3%) больных. На данный момент отслежены результаты онкологической выживаемости 71 пациента в интервале от 0 до 5 лет и более. В сроки наблюдения до 5 лет в сравниваемых группах (одномоментной и отсроченной пластики) выживаемость составила 16%±7,3% и 32,3%±8,4% соответственно. Применение кожно-мышечного пекторального лоскута с осевым кровообращением при пластике обширных дефектов головы и шеи показало высокую эффективность метода с хорошими косметическими и функциональными результатами вне зависимости от дозы предоперационной гамматерапии, комбинированного (химиолучевого лечения). На заживление послеоперационной раны не влияет использование одномоментной или отсроченной пластики перемещённым кожно-мышечным лоскутом с грудной клетки на основе a.thoracoacromialis. При сравнении онкологических результатов реконструкции дефектов тканей лоскутом с включением большой грудной мышцы отмечается тенденция к ухудшению онкологических показателей в группе с одномоментной пластикой.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Макимова Н.А, Прежедецкий Ю.В.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Целью предоперационных УЗИ у больных при РМЖ 1-2 стадий были: детальное уточнение локализации новообразования, сканирование регионарных лимфатических коллекторов. После операции (мастэктомия или радикальная резекция с одномоментной аллопластикой) при сонографии необходимо было определить: акустические характеристики геля, состояние протеза и капсулы через 1-12 месяцев. У больных с меланомой кожи оценивалась инвазия и васкуляризация опухоли, планирование и проведение под УЗ-контролем неоадьювантной локальной химиотерапии, а так же виртуальное индивидуализированное моделирование объема эсцизии в режимах трехмерных ультразвуковых реконструкций изображений. У пациентов с меланомой (9) и плоскоклеточным раком кожи нижних конечностей (15) производился поиск и маркировка перфорантных сосудов для осуществления пластики островковыми кожно-фасциальными лоскутами. УЗИ выполнялись линейными датчиками (5-17 МГц) на сканере «IU 22 PHILIPS» в режимах ЦДК, ЭДК. Больных РМЖ было 92; меланомой кожи 87; плоскоклеточным раком кожи нижних конечностей 15. УЗИ позволили определить, что акустическая характеристика геля после маммопластики и лучевой терапии у 95% больных при РМЖ без признаков деструкции. У пациентов с меланомой кожи УЗИ на дооперационном этапе выявило глубину инвазии по Breslow с точностью 90%. Многоплановый дизайн трехмерных реконструкций позволил произвести виртуальное компьютерное индивидуализированное хирургическое моделирование операций при меланоме у 15 больных. Под ультразвуковым контролем была выполнена паратуморальная аутоплазмохимиотерапия 68 больным с меланомой кожи. У больных с меланомой и плоскоклеточным раком кожи нижних конечностей по результатам доплерографии было установлено преимущество пластики кожным лоскутом на перфорантных сосудах, повышающий радикальность лечения, безрецидивный период, а так же удовлетворительные эстетические результаты в 92,9% случаев по сравнению с другими способами (67,7%). Полученная при использовании данных ультразвуковых технологий информация играла решающую роль в выборе тактики хирургического вмешательства и его объема, а так же в мониторинге.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ

*Письменный В.И., Архипов В.Д., Письменный И.В.
Самарский ГМУ, Самара
Самарский ОКОД, Самара*

Сложившаяся ситуация в практическом здравоохранении в диагностике опухолей в обозримом времени ничего существенного не произойдет, а значит для улучшения результатов необходимо сконцентрировать исследования на специальных методах лечения распространенных опухолей и реабилитации этой группы больных. Особый интерес и сложность на всех этапах лечения представляют больные, которым возможности консервативного лечения исчерпаны, а очаг первичной опухоли не ликвидирован. Получить радикальное излечение консервативными методами при опухолевых процессах соответствующие символу Т3-4 практически невозможно. Сейчас мы стоим на сложном пути выбора, какова же тактика дальнейшего лечения и вероятно ничего не остается, как выбрать хирургический метод. Решение столь сложных задач, поставленных перед врачами при планировании хирургического этапа, направленных на удаление

опухолевого очага и максимально восстановить утраченные функции органа, сохранив удовлетворительное качество жизни, не ухудшая принципов онкологической надежности. Основная составляющая хирургического вмешательства, это реконструктивный этап, где заложена предполагаемая возможность максимально сконструировать и восстановить удаленный орган, таким образом сделать первый шаг для первичного заживления и повышения качества жизни пациента. В сложной анатомической локализации, минимально нарушив объем и форму структур подвергшихся оперативному вмешательству, без их восстановления или максимальной минимизации потери органа за счет реконструкции, только тогда, можно говорить об адекватном лечении, комплексной реабилитации и качестве жизни пациентов. Проведенный анализ 426 истории болезни, больных с применением реконструктивно-восстановительных операций, восстанавливающих объем и форму полости рта и ротоглотки, непосредственно связанных с ранними послеоперационными осложнениями и возможностями реабилитации больных. Анализ сложных анатомо-топографических особенностей полости рта и ротоглотки привел к необходимости восстановить форму и объем утраченных структур, с применением различных аутотрансплантатов. Предпочтение для доступа к первичному очагу отдано для боковой фаринготомии, без использования каких либо мандибулотомий и рассечений губы. Использование артериализированных кожно-мышечных лоскутов на передних мышцах шеи при замещении сложных дефектов дистальных отделов полости рта, языка и ротоглотки позволяет получить хороший функциональный результат с отсутствием деформаций шеи и лица, раннее восстановление приема пищи, речевой и дыхательных функций. Реконструкция органов полости рта, языка и ротоглотки, создает благоприятные условия для медицинской, трудовой, социальной реабилитации сложной группы больных с опухолями орофарингеальной зоны, позволяет провести противоопухолевое лечение и вернуть больного в общество с высоким качеством жизни.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

*Письменный В.И., Осокин О.В., Письменный И.В.
Самарский ООД, Самара*

Злокачественные опухоли гортани и гортаноглотки в течении последнего десятилетия имеют тенденцию к стабилизации, но результаты ранней диагностики не имеют тенденции к уменьшению распространенных опухолевых процессов. В 65-80% диагностируется 3 и 4 стадиях злокачественного заболевания. Метод лечения злокачественных опухолей гортани при распространенных опухолевых процессах комбинированный и на первом или втором этапе дополняется операцией. При рецидивных опухолях т.е. стадиях соответствующих символу, Т 3-4 основной операцией является ларингэктомия. Удаление значимого органа как гортань приводит к глубокой инвалидизации больного, лишает его социальной адаптации в обществе, приводит к необходимости смены трудовой деятельности а порой и невозможности трудиться на прежнем месте. Большие сложности у данной группы больных складываются в отношениях на работе, быту, дома. Изучить качество жизни больных после ларингэктомии. Выяснить возможности пищевого, голосообразующей функции вновь сформированной глотки после удаления гортани возможности социальной трудовой адаптации. В исследование были включены больные с распространенным раком гортани или рецидивной опухолью, которым выполнено удаление гортани. Ларингэктомия выполнена по поводу злокачественных опухолей у пациентов в возрасте от 39 до 76 лет. В исследование вошли 672 человека из них 665 мужчин и 7 женщин. Ларингэктомия выполнена 59 больным, расширенная ларингэктомия произведена у 51 пациента, расширенно-комбинированная экстирпация гортани сделана у 28 человек. После удаления гортани происходит тяжелая психоэмоциональная травма обусловленная нарушением и потерей голосовой функций, нарушением дыхательной функции при потере естественных путей дыхания, зондовое питание в раннем послеоперационном периоде, эстетические недостатки. Возникший социальный барьер, социальная блокировка пациента тяжело переносится и приводит к глубоким переживаниям и крайне сложной адаптации в семье обществе и ранее выполняемой работе. Отсутствие речи не позволяет адекватно находиться в обществе, что сказывается на качестве общения, смена трудовой деятельности или невозможность ее выполнения. Вынужденно ведут к блокированию социальному дискомфорту. Наличие постоянной трахеоканюли, отделение слизи и слюны ведет к невозможности находиться за общим столом, принимать пищу только через зонд введенный назогастральным путем. Самый тяжелый послеоперационный период приходится на 12-14 дней и требует наиболее полного контакта с пациентом и воздействия на него многофакторным- хирург, терапевт, медицинская сестра, фониатр, психолог. Только при полном окружении ларингэктомизированного пациента заботой и вниманием, применение современного подхода в хирургических приемах при удалении пораженного органа дает планируемые результаты лечения и возвращает пациента в общество, на работу, в семью. Применение современных подходов к операции удаление гортани, многодисциплинарное воздействие на пациента в раннем послеоперационном периоде не оставляет шансов для получения еще одного ларингэктомизированного инвалида. Только такой подход необходим при работе с больными при диагностированном раке гортани.

УПРАВЛЯЕМАЯ ИШЕМИЯ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

*Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В., Франциянц Е.М.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Общеизвестно, что хирургическое удаление первичного очага меланомы кожи зачастую провоцирует раннюю прогрессию заболевания в виде быстрого последующего роста транзитных, региональных или отдаленных метастазов. Это связано с исчезновением доминирующего влияния первичной опухоли. Механизмы «общения» первичной опухоли с метастазами до сих пор не раскрыты. Естественная гибель клетки происходит двумя путями: физиологический (программируемый) – апоптоз и патологический (внезапный) – некроз. Пути стимулирования апоптоза в опухолевых клетках общеизвестны, но пока не принесли клинически значимых результатов. Целью данной работы является изучение искусственного, прогрессивно нарастающего некроза опухоли *in vivo*. Основная идея работы состоит в постепенном наращивании степени ишемии в ткани опухоли с последующим исходом в некроз. Данный механизм позволяет плавно устранить доминирующее (сдерживающее) влияние опухоли без возбуждения потенциально существующих транзитных, региональных и отдаленных метастазов. 13 последовательных больных меланомой кожи туловища от pT1a NoMo до pT3b N2cMx. Реализация метода: вокруг меланомы в общепринятых границах формировали лепестковый кожно-фасциальный лоскут с дермальной питающей ножкой. Под лоскут размещали стерильную полиэтиленовую пленку для предотвращения контактного метастазирования, затем лоскут ортотопически вшивали узловыми швами. В течение 14 суток путем неоднократного дозированного рассечения питающей ножки индуцировали постепенно нарастающую ишемию лоскута с исходом в некроз. Через 2 недели осуществляли удаление некротизированного лоскута и закрытие дефекта одним из существующих способов пластики. Из 13 последовательных больных у 12 человек бессобытийный период превысил 14 месяцев. Ни в одном случае не было зарегистрировано прогрессирования заболевания. Выявлены некоторые гуморальные факторы, сдерживающие, по нашему мнению, развитие метастатических опухолей меланомы кожи. Растянутая во времени, постепенная элиминация «материнской» опухоли создает предпосылки для сохранения метастатических очагов в латентном состоянии, и вероятно, стимулирования их спонтанной регрессии.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Пустовая И.В., Жеребятьев А.П.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Проблема медицинской реабилитации онкологических больных с приобретенными деформациями и дефектами опорных тканей лица не потеряла своей актуальности. В последние годы разрабатываются микрохирургические пластические и реконструктивные операции, совершенствуются методики ортопедического лечения. Ортопедический метод у онкологических больных получил более широкое распространение, так как позволяет в более короткие сроки устранить дефекты тканей челюстно-лицевой области и восстановить нарушенные функции. Целью работы явилось улучшение качества жизни пациентов, перенесших расширенные онкологические операции челюстно-лицевой области. В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ, применяется этапная методика устранения послеоперационных дефектов. Методика состоит из следующих этапов: снятие маски, изготовление гипсовой модели, скульптурное моделирование эктопротеза из воска, подбор и установка глазного протеза (при протезировании глазницы), окрашивание силиконовой массы, изготовление эктопротеза, воспроизведение бровей, ресниц, индивидуальное доокрашивание протеза. Индивидуальные лицевые протезы изготовлены 20 больным. У 8 — эктопротезы наружного носа, у 12 - эктопротезы щечно-скуло-глазничной области. Для изготовления протезов применяется отечественный биосовместимый материал “Эктосил”. У 65 больных, перенесших резекцию верхней челюсти, изготовлены съёмные протезы с obturatorом на различных опорно-удерживающих элементах (кламмера, аттачмены, телескопические коронки). У 2 пациентов изготовлен комбинированный протез – съёмный протез верхней челюсти с obturatorом и протез носа, с фиксацией на магнитах. Результаты челюстно-лицевого протезирования оценивались в соответствии с эстетическими требованиями пациента (соответствие цвета протеза цвету кожи, стабильность протеза и др.) и качеством его жизни по шкале Карновского (70 баллов в основной группе и 40 – в контрольной). У пациентов исследуемой группы происходило увеличение физической активности и жизнеспособности при одновременном уменьшении роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности). Таким образом, ортопедическое лечение у онкологических больных, направленное на максимальное восстановление нарушенных функций полости рта и внешнего облика, повышает социальную адаптацию и качество жизни пациентов.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ БАССЕЙНА НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ

*Решетов И.В., Кравцов С.А., Васильев В.Н.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Показатели заболеваемости онкологическими заболеваниями различной локализации неуклонно растут из года в год. Но несмотря на общую информированность врачей и пациентов о онкологических заболеваниях, онкологическая настороженность в России еще на очень низком уровне. Большая часть пациентов обращается в специализированные онкологические учреждения уже на III и IV стадиях опухолевого процесса. Хотя лучевая и химиотерапия с каждым днем набирают обороты, как самостоятельные методы лечения опухолей той или иной локализации, то при лечении III и IV стадий злокачественных опухолей вышеперечисленных локализаций данные методы лечения могут быть использованы, в большинстве случаев, только в качестве комбинированного метода лечения с хирургическим компонентом. Учитывая важнейшую зону лица и шеи, как в физиологическом, так и в косметическом аспекте жизни человек, все чаще и чаще лечение злокачественных опухолей приходится начинать с химиотерапии, лучевой терапии или их сочетания – химиолучевой терапии, стараясь хоть как-то минимизировать объем дефекта тканей уносящихся во время операции или хотя бы при распространенных процессах перевести опухоль в резектабельный вид. Местно-распространенные опухоли, а зачастую и метастатические поражения лимфоузлов шеи являются показанием к выполнению расширенных операций, которые нередко приводят к удалению или резекции важнейших анатомических и физиологических структур лица и шеи с формированием трахеостом, фарингостом, эзофагостом, ларингостом и гастростом. Такие операции наносят непоправимых психологический удар по пациенту и его родственникам, выключая их на долгое время из социальной среды. С появлением и дальнейшим бурным развитием микрохирургии, хирурги обладающие данными методиками все чаще задумываются как возможно закрыть дефекты после операций и вернуть человека в социальную среду. Существует довольно большое количество аутотрансплантатов которые разработаны и используются для закрытия обширных послеоперационных дефектов, однако, не всегда для закрытия дефектов при индивидуальном подходе возможно использовать аутотрансплантат из имеющихся в арсенале реконструктивно-пластических хирургов, что заставляет проводить поиски для изыскания новых аутотрансплантатов. Целью исследования является исследование бассейна нижней и верхней эпигастральных артерий для определения кровоснабжения прямой и косой мышцы живота, париетальной брюшины и апоневрозов прямой и косой мышц живота. На 17 трупах были забраны комплексы тканей на верхних и нижних эпигастральных артериях и венах. Нижние эпигастральные артерии были отсечены на уровне 1 см выше ответвлений от наружных подвздошных артерий, вены – на уровне 1 см до вхождения в наружную подвздошную вену. Верхние эпигастральные артерии были отсечены на уровне 1 см выше ответвления от внутренней грудной артерии, вены – на уровне 1 см от вхождения в воротную вену. После забора комплекса тканей сосудистая сеть была промыта антикоагулянтным раствором для удаления возможных тромбов в русле. При помощи окрашивающих растворов на 5 комплексах тканей были проведены исследования по контрастированию сосудистого русла. При этом выявлено, что нижняя эпигастральная артерия своими ветками питает: прямую мышцу живота, апоневроз прямой мышцы живота, апоневроз косой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину на стороне расположения на нижние 2/3 площади. Кроме того, давая ветки, проходящие через всю толщу прямой мышцы живота и ее апоневроз в толще подкожно-жировой клетчатки они разветвляются и кровоснабжают кожу передней брюшной стенки. Верхняя же эпигастральная артерия питает прямую мышцу живота, апоневроз прямой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину на стороне расположения на верхнюю 1/3 площади и так же питает часть кожи передней брюшной стенки. В 3 случаях полнослойный лоскут был выделен на верхнем эпигастральном сосудистом пучке, однако при выделении трансплантата было выявлено что он имеет короткую питающую ножку, а для удлинения питающей ножки необходимо рассекать хрящевые части ребер. В 9 случаях забор трансплантата производилось на нижних эпигастральных сосудах. Данные исследований с контрастированием позволили сделать выводы: 1. Длина питающей ножки состоящей из нижних эпигастральных артерии и вены может достигать до 13 см. 2. Питающая ножка кровоснабжает кожу прямую мышцу живота, апоневроз прямой мышцы живота, апоневроз косой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину на стороне расположения на нижние 2/3 площади что позволяет забирать довольно обширные комплексы тканей. Тем самым в ходе исследования выявлена возможность забора кожно-мышечно-серозного лоскута как самостоятельного аутотрансплантата.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Решетов И.В., Кравцов С.А., Поляков А.П., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ратушный М.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель: улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов после радикального удаления местно-распространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны с резекцией лицевого скелета. Материалы и методы. Предложен метод реконструкции челюстно-лицевой зоны после радикального удаления злокачественных опухолей с использованием метода аутоотрансплантации морфофункционально однородных тканей. Накоплен опыт лечения 244 пациентов. Первичные опухоли были у 104 (43%) пациентов. III-я стадия опухолевого процесса установлена в 35,0% и IV-я в 60,0% случаев, рецидивные опухоли у 113 (46,2%). По поводу сформированных ранее послеоперационных дефектов оперировано 9,8% больных. 187 (76,8%) пациентов имели эпителиальные опухоли, из них с символом Т3 - 38,7% и Т4 - 58,1%. Резекция основания черепа произведена в 34 (14%) наблюдениях. Для устранения орофациальных, краниоорофациальных, ороорбитофациальных и изолированных дефектов нижней челюсти использовано 288 аутоотрансплантатов: висцеральных: 50 желудочно-сальниковых, 14 толстокишечно-сальниковых, 37 сальниковых; кожно-мышечно-костных: – 11 лучевых, 15 подвздошных, 12 малоберцовых, 99 реберно-мышечных, 3 лопаточных, 23 различных кожно-мышечных лоскутов и 24 кожно-фасциальных лучевых. Висцеральные лоскуты использованы для устранения дефектов тканей дна полости рта, ротоглотки и щеки, кожно-мышечно-реберные – для ороорбитофациальных и орофациальных дефектов, малоберцовый лоскут – для изолированных дефектов нижней челюсти, подвздошный аутоотрансплантат – для тотальных дефектов твердого неба, лучевой – для небольших дефектов дна полости рта, щеки и преддверия рта и костно-кожный лучевой для реконструкции альвеолярных отростков. Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 61 (25%) больных. Летальность составила (2,8%). Тотальный некроз лоскута отмечен у 12 (5,1%) пациентов. Некроз лоскута в группе костных аутоотрансплантатов отмечен в 5,7% наблюдений. Пластика успешно завершена у 98,4% больных. Реабилитация достигнута в 88,6% наблюдений. Вернулись к труду 32% пациентов. Выводы. Использование морфофункциональных аутоотканей и индивидуализация выбора аутоотрансплантата в зависимости от типа дефекта позволяет достичь высокий процент функциональной реабилитации больных в сочетании с социальной и трудовой реабилитацией. Микрохирургическая реконструкция краниофациальных дефектов при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны позволяет решить основные проблемы пластического закрытия обширных сочетанных дефектов челюстно-лицевой зоны после радикального хирургического лечения местно-распространенных опухолей.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ МЕТОДОМ УПРАВЛЯЕМОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА

*Решетов И.В., Поляков А.П., Антонова Л.Е.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения новообразований кожи и реконструкции покровных тканей путем усовершенствования метода управляемой тканевой дермотензии. Материал и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена проведено лечение местно-распространенного базально-клеточного и плоскоклеточного рака новообразований кожи у 3-х пациентов с использованием метода управляемой тканевой дермотензии в комбинации с введением препарата «Лантокс» (ботулинического токсина типа А). Использовались тканевые экспандеры «Eurosilicone» объемом от 250 до 500сс. Контрольную группы составили 15 пациентов, которым тканевая дермотензия проводилась без применения ботулотоксина. Метод заключается в том, перед имплантацией тканевого экспандера в зону его установки по всей площади предполагаемой дермотензии внутрикожно вводили ботулинический токсин «Лантокс». Вводимая доза составляла 2,5-3,3 Ед на точку введения, интервал между точками введения — 1,5-2 см, а общая вводимая доза - 50-100 Ед. Через 10 минут после введения БТА устанавливался экспандер, после чего через 7 суток начинался процесс заполнения его физиологическим раствором. Оценивались время растяжения тканей, болевые ощущения, состояние сформированного впоследствии кожно-фасциального лоскута и осложнения связанные с нарушением микроциркуляции в зоне имплантации. Результаты. Все экспандеры находились в состоянии избыточного наполнения, среднее время растяжения - 7 недель. В группе пациентов пролеченных с БТА болей в зоне дермотензии не отмечалось. В контрольной группе у 9 (60%) пациентов процесс сопровождался выраженными болевыми ощущениями. Растянутый участок кожи лба при использовании БТА был тоньше по сравнению с таковым у контрольной группы, отмечено сокращение сроков дермотензии в среднем на 2 недели. Осложнений не отмечено. В контрольной группе у 2 (13%) больных развились осложнения в виде протрузии экспандера. Вывод. Комбинация метода управляемой тканевой дермотензии с БТА («Лантокс») снижает сопротивление тканей, укорачивает время растяжения и нивелирует болевой синдром, при этом улучшается качество пластического материала.

ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

*Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Васильев В.Н.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Заболеваемость злокачественными опухолями различных локализаций с каждым годом возрастает. Подавляющая часть больных обращаются в специализированные учреждения уже на III – IV стадиях опухолевого процесса, когда самостоятельное радикальное хирургическое лечение становится невозможным. В таких случаях, для попытки уменьшения распространенности злокачественного новообразования, на первом этапе лечения применяют лучевую или химиотерапию. Как показывают результаты различных исследований повреждающий ткани фактор наиболее неблагоприятен для оперативного лечения через 6 месяцев и далее после химиолучевого лечения с радикальными дозами излучения и наименее после лучевого воздействия в течении месяца после него. После проведенного ранее химио- или лучевого лечения – хирургическое лечение должно проводится из расчета уже имеющихся нарушений тканевых процессов восстановления. При одинаковых объемах операций после предоперационного воздействия, зачастую, с целью профилактики послеоперационных осложнений приходится выполнять первичную пластику. Существует довольно большое количество пластических материалов, в том числе и аутоотрансплантатов. Однако, наличие противопоказаний для забора того или иного вида лоскута в индивидуальном случае заставляет искать варианты пластики. С этой целью нами были проведены анатомические исследования на трупах, в ходе которых выявлена возможность забора и пересадки нового серозно-мышечного аутоотрансплантата из волокон прямой мышцы живота на нижних эпигастральных сосудах. После ответвления нижней эпигастральной артерии от подвздошной артерии, она входит во влагалище прямой мышцы живота и проходит через прямую мышцу живота по внутренней ее порции, отдавая коллатерали перпендикулярно на париетальную брюшину и через мышцу и апоневроз к коже. Обратный венозный ток происходит по той же схеме. Серозный компонент лоскута, представленный париетальной брюшиной, обладает активными регенерационными способностями, проявляющимися в активной фазе воспаления и фиброзировании в ответ на воздействие. Особенно важными эти свойства оказываются там, где присутствует агрессивные среды препятствующие заживлению, такие как слюна или предыдущее химио- или лучевое воздействие. Мышечный компонент восполняет дефект мягких тканей. Разработан новый вид аутоотрансплантата, который исследован и применен в клинической практике. Аутоотрансплантат был применен в клинической практике у двоих больных. В первом случае с целью укрытия резецированной нижней челюсти от агрессивного воздействия слюны и воспаления мягких тканей подбородочной области. Больной получил ЛТ СОД 70Гр на область операции в сроки более чем 1 год. Второй больной аутоотрансплантат был пересажен с целью дополнительного укрытия линии швов после закрытия эзофагостомы. Больной неоднократно проводилась ЛТ радиоактивным йодом и дистанционная лучевая терапия на область шеи СОД 40Гр в сроки более года от операции. У обоих больных послеоперационный период протекал гладко. Донорская и реципиентная раны зажили первичным натяжением. Питание через рот начато на 12 и 14-ые сутки соответственно. Время наблюдения за больными более полугода. Больные полностью реабилитированы в социальной среде и функционально, прибавили в весе.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП К ВИСЦЕРАЛЬНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Ратушный М.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Актуальность. Одним из перспективных направлений современной онкологии является малоинвазивная диагностика и хирургия. В МНИОИ им. П.А.Герцена разработана методика малоинвазивного абдоминального доступа для формирования висцеральных аутоотрансплантатов у онкологических больных. Методы. Накоплен клинический опыт лечения 44 пациентов в возрасте от 16 до 55 лет, 17 мужчин и 26 женщин со злокачественными местно-распространенными опухолями краниофациальной (24) и орофарингеальной локализацией (20). У 14 больных были опухоли кожи волосистой части головы, рак верхней челюсти у 5 больных, опухоль клеток решетчатого лабиринта - 5, рак слизистой оболочки дна полости рта – 4, рак языка – 5, рак ротоглотки – 3, рак гортаноглотки – 2, саркома мягких тканей лица – 1, саркома нижней челюсти -1, рак околоушной слюнной железы – 4. Для пластического закрытия обширных дефектов после резекционного этапа операции использовали органы брюшной полости. В качестве доступа избрали циркулярный параумбиликальный разрез, позволяющий обеспечить адекватный доступ в брюшную полость с минимальной внешней травмой передней брюшной стенки. При помощи видеоассистированной техники (видеоэндоскопическая стойка) рассекали апоневроз по средней линии. Донорские органы (сальник, большая кривизна желудка, поперечная-ободочная кишка) выводились через минилапаротомное отверстие

на переднюю брюшную стенку, после чего выделяли сосудистую ножку лоскута (правые желудочно-сальниковые сосуды, средние ободочные сосуды) и формировали висцеральный аутотрансплантат. После формирования и отсечения трансплантата органические анастомозы формировались экстракорпорально. После ревизии органов брюшной полости у 2 пациентов была выполнена стандартная верхнесрединная лапаротомия. Поводом для расширения хирургического доступа послужил выраженный спаечный процесс при попытке формирования 1 желудочно-сальникового и 1 толстокишечно-сальникового аутотрансплантатов и ожирение при формировании одного сальникового лоскута. План операции в этих случаях также был реализован – трансплантаты были сформированы и пересажены на реципиентные раны. Результаты. В 41 наблюдении удалось завершить операцию из минимального доступа (у 4 из них ранее были абдоминальные вмешательства). Было сформировано и подготовлено к аутотрансплантации 23 сальниковых лоскутов, 4 желудочно-сальниковых лоскута и 14 толстокишечно-сальниковых лоскутов. Интра- и послеоперационных осложнений со стороны органов брюшной полости не было. В результате проведенных клинико-морфологических сопоставлений мы не обнаружили достоверных признаков структурно-функциональной перестройки слизистой оболочки желудочного и толстокишечного фрагментов после их пересадки в полость рта или глотки в сроки до 1 года. Заключение. Использование малоинвазивных технологий при формировании висцеральных аутотрансплантатов для реконструкции органов головы и шеи позволяет значительно уменьшить операционную травму и сократить срок лечения. Показания к этому доступу является ослабленный онкологический больной или молодая женщина не желающая иметь дополнительный рубец в донорской области.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫХ ГИДРОКСИАПАТИТОВ В ОНКОЛОГИИ

*Решетов И.В., Филюшин М.М., Батухтина Е.В., Ратушный М.В., Севрюков Ф.Е.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Для реконструкции тканевых дефектов, образующихся после обширных хирургических вмешательств в настоящее время используются различные методы алло- и аутотрансплантации, а так же осуществляется поиск и разработка новых биосовместимых материалов для восстановления дефектов. Среди множества био материалов перспективными являются пористые керамические материалы на основе фосфатов кальция, в связи с их близостью по составу с внеклеточным веществом кости. Глицерофосфат кальция, входящий в состав биокерамики, является индуктором остеогенной дифференцировки для мезенхимальных стволовых клеток, а пористость обеспечивает развитую поверхность и эффективную неоваскуляризацию. В МНИОИ им.П.А.Герцена в экспериментах *in vitro* на модели фибробластов человека, был осуществлен скрининг ряда образцов биокерамики, синтезированной в ИПК РАН. Были отобраны наиболее неактивные образцы, отвечающие современным требованиям, предъявляемым к биоматериалам: отсутствие цитотоксичности, наличие выраженных адгезивных свойств, развитая поверхность. В экспериментах *in vivo*, на модели подкожной трансплантации мышам линии BDF1, установлено, что на всех сроках наблюдения как макро-, так и микропризнаков отторжения трансплантатов ГАП и реакции воспаления вокруг них не наблюдается, что свидетельствует о их биосовместимости. Полученные в экспериментах результаты позволили перейти к клиническим испытаниям пористой керамической биокерамики, с целью ее использования для возмещения дефектов костей у онкологических больных. Испытания керамических гранул на основе фосфата кальция, производства ИМЕТ РАН, были проведены на базе отделения микрохирургии ФГУ МНИОИ им.П.А.Герцена на 20 пациентах, находящихся в стационаре на разных этапах специального противоопухолевого лечения. Послеоперационный период оценивали: по клиническому течению раневого процесса (наличию отека и гиперемии слизистой оболочки в области хирургического вмешательства, состоятельности швов, общей температурной реакции организма), клинико-лабораторными показателями (общий анализ крови, биохимический анализ крови), рентгенологически (рентгенография и КТ-картина состояния области пластики костного дефекта и окружающих тканей). Во всех 20 случаях отмечено заживление операционной раны первичным натяжением; швы сняты на 10-14 сутки. Контрольный осмотр и рентгенологический контроль осуществляли через 1- 2 мес. Медицинские испытания керамических гранул на основании фосфата кальция производства ИМЕТ РАН показали целесообразность их использования в онкологии для восстановления костных дефектов при хирургических вмешательствах. Материал удобен и прост в применении, обеспечивает адекватное заполнение костных дефектов. Аллергических и местно воспалительных реакций при использовании керамических гранул на основе фосфата кальция не отмечено.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ФАРИНГОПЛАСТИКА С ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ

*Решетов И.В., Чиссов В.И., Ольшанский В.О., Кравцов С.А., Ратушный М.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Введение. Одним из перспективных направлений современной онкологии является необходимость выполнения реконструктивно-пластических вмешательств на этапах комбинированного и/или комплексного

лечения больных со злокачественными опухолями. Благодаря этому, значительно сокращаются сроки и качество реабилитации пациентов, а также, снижается уровень инвалидизации оперированных больных. Материалы и методы. Девять пациентов со злокачественными опухолями гортаноглотки в возрасте от 40 до 55 лет были оперированы в Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А.Герцена. Преобладал плоскоклеточный рак. В группе с первичными опухолями (6 больных) распространенность соответствовала индексу T4 у 5 больных, T2 - в 1-м наблюдении, N1- у 2 больных. Во всех наблюдениях был сформирован обширный функциональный и косметический дефект верхних пищеварительных и дыхательных путей. Для устранения дефектов слизистой оболочки глотки была выполнена аутотрансплантация микрохирургических лоскутов: желудочно-сальникового (3), толстокишечно-сальникового (5) и лучевого лоскута (1). У 7 больных одновременно с микрохирургической фарингопластикой было выполнено трахеопищеводное шунтирование с установкой голосового протеза. Отсроченная установка голосового протеза была выполнена у 1 больного. Результаты. Некрозов лоскутов не отмечено. Высокое качество пластического материала способствовало полному самостоятельному заживлению слюнного свища у 2 пациентов. Питание через рот было восстановлено во всех наблюдениях. Все пациенты были деканулированы в течение 3 недель после операции. В 7 наблюдениях голосовая функция была восстановлена после установки голосового протеза. Один пациент умер в раннем послеоперационном периоде в следствии аррозивного кровотечения из сосудов средостения. Заключение. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей при фарингопластике способствует не только восстановлению пищевода функции, но и позволяет добиться удовлетворительных результатов при реабилитации голосовой функции.

ПЛАСТИКА ФАРИНГОСТОМ

*Светицкий П.В., Кацяя Э.Т.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Проблема, связанная с пластикой фарингостом, возникшая одновременно с началом проведения операций на гортани и глотке, остается актуальной до настоящего времени. Наиболее простыми являются способы закрытия стом местными тканями, которые, казалось бы, при всей своей типичности, не похожи одна на другую и имеют много особенностей. Проведенная лучевая терапия у этих больных, как правило, осложняет послеоперационное заживление. Главные сложности возникают при наличии волос на шее. Целью исследования явилась попытка улучшения результатов лечения больных с фаингостомами и разработка эффективной их пластики. В разработанной нами методике мы формируем три слоя для создания передней стенки глотки: два кожных и один – внутренний из слизистой. Средний слой представлен частично деэпидермизированной кожей, а наружный слой – мобилизованной кожей шеи. Особое внимание уделяется среднему слою. Это участки эпилированной кожи шеи, которые возникают после облучения и постоянного соприкосновения кожи с истекающим из стомы содержимым. Из этой эпилированной кожи мы выкраиваем лоскут на ножке, который частично деэпидермируем в идее горизонтальных полосок, обеспечивающих его приживление. Лоскут укладываем раневой поверхностью на шов слизистой и фиксируем к ее основанию. Это позволяет значительно сузить просвет стомы и облегчает мобилизацию и ушивание наружного – кожного слоя. По предложенной методике прооперировано 16 больных. У 14 больных заживление произошло первичным натяжением. В 2 случаях наступило рестомирование, потребовавшее повторных операций, прошедших благополучно. Во всех случаях восстановились естественное глотание и разборчивая речь. Таким образом, разработанный способ пластики фарингостом с формированием 3-х тканевых слоев из местных тканей, можно использовать для восстановления дефекта передней стенки глотки.

ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОНКОХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЗОНЫ

*Чиссов В.И.¹, Панченко В.В.², Решетов И.В.¹, Седых С.А.¹, Евсеев А.В.², Поляков А.П.¹, Петров А.Н.¹,
Филюшин М.М.¹
1. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва
2. ИПЛИТ, Москва*

Цель: улучшение результатов реконструктивно-пластических операций в онкологии с помощью комплекса методов планирования. Материалы и методы. В отделении микрохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена в период с 2001г. по 2009г. проведено лечение 93 пациентов со злокачественными новообразованиями и 25 больных с посттравматическими дефектами лицевого скелета, у которых для планирования различных этапов хирургического вмешательства использовано 171 стереолитографических моделей, а также применены методы компьютерного послойного наложения изображения и КТ - виртуального планирования. Задачи, решаемые с помощью индивидуальной стереолитографической модели можно разделить на три группы: планирование резекционного этапа у пациента со злокачественной опухолью, планирование реконструктивной операции для устранения ранее сформированного дефекта, оценка необходимости коррекции костного аутотрансплантата после

реконструктивной операции и проведения повторных корригирующих операции. Планирование резекционного этапа с использованием модели позволяет уточнить распространенность опухолевого процесса, заинтересованность смежных анатомических структур, лучше оценить и наглядно спланировать резекционный этап в плане радикальности и последующей реконструкции. С этой целью метод стереолитографии использован у 31 пациента, данная технология успешно включает в себя дополнительное проведение КТ - виртуального планирования. При планировании реконструктивной операции для устранения ранее сформированного дефекта использовано 83 стереолитографических моделей. Для точности математического расчета параметров костных аутотрансплантатов в комплекс планирования включается метод компьютерного послойного наложения изображения. Для оценки необходимости коррекции сложносоставного аутотрансплантата после реконструктивной операции и проведения корригирующих операции использовано 57 стереолитографических модели.

Результаты. Применение лазерного стереолитографического моделирования в комплексе с методами компьютерного послойного наложения изображения и КТ - виртуального планирования при хирургическом лечении пациентов с местно-распространенными злокачественными опухолями позволило успешно завершить реконструктивные операции у 98% пациентов. Функционально реабилитированы 88% больных. Удовлетворены косметическим результатом 93%. Выводы. Применение лазерных информационных технологий в онкохирургии позволяет существенно улучшить результаты хирургического лечения, за счет повышения качества выполнения реконструктивно-пластических операций и значительно расширяет возможности функциональной и социальной реабилитации онкологических больных.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАПЕЦИЕВИДНОГО КОЖНО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА

*Шинкарев С.А., Козловская Е.В., Подольский В.Н.
Липецкий ООД, Липецк*

Злокачественные опухоли кожи — одно из самых распространенных онкологических заболеваний в мире. В результате расширенных и комбинированных хирургических вмешательств возникают обширные раневые дефекты как покровных, так и опорных тканей. В ряде случаев нарушаются функции глотания, жевания, речи и дыхания. В связи с этим радикальное удаление самой опухоли — только один из этапов лечения. Другой и очень важной задачей является выполнение реконструктивно-восстановительных вмешательств. Хирургическое лечение местнораспространенных опухолей головы и шеи сопровождается обширными раневыми дефектами. Изучены возможности использования нижнего трапециевидного лоскута в восстановительной хирургии. Это кожно-мышечный лоскут с осевым кровотоком, тонкий, обедненный волосным покровом, расположенный вне обычных полей облучения головы и шеи, имеющий длинную питающую ножку. Нижний трапециевидный лоскут может быть сформирован на а. cervicalis superficialis, а. dorsalis scapulae, обеих артериях. С января 2005 г. по декабрь 2007 г. в Липецком областном онкологическом диспансере выполнены 27 реконструктивные операции с использованием нижнего трапециевидного лоскута. Площадь послеоперационного дефекта колебалась от 16 до 180 см². Среди представленных нозологий чаще всего встречался плоскоклеточный рак кожи (44,5%). Нижний трапециевидный лоскут был сформирован на а. cervicalis superficialis в 8 (29,6%) случаях, на а. dorsalis scapulae — в 4 (14,8%), на обеих артериях — в 15 (55,6%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (25,9%) пациентов. Нижний трапециевидный лоскут можно использовать при дефектах лица, шеи, волосистой части головы, плеча, передней грудной стенки, особенно после лучевой терапии.

Анестезиология и реанимация

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

*Астахова Н.Ф., Орлов М.А., Иванова О.В., Иванов В.М.
Астраханская ГМА, Астрахань*

Увеличение средней продолжительности жизни влечет за собой рост онкологических заболеваний у женщин старше 60 лет. Большинству из них показана хирургическая операция, которая нередко приводит к развитию легочных осложнений. С целью их профилактики нами использовался у 200 онкогинекологических больных пожилого и старческого возраста комплекс физических упражнений, который сочетали с вакуумтерапией аппаратом, разработанным автором. Больных были разделены на три группы: 1 - лечебную гимнастику сочетали с вакуумтерапией (100 человек); 2 - выполняли только лечебную гимнастику (50 человек); 3 - оперировали без подготовки (50 человек). Оказалось, что в 1 и во 2 группе больных показатели внешнего дыхания были почти одинаковые. При этом, в первой группе улучшалось общее состояние больных, которое заключалось в исчезновении или уменьшении неприятных ощущений в позвоночнике и увеличения активности больных. У больных 2 группы эти показатели несколько повышались. В наименее благоприятных условиях легочной вентиляции находились больные 3 группы: у них были менее глубокое и более частое дыхание, относительно низкие показатели резервов вентиляции, более укороченное время при пробах Штанге и Генча-Собразе. Застойные явления в легких, затруднения откашливания мокроты, связанные с наркозом и перенесенной операционной травмой, у больных 1 группы наблюдалось в 2% случаев; во 2 группе – в 4% случаев, а у больных 3 группы эти осложнения отмечались гораздо чаще – в 10% случаев. У больных 2 и 3 группы нормализация сна наступила на 2-3 дня позже, чем в 1 группе. Обострение хронического бронхита наблюдалось в 2,0% случаев в 1 группе и в 12,% случаев в 3 группе. Послеоперационные пневмонии в 1 группе были в 1,0% случаев, во 2 – в 4,0%, а в 3 группе значительно чаще – в 8,0% случаев. Таким образом, проведение ЛФК с вакуумтерапией способствует снижению послеоперационных легочных осложнений и улучшает течение раннего послеоперационного периода.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО ТРЕТЬЕЙ-ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Бардаков С.Н., Ковалев С.А., Жилин А.А., Шавандин А.А.
ВМА им. С.А. Кирова, Санкт-Петербург*

Изучали особенности реактивности системного кровообращения у больных раком легкого третьей-четвертой стадии заболевания. Обследовали больных раком легкого третьей-четвертой стадии заболевания (n=32) и практически здоровых лиц (n=48). Частоту сердечных сокращений (ЧСС), ударного (УИ) и сердечного (СИ) индексов регистрировали методом биполярной интегральной реографии тела. Для регистрации реограмм использовали реограф фирмы «Мицар» (Санкт-Петербург). После регистрации исходных величин ЧСС, УИ и СИ испытуемому предлагали сделать глубокий, нефорсированный (в течение 5-7 секунд) вдох и задержать дыхание на 20 секунд. В течение последних 5 секунд пробы с произвольным апноэ повторно регистрировали значения показателей системного кровообращения. В первые 10-20 секунд после возобновления дыхания вновь определяли величины показателей гемодинамики. Статистическую обработку полученных данных осуществляли применяя критерий Стьюдента для связанных совокупностей. В группе лиц без явной патологии значение ЧСС в течение пробы с произвольным апноэ достоверно снижалось от исходной величины до измеренной на последних пяти секундах пробы ($p < 0,04$), а после возобновления дыхания – возвращалась к значению, не отличавшемуся достоверно от исходного ($p > 0,9$). Обнаружен достоверный рост значений УИ и СИ ($p < 0,02$). Снижение величин этих показателей к 10–20-й секунде после апноэ достоверно не достигало уровня исходного значения ($p < 0,05$). Таким образом, реакцию кровообращения на задержку дыхания больных раком легкого характеризуют отсутствие изменений ЧСС, УИ и СИ при проведении пробы с произвольным апноэ. Физиологическая реакция кровообращения на задержку дыхания, у практически здоровых лиц, характеризовалась ростом УИ и СИ, ассоциированным со снижением ЧСС в течение пробы с апноэ, восстановлением значения показателя ЧСС до исходного уровня и персистированием роста УИ и СИ после возобновления дыхания. Злокачественный клеточный рост является фактором ареактивности системы кровообращения, устраняющим физиологическую реакцию роста ударного и сердечного индекса в ассоциации со снижением частоты сердечных сокращений из всего фенотипа реактивности кровообращения.

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОРАЗОВЫХ ЭЛАСТОМЕРНЫХ ПОМП ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ (ОПЫТ ПЕРВОГО ГОДА ШИРОКОГО ПРИМЕНЕНИЯ)

*Гаряев Р.В., Горобец Е.С., Шин А.Р.
РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

В хирургических отделениях различного профиля у 286 больных, прооперированных по поводу опухолей и доставленных из операционной (231 чел.) или ОРИТ (53 чел.), была проведена длительная эпидуральная анальгезия (ДЭА) с помощью одноразовых инфузионных эластомерных помп емкостью 300 мл. Использовали 0,2% ропивакаин с добавлением фентанила 2 мкг/мл и адреналина 2 мкг/мл, скорость инфузии регулировали от 4 до 10 мл/час с возможностью введения дополнительного болюса 2 мл и локаут-интервалом 15 мин. Характер вмешательств: операции на грудной клетке с торакотомией, все типы брюшнополостных операций и на органах малого таза, протезирование суставов нижних конечностей. Продолжительность ДЭА составила 24–154 ч. с расходом эпидуральной смеси 100–924 мл. При необходимости помпу заполняли повторно. Оптимальный уровень обезболивания (боль в покое не выше 3 баллов, динамическая не более 4 баллов из 10) в соответствии с критериями ESRА был достигнут у 173 больных (60%). 35% пациентов не получали никакого дополнительного обезболивания, в 10% случаев добавляли НПВП, в 36% наркотические препараты (трамал 200–300 мг/сут или промедол 20–40 мг/сут), в 19% – сочетание НПВП и опиоидов. Осложнения ДЭА: артериальная гипотензия – 3,8%, тошнота – 20%, рвота – 12%, односторонняя блокада – 3%, умеренная моторная блокада – 1,7%. Не было седации, брадикардии, значимой брадикардии, кожного зуда. Следует отметить, что в РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН в 2008 г. издан приказ директора, регламентирующий порядок проведения ДЭА с определением ответственности и подробной инструкцией, касающейся заполнения помпы, режимов инфузии, контроля боли, возможных осложнений, их профилактики и лечения. Применение одноразовых эластомерных инфузионных помп позволяет широко использовать продленную эпидуральную анальгезию в хирургических отделениях в течение любого необходимого срока послеоперационного обезболивания. Это дает возможность максимально реализовать все положительные свойства эпидуральной блокады и значительно уменьшить нагрузку на отделение реанимации. При соблюдении инструкции и должной организации ведения больного методика эффективна и безопасна. Есть основания считать, что по мере приобретения опыта персоналом хирургических отделений, эффективность применения ДЭА повысится.

ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

*Голубев С. И., Китаев А.В, Айрапетян А.Т., Вихрев С.В.
МЦ при Спецстрое РФ, Москва
ГКА им. Маймонида, Москва*

Цель исследования: оценить изменения терморегуляции при проведении длительных операций на органах брюшной полости в условиях общей анестезии. Клинический материал охватывает исследование, проведенное в ЦВГ Спецстроя России в 2007-2009 г.г. Всего пациентов – 32 в возрасте – 45-75 лет (средний возраст 60 лет), риск ASA – II-III. В процессе исследований мы изучали изменения температуры тела пациентов в динамике по ходу операции. Измерения Т тела проводились в 5 зонах: подмышечная впадина, носоглотка, дистальная треть пищевода, прямая кишка, свободная брюшная полость. Продолжительность оперативных вмешательств 2–5 часов. Все оперативные вмешательства осуществлялись из широкого срединного лапаротомного доступа в условиях многокомпонентного эндотрахеального наркоза. 12 пациентам (33,3%) многокомпонентный эндотрахеальный наркоз комбинировался с продленной эпидуральной анестезией. Всем пациентам проводилось интраоперационное согревание при помощи электроплёда. В операционной поддерживалась постоянная температура воздуха в пределах 23-24 гр С. ИВЛ проводилась аппаратами Blease-Focus. Адекватность анестезиологического пособия оценивалась по наличию периоперационных критических инцидентов: 1) нестабильность гемодинамики; 2) снижения сатурации; 3) эпизоды интраоперационного пробуждения; 4) послеоперационный озноб; 5) послеоперационные когнитивные расстройства. Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам: I – наличие 2-х и более вышеуказанных критериев - 14 человек (38,8%); II – отсутствие каких-либо критических периоперационных инцидентов 18 человек (61,2%). 12 пациентам (33,3%) многокомпонентный эндотрахеальный наркоз комбинировался с продленной эпидуральной анестезией. Температура тела измерялась трехкратно: в начале, середине и в конце операции. Проводя анализ изменений температуры тела пациентов, мы получили следующие результаты. В 1 группе динамика изменения температуры тела была следующей: Т в п/м впадине $36,1 \pm 0,3$, в носоглотке $35,4 \pm 0,4$. Во 2 группе: Т в п/м впадине $36,3 \pm 0,2$, в носоглотке $37,5 \pm 0,3$. В 1 группе были зафиксированы периоперационные критические инциденты имеется постоянная тенденция к значительному снижению Т тела, несмотря на

проводимые меры согревания. Во 2 группе (со спокойным периоперационным течением) - при измерении Т тела в подмышечной впадине отмечается достаточно ровная динамика температурных показателей с небольшой тенденцией к незначительному снижению. Небольшое повышение температуры в носоглотке свидетельствует об оптимизации микроциркуляции как вследствие адекватности анестезиологической защиты. Недостаточное угнетение ЦНС (поверхностный наркоз) и увеличение доз недеполяризующих миорелаксантов, неадекватное обезболивание, отсутствие нейро-вегетативной защиты из-за отказа от применения продленной перидуральной анестезии, приводят к выбросу биогенных аминов, как ответ на операционную травму, что вызывает спазм сосудов микроциркуляторного русла и нарушает физиологические компенсаторные механизмы терморегуляции. Вывод: Несоблюдение всех физических мер профилактики гипотермии и неадекватность проводимого анестезиологического пособия могут привести к значительному увеличению послеоперационных осложнений.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИКОМПОНЕНТНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА, В УСЛОВИЯХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЕВОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

*Гудаков П.Г., Кочергин Е.Ф., Бояринова О.В.
Краснодарский КОД, Краснодар*

Проведен анализ анестезиологических пособий у больных при оперативных вмешательствах на поверхности тела - операциях, выполняемых на молочной железе (радикальная мастэктомия, радикальная резекция молочной железы, секторальная резекция молочной железы), по поводу опухолей мягких тканей, операциях на наружных половых органах, эндоскопических операций на мочевом пузыре. Больные, которым оказывалось анестезиологическое пособие при вышеперечисленных оперативных вмешательствах в большинстве случаев имели выраженную сопутствующую патологию (гипертоническая болезнь, ИБС, ранее перенесенные ИМ, ОНМК, больные после перенесенных кардиологических операций- АКШ, протезирование клапанного аппарата сердца, с установленным электрокардиостимулятором, тяжелая форма сахарного диабета, сочетанная сопутствующая патология). Мы применяли следующие варианты поликомпонентной анестезии: 1. Седуксен (Реланиум, Релиум), Дроперидол, Фентанил и Кетамин; 2. Дормикум, Дроперидол, Фентанил и Кетамин; 3. Дормикум, Пропофол, Дроперидол, Фентанил и Кетамин; 4. Пропофол, Дроперидол, Фентанил и Кетамин; 5. Седуксен (Реланиум, Релиум), Дроперидол, Пропофол, Фентанил и Кетамин. Данная методика является наиболее щадящей при оперативных вмешательствах на поверхности тела, у больных с выраженной сопутствующей патологией. Анестезия сбалансирована и не вызывает выраженных гемодинамических сдвигов. Крайне редко отмечаются осложнения общей анестезии. Позволяет проводить анестезию с сохранением спонтанного дыхания. С экономической точки зрения менее затратная (по сравнению с ТВВА и ингаляционной анестезией).

КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОХИРУРГИИ

Домрачев С.А.¹, Сукач С.Е.², Чиников М.А.², Сукач И.Б.²

- 1. ФМБА, Москва*
- 2. ГКБ №1, Норильск*

Разработан и внедрен комплекс мероприятий, позволяющих выполнять комбинированные и расширенные операции у онкобольных, используя аутоплазму и аутокровь и отказаться от переливания компонентов донорской крови (КДК). Разработанная программа кровесбережения включает предоперационную заготовку аутоплазмы, коррекцию анемии (в ряде случаев с применением эритропоэтина), нутритивную поддержку, выполнение операции в условиях интраоперационной нормоволемической гемодилуции с эксфузией аутокрови и поэтапный возврат резервированных компонентов аутокрови. Эту программу мы применили у 116 больных, которых оперировали без применения КДК (группа 1) и сравнили с результатами операций у 98 больных (группа 2), которым переливали КДК для возмещения кровопотери. Указанные группы больных были сравнимы по полу, возрасту и нозологиям. Аутоплазму заготавливали методом дискретного гравитационного плазмафереза в предоперационном периоде у всех 116 больных в объеме от 600 до 1600 мл (в среднем 894 ± 342). Аутодонорский плазмаферез проводили не менее чем за 3 дня до операции. За один сеанс заготавливали от 250 до 900 мл аутоплазмы, при двукратном плазмаферезе от 1100 до 1600 мл. Интервал между процедурами составлял не менее 3 дней. У 15 больных первой группы с исходной анемией (Hb 80-110г/л) для ее коррекции использовали эритропоэтин (РчЭПО) и препараты железа. Нутритивную поддержку, которая включала энтеральное и парэнтеральное введение нутриентов, проводили у 88 больных. Острую нормоволемическую гемодилуцию, при исходном Hb не менее 110г/л, с эксфузией цельной аутокрови (от 250 до 1100 мл, в среднем 627 ± 212) выполнили перед кожным разрезом у 97 больных. Показанием к выполнению острой нормоволемической гемодилуции считали предполагаемую кровопотерю более 750 мл (>15% ОЦК), а у больных после коррекции анемии или с предоперационным уровнем Hb 110-120г/л – кровопотерю более 500мл (>10% ОЦК). В ходе операции переливали аутоплазму, и в конце

операции – аутокровь. Аутоплазму переливали также в послеоперационном периоде. У больных раком пищевода выполняли резекцию или экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой (у 17 больных первой группы и у 10 – второй), при раке желудка расширенную и комбинированную гастрэктомию или резекцию желудка с лимфодиссекцией D2 и D3 (у 38 и 43 больных соответственно), при колоректальном раке гемиколэктомию (17 и 12), резекцию или экстирпацию прямой кишки (у 24 и 17), пневмон- и лобэктомию при раке легкого (12 и 8) и нефрэктомию при раке почки у 4 и 5 больных. Различные другие операции были выполнены у 4 больных группы 1 и у 3 пациентов группы 2. Операционная кровопотеря в первой группе была от 300 до 2200 мл (от 10 до 35% ОЦК) и во второй от 300 до 2150 мл (от 9 до 33,5% ОЦК) и в среднем составила 868 ± 452 и 788 ± 382 мл соответственно. После операции в первой группе умерли 5 (4,3%) больных и 4 (4%) больных во второй группе. Различные послеоперационные осложнения возникли у 18 (15,5%) больных первой группы и у 23 (23,5%) второй. Несмотря на то, что больным первой группы не переливали КДК, показатели уровней Hb и Ht, а также показатели коагулограммы в интра- и послеоперационном периоде были сравнимы. Применение указанной программы кровосбережения позволяет отказаться от переливания КДК при кровопотере до 35% ОЦК и снизить количество послеоперационных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ АНТИОКСИДАНТЫ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Донскова Ю.С., Осипова Н.А., Немцова Е.Р.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Цель: улучшение непосредственных результатов онкологических хирургических вмешательств за счет включения в схему подготовки, интра- и послеоперационного ведения больных современных препаратов, обладающих антиоксидантными и иммуномодулирующими свойствами. Материалы и методы: У 230 пациентов на этапах подготовки к хирургическому лечению, на 1, 5-7 и 10-12 сут после операции исследовали динамику состояния клеточного иммунитета, окислительно-антиокислительного статуса, рутинных клинико-лабораторных тестов; оценивали скорость нормализации лабораторных показателей, температурных реакций, заживления п/о раны, количество гнойно-септических осложнений на фоне стандартной интенсивной терапии (контроль) и при ее дополнении комплексом средств антиоксидантного, иммуномодулирующего, детоксицирующего, цитопротекторного действия и нутритивной поддержки (церулоплазмин, имунофан, галавит, дипептивен, кабивен, актовегин, α -токоферол, аскорбиновая кислота) в разных группах пациентов и сравнивали результаты. Исходно у всех больных установлена иммуносупрессия, дисбаланс между звеньями иммунной системы (ИС) и ОАС. В 1, 5 и 10 сутки после операций средней травматичности отмечена адекватная реакция ИС и ОАС на перенесенную агрессию. Максимальная иммуносупрессия, активация окислительных и подавление антиокислительных процессов имели место при краниофациальных резекциях с ИОЛТ и особенно с ИОГЛТ, у 4,6% пациентов развились нагноения п/о ран. Негативные сдвиги в ИС и ОАС после этих операций были менее выражены в группах, получавших пред-, интра- и послеоперационно комплексную сопроводительную терапию и нутритивную поддержку, частота п/о нагноений снизилась вдвое. В группе больных, получавших перед и после операции галавит, нормализация показателей ИС, ОАС и общеклинических показателей после онкоурологических операций наступала на 3 суток раньше, чем в контрольной группе, гнойных осложнений не было. Заключение. Степень иммуносупрессии и нарушений ОАС зависит от травматичности операции и вида ФПВ. Антиоксидантная, иммуномодулирующая терапия и нутритивная поддержка позволяют уменьшить явления «окислительного стресса» и иммуносупрессии, частоту послеоперационных осложнений, улучшить непосредственные результаты лечения.

НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

*Елизарова А.Л., Маджуга А.В., Соимова О.В.
РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Проведено исследование системы гемостаза у 60 больных раком яичников и у 15 женщин с доброкачественными опухолями яичников. В группы вошли женщины в возрасте от 17 до 77 лет. Среди больных раком яичников преобладали больные с III-IV стадией заболевания (80%). Состояние гемостаза оценивали до лечения, на 8-10 сутки после операции и в период химиотерапии. Проведенные исследования показали, у больных доброкачественными опухолями яичников в отличие от здоровых женщин, имело место незначительная гиперфибриногенемия, повышение уровня ПДФ. Вместе с тем, показатели степени агрегации тромбоцитов, фактора 4 тромбоцитов, уровень антитромбиновой активности не отличались от нормальных значений. У больных раком яичников, до лечения, были выявлены более глубокие изменения в системе гемостаза, которые проявлялись резко выраженной гиперфибриногенемией, высоким уровнем ПДФ, усилением АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов, повышенным уровнем фактора Виллебранда. В процессе лечения у больных раком яичников, со стабилизацией опухолевого процесса, было отмечено

снижение интенсивности внутрисосудистого свертывания крови (уменьшение концентрации фибриногена, Д-димера, ПДФ). У больных с прогрессирующим заболеванием, признаки хронического ДВС сохранялись на высоком уровне. Анализ лабораторных данных показал, что у больных раком яичников, у которых на фоне лечения развились тромботические осложнения (13% больных), еще до лечения отмечались более высокие показатели концентрации фибриногена, ПДФ и Д-димера с одновременным снижением уровня антитромбина III. Выявленные нарушения в системе гемостаза у больных раком яичников, являются неблагоприятными прогностическими признаками в лечении основного заболевания, а высокая частота тромботических осложнений дают основание рекомендовать назначение антикоагулянтной терапии еще до начала специфического лечения.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЛЕГКОГО

*Жилин А.А., Ковалев С.А., Бардаков С.Н., Шавандин А.А.
ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Изучали механизмы вегетативной дизрегуляции у больных раком легкого и оценивали возможность использования показателей variability ритма сердца (ВРС) в качестве критериев прогноза течения операционного и послеоперационного периодов. Обследовали больных с распространенными формами рака легкого (n=32) и группу практически здоровых лиц (n=55). Методом кардиоритмографии (при пятиминутной ее регистрации) фиксировали временные (SDNN, RMSSD, pNN50 и индекс напряжения) и частотные (Total power, LF и HF) показатели ВРС. Снижение величин показателей SDNN, RMSSD, pNN50, Total power, LF и HF в сочетании с ростом значения индекса напряжения (ИН) интерпретировали как экспрессию вегетативной дисфункции. Дисперсионный анализ обнаружил достоверное, резкое снижение значений SDNN, RMSSD, pNN50, Total power, LF, HF и рост ИН в группе онкологических больных (p<0,05). При этом значение показателя LF/HF (свидетельствующего о сбалансированности симпатических и парасимпатических влияний) у онкологических больных составило 1,18 (диапазон нормотонии), а у практически здоровых лиц - 2,13 (умеренная симпатикотония). Факторный анализ обнаружил, что снижение показателей ВРС у онкологических больных обуславливалось достоверным действием одной, непосредственно не изучавшейся в ходе исследований причины (фактора). У практически здоровых лиц на сердечный ритм достоверно влияли два противоположно направленных фактора: действие первого достоверно снижало значения показателей ВРС, а второй фактор оказывал положительное (недостоверное) влияние на уровень variability. Подобное действие оказывают на ВРС симпатический (отрицательное) и парасимпатический (положительное) отделы автономной нервной системы (АНС). Резкое снижение уровней показателей variability ритма сердца наряду со сбалансированностью активности обоих отделов автономной нервной системы представляет специфические свойства вегетативной дизрегуляции у больных распространенными формами рака легкого. В этой группе пациентов ведущая роль в регуляции ритма сердца принадлежит гуморальному контуру, что подтверждается данными факторного анализа. Variability ритма сердца является одним из наиболее ранних и чувствительных критериев прогнозирования осложнений заболеваний, поэтому представляется возможным использование ее показателей в качестве прогностических маркеров течения операционного и послеоперационного периодов у больных распространенными формами рака легкого.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

*Ковалев С.А., Бардаков С.Н., Жилин А.А., Шавандин А.А.
ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Изучали состояние системного кровообращения больных злокачественными новообразованиями легких в третьей-четвертой стадии заболевания. Обследовали 32 пациентов распространенными формами злокачественных опухолей легких. В качестве контрольных использовали показатели гемодинамики 55 практически здоровых лиц. Частоту сердечных сокращений (ЧСС), ударный (УИ) и сердечный (СИ) индексы регистрировали методом компьютерной биполярной интегральной реографии тела. Систолическое (СД) и диастолическое (ДД) артериальное давление определяли методом тонометрии. Расчетными методами определяли среднее артериальное давление (САД) и удельное общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПС). Результаты. У онкологических больных выявлен достоверный рост показателей ЧСС, ДД, САД и снижение УИ по сравнению с группой практически здоровых лиц (критерий Стьюдента для независимых совокупностей, p<0,05). Посредством множественного регрессионного анализа обнаружены различия детерминации кровообращения в группах больных и практически здоровых лиц: у практически здоровых лиц состояние кровообращения достоверно ($\beta > 0,30$) определялось величиной ударного объема (УО) левого желудочка, рост которой повышал значения минутного объема кровообращения (МОК). В этой

группе увеличение МОК, вторичное относительно роста УО левого желудочка, приводило к снижению уровня ОПС посредством действия физиологической отрицательной связи между величинами МОК и ОПС; в группе онкологических больных наблюдалась элиминация физиологической детерминации состояния кровообращения величиной ударного объема левого желудочка. Кровообращение в этой группе достоверно ($\beta > 0,30$) определялось действием причин роста ЧСС и сопротивления сосудов на периферии, действие которых приводило к снижению значения СИ. В то же время, у больных раком легкого сохранялась физиологическая отрицательная связь между величинами ЧСС и УИ, а также значениями СИ и ОПС. Наличие очага неопластического роста у больных распространенными формами рака легкого приводит к специфической перестройке функционирования системы кровообращения: снижению ударного объема левого желудочка и физиологическому росту частоты сердечных сокращений со снижением (в пределах диапазона нормальных значений) сердечного индекса, вызывающем физиологическое увеличение сопротивления сосудов на периферии, и, в конечном итоге, – росту среднего артериального давления.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

*Куликов Е.П., Лапкин М.М., Головкин Е.Ю., Судаков И.Б.
Рязанский ГМУ им. И.П. Павлова, Рязань*

Улучшение непосредственных результатов лечения в онкохирургии, и в частности, у больных раком желудка, может быть достигнуто путём определения степени индивидуального риска перед оперативным вмешательством. Удобным инструментом в этом отношении является оценка компенсаторных возможностей больных по вариабельности сердечного ритма (ВСР). Проведена оценка неспецифических адаптационных реакций больных раком желудка накануне хирургического лечения по ВСР, определить зависимость ВСР от распространённости и осложнений рака желудка, создать математическую модель индивидуального прогнозирования послеоперационных осложнений на основе показателей ВСР. Основную группу составил 101 пациент с диагнозом «рак желудка». Контрольную – 46 человек, находившихся на лечении по поводу доброкачественных заболеваний. Наряду с клиническим обследованием, в предоперационном периоде проводилась оценка ВСР, для чего использовался аппаратно-программный комплекс «Варикард 1.42». При сравнении показателей ВСР в основной и контрольной подгруппе у больных, страдающих раком желудка выявлена тенденция к стабилизации сердечного ритма, и соответственно – снижению компенсаторных возможностей. Снижение ВСР было сопряжено с генерализацией рака желудка и наличием таких осложнений основного заболевания, как анемия и стеноз привратника ($p < 0,05$). У больных со сниженной ВСР чаще развивались послеоперационные осложнения ($p < 0,05$). Для индивидуального прогнозирования послеоперационных осложнений на основе логит-регрессии создана математическая модель, включающая в качестве аргументов, наряду с клиническими параметрами, и показатели ВСР. Ретроспективно верно предсказанное осложнённое течение послеоперационного периода наблюдалось в 78,9% случаев. Ожидаемое отсутствие осложнений совпадало с фактическим в 93,9% случаев. Для больных раком желудка характерно снижение адаптационных возможностей, что коррелирует со стадией заболевания и особенностями его клинического течения. Послеоперационные осложнения чаще встречаются у больных со сниженной вариабельностью сердечного ритма ($p < 0,05$). Модель логит-регрессии, включающая, наряду с клиническими сведениями, также и данные кардиоинтервалометрии, позволяет эффективно прогнозировать течение послеоперационного периода. Для более точного прогнозирования осложнений необходим комплексный подход к исследованию системы адаптации онкохирургических больных.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ И РАННЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ

*Кутуков В.В., Иванов Р.Б., Служко Л.В.
Астраханская ГМА, Астрахань*

Раннее энтеральное зондовое кормление больных при операциях на желудке позволит достичь коррекции метаболических расстройств, устранения нарушений гомеостаза, адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма, улучшения результатов хирургического лечения, предотвратить развитие послеоперационных осложнений, уменьшить продолжительность пребывания больных в стационарах. Основными причинами высокой летальности при хирургических вмешательствах на желудке являются недостаточность швов гастроэнтеро- и эзофагоэуноанастомоза, а также нарастание явлений гипопроотеинемии, азотемии, дегидратации и, как следствие, прогрессирующее истощение. С целью устранения нарушений обмена веществ и восполнения энергетических и пластических потребностей организма мы использовали предоперационное питание сбалансированными смесями, в последствии интраоперационное и раннее послеоперационное энтеральное введение питательных смесей через трансназальный зонд, проведенный на 40 сантиметров за анастомоз. По зонду капельно или порционно

суточную калорийность смеси (3200 ккал) обеспечивали введением питательных смесей типа «Нутризон-энергия», Кембриджское питание, «Пикногенол», «Глютамин», «Берламин-модуляр», «Протеин-модуль». Энтеральное зондовое питание, как способ коррекции метаболических расстройств, было применено нами у 60 больных (гастрэктомия – 28, субтотальная резекция желудка – 20, гастроэнтеростомия – 11, пластическое ушивание перфоративной язвы – 1). В сравнении с контрольной группой (100 больных) отмечены ранняя коррекция метаболических нарушений, что выразилось в быстрейшем устранении гипопроteinемии, уменьшении потерь азота и нормализации водно-электролитного баланса. В условиях интраоперационного и раннего зондового питания мы не наблюдали пареза кишечника, несостоятельности анастомозов, в том числе при выраженных нарушениях гомеостаза у онкологических больных. Таким образом, уже на этом этапе исследования можно констатировать, что энтеральное зондовое питание при операциях на желудке является эффективным методом выведения больных из тяжелого состояния и дает возможность сохранить расход дорогостоящих белковых и других препаратов. Хорошая коррекция метаболических расстройств, устранение нарушений гомеостаза, адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма, в итоге ведет к улучшению результатов хирургического лечения, предотвращает послеоперационные осложнения и тем самым уменьшает среднюю продолжительность пребывания больных в стационарах приблизительно на 3 койко-дня, что даёт экономию на одного больного около 1500 рублей.

НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С МАССИВНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

*Маджуга А.В., Соимова О.В., Елизарова А.
РОИЦ им. Н.Н. Блохина, Москва*

Изучали нарушения системы гемостаза у больных с массивной операционной кровопотерей для своевременной коррекции и предупреждения коагулопатических кровотечений. Изучали состояние системы гемостаза у 315 онкологических больных по 15 параметрам, включая маркеры внутрисосудистого свертывания крови. Исследования проводили на автоматическом анализаторе STA Compact (Франция), агрегацию тромбоцитов записывали на агрегометре фирмы Chronolog (США). Объем кровопотери колебался от 60 до 500 % ОЦК. Гемостаз исследовали до операции, на этапах оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде. Кровопотеря вызывает глубокие изменения гемостаза, которые возникают уже в период операции и развиваются в виде гемодилуционной коагулопатии или различных вариантов синдрома ДВС. Для гемодилуционной коагулопатии характерна умеренная гипокоагуляция при отсутствии или низком (0,9-1,2мкг\мл) содержании Д-димера и незначительной активации системного фибринолиза. У больных с острым синдромом ДВС развивалась тяжелая гипокоагуляция (АЧТВ 120-180 сек.), со снижением фибриногена (1,5-1,0г\л), тромбоцитопенией (50-30 тыс. в 1 мкл) с полным отсутствием их способности к агрегации, высоким содержанием Д-димера (6,5-18,0 мкг\мл) и фактора 4 тромбоцитов. Обнаружено, что при развитии ДВС-синдрома активизируется системный фибринолиз, который имеет разную степень выраженности — от генерализованного до субкомпенсированного. Показана взаимосвязь глубины и характера нарушений гемостаза с объемом операционной кровопотери. Кроме того было обнаружено, что лабораторные признаки синдрома ДВС даже с генерализованным фибринолизом опережают его выраженную клиническую манифестацию, что позволяет быстро провести корректирующую терапию и предупредить развитие тяжелых коагулопатических кровотечений. В послеоперационном периоде изменения гемостаза у больных с массивной кровопотерей носили волнообразный характер. У больных с неосложненным течением наблюдалось быстрое (1-3 сутки) увеличение числа тромбоцитов и их агрегационной способности, нарастание концентрации фибриногена при умеренном содержании Д-димера. У больных с присоединившимися гнойно-септическими осложнениями и полиорганной недостаточностью содержание Д-димера вновь увеличивалось в 5-6 раз по сравнению с исходным уровнем, кроме того наблюдалось резкое до 400-600% нарастание фактора Виллебранда. У больных с тяжелой печеночной недостаточностью неблагоприятным прогностическим признаком было резкое (35-45%) снижение уровня антитромбина I. Разработаны различные схемы профилактики и лечения выявленных нарушений, которые позволили за последние 3 года в пять раз снизить развитие наиболее тяжелых форм синдрома ДВС, улучшить результаты хирургического лечения онкологических больных.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Макимова Н.А., Сычева Е.А.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Проведен анализ УЗИ сердца и сосудов у онкологических больных. УЗИ производили на аппаратах экспертного и среднего уровней в режимах цветового и энергетического картирования кровотока, трехмерных ангиографических реконструкций изображения. В первой группе (1114 человек) были больные с опухолями брюшной полости (562 чел.; 50,4%); женской половой сферы (534 чел., 49,3%), забрюшинного

пространства (18чел., 1,6%). Во второй группе проанализированы результаты 1500 эхокардиографий у онкологических больных. УЗИ магистральных и висцеральных сосудов брюшной полости выполнено 1012 (90,8%) пациентам, малого таза 545 (48,9%) больным, периферические вены нижних конечностей по показаниям осмотрены у 57 (5,1%) человек. Было установлено наличие инфильтративного и стеноокклюзирующего поражения магистральных и висцеральных артерио-венозных коллекторов в предоперационном периоде у 362 больных (32,5%), опухолевый флеботромбоз у 128 (11,4%); аневризма брюшной аорты у 23 (2,0%); атеросклероз брюшной аорты у 57 (5,1%), тромбофлебит вен нижних конечностей у 52 (4,6%); артериальная почечная гипертензия у 43 (3,8%). Во второй группе из 1500 эхокардиографий у онкологических больных, кардиомониторинг на этапах химиотерапии был у 441 человека (29,4%). У пациентов с сердечно-сосудистой патологией выявлены изменения, характерные для ишемической болезни сердца и гипертонической болезни 30% (462), перикардиты были у 51 больного (3,4%), кардиомиопатии у 25 (1,7%), малые аномалии («ложные хорды», пролапс митрального клапана) у 323 больных (21,5%). Опухоли сердца диагностированы у 2-х пациентов (0,13%), из них у одного больного была первичная миксома, и у одной пациентки - метастаз меланомы. Таким образом, УЗИ сердца и сосудов - высокоинформативное диагностическое обследование, которое находит все более многогранное применение, имеет специфические направления в онкологической клинике, предоставляя важную информацию, существенно влияющую на тактику лечения больного.

ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В КОМБИНАЦИИ С СЕВОРАНОМ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД АНЕСТЕЗИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ

*Огай С.В., Афошин Н.Д., Базылева Л.В., Иващенко Э.А., Сокерин А.Л., Овчинников В.А.
Московский ООД, Москва*

Представлен анализ операционного периода у 98 онкологических больных, которым были проведены операции: экстирпация прямой кишки, гемиколэктомия, гастрэктомия абдоминальным и торако-абдоминальным доступом, операции Льюиса, резекции пищевода. Все операции являлись весьма объемными и травматичными и сопровождалась широкой лимфодиссекцией средостения и забрюшинного пространства. Нами были выделены три группы больных по видам обезболивания. У1-й группы больных проводили эпидуральное обезболивание с добавлением элементов внутривенной анестезии (ВА), вторая группа больных оперирована в условиях наркоза севораном с добавлением элементов ВА и ,наконец, третья группа больных оперирована в условиях эпидуральной анальгезии с добавлением субнаркологических доз севорана. Для эпидурального обезболивания применяли 0,5% раствор маркаина, в нескольких случаях – 1% раствор нарлопина. В качестве элементов ВА применяли фентанил, дормикум, пропофол. Длительность операций во всех группах была практически одинаковой в пределах 3 -3,5 часов. Операционный период у первой группы больных протекал довольно стабильно, но в 6 случаях из-за резкого снижения АД приходилось пользоваться введением мезатона, что вызывало определенные неудобства. Кроме того, достаточно высокие дозы препаратов ВА приводили к длительной, до 3 часов, продленной ИВЛ в послеоперационном периоде. У больных второй группы (севоран+ ВА) часто отмечалась нестабильность гемодинамических показателей, поэтому трудно расценить данный вид обезболивания как адекватный. Кроме того, достаточно длительный период продленной ИВЛ (2 часа 40 минут) и проблемы с послеоперационным обезболиванием – отсутствие эпидурального доступа – вынудили нас относиться к этому виду обезболивания весьма осторожно. У третьей группы больных были получены наиболее приемлемые результаты. BIS – контроль говорил о достаточной седации а показатели общего периферического сопротивления сосудов никогда не опускались ниже нормальных величин. Кроме того, стабильность гемодинамических показателей убеждала нас в адекватности выбранного метода обезболивания при обширных, длительных и весьма травматичных комбинированных онкологических операциях.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ И МОДУЛЯЦИИ МЕСТНОЙ И СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ОНКОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ

*Осипова Н.А., Долгополова Т.В., Петрова В.В., Хованская Т.П.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Онкологические операции сопровождаются массивной травмой тканей, приводящей к каскадной продукции в ней медиаторов боли и воспаления (цитокины, простагландины и др.), местной воспалительной реакцией – МВР (отек, нарушение микроциркуляции, микротромбозы, ишемия тканей) и поступлением в кровь избыточного количества указанных медиаторов с развитием системной воспалительной реакции – СВР. Посттравматические зоны некроза и ишемии являются источником поступления в кровь токсических продуктов клеточной деструкции. Все вместе приводит к перегрузке защитных систем организма, органическим дисфункциям, повышает риск тяжелых послеоперационных осложнений. Актуальной проблемой является поиск путей оценки МВР и СВР. Объективизация в клинике первичных (пусковых) медиаторов боли и

воспаления: IL1, IL6, TNF α и др. сложна как технически, так и в интерпретации результатов. В нашей работе в качестве критериев острофазового системного воспалительного ответа использован С-реактивный белок (СРБ). Первые исследования выполнены у 35 пациентов (55+10 лет) с опухолями головы и шеи, т.е. с возможностью визуальной оценки местного воспаления. Предварительные результаты показали, что у 23 больных без клинических признаков исходного воспаления в зоне опухоли средний уровень СРБ составил 4,5+3 мг/л, т.е. не имели значимого увеличения. В 1-е сутки после операции у них происходило достоверное повышение СРБ до 18+16 мг/л, с дальнейшей динамикой при неосложненном течении: на 3-5 сутки 25+16 мг/л, на 10 сутки 14+10 мг/л. У 12 пациентов с распадающимися опухолями и выраженной МВР уровень СРБ составил 55+10 мг/л, т.е. в десятки раз превышал норму (до 5 мг/л), нарастая к 10 суткам п/о до 66+13 мг/мл. В 11 из 12 случаев отмечено нагноение, несмотря на антибактериальную терапию. Таким образом, доступный лабораторный показатель – СРБ в сочетании с другими лабораторными и клиническими данными помогают объективизации СВР и могут быть полезными при клиническом исследовании разных методов анестезии и интенсивной терапии.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКООРТОПЕДИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Осипова Н.А., Собченко Л.А., Петрова В.В., Тепляков В.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Пациенты онкологического стационара с опухолями опорно-двигательного аппарата характеризуются рядом особенностей, влияющих на тактику анестезиологического пособия при их хирургическом лечении: частое наличие предоперационного болевого синдрома; повторные предоперационные курсы полихимиотерапии (ПХТ) и/или лучевой (ЛТ) и гормонотерапии; ограниченная двигательная активность перед - и длительная иммобилизация после операции; опасность развития нейропатического болевого синдрома. Исследование выполнено у 106 пациентов 45 \pm 19 лет на этапах хирургического лечения опухолей опорно-двигательного аппарата. Большинство пациентов перед хирургической операцией получали специальное лечение: (ПХТ, n=54, ЛТ, n=7, сочетание ПХТ и ЛТ, n=15). 37 соответствовали I категории ASA, 43 больных II и 26 III. При обширных операциях свыше 3 ч у 1 группы пациентов (n=40) использовали мультимодальную эндотрахеальную общую анестезию (ОА), включающую агенты разного механизма антиноцицептивного и провоспалительного действия: бензодиазепин, пропофол, фентанил, кетамин/минидозы, ингибитор протеолиза контрикал, у 2 группы (n=39) - сочетанную эпидуральную (ропивакаин) и общую мультимодальную анестезию (ЭА+ОА). При небольших операциях (3 группа, n=27) проводили спинальную анестезию (СА) бупивакаином в сочетании с анальгоседацией при сохраненном спонтанном дыхании. У всех пациентов дополнительно использована превентивная периоперационная аналгезия (лорноксикам, парацетамол/перфалган). Во всех группах при использовании описанного принципа превентивной мультимодальной анестезии и аналгезии достигнута полноценная анестезиологическая защита; гемодинамические и метаболические стрессовые реакции не отмечены. При сочетанной ОА+ЭА потребность в антиноцицептивных компонентах системного действия фентаниле и кетамине достоверно снижается на 60 и 28,6% соответственно, но чаще требуется коррекция гипотензии допамином (17,9% против 10%). У пациентов, перенесших расширенные операции вычленения и ампутации конечностей, применена мультимодальная профилактика фантомного болевого синдрома (габапентин, продленная ЭА, п/о инфузия кетамина 0,05-0,1 мг/кг*ч, ингибитор протеолиза, опиоидные и неопиоидные анальгетики) с хорошим ближайшим и отдаленным результатом в течение 6-18 мес.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ЖЕНЩИН С РМЖ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ОВАРИЭКТОМИЮ

*Партс С.А.
Забайкальский КОД, Чита*

Клиническую группу составили 25 женщин с гормонзависимым РМЖ в возрасте от 30 до 45 лет. У всех пациенток определялся гормональный статус методом ИГХ-исследований операционного материала – молочной железы (реактивы Дасо). После завершения комплексного лечения всем больным выполнялась лапароскопическая овариэктомия для снятия гормональной стимуляции опухолевого роста. Лапароскопическое вмешательство производилось с применением видеоэндоскопического оборудования «Эндомедиум» (г.Казань). Внутривенное давление при наложении пневмоперитонеума газом CO $_2$, в среднем составило 12 мм рт. ст. Коагуляционный гемостаз оценивали всем пациенткам при поступлении, на первые и пятые сутки послеоперационного периода. Выполнялись следующие тесты: определение Международного нормализованного отношения (МНО) (Баркаган З.С.), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) по способу M.J.Larrien, C.Weilard в модификации Баркагана З.С. Для всех выполняемых методик использовались реактивы ООО «Технология Стандарт» (Барнаул). Международное нормализованное отношение и активированное частичное тромбопластиновое время у всех пациенток до операции находилось в пределах нормы. На первые сутки послеоперационного

периода выявлено существенное уменьшение МНО у всех пациенток. Это подтверждает более высокий риск в возникновении гемокоагуляционных нарушений именно в этом периоде. Нормализация МНО зарегистрировано на пятые сутки после ЛОЭ. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) уменьшалось на 1 сутки послеоперационного периода в 1,1 раза ($p1 < 0,001$), а восстановление зафиксировано на пятые сутки после операции ($p2 < 0,001$). Таким образом, в раннем послеоперационном периоде наблюдается усиление образования протромбиназного комплекса по внутреннему и внешнему механизму. У пациенток с гормонзависимым РМЖ в пременопаузе на первые сутки после лапароскопической овариэктомии уменьшается значение Международного нормализованного отношения, активированного частичного тромбопластинового времени, что свидетельствует о развитии гиперкоагуляции в эти сроки, более высоком риске возникновения тромботических и тромбэмболических осложнений. Данная проблема нуждается в дальнейшем изучении в целях разработки прогнозирования и профилактики послеоперационных тромбозов.

ТАКТИКА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

*Петрова М.В., Воскресенский С.В., Болихова Н.А.,
РНЦР, Москва*

Одними из самых высокотравматичных операций в онкологической урологии являются радикальные цистпростатвезикулэктомия и радикальная простатэктомия. Используются следующие альтернативы коррекции избыточной кровопотери: предоперационная гемодилюция, заготовка аутоплазмы, интраоперационная аппаратная реинфузия отмытых эритроцитов (ИАРОЭ). Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения онкоурологических пациентов с использованием аутоплазмы. Исследование основано на анализе результатов лечения 142 пациентов находившихся, на лечении в РНЦРР за период с 2001 по 2008 гг. Средний возраст пациентов -59,4лет. У 58,5% больных выполнены цистэктомия и цистпростатвезикулэктомия. Радикальная простатэктомия выполнена 41,6% больным. Для коррекции кровопотери в клинике разработана программа периоперационной трансфузионной терапии, включающая предоперационную заготовку аутологичной плазмы 700-1000 мл и реинфузия аутоплазмы с гемодилюцией 500 6% гидроксипропилкрахмалом, перед операцией. Применение ИАРОЭ для изучения влияния предоперационного плазмозамещения на показатели красной крови, коагулограммы, общего белка, уровня плазмы мы разделили исследуемых больных на две группы. Группа А — больные с предоперационной заготовкой аутоплазмы. Группа В- больные без заготовки аутоплазмы. Группы были сопоставимы по возрасту, диагнозу, стадиям заболевания, наличию сопутствующих заболеваний, объему хирургического лечения. При исследовании объема интраоперационной кровопотери выявлено, что достоверных различий в не найдено. Однако необходимость в использовании гомологичной свежемороженой плазмы во время операции была достоверно выше в группе В. При сравнении белка плазмы в группе А до и после плазмафереза выявлено достоверное снижение этого показателя на 8,9%, однако это снижение остается в пределах границ нормы. При анализе показателей коагулограммы у больных групп А и В не выявлено достоверных отличий между показателями АЧТВ и фибриногена. В группе А наблюдается достоверное снижение ПТИ на 6,4%. Ко дню операции показатели восстанавливаются. Таким образом, заготовка аутоплазмы методом плазмозамещения не оказывает отрицательного влияния на предоперационные показатели красной крови, показатели коагулограммы и общего белка плазмы. Применение предоперационного донорского плазмозамещения может быть использовано в виде компонента программы периоперационной тактики замещения интраоперационной кровопотери у онкоурологических больных.

ОПТИМАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Попова Н.Н.,
Адыгейский РОД, Майкоп*

Все онкологические операции имеют присущие им особенности, операции по поводу колоректального рака характеризуются особой травматичностью и обширностью, сочетанием многозональной лимфодиссекции, резекцией органа и прилежащих тканей с травматическим повреждением их иннервации. В то же время функциональные резервы большинства онкологических больных в той или иной мере скомпрометированы возрастом, сопутствующей патологией, осложнениями основного и сопутствующих заболеваний, адъювантной химиотерапией и/или лучевой терапией. Общая анестезия, даже при сочетании с мощным анальгетиком, устраняя восприятие боли, не способна блокировать трансмиссию нервных импульсов от ноцицепторов из операционной раны к сегментарным структурам спинного мозга. Преимущества центральных нейроаксиальных блокад, прерывающих трансмиссию нервного импульса из области операционной раны, бесспорны, и их применение при операциях по поводу колоректального рака считаем оправданным. Использование центральных нейроаксиальных блокад позволяет уменьшить свойственные ингаляционным и неингаляционным анестетикам недостатки, удешевить применение анестезии. Кроме того,

фундаментальные исследования патофизиологии операционной травмы и механизмов хирургического стресс-ответа дают возможность считать регионарную анестезию важнейшим методом, ускоряющую хирургическую реабилитацию пациента как в интраоперационном лечении боли, так и при обезболивании в послеоперационном периоде. Центральные нейроаксиальные блокады широко были применены нами в период с конца 2005 года по 2009 год включительно. За этот период нами выполнено: комбинированных спиноэпидуральных анестезий – 409; спинномозговых – 315; эпидуральных анестезий – 40. Процент регионарного обезбоживания среди всех выполненных нами анестезий составлял 41% (причем колебания этого показателя в зависимости от преобладания того или иного типа оперативных вмешательств происходили в пределах от 19 до 46 %). В Москве, по данным Овечкина А.М. (2006), этот показатель составил всего 18-19%, а в России 10-12%. Обращает на себя внимание тот факт, что комбинированная спиноэпидуральная анестезия использовалась чаще из всех видов нейроаксиальных блокад, выполненных в нашем отделении в 2006-2009 гг. Эпидуральная анестезия применялась у лиц, для которых была предусмотрена продленная перидуральная блокада в раннем послеоперационном периоде как компонент мультимодальной анальгезии в сочетании с ненаркотическими анальгетиками, НПВС. Показаниями для проведения центральных нейроаксиальных блокад служили оперативные вмешательства как в среднем, так и нижних этажах брюшной полости: право- или левосторонней гемиколэктомия; передняя резекция прямой кишки; брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с наложением подвздошной колостомы; брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки, колостомия. Средняя длительность операций составляла 235+5,9 минут и 240+4,3 минут соответственно. В 12 случаях длительность операций увеличивалась в 1,5 – 1,8 раза при проведении расширенной забрюшинной лимфаденэктомии. Среди осложнений, связанных с применением центральных нейроаксиальных блокад в нашем отделении было зафиксировано: неадекватность блока – 3, неправильный выбор уровня блока – 4, выраженная гипотония – 8, гемодинамически значимая брадикардия – 3, не выявлено ни одного случая, связанного с проявлением аллергических реакций на введение местных анестетиков. Значительное снижение количества вводимых препаратов у больных с комбинированной спиноэпидуральной анестезией способствовало снижению посленаркозной депрессии, быстрому пробуждению больных и восстановлению адекватного спонтанного дыхания. В среднем, снижение систолического АД составило 30% от исходного, диастолического – 20%, снижение АД до критического уровня со значительной интраоперационной кровопотерей, что потребовало интубации трахеи, перевода больного на ИВЛ, применения симпатомиметиков (дофамина в дозе 2-5 мкг\кг\мин) и гемотрансфузионной терапии. Брадикардию, развивающаяся у больных при высоком уровне блока, достигающем уровня Th 4, объясняли не только блокадой ускоряющих симпатических волокон сердца Th 1-5, но и снижением венозного возврата, а также усилением вагусного влияния за счет эффекта Bezold-Jarisch. Применение КСЭА у онкологических колоректальных больных, эффективно блокируют болевую импульсацию, явились адекватным методом обезбоживания. Использование регионарных методов анестезии во время операции повышает адаптационные возможности организма. Обеспечивает раннюю активацию больных в послеоперационном периоде, проводя тем самым профилактику ранних респираторных нарушений. Преимущества центральных нейроаксиальных блокад, прерывающих трансмиссию нервного импульса из области операционной раны, бесспорны, и их применение при операциях по поводу колоректального рака оправданы. Учитывая значительную распространенность этой онкопатологии, можно было бы предположить значительную экономическую эффективность именно регионарного обезбоживания.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Попова Н.Н.¹, Женило В.М.¹, Джанхот Р.К.²

1. Адыгейский КОД, Майкоп

2. Ростовский ГМУ, Майкоп

Рак прямой и ободочной кишки является одной из распространенных форм злокачественных новообразований, при этом основным методом его лечения остается хирургический. Гнойно-воспалительные осложнения у больных онкологического профиля представляют важную медицинскую и социальную проблему, так как по настоящее время являются одной из основных причин смертности пациентов (14,2-31,5%). Использование классических путей введения антибиотиков и иммунотропных средств (внутривенный, внутримышечный) не всегда обеспечивает адекватную концентрацию препаратов в брюшной полости, компетентных органах и биологических средах организма для адекватной профилактики гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Это связано с повышением уровня протеолитической активности крови и перитонеального экссудата. У 122 больных изучена клиническая эффективность ронколейкина и цитофлавина при использовании экстракорпоральной иммунофармакотерапии (ЭИФТ) для профилактики и комплексного лечения гнойно-воспалительных осложнений у больных, оперированных по поводу колоректального рака. У больных основной группы после предварительной инфузии раствора NaCl 0,9% - 400 мл. с 5000 ЕД гепарина производился забор 400-500 мл аутокрови в стандартный контейнер типа «Гемакон», содержащий стандартную дозу антикоагулянта.

Проводились центрифугирование, отделение плазмы, с последующей инкубацией её с Ронколейкином в дозе 500000 МЕ в термостате при температуре 37°C в течение 60 минут. После чего плазма и клеточная масса ресуспендировалась раствором NaCl 0,9% в соотношении 1:1 и вводилась пациенту внутривенно капельно. Такая методика применялась за сутки до операции, а терапия цитофлавином продолжалась до 5 суток послеоперационного периода. Выявленные у пациентов контрольной группы изменения в иммуно- и гемограммах свидетельствуют об иммуносупрессивном действии операционно-анестезиологического стресса, проявляющиеся в развитии лимфопении, снижении абсолютного количества Т-лимфоцитов, изменении иммунорегуляторного индекса. Гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у них в 57 случаях, что составило 47,5 %. Применение ЭИФТ с использованием ронколейкина и цитофлавина в предоперационном и раннем послеоперационном периоде позволяет, за счет оптимизации естественной иммунорезистентности и характера иммунного ответа, существенно снизить частоту развития гнойно-воспалительных осложнений и летальность, в более ранние сроки добиться улучшения состояния пациентов и нормализации клинико-лабораторных показателей.

ВЛИЯНИЕ ДАЛАРГИНА НА ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРОВ ЛИМФОЦИТАМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Попова Е.В., Златник Е.Ю., Загора Г.И.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Даларгин (синтетический аналог лей-энкефалина) нашел применение в клинической практике в качестве обезболивающего средства, используемого во время наркоза и в послеоперационном периоде. Известна тесная взаимосвязь центральной нервной и иммунной систем, которая может осуществляться, в том числе, через эндорфины и энкефалины, а также рецепторы к ним, находящиеся на мембране лимфоцитов. Учитывая это, даларгин может оказывать стимулирующее или угнетающее действие на лимфоциты при инкубации *in vitro*, что представляется актуальным в условиях стресса. Было проведено исследование по инкубации даларгина с кровью 20 онкологических больных (1 мг даларгина на 5 мл крови), которым в дальнейшем выполнялось анестезиологическое пособие после операций различного объема. До и по окончании инкубации (30 мин, 37°C) изучали экспрессию некоторых рецепторов (CD2, CD4, CD8, CD16, CD56, CD25, HLA-DR) на мембране лимфоцитов онкологических больных. Установлено, что даларгин способствует повышению экспрессии CD2, CD4, CD16, CD20, то есть стимулирует иммунобиологические свойства Т- В- и НК-лимфоцитов больных. Так, количество лимфоцитов, экспрессирующих на мембране CD2, после инкубации с даларгином повысилось с $41,7 \pm 1,9$ до $49,9 \pm 1,58$ %, CD4 – с $29,9 \pm 0,65$ до $31,7 \pm 0,6$ %, CD16 – с $16,8 \pm 0,32$ до $17,9 \pm 0,25$ %, CD20 – с $12,8 \pm 1,06$ до $15,4 \pm 0,91$ %; во всех случаях различия статистически достоверны ($P < 0,05$). Экспрессия других исследованных рецепторов не носила статистически значимых изменений. Применение даларгина, инкубированного с кровью больных, позволило снизить дозы наркотических анальгетиков и улучшить состояние гемодинамики в процессе операции и в раннем послеоперационном периоде. Полученное действие на лимфоциты больных является одним из проявлений стресс-лимитирующего эффекта препарата, которое можно охарактеризовать как защитное в условиях стресса, существенным компонентом которого, как известно, является иммунодепрессия.

УРОВЕНЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Свиридов С.В., Алиева Т.У., Федоров С.В.
РГМУ, Москва*

Микроэлементы играют важную роль в обеспечении жизнедеятельности человека. В последние годы увеличилось количество публикаций, в которых указывается на целесообразность определения Zn^{++} в плазме крови, как предиктора тяжести состояния. Это особенно актуально по отношению к хирургическим больным с обширными гнойными ранами, в общей клинической картине которых манифестируют системно-воспалительная реакция (СВР), синдром гиперкатаболизма, критическое истощение белкового пула с формированием белково-энергетической недостаточности, что требует коррекции. Цель исследования: оценить исходный пул микроэлементов – Zn^{++} и Cu^{++} в плазме крови у больных с обширными гнойными ранами мягких тканей (ГРМТ). Обследовано 13 больных (7 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 19 до 68 лет, поступивших в ГКБ №4 г. Москвы. Исходное состояние всех больных оценивалось как тяжелое. Операции выполнены в экстренном порядке в течение 2-х часов с момента госпитализации. Наряду с общепринятыми и рутинными исследованиями биохимических показателей крови специально исследовались значения С-реактивного белка (СРБ), трансферрина (ТФ), Zn^{++} и Cu^{++} . В качестве контроля уровень Zn^{++} был определен у 6 здоровых добровольцев в возрасте 28-42 лет. Результаты исследования показали, что у всех больных с ГРМТ были исходно выявлены однонаправленные изменения исследуемых показателей. Так, величины СРБ и ТФ составили соответственно $126,7 \pm 47,1$ мг/л (норма, 0-6 мг/л) и $1,2 \pm 0,3$ г/л (норма: 2,00-3,6 г/л). Уровень Zn^{++} составил $8,3 \pm 0,3$ мкмоль/л (норма: 11,1-19,5 мкмоль/л), Cu^{++} - $15,1 \pm 0,6$ мкмоль/л

(норма, 11,0-22,0 мкмоль/л). Таким образом, у всех пациентов на фоне повышения СРБ и выраженного снижения ТФ наблюдалось выраженное снижение показателей Zn^{++} , а также изменение соотношения Cu^{++}/Zn^{++} в среднем до 1,8. Средние значения Zn^{++} в плазме крови у добровольцев составили $12,6 \pm 3,1$ мкмоль/л. Данное исследование отражает зависимость микроэлементного профиля плазмы крови от выраженности СВР. Требуется дальнейшее изучение данного вопроса.

БИОХИМИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Свиридов С.В., Гафоров Д.А., Шарипов Р.Х., Климиашвили А.Д., Бакушин В.С.
РГМУ, Москва*

Целью исследования явилось изучение выраженности дисбаланса белков плазмы крови и нарушений в водных секторах организма (ВСО) у хирургических больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) на момент госпитализации в клинику. Обследовано 35 пациентов (18 мужчин и 17 женщин) в возрасте 24 – 69 лет. Выраженность системно-воспалительной реакции (СВР) оценивали по показателю С-реактивного белка (СРБ) плазмы крови, а белковый пул по значениям общего белка, альбумина и трансферрина (ТФ). Водные сектора организма изучали при помощи аппаратно-компьютерного комплекса «АВС-01 Медасс» (Россия). Результаты показали, что у всех пациентов с ОДП на момент госпитализации отмечались высокие значения СРБ, равные $249,5 \pm 35,2$ мг/л (норма, 0- 6 мг/л). Интоксикация способствовала снижению белкового пула, повышению капиллярной проницаемости и перераспределению жидкости в водных секторах. Несмотря на то, что у большинства пациентов значения общего белка крови были на нижней границе нормы - $64,8 \pm 7,1$ г/л с умеренным снижением альбумина до $35,1 \pm 1,2$ г/л., уровень ТФ уже был критическим - $1,35 \pm 0,4$ г/л (норма, 2,0 – 3,6 г/л). Данные показатели ТФ указывают на развитие тяжелой белково-энергетической недостаточности. Высокий СРБ, гипопроотеинемия, снижение КОД плазмы привели к изменениям в водных секторах организма. Отмечено, что преимущественно происходит накопление (или перемещение) жидкости в интерстициальное пространство – $8,1 \pm 1,6$ л, что составило 125,3 % от должных величин. При этом общая вода организма - $45,1 \pm 6,7$ л или 109% от должного, объем циркулирующей крови - $5,3 \pm 0,4$ л или 99,7%, а объем циркулирующей плазмы - $3,4 \pm 0,4$ л (99,7%). В целом объем внеклеточной жидкости был выше должных величин – $13,4 \pm 1,9$ л (113%), а внутриклеточной жидкости – $31,7 \pm 4,9$ л (107%). Таким образом, с первых дней развития ОДП формируется выраженная белково-энергетическая недостаточность и дисбаланс в водных секторах.

ВЫБОР МЕТОДА АНАЛЬГЕЗИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА

*Сигал Е.И., Трифонов В.Р., Бурмистров М.В., Саитгараев А.К., Хасанов А.Ф.
РОД, Казань*

Проведен анализ частоты и структуры послеоперационных осложнений в зависимости от метода интра- и послеоперационного обезболивания. Изучены истории болезни 42 больных раком средней и нижней трети грудного отдела пищевода, подвергнутых комбинированному (64,3%) и хирургическому (35,7%) методу лечения за 2008 год. Абдоминоцервикальным доступом с шейным анастомозом было прооперировано 52,4% больных, торакоабдоминальным доступом с шейным анастомозом прооперировано 42,9% больных, операции с внутривидеальным анастомозом (оп.Льюиса) выполнены у 4,7% больных. Пациенты распределены практически одинаково в зависимости от доступа в каждой группе методом случайного отбора. Всем пациентам проводилась комбинированная общая анестезия на основе ингаляционных анестетиков (севоран или форан, МАК 0,2 - 1,5 об.%, с N₂O или без нее), с добавлением транквилизаторов, пропофола. В 1-й группе (n=14) обезболивание проводилось методом продленной двухуровневой эпидуральной анальгезией 0,75% раствором ропивакаина с опиоидами интраоперационно, далее 0,2% раствора ропивакаина с опиоидами в реанимации, и при помощи одноразовых инфузионных помп (ОИП) в хирургическом отделении до 7-ми дней (автор.свидетельство № 2008146179 от 21.11.2008г.). Во 2-й группе (n=13) обезболивание проводилось одноуровневым эпидуральным введением интра- и послеоперационно 0,2% раствора ропивакаина или 2% лидокаина с опиоидами в течении 3-4 суток до перевода в хирургическое отделение. В 3-й группе (n=15) обезболивание проводилось системным введением опиоидов интра- и послеоперационном периоде до 7 суток. Все пациенты получали одинаковое лечение включая НПВП, ингибиторы протеолиза, антикоагулянты, парентеральное и энтеральное питание т.д. Результаты и обсуждение: В послеоперационном периоде 25 различных осложнений диагностированы у 38,1% больных (16 из 42). В 1-ой группе осложнения диагностированы у 21,4% больных (3 из 14) и характеризовались изолированным течением (правосторонняя нижнедолевая пневмония, нарушение ритма сердца и реактивный панкреатит). Во 2-ой группе осложнения диагностированы у 30,8% больных (4 из 13), и имели разносторонний характер течения. Только у одного пациента осложнение развивалось изолированно (правосторонняя нижнедолевая пневмония), у остальных троих пациентов осложнения имели сочетанный характер. В 3-й группе осложнения диагностированы в 62,5% (10 из 16 больных) и также имели

разносторонний характер течения. У шести пациентов развились комбинированные осложнения, и у четырех больных изолированные (два случая нарушения ритма и два случая правосторонних нижнедолевых пневмоний). В структуре послеоперационных осложнений преобладали плевролегочные осложнения (48%). Сердечнососудистые осложнения были представлены различными нарушениями ритма сердца (20%). Гнойно-септические осложнения (несостоятельности анастомоза, медиастенит, абсцесс) были в 16% случаев. В 8% случаев случаях возникли послеоперационные панкреатиты. В 4% тромбозомболия сосудов головного мозга и кровотечение. У одного больного 2-й группы и двух больных 3-й группы вследствие гнойно-септического процесса развился синдром ПОН с летальным исходом (7,1%). Отсутствие сочетанных, гнойно-септических осложнений и летальных исходов у пациентов первой группы отражает преимущества суммарного эффекта уровней блокирования как афферентных входов из зоны операции в ЦНС, так и эфферентных вегетативных проводящих путей к внутренним органам с возможностью пролонгирования ЭА с помощью ОИП у данной категории больных.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ

*Скобельдин С.С., Волосова Н.С., Нагорных Е.Ю., Рагулин И.В., Зиновкин А.М.
Курский ООД, Курск*

Реконструктивно-восстановительные операции, улучшая качество жизни больного, сложны и травматичны в связи с наличием спаечного процесса в брюшной полости, в ряде случаев значительным диастазом отрезков толстой кишки, и требуют комплексных защитных мер в периоперационном периоде. Для улучшения результатов лечения этого контингента больных необходимо совершенствование не только хирургической техники, но и анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии. Стабильная блокада ноцицептивной импульсации из операционной раны, обусловленная проведением эпидуральной анестезии (ЭА) с катетеризацией эпидурального пространства, гарантирует снижение влияния операционного стресса и позволяет продолжить комплексную антиноцицептивную защиту в послеоперационном периоде. Изменение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы при ЭА, помимо нормализации регионарной гемодинамики приводит к благоприятным изменениям вязкостных параметров крови посредством регуляции трансапикалярного обмена, что способствует улучшению трофики наложенного анастомоза. В 2001-2008 гг. в КООД выполнено 51 реконструктивно-восстановительных операций на толстом кишечнике. У 18 больных (35,3%) оперативное вмешательство выполнено в условиях многокомпонентной внутривенной анестезии с ИВЛ и тотальной миоплегией. Послеоперационное обезболивание проводилось сочетанием ненаркотических и наркотических анальгетиков. Во второй группе 33 больных (64,7%) перед операцией был установлен эпидуральный катетер, и комбинированное обезболивание проводилось на основе эпидуральной анестезии. Действие эпидуральной блокады пролонгировалось на ранний послеоперационный период от 2-х до 4-х суток введением местных анестетиков и опиоидов (морфин). В 18 случаях проводилась постоянная инфузия Наропина 0,2% в эпидуральное пространство со скоростью 4-6 мл/час (инфузомат). Интраоперационно гемодинамика у больных, оперированных в условиях эпидуральной блокады, была более устойчивой. В раннем послеоперационном периоде в этой группе продленная ИВЛ проводилась у 3-х больных продолжительностью до 1 часа. В первой группе продленная ИВЛ проводилась всем больным продолжительностью от 1 часа до 5 часов. В каждой из выделенных групп эффективность анальгезии оценивали с помощью 4-балльной рейтинговой шкалы купирования боли (ВРШ/КБ) в конце 24 часового, 48 часового периода и при выписке больного. Все больные второй группы на всех этапах оценки отмечали более эффективное обезболивание, тем более что имели предшествующий «опыт обезболивания» при первичной операции. Инфузионно-трансфузионная терапия в обеих группах не различалась. Отмечено, что перистальтика и выделительная функция кишечника также восстанавливалась раньше, чем в первой группе. В первой группе летальность составила 5% (1 больной) и диагностировано две несостоятельности, которые требовали длительного лечения. Во второй группе диагностировано две микронесостоятельности швов, не требующие оперативного вмешательства. Летальных случаев в этой группе не было. Считаем, что проведение периоперационного обезболивания на основе эпидуральной анестезии является эффективным методом обезболивания при реконструктивно-восстановительных операциях у онкологических больных.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА СПОСОБА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ОПЕРАЦИОННЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ТРЕТЬЕЙ-ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Тарасов В.А.¹, Святов Д.И.², Бардаков С.Н.², Жилин А.А.², Ковалев С.А.²,
Шавандин А.А.²*

- 1. Санкт-Петербургская академия последипломного образования, Санкт-Петербург*
- 2. ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Вариабельность ритма сердца (ВРС) является одним из наиболее ранних и чувствительных критериев прогнозирования возможных осложнений течения соматических заболеваний. На основании значений ВРС разработан способ расчета критериев оценки риска операционных и послеоперационных осложнений для онкологических больных третьей-четвертой стадии заболевания. Обследовали 86 больных распространенными солидными злокачественными опухолями различной локализации. Контрольную группу составили 55 практически здоровых лиц. Методом кардиоритмографии регистрировали временные (SDNN, RMSSD, pNN50) и частотные (Total power, LF, HF) показатели ВРС. Совокупность онкологических больных при помощи кластерного анализа на основании показателей ВРС (SDNN, RMSSD, pNN50, Total power, LF, HF) разделена на три кластера: первый составили 10 больных, второй – 22 больных, третий – 54 больных. Выявлено достоверное ($p < 0,003$) снижение значений всех изучавшихся показателей ВРС от максимальных величин в первом кластере до минимальных – в третьем. Это позволило определить выраженность вегетативной дисрегуляции и степень риска осложнений в кластерах онкологических больных: у пациентов третьего кластера они были максимальными, во втором кластере отмечен их средний уровень, а в первом – минимальный уровень. Пошаговый дискриминантный анализ выявил, что классифицировать онкологических больных по степени риска операционных и послеоперационных осложнений возможно на основании величин pNN50, Total power (TP), LF и HF. Результатом анализа явились уравнения расчета критерия оценки риска (КОР) операционных и послеоперационных осложнений: $KOP\ 1 = -52,6874 + 0,1306 \times TP + 0,0729 \times LF + 0,0582 \times HF + (-2,5509 \times pNN50)$, $KOP\ 2 = -11,2657 + 0,0696 \times TP + 0,0074 \times LF + 0,0105 \times HF + (-1,4416 \times pNN50)$, $KOP\ 3 = -1,5833 + 0,02283 \times TP + 0,00355 \times LF + 0,00491 \times HF + (-0,48027 \times pNN50)$, где: КОР 1 – критерий оценки при определении принадлежности пациента к совокупности с минимальным риском осложнений; КОР 2 – критерий оценки при определении принадлежности пациента к совокупности со средней степенью риска осложнений; КОР 3 – критерий оценки при определении принадлежности пациента к совокупности с максимальным риском осложнений. Проверка математических моделей показала их высокую эффективность (96,51%). Применение предлагаемого способа оценки риска операционных и послеоперационных осложнений позволит повысить эффективность оперативного вмешательства и улучшить исходы лечения онкологических больных третьей-четвертой стадии заболевания.

МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ У ПОЖИЛЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОГО РИСКА

*Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Пожилые пациенты с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), получающие СС терапию, составляют около 30% контингента онкохирургического стационара. Выбор наиболее безопасного метода анестезии с учетом текущей СС терапии. Исследовано 302 пациента ($72 \pm 5,8$ лет) с ССЗ, получающих пульсурежающую и вазодилатирующую терапию, оперированных по поводу новообразований брюшной полости и малого таза III-IV ст. Методы анестезии: 1 группа (n=110) – мультимодальная внутривенная общая анестезия (диазепам, пропофол, фентанил, кетамин); 2 группа (n=98) – ОА (севофлуран, фентанил); 3 группа (n=94) – сочетанная эпидуральная (ЭА) и ВОА. В 1-й группе не установлено достоверных изменений АДср. У получавших СС терапию в 7 случаях отмечена брадикардия с ЧСС 39 ± 3 уд/мин, устраненная во время анестезии путем электрокардиостимуляции (ЭКС). Во 2-й группе достоверное снижение АДср у получавших СС терапию потребовало коррекции глюкокортикоидами. Брадикардия $41,3 \pm 4,2$ уд/мин у 7 пациентов скорректирована аналогично 1 группе. В 3-й группе статистически достоверное значительное снижение АДср ($70,1 \pm 4,3$ мм.рт.ст.) отмечено после введения повторной дозы ропивакаина гидрохлорида, что в 15 случаях потребовало коррекции симпатомиметиком (допамин $3,5-4$ мкг/кг·мин). Брадикардия $45,1 \pm 4,5$ уд/мин у 4 пациентов, ЭКС-коррекция - 2. У пациентов высокого СС риска, постоянно принимающих кардиальную терапию, наиболее стабильные показатели кровообращения сохраняются при мультимодальной ВОА и ингаляционной анестезии на основе севофлурана, минимально влияющих на параметры гемодинамики как на фоне пульсурежающих, так и вазодилатирующих препаратов. Использование сочетанной ЭА и ВОА у пациентов, получающих периферические вазодилататоры, сопряжено с частым развитием стойкой гипотензии.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Хотеев А.Ж., Алферов А.В.
ГК ОБ №62, Москва*

Изучали эффективность алгоритма профилактики, диагностики и терапии осложнений у онкохирургических больных с сопутствующей кардиореспираторной патологией. Проанализировали течение послеоперационного периода у 1250 больных с кардиореспираторной патологией (ИБС, гипертоническая болезнь IIА и более, аритмии, ХОБЛ). Пациентам были выполнены оперативные вмешательства по поводу

онкопатологии ЖКТ, легких, головы и шеи, опорно-двигательного аппарата. Выделены 2 группы больных, сравнимые по возрасту, полу, структуре и тяжести сопутствующей патологии и оперативным вмешательствам. У больных 1 группы (n=565) был применен алгоритм, который включал: выявление пациентов высокого риска, их углубленное предоперационное обследование (эхокардиография, коронарография у больных с ИБС, определение уровня натрийуретического пептида, функция внешнего дыхания, бактериологическое исследование бронхиального секрета по показаниям), назначение сопроводительной терапии, расширенный интра- и послеоперационный мониторинг гемодинамики, профилактику системной воспалительной реакции; тромботических осложнений: УЗИ вен нижних конечностей, применение низкомолекулярных гепаринов по схеме, использование перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей, оптимизацию методик анестезии и послеоперационного обезболивания, раннюю послеоперационную активизацию. Изучили структуру, частоту и исходы осложнений, длительность лечения в отделении интенсивной терапии (ОИТ) и стационаре, летальность. В контрольную группу включили 685 больных. Провели анализ частоты осложнений в различных возрастных группах. Достоверность отличий оценивали по t-критерию Стьюдента. Структура сердечно-сосудистых и респираторных осложнений в группах не различалась. В обеих группах у пациентов старше 50 лет частота кардиореспираторных осложнений возрастает на 14%, а у пациентов старше 70 лет – на 23%. В результате примененного алгоритма обеспечения пациентов высокого риска в 1 группе отмечено снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений на 7%, респираторных – на 9%, сочетанных осложнений – на 5%. При этом, сроки лечения в ОИТ в 1 группе уменьшились на 6 часов, а длительность госпитализации на 2,5 суток. Отмечена тенденция к снижению летальности. Примененный алгоритм профилактики, диагностики и лечения периоперационных кардиореспираторных осложнений позволяет улучшить результаты лечения онкохирургических больных.

РОКУРОНИЯ БРОМИД(ЭСМЕРОН) КАК СРЕДСТВО МОНОМИОПЛЕГИИ В ОНКОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ

*Шеметова М.М., Митрофанов С.В., Осипова Н.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Совершенствование технологий миоплегии представляет актуальную проблему онкоанестезиологии, особенно применительно к пациентам высокого риска. В этом аспекте представляет интерес недеполяризирующий миорелаксант быстро наступающего и короткого действия рокурония бромид (эсмерон). Исследование выполнено у 97 пациентов (52±4,7 лет), II-III класс ASA, перенесших преимущественно обширные онкологические операции на органах грудной, брюшной полостей, малого таза, продолжительностью 3,2±1,3ч, в условиях мультимодальной внутривенной общей анестезии (диазепам, пропофол, фентанил, кетамин), n=48; общей анестезии на основе севофлурана и фентанила (n=31); сочетанной эпидуральной и внутривенной анестезии (n=18) с использованием для мономиоплегии рокурония бромида (эсмерона). Объективный контроль нервно-мышечного проведения (НМП) выполняли с помощью монитора «TOF-Watch». Всем пациентам после мультимодальной внутривенной вводной анестезии осуществляли индукцию миоплегии эсмероном 0,73±0,3 мг/кг. Время от введения эсмерона до интубации трахеи составило 62,1±5,2с, условия для ларингоскопии и интубации хорошие. Максимальная глубина блока достигалась через 190±13,5с. Поддержание тотальной миоплегии проводили у 32 пациентов путем непрерывной внутривенной инфузии со скоростью 4—6 мкг/кг/мин, а при ингаляционном наркозе (n=12) – 3—5 мкг/кг/мин; у остальных использовали болюсные дозы - 0,2 мг/кг. Изменений показателей кровообращения в связи с использованием эсмерона не отмечено. У 15 пациентов восстановление мышечного тонуса и адекватного самостоятельного дыхания происходило к концу операции, экстубация трахеи проведена в операционной. При наиболее длительных операциях со значительной кровопотерей не ставили целью быструю активизацию пациента, сохраняя ИВЛ до полной нормализации всех показателей гомеостаза. При этом время восстановления НМП до 70% после прекращения инфузии составило 27±5,2 мин. Таким образом, новый миорелаксант эсмерон обеспечивает быстрое достижение и надежное поддержание миоплегии, позволяет избежать применения сукцинилхолина и связанных с ним возможных осложнений, его применение не сопровождается изменениями показателей кровообращения. Скорость восстановления НМП легко регулируется, что особенно важно в онкохирургии в случаях сокращения предполагаемой продолжительности операции.

БОЛЬ, ВОСПАЛЕНИЕ, ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС В ОНКОХИРУРГИИ

*Эделева Н.В., Осипова Н.А.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Онкологические операции характеризуются обширностью и сопровождаются значительной травмой тканей и кровопотерей, приводящей к массивному повреждению клеточных мембран с освобождением проалгетических и провоспалительных цитокинов (ЦК), простагландинов (ПГ) и др., способствующих

возникновению периферической и центральной гипералгезии, воспаления и отека тканей. В качестве превентивных средств, тормозящих синтез ПГ в зоне операционной травмы, в МНИОИ им. П.А. Герцена успешно используются НПВП: лорноксикам или кетопрофен перед началом операции, а затем в послеоперационном периоде в течение 2-5 суток, что уменьшает послеоперационный болевой синдром и потребность в опиоидной анальгетике (до 30–50 %) а, следовательно, побочные эффекты и осложнения, свойственные опиоидной монотерапии. В патогенезе системной воспалительной реакции наряду с ЦК, ПГ важная роль принадлежит кининовым пептидам, концентрация которых в плазме после высокотравматичных вмешательств резко возрастает, вызывая генерализованную внутрисосудистую воспалительную реакцию с нарушением внутриорганной микроциркуляции и клеточной дисфункцией. Поэтому патогенетически оправдано периоперационное применение ингибиторов кининогена. В практике нашего института при обширных операциях для этой цели используется апротинин (контрикал) непосредственно перед началом операции, во время нее и далее в течение 1-2 суток после операции. Ответ организма на тяжелую хирургическую травму и, особенно, кровопотерю проявляется резкой активизацией процессов свободно-радикального окисления липидов, истощением эндогенной антиоксидантной защиты, развитием окислительного стресса, являющегося важным звеном в патогенезе синдрома острой полиорганной недостаточности. Наши исследования показали, что у больных после обширных онкологических оперативных вмешательств с массивной кровопотерей развивается дефицит потенциала антиоксидантной защиты, прежде всего, наиболее мощного естественного антиоксиданта организма – церулоплазмينا. Существует высокая обратная корреляционная зависимость между активностью эндогенного церулоплазмينا и интегральной оценкой тяжести состояния больных и выраженности полиорганной недостаточности по шкалам APACHE II и SOFA (-0,84) и (-0,79) соответственно. Для коррекции значительных нарушений окислительно-антиокислительной системы необходима заместительная терапия биосовместимым препаратом Церулоплазмин (ЦП), что позволяет устранить окислительный стресс, предотвратить тяжелые органые дисфункции, снизить частоту развития гнойно-септических осложнений с 75% до 28% по сравнению с традиционной интенсивной терапией без ЦП. В большой хирургии патогенетическая профилактика боли, местной, системной воспалительной реакции и окислительного стресса является необходимым элементом анестезии, интра- и послеоперационной интенсивной терапии для оптимизации результатов оперативного лечения.

Реабилитация и паллиативная помощь

АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ В ФАРМАКОТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Абузарова Г.Р., Соколёнов А.С.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Проведена сравнительная оценка анальгетической эффективности и переносимости габапентина (нейронтин) и прегабалина (лирика) у онкологических пациентов с нейропатическим болевым синдромом (НБС). Материалы и методы. 64 онкологических пациента с НБС были разделены на 2 подгруппы сопоставимые по возрасту, массе тела, тяжести болевого синдрома и предшествующей терапии. 34 пациента 1-ой подгруппы получали габапентин 300-1800 мг, 31 пациент 2-ой подгруппы принимал прегабалин 150-600 мг/сут. Суточная доза препаратов повышалась ступенчато. Оценка эффективности анальгезии и побочных эффектов (ПЭ) терапии проводили на фоне прежней обезболивающей терапии (исходный этап), на 3-и, 7-е и 14-е сутки от начала применения препаратов при продолжении базовой терапии. Эффективность анальгезии оценивали по 4-х балльной шкале вербальных оценок (ШВО). В качестве эффективной терапии боли (ЭТБ) признавали анальгезию при показателях ШВО от 0 до 1 балла. Побочные эффекты (ПЭ) терапии препаратами оценивали по частоте (в %) и степени их выраженности по 3-х балльной шкале: 0 - ПЭ нет, 1 балл – ПЭ выражен слабо, 2 балла - ПЭ умеренно выражен, 3 балла - ПЭ сильно выражен. Результаты. Количество пациентов с ЭТБ в подгруппе с габапентином стабильно повышалась от 11,8% до 67,6% (3 сутки); 82,6% (7 сутки) и 85,3% (14 сутки). Показатели ЭТБ в подгруппе с прегабалином были несколько ниже: 16,1% (исходный уровень), далее: 45,1%, 74,2%, 70,9% (соответственно). Из-за недостаточной эффективности терапии прием препарата прекратили 11,7% больных в 1-й группе и 12,9% во 2-й. Наиболее частыми ПЭ в обеих подгруппах были сонливость и головокружение; редкими - миоклонии, атаксия, периферические отеки, головная боль. Сонливость в «сильной» степени выраженности отмечалась только в группе с габапентином на 3-и сутки, но общее количество «умеренно» и «слабо» выраженных случаев сонливости преобладало в группе с прегабалином (от 61,7% до 81,3%). Из-за ПЭ лечение прекратили 8,8% пациентов принимавших габапентин и 3,2% - в подгруппе с прегабалином. Выводы. Оба препарата показали высокую эффективность в терапии НБС у онкологических пациентов. Прегабалин несколько уступает по эффективности габапентину, но вызывает менее выраженные ПЭ. Высокий профиль безопасности прегабалина делает его предпочтительным для амбулаторной практики. Применение габапентина в терапии тяжелых НБС с учетом его побочных эффектов у онкологических больных требует индивидуального подбора необходимой дозы в условиях стационара под наблюдением медперсонала.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГАБАПЕНТИНА И ПРЕГАБАЛИНА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОПАТИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

*Абузарова Г.Р., Соколёнов А.С.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Проведена сравнительная оценка анальгетической эффективности и переносимости габапентина (нейронтин) и прегабалина (лирика) у онкологических пациентов с нейропатическим болевым синдромом (НБС). Материалы и методы. 64 онкологических пациента с НБС были разделены на 2 сопоставимые подгруппы. 34 пациента 1-ой подгруппы получали габапентин 300-1800 мг, 31 пациент 2-ой подгруппы принимал прегабалин 150-600 мг/сут. Оценка эффективности анальгезии и побочных эффектов (ПЭ) терапии проводили на фоне прежней обезболивающей терапии (исходный этап), на 3-и, 7-е и 14-е сутки от начала применения препаратов при продолжении базовой терапии. Эффективность анальгезии оценивали по 4-х балльной шкале вербальных оценок (ШВО). В качестве эффективной терапии боли (ЭТБ) признавали анальгезию при показателях ШВО от 0 до 1 балла. Побочные эффекты (ПЭ) терапии препаратами оценивали по частоте (в %) и степени их выраженности по 3-х балльной шкале: 0 - ПЭ нет, 1 балл – ПЭ выражен слабо, 2 балла - ПЭ умеренно выражен, 3 балла - ПЭ сильно выражен. Результаты. Количество пациентов с ЭТБ в подгруппе с габапентином стабильно повышалась от 11,8% до 67,6% (3 сутки); 82,6% (7 сутки) и 85,3% (14 сутки). Показатели ЭТБ в подгруппе с прегабалином были несколько ниже: 16,1% (исходный уровень), далее: 45,1%, 74,2%, 70,9% (соответственно). Из-за недостаточной эффективности терапии прием препарата прекратили 11,7% больных в 1-й группе и 12,9% во 2-й. Наиболее частыми ПЭ в обеих подгруппах были сонливость и головокружение; редкими - миоклонии, атаксия, периферические отеки, головная боль. Сонливость в «сильной» степени выраженности отмечалась только в группе с габапентином на 3-и сутки, но общее количество «умеренно» и «слабо» выраженных случаев сонливости отмечалось больше в группе с прегабалином (от 61,7% до 81,3%). Из-за ПЭ лечение прекратили 8,8% пациентов принимавших габапентин и 3,2% - в подгруппе с прегабалином. Выводы. Оба препарата показали высокую эффективность в терапии НБС у онкологических пациентов. Прегабалин несколько уступает по эффективности габапентину, но вызывает менее выраженные ПЭ. Высокий профиль безопасности прегабалина, что делает его предпочтительным для амбулаторной практики, а высокая эффективность габапентина в терапии тяжелых

НБС у онкологических больных требует подбора необходимой дозы условиях суточного или дневного стационара под наблюдением медперсонала.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

*Астахова Н.Ф., Орлов М.А., Иванова О.В., Иванов В.М.
Астраханская ГМА, Астрахань*

Увеличение средней продолжительности жизни влечет за собой рост онкологических заболеваний у женщин старше 60 лет. Большинству из них показана хирургическая операция, которая нередко приводит к развитию легочных осложнений. С целью их профилактики у 200 онкогинекологических больных пожилого и старческого возраста нами использовался комплекс физических упражнений, который сочетали с вакуумтерапией аппаратом, разработанным автором. Больных разделили на три группы: 1 - лечебную гимнастику сочетали с вакуумтерапией (100 человек) 2 - выполняли только лечебную гимнастику (50 человек) 3 - оперировали без подготовки (50 человек). Оказалось, что в 1 и во 2 группе больных показатели внешнего дыхания были почти одинаковые. При этом, в первой группе улучшалось общее состояние больных, которое заключалось в исчезновении или уменьшении неприятных ощущений в позвоночнике и увеличения активности больных. У больных 2 группы эти показатели несколько повышались. В наименее благоприятных условиях легочной вентиляции находились больные 3 группы: у них были менее глубокое и более частое дыхание, относительно низкие показатели резервов вентиляции, более укороченное время при пробах Штанге и Генча-Собразе. Застойные явления в легких, затруднения откашливания мокроты, связанные с наркозом и перенесенной операционной травмой, у больных 1 группы наблюдалось в 2% случаев; во 2 группе – в 4% случаев, а у больных 3 группы эти осложнения отмечались гораздо чаще – в 10% случаев. У больных 2 и 3 группы нормализация сна наступила на 2-3 дня позже, чем в 1 группе. Обострение хронического бронхита наблюдалось в 2,0% случаев в 1 группе и в 12,% случаев в 3 группе. Послеоперационные пневмонии в 1 группе были в 1,0% случаев, во 2 – в 4,0%, а в 3 группе значительно чаще – в 8,0% случаев. Таким образом, проведение ЛФК с вакуумтерапией способствует снижению послеоперационных легочных осложнений и улучшает течение раннего послеоперационного периода.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

*Афанасьева З.А., Федоренко М.В., Сибгатуллина И.Ф., Миначева Р.Н.
РОД, Казань
Татарский ГГПУ, Казань
Институт развития образования РТ, Казань
ГБ МСЭ по РТ, Казань*

Целью экспериментального психодиагностического исследования было выявление личностных особенностей у больных раком щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения. Основную группу составили 120 больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках (2-4 года) после радикального лечения в РКОД МЗ Республики Татарстан, получающих терапию L-тироксином и не имеющих на момент исследования рецидива заболевания. У них предполагался положительный прогноз на будущее. Средний возраст пациентов - $42,5 \pm 0,9$ лет. Контрольную группу («условно здоровые») составили 55 доноров Городской станции переливания крови. Средний возраст доноров составил $41,2 \pm 1,4$ лет. Пациенты и доноры имели высшее, незаконченное высшее или средне-специальное образование. Личностные особенности пациентов раком щитовидной железы и доноров изучались с помощью психодиагностических опросников: САН (самочувствие, активность, настроение); теста Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина (шкалы личностной и реактивной тревожности); ММПИ-СМОЛ (стандартизированный многопрофильный опросник личности). Всего было произведено 512 психодиагностических исследований. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Exel 8, BIOSTATISTICA 4.03 (S.A.Glantz, 1999). Достоверность различий показателей в сравниваемых группах определяли по критерию Стьюдента. Как показали наши исследования, психологические особенности больных раком щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения характеризуются повышенной ситуативной и личностной тревожностью, приверженностью к общепринятым нормам и инструкциям, высоконравственным или псевдонравственным образом жизни, склонностью к психосоматическому варианту дезадаптации, сдерживанием активной самореализации, контролем над агрессивностью, избеганием ответственности. Таким образом, результаты психологической диагностики больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения показывают, что, несмотря на то, что пациенты получили радикальное лечение, т.е. медицинская реабилитация у них прошла успешно, для улучшения качества жизни, для возврата к нормальной трудовой деятельности этим больным необходима еще психологическая реабилитация. Выявленные личностные особенности у

пациентов раком щитовидной железы должны учитываться врачами онкологами и эндокринологами при проведении диспансерного наблюдения.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

*Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В., Спиртус А.М.
ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, Москва
Московский ОД №3, Москва*

С целью изучения психического здоровья и качества жизни (КЖ) женщин с онкологической патологией репродуктивной системы и оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий были обследованы 30 пациенток в возрасте от 37 до 69 лет, из них 65,5% с раком молочной железы, остальные – с опухолями шейки и тела матки, яичников. Из них 10% больных были на дооперационном этапе, остальные на различных этапах лечения в послеоперационном периоде. Помимо карты, оценивающей клинико-социальные характеристики пациентов, использовался опросник качества жизни ВОЗ (WHOQOL_bref), а также опросники, позволяющие уточнить ряд клинико-психологических параметров. В результате, психические нарушения пограничного уровня были выявлены у всех пациенток, у 15 отмечалась астеническая симптоматика, у 11 – тревожно-депрессивная, у 4 – депрессивная. У двух пациенток формировалось посттравматическое стрессовое расстройство. В преморбиде отмечались личностные акцентуации: истерическая у 10 больных, эмотивная – у 12, ананкастная – у 6, двое имели гармоничный профиль личности. Субъективная оценка КЖ в соотношении с объективными параметрами социальной адаптации у 19 больных была адекватно-негативной, у 5 – адекватно-позитивной, у 4 неадекватно-позитивной, у двоих – неадекватно-негативной. У пациенток с астенической симптоматикой преобладали адекватно-негативная и адекватно-позитивная оценки КЖ. Неадекватно-негативная оценка коррелировала с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой. Для улучшения психического состояния и КЖ предложена комбинированная схема лечения, включающая применение психотерапии (гипнотерапия по Тукаеву, аутогенная тренировка, релаксация по Джекобсону, индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия) и средства традиционной медицины. Таким образом, у женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы отмечаются психические расстройства пограничного уровня, различные по выраженности и клинической картине, и снижение параметров КЖ. Для коррекции психических нарушений целесообразно применение психотерапии в сочетании со средствами традиционной медицины природного происхождения, имеющих нейропротекторное, мягкое ноотропное, адаптогенное действие приводит к улучшению общего самочувствия, психического состояния и качества жизни.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВИХРЕВЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ (ВМП)

*Василенко И.Н., Бахмутский Н.Г., Лебедь Е.В.
Краснодарский ККО, Краснодар
Краснодарский ГМУ, Краснодар*

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место по заболеваемости среди злокачественных опухолей женщин. Основная причина смерти больных – метастазирование. Наиболее часто РМЖ метастазирует в кости (70 – 80%). В современной онкологической практике используется мультидисциплинарный подход к лечению, который включает системную противоопухолевую (химиотерапию, гормональную терапию), лекарственную терапию, лучевую терапию и др. Лечение направлено на купирование болевого синдрома и воздействие на саму метастатическую опухоль. Учитывая противоболевой и противоопухолевый эффекты ВМП, а также его радиомодифицирующий эффект обоснована целесообразность его сочетанного применения вместе с лучевой терапией при лечении этого контингента больных. С этой целью проведено лечение в двух рандомизированных группах больных РМЖ с метастазами в кости (по 20 больных) по схемам, используя только лучевую терапию (контрольная группа) и лучевую терапию в комбинации с ВМП (основная группа). Облучение проводили ежедневно по 4-5 Гр до СОД 20-25 Гр. В основной группе вначале использовали в течение 10 дней ВМП, затем лучевую терапию в таких же дозах. При изучении результатов отмечено, что в контрольной группе противоболевой эффект достигнут у 78% больных при его длительности в 12,2 мес. В основной группе результаты были лучше, противоболевой эффект достигнут у всех больных (100%) и его длительность была 20,3 мес. Таким образом, с целью усиления противоболевого эффекта и улучшения качества жизни у больных раком молочной железы с метастазами в кости нами рекомендуется их сочетанное лечение лучевой терапией с ВМП.

НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Савин А.А., Стулин И.Д., Стражнев С.В., Савин Л.А.
ОЦ ОАО «РЖД» при ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко, Москва
МГМСУ, Москва
ОД №3, Москва
ГКБ №6, Москва*

Трагедия женщин, успешно перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, усугубляется тем, что онкологи, считая их выздоровевшими, снимают с онкологического учета, справедливо полагая, что радикальное лечение проведено успешно. Врачи других специальностей, к которым обращаются эти пациенты с целью коррекции разнообразных органических и функциональных нарушений, прогрессивно развивающихся после радикального лечения, по-прежнему, продолжают их считать онкологическими больными и необоснованно ограничивают в применении различных терапевтических средств, в частности, физиотерапевтических и некоторых других, способных эффективно осуществлять коррекцию выявленной патологии. Нами обследованы более 2000 больных раком молочной железы, перенесших радикальное лечение от одного месяца до нескольких лет тому назад. Подавляющему числу из них после обследования была предложена та или иная технология восстановительного лечения, в процессе осуществления которой больные также подвергались неоднократному обследованию. Анализ результатов обследования более 2000 больных, успешно перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, позволяет утверждать, что у всех неизменно формируется сложный комплекс патологических изменений органического и функционального характера, в основе которого лежат нарушения иннервации, крово- и лимфообращения мягких тканей в области проведенного лечения, что в свою очередь негативно сказывается на состоянии всего организма больных. Очевидно, что формирование и течение этих процессов сопровождается различными изменяющимися в течение времени клиническими проявлениями. Из их множества, безусловно, лимфоэдема верхней конечности на стороне радикального лечения является самым ярким и известным, но далеко не единственным, проявлением т.н. постмастэктомического синдрома. Однако, по нашему мнению, наибольшую значимость в его формировании имеет патология структур плечевого сплетения и кровеносных сосудов плечевого нейрососудистого пучка (подключичная артерия - подключичная вена - плечевое сплетение) и сосудов обеспечивающих кровоснабжение головного мозга. Средний возраст больных, подвергнутых обследованию и восстановительной терапии после проведенного радикального лечения по поводу рака молочной железы, составил 52,4 года. В результате многократного обследования установлено, что у всех больных имел место отек мягких тканей конечности, обусловленный лимфостазом и замедлением венозного кровотока. Клиническая выраженность отека была различной от еле заметной до чрезвычайно выраженного (4-ой степени) и осложненного развитием фиброза мягких тканей конечности (фибрэдемы). У большинства больных отек поражал всю конечность, однако нередко его интенсивность была различной в мягких тканях кисти, предплечья и плеча. У некоторых больных (14,3%) отек изолированно поражал ткани предплечья, кисти или плеча. Также у всех без исключения больных диагностированы различные нарушения иннервации кожи и других анатомических структур верхней конечности, надплечья, лопаточной области и половины грудной клетки на стороне проведенного радикального лечения. При этом у больных, которым проведено только радикальное хирургическое вмешательство, преобладают симптомы возбуждения периферических нервных волокон, а у больных, которым в комбинации с радикальной операцией осуществляли лучевую терапию, чаще отмечали симптомы угнетения нервов. В результате ультразвукового доплерографического исследования, проведенного 80 больным до и после радикального лечения по поводу рака молочной железы, недостаточность кровотока в вертебробазилярном бассейне установлена у всех. Однако, до проведения радикального лечения данная патология имела место у 44 из 80 больных раком молочной железы. У остальных 36 больных этой группы данная патология впервые выявлена только при обследовании после перенесенного радикального лечения. Ультразвуковое исследование подключичных, сонных и позвоночных артерий и вен позволило установить замедление кровотока на стороне радикального лечения, проведенного по поводу рака молочной железы, в сравнении с аналогичными показателями на противоположной стороне. Во время выполнения больными функциональных проб Адсона и Ланге в указанных сосудах на стороне проведенного радикального лечения показатели еще больше снижаются вплоть до полной остановки кровотока. При компьютерной спиральной томографии с контрастированием сосудов у всех пациенток этой группы на стороне проведенного радикального лечения выявлены признаки экстравазальной стриктуры подключичной артерии в области межлестничного промежутка. При этом данная патология, как правило, сочетается с развитием стеноза позвоночной артерии одноименной стороны в области ее истока. Данные энцефалографии, проведенной больным спустя различное время после радикального лечения по поводу рака молочной железы, также убедительно указывают на обеднение кровотока в сосудах полушария головного мозга на стороне проведенного радикального лечения. Результаты наших исследований позволяют утверждать, что у всех больных раком молочной железы после проведенного радикального лечения неизбежно развивается комплекс разнообразных функциональных и органических нарушений, прогрессивное развитие которых

обуславливает формирование разнообразных патологических процессов нейроваскулярного типа, отличающихся стойким и прогрессивно развивающимся течением. Профилактика их развития и их терапевтическая коррекция должны осуществляться в специализированном кабинете онкологического диспансера при совместном участии онколога, невролога и врача-специалиста в области восстановительной медицины.

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

*Гаркави Л.Х., Жукова Г.В., Михайлов Н.Ю., Мащенко Н.М., Евстратова О.Ф.,
Бартенева Т.А.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Известно, что специальная противоопухолевая терапия – операция, облучение, химиотерапия – вызывает развитие в организме общей неспецифической реакции стресс, обуславливающей неблагоприятные изменения в основных подсистемах организма, что снижает противоопухолевую эффективность лечения. Нашими многолетними исследованиями показано, что неспецифические антистрессорные реакции организма (Гаркави Л.Х., Уколова М.А., Квакина Е.Б., открытие №158, 1975, помогают организму бороться со стрессом, повышая его противоопухолевую резистентность. Таким образом, активационная терапия может применяться в качестве эффективного метода сопровождающей (комплементарной) терапии. Было установлено, что в зависимости от абсолютной величины действующего фактора происходит периодическое повторение основных известных неспецифических адаптационных реакций – тренировки, спокойной активации, повышенной активации, переактивации и стресса Г.Селье (Гаркави Л.Х., диплом на открытие №367, 2008). При этом наиболее значительно повышают эффективность специальной противоопухолевой терапии реакции спокойной и (особенно) повышенной активации, вызванные низкоинтенсивными действующими факторами. Для обеспечения условий развития этих реакций используется разработанный нами режим повышения чувствительности организма. Для профилактики развития лейкопении, а также для вывода организма из такого состояния, целесообразно добиваться развития и поддержания другой антистрессорной реакции – реакции тренировки. Как известно, каждой реакции соответствует свой комплекс изменений в иммунной и нейроэндокринной системах, отражающийся на параметрах лейкоцитарной формулы. Кроме того, современные исследования показали, что для оценки характера и напряженности адаптационных реакций могут быть успешно использованы спектральные характеристики пульсовой волны. Это позволяет разработать новый бескровный метод экспресс-диагностики состояния пациентов и оперативно корректировать биотропные параметры факторов активационной терапии. В качестве таких факторов в комплексном противоопухолевом лечении мы применяем адаптогены природного происхождения и слабые электромагнитные воздействия, а также средства метаболической терапии («субстратное сопровождение»).

АКТИВАЦИОННАЯ ФОТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОПРОВОЖДАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Гаркави Л.Х., Капкина Н.Н., Мащенко Н.М., Николаева Н.В., Тихановская Н.М.,
Капуза Е.А., Торпуджян И.С., Багринцева М.И.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Теоретической предпосылкой исследования послужили многолетние труды по активационной терапии, основанные на открытии Л.Х.Гаркави с соавт. (1975) адаптационных реакций тренировки и активации, повышающих неспецифическую и противоопухолевую резистентность организма. Для осуществления активационной терапии нами был использован метод квантовой гемотерапии. Показано, что под влиянием света видимой области спектра, в частности, сине-зеленого диапазона (420–530 нм), в организме человека улучшается газотранспортная функция крови, стимулируются окислительно-восстановительные процессы и повышается интенсивность обмена веществ (Карандашов В.И. и соавт., 2001). Исследование проведено у 33 больных генерализованной формой РМЖ. Основная группа – 16 больных (Т3-4N0-2M0-2), которым наряду с аутогемохимиотерапией (АГХТ) проводили активационную фототерапию. В контрольную группу вошли 17 больных женщин РМЖ (Т3-4N0-2M0-2). Контрольная и основная группы были сопоставимы по возрасту, вариантам лечения, стадиям заболевания. Активационную фототерапию осуществляли с помощью квантового генератора «ЭЛКА-Н», ежедневно облучали область локтевой вены больных перед началом АГХТ на протяжении всего курса. Результаты показали, что у 80% больных РМЖ под влиянием фототерапии развивались реакции тренировки и спокойной активации, количество лейкоцитов оставалось нормальным на протяжении 1–3 курсов АГХТ. В контрольной группе общее число лейкоцитов достоверно снижалось к концу 2-го курса химиотерапии ($p < 0,05$), а процентное содержание лимфоцитов, как правило, отвечало состоянию хронического стресса. Сравнение частоты развития лейкопении позволило выявить

снижение ее в основной группе в два раза после 1-го курса АГХТ и в три раза на 2–3-м курсах по сравнению с контрольной группой. Таким образом, применение активационной фототерапии в ком-плексном лечении больных распространенным РМЖ способствует развитию адаптационных реакций тренировки и активации, повышающих общую и противоопухолевую резистентность организма и может быть рекомендовано для лечения тяжелых онкологических больных в качестве метода сопровождающей терапии.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ОНКОЛОГИИ

*Грачёв А.А., Семкина Е.Н., Ерофейкина Е.Н., Соловьев В.И.
Смоленский ООД, Смоленск
Смоленская ГМА, Смоленск*

Актуальность проблемы. Повышенный интерес к человеку как субъекту труда обратил внимание исследователей на изменения, которые происходят с личностью в процессе выполнения профессиональной деятельности. «Светя другим, сгораю сам» — этот девиз предполагает высокое служение, самоотверженную отдачу всего себя профессии и другим людям, приложение всех своих физических и нравственных сил. Материалы и методы. Выборка из сотрудников среднего медицинского персонала и врачей СООКД (20 врачей и 20 медсестер). 1. Методика «Определение стиля поведения в конфликтной ситуации» (тест Томаса). Тест позволяет определить ведущую стратегию поведения в условиях противоречия. 2. Методика «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко. Эта методика состоит из опросника, включающего в себя 84 суждения. Позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания». Важно отметить, к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число. Результаты исследования. При проведении анкетирования по методике «Определение стиля поведения в конфликтной ситуации» выявлено, что врачи чаще всего из методов выхода из конфликтной ситуации используют эффективный метод – сотрудничество (40%), а неэффективный метод – избегание (40%). Также можно сказать, что врачи меньше всего используют метод – приспособление. Что касается среднего медицинского персонала, то он чаще всего использует эффективные способы выхода из конфликтной ситуации - компромисс (50%), чуть меньше - сотрудничество (40%). И использует меньше всего неэффективный способ – соперничество (10%). Используя методику «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко установлено, что у медсестер чаще формировались - переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное избирательное реагирование, редукция профессиональных обязанностей. Это проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустранимы. Нарастает раздражение, выливаясь в отчаяние и негодование. Неразрешимость ситуации приводит к развитию прочих явлений «выгорания». Эти симптомы проявляются в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. В результате чего к профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помочь субъектам своей деятельности. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать. Реагирование без чувств и эмоций - наиболее яркий симптом «выгорания». Это говорит о том, что здесь действительно работают люди своего дела, что они не случайны в этой профессии и довольны ею. У врачей же, наоборот, чаще формируется – загнанность в клетку, эмоционально-нравственная дезориентация, эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность (деперсонализация). Таким образом, на основе полученных результатов исследования можно разработать модель личностных качеств для профессии медицинского работника в онкологии и определить факторы риска, ведущие к формированию синдрома эмоционального выгорания.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Евтушенко В.А., Вусик М.В., Кучерова Т.Я., Мусабаева Л.И.
НИИ онкологии, Томск*

При комбинированном лечении больных со злокачественными опухолями молочной железы и применением курса лучевой терапии по-прежнему остается высокий процент острых лучевых реакций с повреждением кожи. В связи с этим становится актуальной проблема разработки методов эффективного купирования лучевых реакций, в том числе с применением физиотерапевтических методов. Целью исследования явилось выявление особенностей применения магнитолазерной терапии при лечении лучевых реакций у больных раком молочной железы после комбинированного лечения. Под наблюдением находились 61 пациентка с раком молочной железы и наличием лучевых реакций в послеоперационном периоде в виде повреждения кожи. Основной возраст - старше 50 лет. Преобладали больные T1NoMo и T2NoMo стадиями онкологического процесса. Пациенткам проводилась ДГТ, либо нейтронная терапия. Лучевые реакции выявлялись после 20 Гр и 40 Гр. Чаще регистрировали 2 степень проявления лучевой реакции (52%). В основном пациентки предъявляли жалобы на болевые ощущения (82%). Повреждающее действие со стороны кожи проявлялось гиперемией и отеком тканей. В ряде случаев отмечалось повреждение кожи с

наличием дефекта при проведении только нейтронной терапии. Лечение проводилось по разработанной нами методике с использованием магнитолазера. По завершению лечебного курса у всех пациенток регистрировали купирование болевого синдрома, отека тканей и гиперемии. Первые признаки улучшения наблюдались в различные сроки. После трех процедур улучшение регистрировали у 38 (62,3%) пациентки, после 5 процедур - у 14 (23%), у 9 (14,7%) больных лечебный эффект проявился после 8 процедур. Для достижения терапевтического эффекта требовалось проведение 8-12 процедур. Таким образом, применение магнитолазера у больных раком молочной железы после комбинированного лечения является эффективным методом купирования лучевых реакций.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Задерин В.П., Семькин Ю.А.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель: изучить возможность использования озона в комплексном лечении онкоурологических заболеваний (терапия сопутствующих заболеваний, осложнений хирургического и химиолучевого лечения опухолей) и побочные эффекты озонотерапии. Материалы и методы. В исследование включено 120 больных: рак почки – 69, рак мочевого пузыря – 30, рак простаты- 13, рак надпочечника –5, рак яичка и полового члена- 4 больных. Все больные подвергнуты оперативному вмешательству. Показаниями для озонотерапии были: сердечно-легочная недостаточность – 49 больных, анемия- 35, нагноение раны – 7, острый пиелонефрит - 12, ХПН - 2, острый панкреатит – 2, снижение трофики тканей в послеоперационной ране- 23 больных. Озонотерапия проводилась в предоперационном периоде у 20 больных, после операции у 75, до и после операции у 25. Всего 120 больным сделано 511 в/венных введений. Используя аппарат – синтезатор газовых озono-кислородных смесей А-с-ГОКСф-5-02-ОЗОН, насыщали озон 200 мл физиологического раствора (2 мг/л), вводили в/венно, ежедневно. Курс лечения 3-6 процедур. 30 больным сделано 62 подкожных инъекций (концентрация озона 6-9 мг/л). Результаты. Каких-либо осложнений озонотерапии общего или местного характера не было. Отмечен хороший общесоматический эффект (уменьшение одышки, косвенные признаки улучшения гемодинамики мозга, улучшение аппетита, настроения больных). Наиболее показательным лечебным эффектом озонотерапии, было ускорение заживления гнойных ран, которые до применения озонотерапии плохо поддавались лечению. Клиническое наблюдение за больными в течение 3-24 месяцев после лечения, не выявило какого-либо влияния озонотерапии на динамику опухолевого процесса. Выводы. Озонотерапия может быть включена в комплекс лечения онкоурологических больных, как метод неспецифической терапии сопутствующих заболеваний и послеоперационных осложнений.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ИХ ТЕРАПИЯ

*Иванов С.В., Самушия М.А.
НЦ психического здоровья, Москва*

Обоснование. Онкологические заболевания занимают одно из первых мест в общей структуре инвалидности и смертности. Распространенность психических расстройств среди контингента больных, страдающих злокачественными новообразованиями, характеризуется высокими показателями (45-55%). Спектр психической патологии представлен расстройствами тревожно-фобического, аффективного, эндоформного круга, а также соматогенными психозами. Цель исследования. Изучение психических расстройств у пациентов, страдающих злокачественными опухолями в аспекте клиники с учетом психосоматических корреляций, а также терапии психопатологических расстройств. Материалы и методы. Выборку исследования составили 250 пациентов, последовательно поступавших в отделения РОНЦ им. Н.Н. Блохина с диагнозом: «злокачественные новообразования различной локализации» с сопутствующими психическими расстройствами, манифестирующими в связи с онкологическим заболеванием. Результаты. Исследованы основные типы нозогенных реакций у пациентов онкологического стационара. Выделены варианты нозогений: тревожно-фобическая, тревожно-диссоциативная (легкая, умеренная степень), аффективная (реакция деморализации, тревожно-депрессивная, гипоманиакальная), нозогенная реакция с выявлением сверхценных идей (сензитивная, с реформированием терапии, эквитная, сутяжная), эндоформная (шизотипический и аффективные варианты). Произведена сравнительная оценка распространенности и спектра нозогенных реакций при различной локализации онкологического процесса. Оценена потребность в психофармакотерапии у пациентов онкологического стационара (58%). Разработаны основные принципы терапии психических расстройств у больных страдающих раком с учетом сопутствующей основной терапии. Указана необходимость в комбинированном подходе с применением психотерапии и фармакотерапии.

ПРОТИВОБОЛЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА ПОД КОНТРОЛЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

*Канаев С.В., Туркевич В.Г., Савельева В.В., Дунаевский И.В., Крживитский П.И.
НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, Санкт-Петербург
«InSightec LTD», Израиль*

Цель: оценка безопасности, и эффективности ФУЗ-МРТ в паллиативном противоболевом лечении метастазов злокачественных опухолей в кости скелета. Материалы и методы. В клинике ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий» Санкт-Петербург пролечено ФУЗ-МРТ 5 пациентов, страдающих болями в костных метастазах. Пациенты прослежены в 1-й и 3-й дни, в 1-ю и 2-ю неделю, в конце 1-ого, 2-ого и 3-его месяцев после окончания лечения. В течение каждого визита оценена безопасность проведенного ФУЗ-МРТ по наличию возможных осложнений лечения. Эффективность лечения оценена с использованием стандартной болевой шкалы (0 – нет боли/10 – невыносимая боль) и учета приема анальгетиков. Оценивались два типа боли: средняя и самая сильная за предыдущий период наблюдения. Уменьшение на 2 бала и более по шкале боли рассматривалось как значимый результат противоболевого лечения. Очаги поражения в костях скелета все были остеолитического характера, 3 локализовались в костях таза и 2 в плечевых костях. Результаты. Не было осложнений связанных с оборудованием ФУЗ-МРТ и технологией проведения процедуры. Один пациент умер в конце двухмесячного периода наблюдения, остальные 4 прослежены в течение трех месяцев. Все пациенты отмечали уменьшение боли и не принимали в дальнейшем анальгетики. Средние показатели невыносимой боли на 1 день, 3 день, 1 неделю, 2 неделю, 1, 2 и 3 месяца наблюдения после лечения были соответственно 6.2, 5.8, 4.6, 3.6, 2.2, 2 и 2 бала. Средние показатели средней боли на 1 день, 3 день, 1 неделю, 2 неделю, 1, 2 и 3 месяца наблюдения после лечения были соответственно 4.6, 4.4, 3.4, 2.6, 2.2, 1.2, и 1 бала. Заключение: эти результаты достоверно свидетельствуют о безопасности и эффективности ФУЗ-МРТ противоболевого лечения метастазов злокачественных опухолей в кости.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПРИОРИТЕТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО С ОПУХОЛЕВЫМ ПЛЕВРИТОМ

*Карташов С.З., Лейман И.А., Лазутин Ю.Н., Кабанов С.Н.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель: улучшить качество и продолжительность жизни при паллиативном лечении больных раком легкого с опухолевым плевритом. Материалы и методы. В торакальном отделении РНИОИ в 2005 – 2007 годах пролечено 85 больных раком легкого с опухолевым плевритом в возрасте от 36 до 76 лет, ШВ – IV стадии, мужчин 58,3%, женщин 41,7%. Плоскоклеточный рак верифицирован у 31,7%, железистый рак – 50,3%, мелкоклеточный рак – 18%. Производим забор 40 мл плевральной жидкости, 20 мл инкубируем с 20 мг блеомицетина, 20 мл – с 1500 мг доксициклина, эвакуируем экссудат из плевральной полости в пакеты «Гемакон», затем вводим блеомицетин и доксициклин интраплеврально. Пакеты с плевральной жидкостью центрифугируем 2000 оборотов/мин 60 минут. Жидкую часть отделяем, используем как среду для растворения химиопрепаратов (схема CAP) для уменьшения потери белка, электролитов, жидкости с экссудатом. При накоплении экссудата манипуляции повторяем, после ликвидации экссудата проводим паллиативную лучевую терапию. Результаты. 80% функциональная активность по шкале Карновского до и через 2 недели после лечения – в основной группе $10 \pm 5,4\%$ и $70 \pm 8,3\%$, в контрольной $6,7 \pm 4,5\%$ и $13,3 \pm 6,1\%$. 60% - ая функциональная активность: $10 \pm 5,4\%$ и $3,3 \pm 3,2\%$ и $10 \pm 5,4\%$ и $23,3 \pm 7,7\%$ соответственно. Ремиссия накопления экссудата и регрессия первичной опухоли по сравнению с контролем $96,7 \pm 3,2\%$ и $60 \pm 8,9\%$ против $36,7 \pm 8,7\%$ и $16,7 \pm 6,8\%$ соответственно. Средняя продолжительность жизни $7,0 \pm 2,2$ месяцев против $4,0 \pm 1,3$ месяцев в контроле, $p < 0,05$.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНИ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ПО ПОВОДУ РАКА II-III СТАДИИ

*Ключихин А.Л., Трофимов Е.И., Давыдова И.И.
Ярославская ГМА, Ярославль
НКЦ оториноларингологии, Москва*

Цель исследования: реабилитация голосовой функции после резекций гортани с эндопротезированием в позднем восстановительном периоде. Задачи исследования: 1. Оценить голосовую функцию пациентов после резекции гортани с эндопротезированием. 2. Фонопедические мероприятия по улучшению и восстановлению голоса. Материалы и методы. В группу исследования вошло 166 пациентов, оперированных по поводу рака гортани T2N0M0, T3N0M0, которым выполнялись фронтола-гортальные резекции с применением на

операции биосовместимого трубчатого эндопротеза (ЭГ 1-4, ТУ 42-2-467-85). Из них стандартные резекции выполнены у 105 (63,2±3,7%) пациентов и атипичные (расширенные, комбинированные, субтотальные) у 61(36,8±3,8%) пациента. Эти пациенты прооперированы на базе ЛОР кафедры ЯГМА и Ярославского онкологического центра «Голова шея» с 1988 года по настоящее время. При рассмотрении отдаленных онкологических результатов из всего числа наблюдений, мы видим, что 3-х летняя выживаемость составила 73,9%, 5-ти летняя выживаемость составила 67,6%, 10-ти летняя выживаемость составила 58,7%. Исследование голосовой функции проводилось среди пациентов мужского пола в возрасте от 55 до 70 лет, которым выполнена стандартная фронтолатеральная резекция с эндопротезированием. На момент исследования прошло от 2-х до 3-х лет после хирургического вмешательства. Впервые в нашей работе проводилась объективная оценка голоса с помощью операционной системы ling WAVES Phonetogram: Windows 98, 2000, XP. Голосовая функция восстановлена у 70% пациентов, у 30% пациентов общение происходит за счет шепотной речи. Методика коррекционной работы с пациентами после резекций гортани создана С.Л. Таптаповой (1984) к сожалению применительна в специализированных центрах с укомплектованным штатом реабилитологов. Мы попытались улучшить качество голоса в группе исследования с помощью фонопедических мероприятий и занятий лечебной физкультурой, базируясь на основных методиках коррекционной работы и несколько их модифицируя. По завершении курса логовостановительных занятий в позднем восстановительном периоде, пациенты научились правильно пользоваться своим голосом, дозировать нагрузку на голосовой аппарат. Голос, сохраняя охриплость, приобрел достаточную силу, значительно снизилась утомляемость голосового аппарата вечером. Выводы: 1.Резекции гортани по поводу рака II – III степени с полимерным эндопротезированием позволяют наряду с получением хороших онкологических результатов (выживаемость 3-х, 5-ти и 10-ти летняя составляет 73,9%, 67,6%, 58,7% соответственно) добиться высокой реабилитации голосовой функции. 2.Курс логовостановительных мероприятий способствует уменьшению физических, психических и социальных последствий заболевания и обращает внимание на необходимость развития реабилитационной службы в регионах.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПОЛНОГО УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ

*Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М.
Московский ОД №2, Москва*

Целью исследования является повышения качества жизни у больных после ларингэктомии. Восстановление голосовой функции является ведущим аспектом реабилитации больных, перенесших удаление гортани, и эта цель может быть достигнута несколькими путями: обучению пищеводному голосу, использование голосовых аппаратов и выполнение различных реконструктивных операций. Материалы и методы. Одним из важнейших направлений в реабилитации голосовой функции после ларингэктомии являются хирургические методы, основанные на принципе шунтирования, т.е. создания сообщения между трахеей и пищеводом. Эта методика получила развитие в двух аспектах: 1. Формирование трахеопищеводного шунта и защитного клапана за счет аутоканей. 2. Создание искусственного приспособления – протеза, который устанавливается в трахеопищеводный шунт. Трахеопищеводное шунтирование выполняли одномоментно с удалением гортани или в отдаленные сроки после операции. Хирургические способы восстановления голоса применены у 149 больных. Результаты. Голосовая функция восстановлена в ранние сроки после операции у 83-91% больных в зависимости от методики формирования шунта. Проведены акустические исследования: изучен речевой тракт до и после удаления гортани, оценка голоса после удаления гортани с трахеопищеводным шунтированием и эндопротезированием. Спектральный анализ показал, что протез обеспечивает лучшее качество голоса за счет большей устойчивости частоты основного тона и уменьшения шумовых компонентов в высокочастотном участке спектра. Уровень шума в области 4 кГц на звуке «А» и «И» уменьшился на 10 дБ при эндопротезировании, по сравнению с трахеопищеводным шунтированием без эндопротезирования. Полный контроль над звонкостью\глухостью согласных установлен у 36,8%, период основного тона находился в диапазоне 8-15 мс, т.е. 67-125 гЦ, что соответствует нормальному голосу. Заключение: ларингэктомия с трахеопищеводным шунтированием позволяет восстановить голос и создать источник голосового возбуждения с удовлетворительными акустическими характеристиками.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОБОЛЬНЫХ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПРОЕКТА СО-ДЕЙСТВИЕ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМ)

Коложвари И.А., Москва

Целью данной работы является анализ проблемы психологической реабилитации онкологических больных на постгоспитальном этапе, а также рассмотрение результатов работы с пациентами и их родственниками, полученных Службой психологической помощи, на примере деятельности специалистов, работающих в онкологических учреждениях г.г. Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Абакана, Вильнюса. Говоря о

постгоспитальном этапе реабилитации, мы имеем в виду период, следующий за выпиской пациента из стационара и окончанием основного лечения. Психологическая характеристика этой ситуации имеет свою специфику, связанную с «выходом» из-под ответственности онкологического стационара за здоровье больного, состоянием неопределенности, социальной и психологической дезадаптации, неприятных физических аспектах болезни, формированием различных стратегий реагирования на болезнь. Мы рассмотрели опыт специалистов Проекта в разных городах, которые осуществляют помощь пациентам в следующих специфичных формах: индивидуальное психологическое консультирование, круглосуточная «горячая линия» психологической помощи, консультирование «у постели больного», терапевтическая группа для пациентов и родственников, группы поддержки для «бывших пациентов». Целью нашего исследования является выявление корреляции между улучшением показателей жизни и здоровья пациента, которые мы устанавливаем по согласованию с врачами, ведущими контроль состояния пациента и динамику их состояния в постгоспитальном периоде. Задачами исследования является получение данных о наиболее эффективных формах и методах психологической помощи пациентам, а также установление зависимости между такими характеристиками как психосоциальный «портрет» пациента, история болезни и динамика психологического состояния больного в консультативном процессе. Психологическая помощь помогает пациентам и их родственникам решить широкий спектр вопросов поиска психологических ресурсов для борьбы с болезнью, коррекции неадекватных способов психологического реагирования пациента и его семьи, социальной реадaptации выздоравливающего пациента, пролонгированной психологической поддержки «лежачих пациентов», в том числе паллиативных больных. Важным аспектом нашей работы является информирование врачей о возможностях и прогнозе результативности методик оказания психологической помощи пациентам, статистику которой мы можем представить на основе многолетнего опыта участников нашего Проекта.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Морозова Е.П.
Кемеровский ООД, Кемерово*

Пограничные нервно-психические расстройства, формирующиеся у онкологических больных, усложняют проведение специального лечения и негативно влияют на проявления и исход опухолевого процесса. Больные, получившие своевременное психиатрическое лечение, характеризуются лучшей и более быстрой психосоциальной адаптацией к своему заболеванию и новым условиям жизни. Цель исследования: анализ опыта применения антидепрессантов для купирования пограничных нервно-психических расстройств у онкологических больных. Материал исследования. Проанализировано 1289 историй болезни онкологических больных (84 % женщин и 16 % мужчин) в возрасте от 21 до 64 лет, направленных в отделение восстановительного лечения в 2006-2007 г.г. для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Критериями отбора больных для лечения было формирование у них различного уровня выраженности нервно-психических расстройств вне зависимости от диагноза онкологического заболевания. У наблюдаемых больных при обследовании выявлены тревожно-депрессивные, депрессивные, субдепрессивные, ипохондрические (канцерофобические), астенические реакции и состояния, которые согласно МКБ-10 квалифицированы как невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Комплекс медикаментозных мероприятий включал: психофармакотерапию, седативные средства, фитотерапию, поливитамины и адаптогены. Результаты. Антидепрессанты для коррекции аффективных расстройств назначали 325 больным. Предпочтение отдавали препаратам серотонинергической структуры (депрефолт 50 мг, опра 20 мг, стимулотон 50 мг в сутки), которые вызвали быстрый терапевтический эффект, заметную редукцию депрессивных расстройств, стабилизировали вегетативный тонус. Использование этих антидепрессантов, показало хорошую переносимость онкологическими больными. Реже применяли феварин, флуоксетин, паксил в связи с негативным влиянием на аппетит и массу тела, появлением тошноты, что ухудшало качество жизни пациентов на этапе специального лечения. Учитывая соматорегулирующие эффекты, невысокую стоимость и доступность, использовали amitриптилин до 50 мг в сутки. Лечение антидепрессантами было эффективным во всех случаях, что подтверждалось выравниванием клинических и экспериментально-психологических данных. Таким образом, применение антидепрессантов способствовало сглаживанию или купированию нервно-психических расстройств, что облегчало проведение специального лечения, улучшало психическое и соматическое благополучие онкологических больных и, возможно, прогноз заболевания.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ В МАММОЛОГИИ НА ОСНОВЕ АДГЕЗИВНЫХ ЭКЗОФОРМ АМОЕНА

*Кондаков А.В.
РНЦРР, Москва*

Успешность клинической реабилитации женщин после комбинированного лечения рака молочной железы определяется влиянием многих факторов, важнейшим из которых является проблема возникшего постмастэктомического дефекта и возможности его скорейшего возмещения. Наиболее распространенным способом решения этой проблемы является экзопротезирование груди, позволяющее быстрее и в лучшем образом восстановить эстетический и весовой дисбаланс, обусловленный хирургическим вмешательством. Постмастэктомический синдром представляет совокупность клинических проявлений в виде постмастэктомического дефекта, рубцовых изменений подмышечной области (контрактура плеча), брахиоплексита и отека верхних конечностей (лимфедемы). Устаревшие ортопедические воззрения о необходимости устранения весового дисбаланса после мастэктомии путем примитивного подбора экзопротеза с одинаковой массой в настоящее время признаны одной из причин развития постмастэктомического синдрома вследствие повышенной нагрузки на сосуды плеча. На базе ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий по заданию Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию была выполнена научно-исследовательская работа на тему «Разработка и внедрение инновационных методов реабилитации женщин после комбинированного лечения рака молочной железы». В результате проведенных клинико-физиологических исследований по оценке эффективности существующих и инновационных средств реабилитации были получены новые объективные данные, которые легли в основу разработки адгезивно-корректирующего способа профилактики и лечения постмастэктомического синдрома. Традиционный способ экзопротезирования заключается в том, что силиконовый экзопротез, имеющий полиуретановую оболочку, подбирают по размерам удаленной молочной железы и вкладывают в бюстгальтер. Этот способ преследует устранение косметического дефекта и весового дисбаланса. К сожалению, обычные силиконовые протезы груди имеют достаточно большой вес и при длительном ношении могут вызывать контактные дерматиты в месте соприкосновения с кожей. Из недостатков обычных силиконовых экзопротезов также отмечены: 1. Раздражающее механическое действие на постоперационный рубец. 2. Усиление физиологических выделений кожи под протезом. 3. Нарушение кровообращения от давления протеза и элементов крепления. 4. Ограничение активных движений туловища. 5. Прогрессирующее развитие постмастэктомического синдрома. В ходе настоящего исследования был выявлен эффект локального «разогрева» постоперационного поля и зоны рубца, которые свидетельствует о крайне негативном влиянии традиционного силиконового экзопротеза на тепловой гомеостаз прооперированной зоны. Полученные результаты не могут не вызывать озабоченности данным фактом как с онкологических позиций, так и с точки зрения возможности прогрессирующего усиления роста келоидных рубцов и развития постмастэктомического синдрома. С нашей точки зрения, наиболее вероятным объяснением этого феномена является наличие в наружной оболочке протеза полиуретановой пленки, обладающей очень низкой теплопроводностью и, тем самым, «экранирующей» тепловое излучение кожи. В качестве инновации немецкой фирмой АМОЕНА разработана современная технология, включающая «встраивание» в конструкцию силиконового экзопротеза молочной железы адгезивного силикона, обеспечивающего надежную фиксацию экзопротеза непосредственно к поверхности тела. Важным результатом проведенных европейских клинических исследований стала информация о возможности использования адгезивной экзоформы не только в качестве косметического, но и лечебно – профилактического средства, препятствующего процессам фиброобразования и образования рубцов. Проведенные исследования показывают, что использование адгезивно-силиконовых протезов Амоена Contact способствует снижению температуры рубцовой зоны, что препятствует образованию келоидных рубцов, а также снижает вероятность развития постмастэктомического синдрома. Полученные данные позволяют рекомендовать адгезивно-корректирующий способ лечения рубцов как основу инновационного метода реабилитации женщин после комбинированного лечения рака молочной железы. Результаты клинических испытаний адгезивных экзоформ «Contact» свидетельствуют не только об отсутствии каких-либо аллергических проявлений, но и существенном ускорении эпителизации, уменьшении болевого синдрома (43 %), снижении частоты развития лимфедемы (60 %). Продемонстрировано, что силиконовое покрытие адгезивного экзопротеза уменьшает процессы атрофии дермы и избыточного образования рубцов. Адгезивная система фиксации протеза непосредственно к поверхности грудной клетки обеспечивает оптимальное распределение веса протеза между телом и бюстгальтером. Этот экзопротез лучше облегает тело, более удобен при использовании, с большей точностью корректирует дефекты. С нашей точки зрения, весьма любопытным является тот факт, что частота навязчивых мыслей о пластической операции по восстановлению груди у женщин при ношении адгезивного экзопротеза снизилась до 56,0%. У 80 % пациенток адгезивная экзоформа ощущается как часть собственного тела. Основное требование к применению экзоформы «Contact» - это поддержание чистоты адгезивной поверхности и области кожи на которую его накладывают. Ношение экзоформы «Contact» показано спустя 6 месяцев после операции. Оптимальный срок ношения экзоформы 12 часов в сутки. Предложенные стандарты послеоперационной

реабилитации с использованием инновационных средств адгезивного экзопротезирования на базе специализированных кабинетов, позволят значительно улучшить качество жизни больных, способствуя их социальной и профессиональной реабилитации. Возвращение пациенток к нормальному образу жизни создаст существенный экономический эффект, поскольку грамотное вложение средств в систему реабилитации в многократном размере снижает затраты государства на нужды социального обеспечения инвалидизированных женщин.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

*Коробейникова Е.П., Шихлярова А.И., Барсукова Л.П., Марьяновская Г.Я., Протасова Т.П., Анапалян В.Х., Чилингарянец С.Г.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Целью нашего исследования являлось изучение целесообразности применения низкоинтенсивных электромагнитных и электрических воздействий с целью улучшения качества жизни онкологических больных. Материалы и методы. Лечение получали больные с генерализованными формами рака молочной железы (РМЖ - 40 человек), распространенными формами рака легкого (РЛ - 27 человек) и колоректального рака (КР - 59 человек). Больные РМЖ получали паллиативную химиотерапию в комбинации с воздействием сверхнизкочастотных магнитных полей (СНЧМП) центрально (на мозг) и электронейроадаптивным воздействием аппарата СКЭНАР на кожные покровы, топографически связанные с «проблемными» органами (печень, почки, позвоночник). Больные РЛ и КР в раннем послеоперационном периоде получали только воздействие вышеназванными физическими факторами различной модальности. После лечения была проведена оценка функционального состояния ЦНС (ЭЭГ-мониторинг) и электрокожного сопротивления в измерительных точках (ИТ) по методу Р.Фолля. Результаты. У всех больных при обследовании отмечалось наличие асимметрий (АС) на ИТ гипоталамуса. У больных с КР выявлена достоверная корреляция количества АС на ИТ гипоталамуса и периферических точках с распространённостью процесса. Так, одновременное наличие АС в обоих парах ИТ гипоталамуса и в 6-8 парах точек общего измерительного профи-ля свидетельствовало о распространённом опухолевом процессе. Через 2 года был проведен сравнительный анализ сроков жизни больных КР. 2-х летний срок пережили все больные с радикальной операцией и полимо-дальным воздействием, а без полимодального воздействия – только 66%. У всех больных после лечения наблюдалось снижение количества АС на ИТ гипоталамуса в разной степени (от 44% - РЛ, до 67% - РМЖ). Параллельно отмечалась оптимизация функционального состояния ЦНС, что нашло отражение в показателях электрической активности мозга: амплитудные показатели и индекс дельта-волн переходили в область нормальных значений на фоне нормализации исходно высоких значений средней амплитуды альфа-ритма.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Котлярова А.Б., Щека Ю.С., Козель Ю.Ю., Нестерова Ю.А., Старжецкая М.В., Мкртчян Г.А., Сиденко Л.Ю.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Цель: изучение психо-эмоционального состояния (ПЭС) и психического реагирования (ПР) на заболевание лечения у онкологических больных подросткового и юношеского возраста с опухолями различного генеза. Материалы и методы. За период 2008-2009 года нами были обследованы 38 больных подросткового и юношеского возраста со злокачественными новообразованиями на предмет установления внутренней картины болезни (ВКБ), заключающейся в единстве и взаимодействии внутриличностной структуры и нейрофизиологического базиса. Исследование проводилось по опроснику бехтеревского института, позволившему оценить типы ПР на заболевание. Лидирующим типом оказался эйфорический - у 15 человек (39,5%), на втором месте – паранойяльный – 5 человек (13,15%) и по 3 человека (7,9%) со смешанными типами: sensitивно-эйфорический, sensitивно-неврастенический и анозогностическо-эйфорический. Эйфорический тип реагирования характеризуется необоснованно повышенным настроением, нередко наигранным. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получить от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, которые могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Паранойяльный тип - уверенность, что болезнь результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим. В смешанных типах sensitивный - чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут

произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным. Боязнь стать обузой для близких и неблагоприятного отношения с их стороны. Вывод. В ходе нашего изучения ПЭС и ПР на заболевание у больных подросткового и юношеского возраста, мы установили, что на фоне формирования собственных убеждений и развитии философского мировоззрения, присущим данному возрастному периоду, преобладающим типом реагирования на основное заболевание является эйфорический.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

*Кучерова Т.Я., Вусик М.В., Евтушенко В.А., Мусабаева Л.И.
НИИ онкологии, Томск*

Несмотря на совершенствование методов лучевой терапии в лечении больных со злокачественными опухолями головы и шеи, по-прежнему остается высокий процент острых лучевых реакций с повреждением кожи и слизистых оболочек, обусловленный необходимостью проведения нескольких курсов и сочетанием с другими видами лечения. Применение такого физиотерапевтического фактора как магнитолазеротерапия стимулирует рост эпителиальных клеток, усиливает процессы регенерации тканей, что способствует более эффективному восстановлению поврежденных клеточных структур кожных покровов и слизистых оболочек. Цель исследований: оценить использование магнитолазерной терапии в лечении лучевых реакций у больных раком гортани после комбинированного лечения. Под наблюдением находились 53 пациента раком гортани в до и послеоперационном периоде. Лучевые реакции выявлялись в основном после достижения 20 Гр и 40 Гр в виде повреждения слизистых оболочек и кожи. В основном отмечалась 2 степень проявления лучевой реакции (52%). Основные жалобы были на болевые ощущения (82%), в 51,5% случаев регистрировалась осиплость голоса и у 33,3% пациентов отмечалось затруднение при глотании. При объективном осмотре в 63,6 % случаев была выявлена гиперемия кожи, либо слизистых оболочек. У 30,3% пациентов наблюдали отек тканей. Лечение проводилось по разработанной нами методике с использованием магнитолазера.: По завершению лечебного курса в 88,8 % случаев наступало купирование болевого синдрома. Акт глотания восстановился у 90,9 % больных, голосовая функция у 52,9 % пациентов. Отечность тканей и гиперемия полностью купированы у всех пациентов. Первые признаки улучшения наблюдались после первой процедуры у 30,3% пациентов, после 3 процедуры в 27,2% случаев, у остальных пациентов – в более поздние сроки. Полное купирование воспалительного процесса отмечалось после 5 процедур у 70 % пациентов, у остальных – после 8-ой процедуры. Проведенные наблюдения за пациентами в течение трех лет показали, что применение магнитолазера не стимулирует опухолевый рост. Таким образом, использование магнитолазера у больных раком гортани для лечения лучевых реакций позволило в короткие сроки купировать воспалительный процесс, повысить уровень качества жизни больных, сократить сроки госпитализации и нетрудоспособности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Маликов А.А.
Кемеровский ООД, Кемерово*

Лучевая терапия занимает важное место в лечении рака молочной железы. Дистанционная гамма-терапия (ДГТ) по радикальной программе предполагает подведение к молочной железе (или области послеоперационного рубца) суммарной очаговой дозы в 50 Гр и более, к зонам регионарного метастазирования (надподключичные, подмышечные, парастернальные лимфоузлы) 42-44 Гр. К концу курса лучевой терапии более чем у 50% женщин в подмышечной области отмечаются явления влажного эпидермита. Это заставляет прерывать курс облучения для купирования лучевой реакции, что значительно снижает эффект ДГТ. Для профилактики и лечения лучевых эпидермитов наряду с традиционной лекарственной терапией в последние годы стали использовать низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ). Его применение основано на улучшении микроциркуляции и стимулировании репаративных процессов в тканях. Целью нашего исследования явилось выявление возможностей лазерной терапии для уменьшения местных лучевых реакций у больных раком молочной железы. В Кемеровском областном онкологическом диспансере НИЛИ для профилактики и лечения лучевых эпидермитов ежегодно получают 160-170 женщин с диагнозом рак молочной железы. Лазерное воздействие на кожу полей облучения проводим сканирующим расфокусированным пучком начиная с СОД в 10-12 Гр ежедневно до окончания курса лучевой терапии. Лечение осуществляем на установке "Яхрома-Мед" (на парах меди желто-зеленого спектра, длиной волны 510,6 и 578,2 нм, мощностью светового потока на выходе световода 150-200 мВт), а также на полупроводниковом 4-х канальном аппарате "Мустанг" (излучающими головками длиной волны 650-670 нм, мощностью 20 мВт). Энергетическая экспозиция (доза) составляет 0,2-0,5 Дж/см². Практически во всех случаях НИЛИ позволяет избежать развития влажного эпидермита и не возникает необходимости в

прерывании курса ДГТ. Пациентки заканчивают курс лучевой терапии с явлениями сухого эпидермита на фоне лучевой эритемы. Таким образом, наши наблюдения показали, что лазерное излучение уменьшает проявления кожных лучевых реакций у больных раком молочной железы. Использование НИЛИ улучшает самочувствие пациенток и сокращает сроки пребывания их на больничной койке.

ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА

*Марина И.М., Семкина Е.Н., Соловьев В.И.
Смоленский ООД, Смоленск
Смоленская ГМА, Смоленск*

Необходимость углубленного изучения причин самоубийств, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в настоящее время не подлежит сомнению. Предупреждение самоубийств также является важной задачей комплексной реабилитации онкологических больных. Цель: оценить роль психокоррекции в предупреждении суицидального поведения больных. Материалы и методы. На базе хосписа проводилось комплексное психопатологическое исследование 196 пациентов с распространенными формами рака. Результаты исследования. У всех больных присутствовали различные формы суицидального поведения, среди которых основное место занимают антивитальные переживания и суицидальные мысли (96%). Гораздо реже присутствуют суицидальные замыслы и намерения (4%). Основными факторами и мотивами являлись: 1. Шок при установке диагноза – 69%. 2. Сильно выраженный хронический болевой синдром – 45%. 3. Тяжелое состояние больных с неспособностью к самообслуживанию – 38%. 4. Дисгармоничные отношения в семье – 24%. 5. Представления о мучительности дальнейшего существования – 23%. Однако, при определении реального суицидального риска необходимо учитывать не только факторы, способствующие суициду, но и факторы, удерживающие человека от суицидального поведения. Профилактика суицидального поведения заключается в сочетании эмоциональной поддержки со стремлением к эмпатическому восприятию и последующей коррекции не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, способствующих реализации суицидального поведения. Основными методами психотерапии являются методы кризисной психотерапии, состоящей из: кризисной поддержки, кризисного вмешательства и повышения уровня социально-психологической адаптации. Заключение: полученные общие данные в ходе комплексного психопатологического исследования обосновывают необходимость психо-эмоциональной коррекции для предотвращения суицидального поведения и аутоагрессивных действий.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Миначева Р.Н., Старостина М.А., Афанасьева З.А.
ГБ МСЭ по РТ, Казань
РОД, Казань
Казанская ГМА, Казань*

Психологический анализ личностных особенностей больных колоректальным раком имеет важное прогностическое значение для индивидуализации подхода при разработке мер медико-реабилитационного и психотерапевтического направления. Цель. Изучение психологического статуса больных колоректальным раком для формирования оптимальных взаимоотношений между врачом и больным, а также для поддержания у больного собственных личностных ресурсов с учетом их психологических особенностей. Психологические особенности изучили с помощью личностного опросника ММПИ-СМОЛ, методики личностного дифференциала (ЛД), методики исследования уровня субъективного контроля (УСК) у 112 больных колоректальным раком. Из них мужчин было - 56, женщин – 56. Средний возраст больных раком - $64 \pm 0,68$ лет. Выполнено 366 психодиагностических исследований. Результаты психодиагностических исследований показали, что больным колоректальным раком свойственна низкая мотивация достижения цели, отсутствие спонтанности, непосредственности поведения, приверженность общепринятым нормам поведения. Больные не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями в жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство этих событий являются результатом случая или действий других людей. Они также считают, что болезнь является результатом случая и надеются на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего, врачей. Четко распределить больных по типам личности не представляется возможным, так как по профилям СМОЛ отсутствуют пики. Выявленные психологические особенности больных колоректальным раком должны учитываться на всех этапах диагностики и лечения, а также при разработке мер медико-реабилитационного и психотерапевтического направления.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Молчанов С.В., Коломиец Л.А., Гриднева Т.Д.
НИИ онкологии, Томск
Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи», Томск

Цель исследования: разработать и оценить эффективность комплекса реабилитационных мероприятий у пациенток с онкогинекологическим раком после завершения противоопухолевого лечения. Материал и методы. В исследование были включены 83 женщины репродуктивного возраста больные раком тела и шейки матки I-II стадии. I группу составили 43 пациентки, которым через 3-6 месяцев после завершения радикального противоопухолевого лечения был проведен разработанный комплекс реабилитационных мероприятий, II группу – 40 женщин, которым после завершения противоопухолевой терапии комплекс восстановительного лечения не проводился. Комплекс реабилитационных мероприятий включал преформированные физические факторы, рефлексотерапию, бальнеотерапию, психотерапию, фитотерапию и лечебную физкультуру. Всем пациенткам проводилась оценка уровня тревоги и депрессии с помощью шкалы HADS, менопаузальных расстройств – шкалы менопаузальных расстройств Куппермана, качества жизни – опросника EORTC. Результаты. Уровень нейровегетативных расстройств у пациенток I группы был достоверно выше, чем во II (13,9 и 17,2 балла, соответственно). Аналогичная картина наблюдается и при анализе показателей тревоги (6,7 и 9,3 балла, соответственно). При анализе качества жизни у пациенток I группы до и после проведения восстановительного лечения отмечалось достоверное повышение уровня эмоционального (48,7 и 57,1 баллов, соответственно) и социального функционирования (57,9 и 65,8 баллов, соответственно), в то время как у пациенток II группы динамики этих показателей не наблюдалось. При оценке отдаленных результатов лечения в основной и контрольной группах не отмечено достоверной разницы в уровне 2-х летней общей выживаемости (100% и 100%, соответственно). Аналогичные результаты получены и в отношении 2-х летней безрецидивной выживаемости (92% и 93,3%, соответственно). Выводы. Таким образом, разработанный комплекс реабилитационных мероприятий снижает уровень тревожно-депрессивных, нейровегетативных расстройств, повышает качество жизни больных гинекологическим раком репродуктивного возраста после проведенного противоопухолевого лечения, не ухудшая показателей проведенного противоопухолевого лечения.

«РЕКСОД» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛУЧЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Пасов В.В., Белая Н.С., Терехов О.В., Шахова С.Г.
МРНЦ, Обнинск

Целью исследования являлось оценить эффективность препарата «РЕКСОД» (супероксиддисмутазы) у больных лучевым фиброзом мягких тканей различной локализации. В последние годы в отделении хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений активно применяется супероксиддисмутазы (производитель ООО «РЭСБИО», Санкт-Петербург), в виде инъекций в область фиброза. Супероксиддисмутазы - антиоксидантное средство, является эндогенным акцептором свободных кислородных радикалов, избыточное накопление которых в клетке играет важную роль в развитии кислородзависимых патологических процессов: гипоксия, воспаление, интоксикация. Супероксиддисмутазы удаляет супероксидные радикалы и предотвращает образование новых более опасных для организма радикалов, а также предотвращает образование нейтрофилов, которые секретируют лизосомальные ферменты и разрушают близлежащие ткани. Рексод нормализует протекающие с участием свободных радикалов кислорода окислительные процессы и предупреждает окислительную модификацию белков, а также связанное с активацией перекисного окисления липидов разрушение биомембран клеток. В общей сложности препарат «РЕКСОД» использован у 20 пациентов. В качестве диагностических и контрольных мероприятий эффективности применения супероксиддисмутазы использовали дуплексное-ангиосканирование на аппарате Акусон-Аспен с помощью линейного мультислотного датчика 7.5-12 МГц. Методика лечения лучевых фиброзов мягких тканей включала применение препарата «РЕКСОД» в виде инъекций в область фиброза по всей площади. Содержимое флакона (8 мг) растворяли в 5 мл 2% лидокаина с последующим обкалыванием области фиброза. Инъекции выполнялись в течение 5 дней. Одновременно внутривенно вводились сосудистые препараты – пентоксифиллин 100 мг или актовегин 10,0 мл (10 дней). Терапевтическая эффективность оценивалась с учётом динамики клинической симптоматики (чувствительность, цвет кожи, тургор тканей), субъективных ощущений и на основании дополнительных методов исследования, указанных выше. При проведении дуплексного сканирования оценивались линейные параметры кровотока, а также величина индексов периферического сопротивления в зонах лучевого фиброза через 3 месяца после лечения супероксиддисмутазой. До лечения систолический и диастолический кровотоки в области фиброза выявлен не был. В результате проведенной терапии получены объективные данные изменения микроциркуляторного русла в зоне фиброза у всех больных. В частности, выявлены

участки увеличения систолического (артериального) и диастолического (венозного) кровотока с уменьшением индекса резистентности, после лечения. Индекс пульсации в среднем составил 0,3-0,45, индекс резистивности 0,5-0,7. Таким образом, препарат «РЕКСОД» значительно повышает эффективность комплексных мероприятий у больных с местными лучевыми повреждениями.

ПРОГРАММА "ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ" И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Румянцева И.К., Евстигнеева И.В., Виснапу Н.Р.
Тверской ООД, Тверь*

Заболеемость раком молочной железы (РМЖ) возрастает, улучшаются результаты лечения, происходит увеличение контингента женщин, перенесших мастэктомию. В последнее время должное место заняли вопросы повышения качества жизни этих пациенток. Наряду с физической реабилитацией очень важными являются вопросы социально-психологического сопровождения пациенток на различных этапах лечения РМЖ. В Твери с декабря 2007 г. под девизом «*Всё в твоих руках*» работает общественная организация женщин, перенесших лечение по поводу РМЖ. Она осуществляет свою деятельность в рамках финансируемой фондом «*Susan G.Komen for the Cure*» и благотворительным еврейским фондом «*Джойнт*» программы «*Женское здоровье*». Цели и задачи программы: 1. Повысить психологическую защищенность женщин, получающих лечение по поводу РМЖ. 2. Оказать всестороннюю помощь в реабилитации женщин. 3. Увеличить своевременную обращаемость женщин по поводу заболеваний молочной железы. 4. Усилить мотивацию женщин к заботе о здоровье. Главное направление работы – создание «*групп поддержки*» по принципу «*равный равному*». В онкодиспансере с пациентками, находящимися на лечении, проводятся занятия по ЛФК, массажу, профилактике осложнений. Члены «*группы поддержки*» - волонтеры программы, в т.ч. врач-консультант – рассказывают о сопроводительной терапии во время химио-лучевого лечения, о вопросах питания, о возможностях возвращения к обычному труду и нормальной семейной жизни. Приглашенные специалисты демонстрируют протезы, белье, парики, обучают женщин приемам сохранения привлекательности, составления гардероба. Ежемесячно проводятся занятия с пациентками, выписанными из стационара. Женщины вне диспансера общаются с врачами различных специальностей: гастроэнтерологом, кардиологом, психотерапевтом, флебологом, реабилитологом МСЭ. Проводится арт-терапия. Особенно важно привлечение женщин к естественному групповому общению, для чего организуются группы оздоровительного плавания, разнообразные экскурсии, посещения филармонии и театров, проводятся концерты для пациентов онкодиспансера. Важное направление работы программы - проведение мастер-классов для врачей разных специальностей по ранней диагностике и лечению заболеваний молочной железы. Осуществляется просветительская работа: в женских коллективах волонтерами проводятся занятия по самообследованию молочных желез с использованием муляжей и моделей, врач и пациентки рассказывают о том, как сохранить здоровье и преодолеть страх перед посещением онколога. Участники программы «*Женское здоровье*», помогая пациенткам преодолеть тягостные последствия спелечения и депрессию, способствуют более успешной адаптации женщин в быту и обществе, а также активному участию женщин в сохранении собственного здоровья.

НОЗОГЕНИИ (ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ) У ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

*Самушия М. А.
НЦ психического здоровья, Москва*

Обоснование. Злокачественные опухоли гинекологической системы (рак тела и шейки матки, опухоли яичников) характеризуется высокими показателями коморбидности (35-55%) с психическими расстройствами преимущественно депрессивного и тревожного круга, а также с нарушениями, рассматриваемыми в рамках расстройств адаптации. Цель исследования. Изучение психических расстройств у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы в аспекте клиники с учетом психосоматических корреляций. Материалы и методы. Выборку исследования составили 40 пациенток в возрасте от 24 до 67 лет (в среднем 48,9±12,5 лет), последовательно поступавших в отделение гинекологии (зав. отд. профессор, д.м.н. В.В. Кузнецов) с диагнозом: «*рак органов репродуктивной системы различной локализации*» с сопутствующими нозогенными реакциями, манифестирующими в связи с онкологическим заболеванием. Результаты. Во всех изученных случаях нозогении манифестировали непосредственно вслед за сообщением диагноза онкологического заболевания по типу «*шоковой*» реакции: тревога, ажитация, страх смерти, явления растерянности. Среди нозогений в изученной выборке преобладают тревожно-депрессивные нозогенные реакции (n=28; 70%). В 12 случаях нозогении определялись как тревожно-гипоманиакальная и тревожно-диссоциативная реакции (по 6 (15%) наблюдения соответственно). Клиническая картина тревожно-депрессивных нозогенных реакций представлена явлениями генерализованной тревоги, формирующимися на фоне стойкой гипотимии. Среди

этой части пациенток выделены две подгруппы в соответствии с различиями в сопутствующих соматогенных факторах: нозогенные реакции на фоне послеоперационного «посткастрационного» синдрома (7 из 28 наблюдений - 25%) и на фоне соматогенной астении (12 из 28 наблюдений - 42,9%). Тревожно-гипоманиакальные нозогенные реакции представлены сочетанием патологически повышенного аффективного фона (гиперактивность, повышенная говорливость (речевой напор), завышенная самооценка, снижение потребности во сне, повышенная отвлекаемость) с ситуационно обусловленными (связанными с обстоятельствами онкологического заболевания) тревожными расстройствами. Клиническая картина тревожно-диссоциативных нозогенных реакций представлена явлениями неглубокой соматизированной тревоги с полиморфной соматовегетативной и конверсионной симптоматикой в сочетании с признаками парциальной диссоциации (выражаемое в суждениях о болезни отрицание касается только отдельных аспектов рака, имеющих наиболее угрожающий жизни смысл).

ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА – КАК ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

*Семкина Е.Н., Соловьев В.И., Анисимова А.Г., Крючкова Е.И.
Смоленский ООД, Смоленск
Смоленская ГМА, Смоленск*

В настоящее время злокачественные новообразования продолжают представлять собой серьезную проблему человечества, так как в ней сконцентрировались медицинские, социальные, биологические, демографические, технические, экономические и другие вопросы, прямо или косвенно связанные с ростом показателей заболеваемости. Решение этой проблемы требует объединения усилий специалистов различных областей фундаментальной и прикладной науки. Ежегодно в Смоленской области регистрируется более 3000 больных ЗНО. Удельный вес больных IV клинической группы учета за последние годы составил более 25%. Эта категория больных является наименее всего защищенной как в медицинском, так и в социальном аспекте. Организация паллиативной помощи онкологическим больным является актуальной проблемой. Становится очевидным, что онкологические больные IV клинической группы учета должны получать специализированную медицинскую помощь не только в стационарных но и в амбулаторных условиях, так как длительность их лечения в поликлинических и домашних условиях может достигать нескольких месяцев и даже лет. Для решения данной проблемы в 1998 году в г. Смоленске на базе областного онкологического диспансера был организован территориальный центр паллиативной помощи. Основным звеном в работе центра является патронажная служба, что оправдано в первую очередь с экономической точки зрения, так как 85% больных IV клинической группы учета наблюдается на дому. За время работы под наблюдением патронажной службы находилось 6798 человек, к ним выполнено 14625 выездов. Кратность выездов к одному пациенту до момента смерти варьирует от 2 до 37, составляя в среднем 6,9. Следует отметить, что 90% обратившихся обслуживаются в день поступления заявки, 7% на следующий день и лишь 3% через два дня. Длительность наблюдения пациентов на дому составляет от 1 месяца до 3 лет, в среднем 1,2 года. За тот же период времени проконсультировано 10442 человека. За 10 лет работы снизилось время пребывания на первичном вызове с 1 часа 10 минут до 30 минут без ущерба для пациента. Сократился промежуток времени с момента постановки диагноза распространенной формы ЗНО до первого вызова врача центра паллиативной помощи с 10 месяцев в 1998 году до 2 недель в 2007 году, что говорит о максимальном приближении паллиативной помощи к тяжелому контингенту больных. Увеличился амбулаторный прием больных с 52 больных в год до 166 больных в год. В связи с увеличением объема помощи в домашних условиях, за 10 лет уменьшилось количество госпитализированных больных с вызова с 109 человек в 1998 году до 41 человека в 2007 году из них на повторный подбор схемы обезболивания в 2000г – 11,9%, в 2007 – 2,2%. За 10 лет работы патронажной службы на амбулаторном этапе внедрено применение новых современных неинвазивных методов обезболивания а именно mst-cont и трансдермальная система дурогезик. Таким образом, плановая работа выездной службы, рациональное использование специалистами бригад эффективных анальгетиков, удобных и безопасных для применения в домашних условиях, позволило в 1,5 раза снизить нагрузку на городскую общелечебную сеть. Основной итог – это то, что в области появилась постоянная служба, оказывающая специализированную помощь самой тяжелой и социально незащищенной группе пациентов. Как показал наш опыт, комплексный подход к лечению инкурабельных больных позволил в 85% случаев улучшить качество жизни пациентов.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОСТАВЕ ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

*Семкина Е.Н., Соловьев В.И., Крючкова Е.И., Повага С.С., Анисимова А.Г.
Смоленский ООД, Смоленск
Смоленская ГМА, Смоленск*

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети является показатель запущенности. Не смотря на то, что его уровень в течение 10 лет снизился на 7,7%, по-прежнему у каждого четвертого пациента заболевание диагностировано при наличии отдаленных метастазов (22,8%). Реальный показатель запущенности выше (29,8%), так как следует учитывать больных с новообразованиями визуальных локализаций, диагностированных в III стадии. Большое количество пациентов, обращающихся в онкологические учреждения с запущенными процессами, создает новую ситуацию для онкологов и требует расширения сферы паллиативной помощи, как в организационном, так и в методическом плане. В Смоленске центр паллиативной помощи организован как подразделение Смоленского областного онкологического диспансера с 1998 года. За это время проведена огромная работа в направлении терапии хронической боли, паллиативного лечения распространенных форм злокачественных новообразований, улучшения качества жизни больных и их родственников, снижение социальной напряженности в обществе. Центр паллиативной помощи работает с пациентами как на догоспитальном этапе (кабинет амбулаторного приема, патронажная служба), так и в условиях стационара (хоспис на 30 коек). За прошедшие 10 лет под наблюдением патронажной службы находилось 6798 пациентов, в стационаре-хосписе, за тот же период времени, паллиативное (60,65%) и симптоматическое (39,35%) лечение получили 5362 больных с распространенными формами ЗНО. Паллиативное лечение проводится по следующим направлениям: полихимиотерапия, лучевая терапия костных метастазов, иммунотерапия, применение таргетных препаратов и бифосфонатов. Симптоматическое лечение включает в себя: коррекцию хронической боли, дезинтоксикационную, дегидратационную, гемостатическую и гемостимулирующую терапию, инвазивные манипуляции (пунктирование, дренирование полостей), перевязки, проводимые как в стационаре так и амбулаторно. При лечении хронической боли используются различные формы препаратов (инъекционная, пероральная, экстрабуккальная, трансдермальная). В настоящее время у 75% пациентов используются неинвазивные препараты. Большое значение в работе центра имеет преемственность стационарного и амбулаторного звена, заключающаяся в возможности продолжения терапии в амбулаторных условиях препаратами, удобными для применения пациентами в домашних условиях. Таким образом, 10-летний опыт работы центра паллиативной помощи в составе онкодиспансера позволил уменьшить количество непрофильных выездов бригад скорой помощи к больным распространенными формами рака с 10,3 % от общего количества в 1999 г. до 5,3% в 2008 г., снизить удельный вес жалоб, писем, обращений по поводу неудовлетворительного оказания паллиативной помощи с 73,4% в 1999г. до 44,5% в 2008г., сократить число госпитализированных по экстренным показаниям в хирургические стационары с 35,6% в 1999г. до 24,5% в 2008г., уменьшить количество повторных плановых госпитализаций в специализированные стационары с 10,0% в 1999 г. до 3,6% в 2008г.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Ситников Н.В.¹, Кочетов А.Г.¹, Русаков И.Г.², Ким А.В.³, Цибизов Д.Н.⁴

1. 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского, Москва

2. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

3. ОД, Москва

4. МСЧ №22, Москва

Рак предстательной железы (РПЖ) оказывает выраженное неблагоприятное влияние на различные сферы жизнедеятельности человека: физическую, психологическую, социальную и духовную. В связи с этим оценка и коррекция показателей качества жизни (КЖ), реабилитация пациентов, подвергающихся радикальной простатэктомии (РПЭ) – серьезной и сложной операции, сопровождающейся множеством осложнений является, несомненно, важной, актуальной и социально значимой проблемой. По мнению некоторых авторов, онкорекреативация — это наука, которая касается патофизиологических, клинических, психосоматических и социальных аспектов рака, на основе которых формируется стратегия восстановительных мероприятий, проводимых в течение дальнейшей жизни пациента с онкопатологией. Ее основные задачи - насколько возможно оптимизировать состояние физиологических функций организма больного, облегчить эмоциональный дистресс, который развивается у большинства пациентов. Онкорекреативация включает в себя исследование и коррекцию физиологических сдвигов в организме, сопровождающих онкологический процесс и связанных с проведенными оперативным вмешательством, лучевой и химиотерапией; психологические и социальные последствия заболевания раком и его лечения для больных и их семей; разработку и оценку эффективности медикаментозных, физиотерапевтических, психотерапевтических методов помощи пациентам с целью повышения качества их жизни и, возможно, ее продолжительности; изучение роли стрессовых ситуаций, депрессии и личностных особенностей. Коррекцию нарушений психофизиологического статуса (ПФС), являющихся по нашему определению одним из ранних и поздних осложнений РПЭ, все-таки надо выделять в отдельный вектор реабилитационных мероприятий. Для построения дальнейшей программы реабилитации пациента по эректильной функции (ЭФ) (физио-, медикаментозная и немедикаментозная терапия, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов, фаллопротезирование), предпочтение мы отдавали объективным инструментальным методикам обследования (ЭНМГ, ИКФТ, доплерография сосудов полового члена до- и после ИКФТ). Особенностью

нашей работы явилось углубленное исследование не только специфических для РПЖ урологических симптомов и осложнений в динамике ведения больных, но и был сделан акцент на оценку общих сдвигов функционального состояния (физиологических функций, психофизиологического и социально-психологического статусов), которые существенным образом влияют на успешность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Учитывая, что подобные исследования в практической урологии являются крайне редкими, мы использовали большой спектр современных клинико-физиологических, лабораторно-инструментальных и психофизиологических методик исследования.

В результате применения данных методов исследования у больных на разных этапах наблюдения у нас имелась возможность получения целостной и динамичной картины функционального состояния пациента, что учитывалось при назначении специфических коррекционных и реабилитационных мероприятий (активная мышечная релаксация, психофармакотерапия, рациональная психотерапия, нормобарическая гипокситерапия (НГТ), аэрокриотерапия в апробированных режимах (Патент на изобретение № 2349291 «Способ лечения заболеваний простатовезикулярного комплекса с использованием криотерапии» от 20 марта 2009г.).

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ В СТРУКТУРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Уклонская Д.В.

ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко, Москва

Длительность жизни больного - основной критерий успеха проведенного лечения. Современные методы лечения злокачественных новообразований головы и шеи позволяют значительно увеличить число пациентов с пятилетним сроком выживаемости. Однако вопросам реабилитации уделяется недостаточно внимания. Возникающие в результате лечения речевые дефекты неблагоприятно влияют на коммуникативную функцию речи, психическое состояние пациента. Сочетание соматического и психического фактора заболевания значительно утяжеляет процесс реабилитации. Контингент онкологических больных, нуждающихся в логопедической помощи, постоянно расширяется, растет. Цель исследования. Усовершенствование путей реабилитации речевой функции пациентов, перенесших хирургические вмешательства в области головы и шеи. Под нашим наблюдением с 1999 по 2008 год находилось 210 пациентов с речевыми нарушениями после хирургического лечения опухолей щитовидной железы, слюнных желез, гортани, органов полости рта, внеорганных опухолей шеи. При обследовании учитывались двигательная активность органов полости рта, разборчивость речи, качество произношения звуков, голос, речевое дыхание. Выявлены сочетанные нарушения речи, которые в зависимости от обширности анатомического дефекта, места хирургического вмешательства проявлялись в различных комбинациях дисфонии/афонии, периферической дизартрии, полиморфной механической дислалии и ринофонии. Логопедические мероприятия проводились по дифференцированным методикам параллельно с ведением лечебного процесса, при необходимости продолжались на заключительных этапах амбулаторно. Основные направления работы: психотерапевтическое воздействие, нормализация дыхания, коррекция речи путем активизации компенсаторных возможностей организма или использования заместительных механизмов речевой деятельности, автоматизация навыков, восстановление координации между дыханием артикуляцией, фонацией. В зависимости от степени проявления нарушений с учетом психического и физического состояния применялись различные приемы коррекционного воздействия соответственно задачам реабилитации речи. В результате, у 74 человек (35,2%) значительно улучшились коммуникативные речевые способности; у 119 пациентов (56,6%) достигли нормальных показателей. Логопедическая работа, являясь неотъемлемой частью реабилитационных мероприятий, позволяет в короткие сроки восстановить или существенно улучшить речевую функцию, положительно влияет на процессы приема пищи. Это позволяет пациенту в кратчайшее время обрести душевный комфорт, нормализовать процесс коммуникации, вернуться к полноценной жизни и труду.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Филоненко Е.В., Ерохов С.В.

МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

В профилактике, лечении и реабилитации онкологических больных большое значение имеют физические факторы. При их использовании существенно расширяется диапазон методов целенаправленного воздействия и сокращаются сроки лечения больных, не возникает аллергических реакций, потенцируется действие ряда лекарственных веществ, отсутствует побочное действие на другие органы и ткани. Применение физических факторов позволяет сократить сроки пребывания пациента в медицинском учреждении, восстановить нарушенные функции органов и тканей, что позволяет в кратчайшие сроки вернуть пациента к привычному для него образу жизни. В МНИОИ им. П.А. Герцена восстановительное лечение с использованием физических факторов применяется с 1983 года. Ежегодно сеансы с

использованием физических факторов на этапах реабилитации получают 400-500 больных. В 2008 году в отделении реабилитации и восстановительного лечения пролечен 421 пациент. Выполнено 2593 сеанса лечения с использованием ультрафиолетового излучения, низкоинтенсивного лазерного излучения, магнито-лазерного излучения, ультразвуковой кавитации, КВЧ – терапии, фотодинамической терапии. Показаниями к применению физических факторов были: профилактика и купирование лучевых реакций (175 пациентов), профилактика и купирование послеоперационных осложнений (189); купирование явлений флебита и химического ожога тканей в процессе химиотерапии (57). В группе больных, которым выполнялись сеансы лечения с целью профилактики и купирования лучевых реакций полный клинический эффект достигнут у 143 пациентов (81,7%), значительное улучшение у 22 (12,5%), без эффекта - 10 (5,7%). В группе больных, получавших лечение в раннем послеоперационном периоде (189 пациентов), у 155 пациентов терапия была направлена на профилактику и лечение воспалительных и гнойных осложнений в зоне послеоперационных швов, у 26 пациентов на профилактику отторжения пересаженных микрохирургических лоскутов, у 8 пациентов на купирование явлений пареза лицевого нерва. При лечении больных с пересаженными лоскутами после микрохирургических операций полное приживление пересаженного лоскута отмечено у 23 пациентов, частичный некроз лоскута отмечен у 3 пациентов, полное отторжение лоскута не отмечено ни у одного из пролеченных пациентов. При лечении больных с парезами лицевого нерва (8 больных) у всех пациентов отмечена положительная динамика в виде появления кожной чувствительности и восстановления двигательной функции в зоне операции. Из 155 пациентов с воспалительными (113) и гнойными (42) послеоперационными осложнениями полное купирование явлений воспаления и гнойных осложнений удалось достичь у 98 пациентов (63,2%), значительное улучшение у 47 (30,3%), без эффекта у 10 (6,5%). После проведенного лечения в группе с флебитами (57 больных) полный клинический эффект был достигнут у 44 (83%) пациентов, значительное улучшение у 10 (17%) пациентов. Развитие некроза тканей не отмечено ни у одного пациента. Таким образом, применение физических факторов является эффективным в профилактике и лечении осложнений противоопухолевого лечения.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Филоненко Е.В., Ерохов С.В., Сухин Д.Г., Ерастова Е.И.
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва*

Одной из актуальных проблем современной онкологии является разработка эффективных методов лечения инфекционных осложнений у онкологических больных, в связи с тем, что в данной группе пациентов имеется тенденция к замедлению процессов ранозаживления (Дмитриева Н.В. и соавт. 2001; Волкова З.В. 2005, Voogaerts M. A., 1995). В работе (E.Lohde 1993) были представлены результаты многофакторного анализа риска развития послеоперационных инфекционных осложнений у 2033 больных, которым были проведены 2318 операций. В результате, был убедительно показан более высокий риск послеоперационных инфекционных осложнений у онкологических больных (74,1% в сравнении с 25,9% больных, не имевших онкологического заболевания). В МНИОИ им. П.А. Герцена применяется методика комплексного лечения гнойных ран с использованием фотодинамической терапии (ФДТ) с препаратом фотосенс. Фотосенс наносят местно в виде 0,036% раствора, смачивая им 8-слойную марлевую салфетку и накладывая непосредственно на раневую поверхность. Место аппликации закрывают вощеной бумагой и светонепроницаемой повязкой. Через 24 часа салфетки с препаратом снимают и проводят сеанс ФДТ. Плотность энергии одного сеанса – 40-50 Дж/см². Количество сеансов - 3. Эффективность лечения оценивали по бактериологическим и клиническим показателям. Посев на качественный и количественный состав бактериальной флоры брали до и после лечения. Клинически отмечали количество раневого отделяемого, сроки краевой эпителизации, появления грануляций, полного заживления раны. В МНИОИ им. П.А. Герцена методом ФДТ было пролечено 28 пациентов с длительно не заживающими гнойными ранами, возникшими на различных сроках послеоперационного периода. Получены следующие результаты: 1) Полный эффект (полное исчезновение бактериальной обсемененности) - у 3 пациентов (10,7%); 2) Частичный эффект (исчезновение одного или нескольких штаммов со снижением общей концентрации оставшихся микроорганизмов) - у 8 пациентов (28,5%); 3) Без эффекта (появление одного или нескольких штаммов микроорганизмов со снижением концентрации имеющихся, исчезновение одного или нескольких штаммов с повышением общей концентрации, появление одного или нескольких штаммов с повышением общей концентрации микроорганизмов) - у 17 пациентов (60,7%). Клинически было отмечено более быстрое очищение ран от фиброзного налета и уменьшение на 1-2 сутки лечения раневого отделяемого у всех больных. При лечении ран размерами до 10 см² зарегистрировано ускорение ранозаживления в 1,5-2 раза по сравнению с группой больных, лечение которым проведено без использования ФДТ. При лечении ран размерами более 10 см² отмечено более раннее появление краевой эпителизации.

Прочие

ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

*Ануфреенок И.В., Мороз Е.Г., Прохорова В.И., Ланно С.В., Цырусъ Т.П.
РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск*

Цель работы: изучить интенсивность процессов перекисного окисления липидов у больных колоректальным раком. Материал и методы. Интенсивность процессов перекисного окисления липидов изучена у 109 больных колоректальным раком (71 пациент рак прямой кишки, 38 – рак ободочной кишки) в динамике комбинированного лечения с использованием шестимесячных курсов химиотерапии (по схеме 5-фторурацил 400мг/м² + лейковорин 200мг/м²) или антиоксидантной терапии в послеоперационном периоде. Содержание диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, величины сорбционной способности эритроцитов, витаминов, антиоксидантов А, Е в крови определяли современными спектрофлуориметрическими методами. Результаты. Установлено, что активность антиоксидантной системы у 72% больных колоректальным раком неадекватна разрушительной активации оксидативных процессов. Проведение комбинированного лечения с использованием в послеоперационном периоде шестимесячных курсов химиотерапии только частично купирует явления «перекисного стресса» у больных колоректальным раком. Проведение комбинированного лечения с использованием в послеоперационном периоде шестимесячных курсов антиоксидантной терапии у 90% пациентов активизирует антиоксидантную активность плазмы крови, у 60% – снижает величину сорбционной способности эритроцитов и накопление токсичных продуктов перекисного окисления липидов, что в конечном итоге способствует повышению эффективности лечения больных колоректальным раком. Заключение: использование антиоксидантной терапии может эффективно дополнить схему противораковой метаболической терапии.

РОЛЬ РАДИОЛОГИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ АКСИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

*Боженко В.К., Мазо М.Л.
РНЦРР, Москва*

Публикации, посвященные проблеме заболеваний аксиллярной области, немногочисленны и касаются в основном онкологической патологии. Это связано с высокой частотой метастазирования опухолей ряда локализаций, преимущественно рака молочной железы. Вместе с тем, несмотря на множество диагностических методик, не всегда используется наиболее эффективный и рациональный комплекс методов. Такое положение и определило цели и задачи настоящего исследования. Цель настоящего исследования – повышение эффективности радиологической и молекулярно-биологической диагностики заболеваний аксиллярной области. Задачи: 1. Провести анализ структуры заболеваний аксиллярной области. 2. Разработать клиничко-рентгено-соно-патоморфологические симптомокомплексы, характерные для заболеваний в аксиллярных областях. 3. Провести сравнительную оценку эффективности инвазивного и неинвазивного рентгенологического, ультразвукового исследований, до- и интраоперационного радионуклидного, а также молекулярно-биологического методов в определении природы узловых образований аксиллярной области. 4. Разработать тактику и алгоритм обследования пациентов с изменениями в подмышечной области. Материалы и методы. Комплексно обследовано 502 женщины в возрасте от 22 до 84 лет с различными изменениями в подмышечной области. Обследование состояло из клинического, рентгенологического метода, УЗИ, маммосцинтиграфии, дополнительных инвазивных методик (тонкоигольная аспирационная биопсия, дрель-биопсия, вакуумная аспирационная биопсия), радионуклидная технология интраоперационного определения сторожевого лимфатического узла, молекулярно-биологические методики выявления цитокератина 19 в качестве маркера злокачественного поражения лимфоузлов. Результаты. Современная дифференциальная диагностика заболеваний аксиллярной области обеспечивает точность дифференциальной диагностики до 96,4%. Наибольшую сложность для дифференциальной диагностики представляют краевые метастазы лимфатических узлов. Чувствительность разработанного алгоритма обследования составляет 65,3%, специфичность 97,2%. Низкая чувствительность планарной маммосцинтиграфии в диагностике метастатических лимфатических узлов - 35,3% при специфичности – 100% и точности метода - 84,7% в сочетании с высокой стоимостью процедуры и дозовой нагрузкой при настоящем развитии техники делают применение метода не целесообразным. Предоперационная лимфосцинтиграфия и интраоперационная биопсия сторожевого лимфатического узла позволяет достоверно оценить состояние аксиллярного лимфатического коллектора в 95% случаев при отрицательных данных комплексного обследования. Молекулярно-генетические технологии увеличивают эффективность диагностики метастазов до 95% (цитологическая диагностика – 89%) при небольшом количестве биопсийного материала.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Вусик М.В., Евтушенко В.А., Исаева А.В., Комарова Т.В.
НИИ онкологии, Томск*

В России язвенной болезнью страдают примерно 10% населения. За последние 15 лет произошло увеличение числа больных с осложненным течением язвенной болезни, а летальность составляет 5-14%. Пациенты с различной локализацией опухолевого процесса на фоне проводимой терапии подвержены неизбежному стрессу. У большинства больных происходит угнетение адекватной работы иммунного ответа, наблюдается снижение общей активности свертывающей системы, что приводит к возникновению язвенных дефектов и к такому осложнению, как кровотечение. Цель нашего исследования: проанализировать случаи кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у онкологических больных на этапах комбинированного лечения. Результаты исследования. За период 2005-2007 гг. в клинике НИИ онкологии выявлено 86 случаев кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на фоне язвенной болезни желудка или луковицы ДПК у пациентов с различной локализацией опухолевого процесса, исключая желудок. Среди пациентов преобладали мужчины старше 50 лет. Диагноз «кровотечение» устанавливался при проведении гастроскопического исследования эндоскопами фирмы Olympus: CV-150, CV-160. В 47% случаев кровотечения регистрировались у пациентов раком легкого и пищевода, в 37% - у пациентов опухолей головы и шеи, в 5% случаев у пациентов опухолей гинекологического отделения и в 11% случаях у больных отделения общей онкологии. У 71% пациента диагноз был установлен впервые, а у 22% больных кровотечение возникло без наличия жалоб. Нехирургический гемостаз (эндоскопические и консервативные методы) осуществлен в 87% случаев, 11 пациентам потребовалось хирургическое вмешательство. Таким образом, гастроскопия должна включаться в план обязательного обследования на дооперационном этапе у пациентов с комбинированным лечением онкологического процесса. При направлении на эндоскопическое исследование необходимо учитывать не только жалобы и данные анамнеза, но и высокую вероятность развития эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта. У пациентов с онкологической патологией различных локализаций в 22% встречаются эрозивно-язвенные поражения слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которые в 71% могут осложниться кровотечением.

МЕТАЛЛЫ И КАНЦЕРОГЕНЕЗ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Гатауллин И.Г., Сайфуллин Н.Ф.
Казанская ГМА, Казань*

Цель исследования. Оценка роли металлов в генезе колоректального рака. Материалы и методы. Проведено исследование заболеваемости населения Республики Татарстан (РТ) злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки и конкретные характеристики среды обитания- содержание в почве и растениях тяжелых металлов. Изучено содержание тяжелых металлов в сыворотке крови 120 доноров и в тканях опухоли 138 удаленных препаратов прямой и ободочной кишки. Исследования металлов в почве и биологических тканях проводили методом атомно-абсорбционной спектрометрии на аппаратах OPTIMA 2000 DV и ELAN 6000. Результаты исследований. Составлены картограммы, в которых представлены показатели заболеваемости, и содержание металлов в почве и растениях. Обработка полученных результатов методом регрессионного анализа и канонической корреляции позволила установить достоверное влияние высокого содержания в почве и растениях хрома и никеля на уровень заболеваемости населения колоректальным раком (коэффициент корреляции 0,56 и 0,45). В ряде районов РТ с высоким содержанием в почве хрома и никеля исследовали методом атомно-абсорбционной спектроскопии содержание этих элементов в крови у доноров. Результаты исследования показали наличие высокого (более чем в 1,5-2 раза) содержания в сыворотке крови хрома и никеля. Учитывая возможное влияние этих элементов на канцерогенез, изучили содержание этих металлов в удаленных во время операции препаратах прямой и ободочной кишки. Проведенные исследования показали наличие более высокого содержания в тканях опухоли хрома и никеля по сравнению с тканью интактной кишки. Заключение. Высокая концентрация в почве хрома и никеля влияет на заболеваемость населения колоректальным раком. Допустимо предположить, что связывание канцерогенных металлов (хрома и никеля) с некоторыми участками гена может вызывать последующие мутации или активацию онкогенов. Этот процесс можно рассматривать как начальный этап канцерогенеза колоректального рака индуцированного металлами.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ЭНДСКОПИИ

*Загайнова Е.В., Гладкова Н.Д., Стрельцова О.С., Снопова Л.Б.
Нижегородская ГМА, Нижний Новгород*

В диагностике раннего рака слизистых оболочек первое место занимает эндоскопическое исследование. Однако, за счет малой прицельности информативность эндоскопической биопсии остается низкой. Дополнительное использование витальной окраски слизистой и флюоресцентной диагностики позволяет одновременно оценить обширные участки и сосредоточить внимание на зонах с измененной окраской/флюоресценцией. Однако, при высокой чувствительности, специфичность этих дополнительных методов не высока. Цель исследования: улучшение эндоскопической диагностики опухолей мочевого пузыря, пищевода и толстой кишки путем применения метода оптической когерентной томографии (ОКТ) и оценки его диагностической значимости. Материалы. С использованием эндоскопической ОКТ обследовано 554 пациента с заболеваниями пищевода, толстой кишки и мочевого пузыря. Выполнен ретроспективный анализ диагностической ценности ОКТ в выявлении раннего рака мочевого пузыря (114 случаев), малигнизации пищевода Барретта (78), дифференциальной диагностики полипов толстой кишки (116). Проведена оценка преимуществ комплементарного использования ОКТ и флюоресцентной диагностики при раке мочевого пузыря, выполнено сравнение возможностей эндосонографии и ОКТ при пищеводе Барретта. Изучены возможности ОКТ в определении границ опухолевого роста и глубины инвазии при папиллярных опухолях мочевого пузыря (44), при раке пищевода (24) при раке прямой кишки (19). Методы исследования: эндоскопия, эндоскопическая биопсия, флюоресцентная диагностика, эндосонография, оптическая когерентная томография. Для определения диагностической эффективности метода ОКТ использованы тесты «слепого» и «открытого» распознавания ОКТ изображений. Результаты. Эндоскопическая ОКТ выявляет раннюю неоплазию в мочевом пузыре с высокой диагностической точностью как в «слепом» – 84%, так и в «открытом» – 85% анализе. ОКТ надежно определяет инвазивную и внутрислизистую аденокарциному в пищеводе Барретта с диагностической точностью 87% и 85% соответственно. Чувствительность ОКТ в определении высокой степени дисплазии не превышает 68%. Дифференциальную диагностику полипов толстой кишки ОКТ осуществляет с 88% диагностической точностью. ОКТ и эндосонография решают разные диагностические задачи в пищеводе Барретта и наиболее эффективны при совместном применении. ОКТ надежно диагностирует раннюю неоплазию, ультразвуковое исследование достоверно определяет инвазию опухоли глубже подслизистого слоя и поражение регионарных лимфоузлов. Разработанный нами новый способ диагностики рака мочевого пузыря на основе комбинированного применения ОКТ и флюоресцентной цистоскопии характеризуется высокой чувствительностью (86%) и специфичностью (79%). При эндоскопическом лечении рака мочевого пузыря ОКТ может эффективно использоваться как для определения глубины инвазии в ножке экзофитной опухоли, так и для определения истинной границы опухолевого роста. ОКТ позволяет в 100% случаев правильно определить линейные границы опухоли в пищеводе и прямой кишке, при условии неопластического роста в пределах слизистой и подслизистой оболочек.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

*Иванова О.В., Иванов В.М.
Астраханская ГМА, Астрахань*

Санации полости рта у онкологических больных сопряжена с возникновением осложнений, что связано как с основным заболеванием, так и последствиями комбинированного и комплексного лечения. Проведен сравнительный анализ санации полости рта у 536 больных старше 60 лет с различными онкологическими заболеваниями. Высокий и очень высокий уровень кариеса был у 90% больных. Кариесом осложненной формы были поражены от 5 до 28 зубов. У 283 (19,7%) отмечались различные осложнения. Основными факторами развития их был геморрагический синдром в анамнезе, который способствовал возникновению этих осложнений в 9,8% случаев, анемия – в 8,2% случаев, нейтропения – в 10,8% случаев, мукозит – в 13,4% случаев, сахарный диабет – в 14,9% случаев. Для определения прогноза развития осложнений после санации полости рта проводили поиск достоверных факторов риска. Конкретную значимость каждого из выделенных прогностических критериев определяли методом интегральной оценки количественных и качественных показателей с последующей бальной оценкой их. Сумма баллов для каждого больного являлась критерием для проведения того или иного вида профилактических мероприятий. После выполнения полного комплекса диагностических мероприятий выводился индекс прогнозирования (ИП) возможного развития осложнений после санации полости рта, и в зависимости от его величины намечали план профилактических мероприятий. При ИП > 5 выполняли хирургическую санацию полости рта. Удаление зубов сопровождалось тщательным кюретажем лунок и наложением швов для профилактики кровотечения. Зубосохраняющие операции выполняли только при ИП < 3. Анализ результатов санации полости рта после проведения комплекса мероприятий по прогнозированию осложнений у 100 больных

позволил отметить снижение количества кровотечений с 8,0% до 5,0%, локальных воспалительных процессов после лечения с 12,0% до 3,0% ($p = 0,05$). Таким образом, прогнозирование осложнений при санации полости рта у онкологических больных после комбинированного и комплексного лечения с одновременным проведением профилактических мероприятий позволяет снизить количество геморрагических осложнений и локальных воспалительных процессов.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ РАКОВЫЕ СИНДРОМЫ

Имянитов Е.Н

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

Разрешение проблемы т.н. «семейных раков» представляется наиболее впечатляющим клинико-прикладным успехом молекулярной онкологии. Наследственные опухолевые синдромы составляют незначительную пропорцию от общего числа новообразований (около 1%), хотя для отдельных локализаций (молочная железа, яичник, толстая кишка) их удельный вклад достигает значительно более высоких показателей (5-20%). Причиной подобных заболеваний является носительство наследуемой «раковой» мутации. Лица, имеющие такое генетическое повреждение, до определённого момента остаются практически здоровыми, однако они обладают фатально увеличенным риском возникновения неоплазм – пенетрантность соответствующих мутаций обычно составляет 85-100% [Имянитов и Хансон, 2007; Sarin, 2006; Robson, 2007a]. Остановимся подробнее на механизмах, согласно которым высокая предрасположенность к определённым типам опухолей зачастую передаётся от родителям к потомству. Причина заключается в существовании т.н. рецессивных онкогенов. Если в соматической клетке повреждён лишь один аллель подобного гена, то клетка остаётся фенотипически нормальной. Однако, если мутированы и материнская, и отцовская копии, то клетка приобретает некоторые черты злокачественной трансформации. Теперь представим, что мутация одного из аллелей рецессивного онкогена передана пациенту через гаметы. Тогда все его соматические клетки будут иметь лишь одну “здоровую” копию. Достаточно повреждения оставшегося интактного аллеля лишь в одной из миллионов клеток органа-мишени, и возникнет клон с потенциальными к злокачественному росту (рис. 1). Существенно, что если на уровне клетки подобные нарушения носят рецессивный характер - опасно лишь повреждение обоих аллелей, то на уровне организмов наследование происходит по доминантному типу [Knudson, 1971; Knudson, 2002; Имянитов и Хансон, 2007]. Из подобной схемы вытекают основные клинико-генетические характеристики наследственных опухолевых синдромов: 1) доминантный тип наследования (гетерозиготы, т.е. лица с врождённым поражением лишь одного из двух аллелей антионкогена, являются «большими»; см. рис. 2); 2) исключительно высокая встречаемость онкологической патологии среди кровных родственников больного (это редкий пример заболевания, при котором доминантность признака сочетается с высокими шансами дожить до детородного возраста, а также нормальной фертильностью; следовательно, риск новообразования легко передаётся из поколения в поколение); 3) необычно ранний возраст появления неоплазм (достаточно мутации всего в одном аллеле антионкогена, а не в двух, поэтому полная функциональная инактивация последнего у носителей случается намного быстрее, чем у здоровых); 4) множественность опухолей (больше шансов, что блокировка супрессорного гена произойдёт в двух независимых клеточных клонах). Таким образом, клиническими основаниями для проведения генетического обследования у онкологического пациента или его родственников являются необычно ранний возраст заболевания и/или отягощённый семейный анамнез и/или наличие синхронных или метасинхронных первично-множественных новообразований [Knudson, 2002; Имянитов и Хансон, 2007]. Подавляющее большинство известных рецессивных онкогенов составляют т.н. супрессорные гены. Эти генетические элементы в норме осуществляют негативный контроль клеточного деления, регулируют процессы репарации ДНК, запускают механизмы программируемой клеточной гибели и т.д. Если происходит их инактивация, то соответствующий клон приобретает новые качества (ускоренная пролиферация, иммортализация, патологическое накопление мутаций и т.д.). Подобные события ускоряют приобретение новых критических генетических нарушений - возникает цепная реакция, в конечном счёте приводящая к образованию опухоли [Strahm and Malkin, 2006; Имянитов и Хансон, 2007]. Генетическое исследование при подозрении на наследственный раковый синдром начинается со сбора онкологического анамнеза; при этом первостепенное внимание уделяется случаям злокачественных заболеваний у кровных родственников. В результате составляются родословные, позволяющие с той или иной степенью вероятности заподозрить или отвергнуть наследственную патологию. При составлении родословных принимаются во внимание нозологические формы онкологических заболеваний, возраст возникновения патологии, наличие первично-множественных форм опухолей. Следующим, решающим этапом является лабораторная диагностика - главным образом, анализ ДНК. Она позволяет установить, присутствуют ли в генотипе больного, а также членов его семьи подозреваемые мутации. Если ответ положительный, то носителям мутаций назначается дополнительное клиническое обследование на предмет обнаружения новых опухолей; получают настойчивые рекомендации по поводу режима дальнейших профилактических осмотров, а также стиля жизни; иногда - подвергаются превентивному лечению [Guillem et al., 2006 ; Имянитов и Хансон, 2007; You et al., 2007; Lynch et al., 2008]. Подобная схема проста лишь в теории. На самом деле, как диагностика наследственных новообразований, так и принятие решений по поводу тактики

ведения подобных больных (семей) - исключительно сложный процесс. Во-первых, сбор генетического анамнеза редко заканчивается построением родословной - в реальной жизни медицинская информация о членах семьи часто недостоверна или отсутствует вовсе. Во-вторых, адекватная лабораторная диагностика зачастую требует полного анализа нуклеотидной последовательности нескольких генов, что сопряжено со значительными материальными затратами. В-третьих, отрицательные результаты генетического тестирования обладают умеренной информативностью; в частности, отсутствие наследственного анамнеза не исключает появления зародышевой мутации у пациента *de novo*, на стадии зиготы; с другой стороны, исключение подозреваемых наследственных дефектов посредством анализа ДНК не отрицает участия другого, пока неидентифицированного генетического повреждения [Имянитов и Хансон, 2007; Lynch PM, 2007]. Остановимся подробнее на наиболее изученных наследственных опухолевых синдромах (табл. 1). Существенный вклад в онкологическую заболеваемость вносит синдром рака молочной железы (PMЖ) и яичников (PЯ); на его долю приходится около 5% случаев PMЖ и до 20% случаев PЯ. Причиной данного синдрома является мутация в генах BRCA1 или BRCA2. Спектр инактивирующих мутаций в генах BRCA характеризуется исключительным разнообразием, поэтому диагностика наследственного PMЖ или PЯ требует полного секвенирования упомянутых генов. Удивительно, что в такой огромной стране как Россия обнаруживается исключительно выраженный эффект предшественника. Действительно, подавляющую часть BRCA мутаций составляют варианты BRCA1 5382insC и BRCA1 4153delA. Следовательно, диагностика наследственных форм PMЖ и PЯ в России зачастую может ограничиваться лишь несколькими ПЦР-тестами, что позволяет применять генетическое исследование по расширенным показаниям. Другая интересная особенность российской популяции – частая причастность к возникновению PMЖ мутаций в генах CHEK2 и NBS1. Следует оговориться, что CHEK2 и NBS1 обладают заметно меньшей пенетрантностью по сравнению с генами BRCA [Buslov et al., 2005; Dent and Warner, 2007; Sokolenko et al., 2006; Chekmariova et al., 2006; Sokolenko et al., 2007; Lynch et al., 2008]. В случае обнаружения BRCA-мутаций у здоровых женщин рассматривается вопрос о профилактической подкожной мастэктомии с последующим эндопротезированием молочных желёз. Женщинам, возраст которых приближается к менопаузе, рекомендуется выполнять профилактическую овариэктомию. При отказе от профилактических операций предпринимаются активные меры, направленные на раннюю диагностику онкологической патологии. Для выявления начальных форм PMЖ рекомендуется применять магнитно-резонансную томографию. Мероприятия по диагностике PЯ включают трансвагинальное ультразвуковое обследование и мониторинг уровня антигена СА-125. Рекомендуемый интервал инструментального обследования составляет полгода; помимо этого, необходимо ежемесячно осуществлять самообследование молочных желёз. Носительницы мутаций должны быть информированы, что даже своевременное выявление новообразования не даёт абсолютной гарантии благополучного исхода заболевания. В то же время, минимальный риск возникновения злокачественного процесса остаётся даже после профилактической операции [Guillem et al., 2006; Dent and Warner, 2007; Kauff and Barakat, 2007; Kehoe and Kauff, 2007; Rodriguez and Domchek, 2007; You et al., 2007]. В дополнение к вышесказанному следует заострить внимание читателей на нескольких принципиально важных аспектах. Во-первых, в то время как для больных PMЖ как правило практикуется отбор на ДНК-диагностику по косвенным клиническим характеристикам семейного рака (молодой возраст начала заболевания, семейный анамнез, первично-множественный характер злокачественного процесса), сам по себе диагноз PЯ является достаточным основанием для BRCA-тестирования. В нашей стране мутации BRCA1 обнаруживаются примерно у каждой пятой женщины со злокачественным поражением яичника, носительство дефекта данного гена не проявляет выраженной ассоциации с клиническими особенностями PЯ. Во-вторых, многие носительницы BRCA-мутаций не имеют выраженного семейного анамнеза; подобная особенность объясняется бессимптомной передачей мутации по мужской линии. В-третьих, имеются некоторые свидетельства об особом спектре химиочувствительности BRCA-ассоциированных PMЖ. В частности, предполагается, что подобные опухоли неплохо отвечают на лечение антрациклинами и препаратами платины, в то время как успех от терапии таксанами вероятен в меньшей степени. Подобные закономерности нуждаются в тщательной проверке. Помимо этого, большой интерес вызывают испытания ингибиторов PARP для лечения новообразований у BRCA носителей [Robson, 2007; Sokolenko et al., 2007; Imyanitov, 2007; Byrski et al., 2008]. Существенный вклад в онкологическую заболеваемость вносит т.н. синдром Линча. Его зачастую называют наследственным неполипозным раком толстой кишки (HNPCC, hereditary non-polyposis colorectal cancer), однако подобный термин представляется неудачным; дело в том, что если носителем мутации в соответствующем гене мисматч-репарации (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) является женщина, то риск рака эндометрия абсолютно сопоставим с таковым для опухолей желудочно-кишечного тракта. Новообразования, ассоциированные с синдромом Линча, развиваются по типу т.н. микросателлитной нестабильности (microsatellite instability, MSI). Они содержат тысячи мутаций в микросателлитных повторах и характеризуются явным несоответствием между низкой степенью гистологической дифференцировки и относительно неплохим прогнозом. Предварительная диагностика синдрома Линча сводится к выявлению микросателлитной нестабильности в опухолевой ткани; для этого рекомендуется использовать стандартную панель маркеров, причём один единственный маркер – BAT26 – обладает почти 100% чувствительностью и специфичностью [Zhou et al., 2008]. В случае обнаружения множественных мутаций микросателлитов целесообразно применять иммуногистохимическое окрашивание генов MLH1, MSH2, MSH6, PMS2.

Подразумевается, что отсутствие экспрессии может указать на ген, в котором наиболее вероятно присутствие мутации. Подобные мероприятия позволяют сократить объём трудоёмкого и дорогостоящего секвенирования ДНК. Здоровых носителей мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 рекомендуется обследовать посредством колоноскопии, причём допускается достаточно длительный интервал между диагностическими процедурами (до 2-3 лет). Помимо этого, по отношению к женщинам применяются мероприятия, направленные на своевременное выявление рака эндометрия. Профилактические операции при синдроме Линча производятся редко. Имеются отдельные данные, что опухоли с признаками микросателлитной нестабильности характеризуются низкой чувствительностью к фторпиримидинам и производным платины, однако демонстрируют хороший ответ на терапию иринотеканом [Abdel-Rahman et al., 2006; Guillem et al., 2006; Davidson et al., 2007; Evans et al., 2007; Ponz de Leon et al., 2007; Rustgi, 2007; Vasen et al., 2007; You et al., 2007]. Следует отдельно упомянуть наследственные раки щитовидной железы, ассоциированные с мутациями в онкогене RET. Здоровым носителям подобных генетических дефектов настоятельно рекомендуется профилактическая тиреоидэктомия, причём оптимальный возраст осуществления данной операции определяется в зависимости от внутригенной локализации мутации. Столь агрессивная тактика связана, как с практически 100% пенетрантностью мутаций в гене RET, так и с возможностью полностью компенсировать последствия утраты щитовидной железы [Guillem et al., 2006; Machens and Dralle, 2006; You et al., 2007].

РОЛЬ РАДИОНУКЛИДНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Канаев С.В., Новиков С.Н., Гиришович М.М., Жукова Л.А., Зотова О.В., Голованов С.Г. НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, Санкт-Петербург

Цель: оценить информативность радионуклидных методов в определении степени распространенности опухолевого процесса у больных с злокачественными новообразованиями различной локализации. Материал и методы. Сравнительный анализ информативности радионуклидных методов визуализации выполнен у 687 онкологических больных: 556 больных лимфомой Ходжкина (ЛХ), 72 - раком молочной железы, 59 – немелкоклеточным раком легкого. Радионуклидная диагностика поражения костей, костного мозга (КМ), позитивная сцинтиграфия с опухолотропными радиофармпрепаратами (РФП) выполнялись по стандартным методикам. Результаты. Чувствительность, специфичность и общая точность сцинтиграфии КМ у больных лимфомой Ходжкина составили 91%, 94% и 92%, остеосцинтиграфии - 49%, 97%, 80%, трепанобиопсии КМ - 36%, 100%, 71%, соответственно. Результаты сцинтиграфии КМ оказали существенное влияние на выбор лечебной тактики у 11% первичных больных ЛХ и у 27% пациентов с рецидивом и/или прогрессированием заболевания. При сравнении результатов позитивной сцинтиграфии с опухолотропным РФП и рентгеновской компьютерной томографии у больных немелкоклеточным раком легкого общая точность позитивной сцинтиграфии при диагностике первичного очага и поражения регионарных лимфоузлов составила 88% и 75%, компьютерной томографии – 86% и 33%. Метастатическое поражение КМ обнаружено у 23 (32%) пациенток распространенным раком молочной железы: в 17 случаях в виде очагового, в 5 – генерализованного поражения. Все больные с генерализованным поражением КМ имели низкую толерантность к полихимиотерапии и погибли в течении 3-12 месяцев от прогрессирования опухолевого процесса. Напротив, пациентки с локализованным поражением КМ успешно перенесли планируемую лучевую и/или полихимиотерапию и прожили не менее 1 года после обнаружения метастазов в КМ. Выводы. Использование радионуклидных методов диагностики позволяет существенно повысить точность определения степени распространенности опухолевого процесса у больных немелкоклеточным раком легкого, молочной железы и лимфомой Ходжкина.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ

Козлов С.В., Каганов О.И., Кутырева Ю.Г., Савинков В.Г. Самарский ООД, Самара

Цель исследования. Оценка эффективности применения метода озонотерапии после проведения радиочастотной абляции (РЧА) колоректальных метастазов печени. Материалы и методы. В 2006-08 году на базе онкологического отделения (абдоминальная онкология) ГУЗ СОКОД было выполнено 67 пункционных, чрескожных РЧА колоректальных МТС печени. В отделении гравитационной хирургии крови ГУЗ СОКОД в послеоперационном периоде 30 пациентам (основная группа), с целью снижения интоксикации связанной с резорбцией в кровяное русло токсических компонентов из очага асептического некроза, был применен метод озонотерапии в количестве 5 сеансов. Группу контроля составили 37 больных, которым в послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. По классификации L.Gennari (1984) распространенность метастатического поражения печени в обеих группах соответствовала I-II стадии. Результаты. У пациентов группы контроля в послеоперационном периоде на 2-3 сутки

отмечалось повышение температуры в вечернее время суток в среднем до $38,06 \pm 0,370\text{C}$, продолжающееся в течении 4-5 суток, тогда как у пациентов основной группы температура повышалась лишь до субфебрильных цифр $37,13 \pm 0,070\text{C}$ ($p < 0,001$). У пациентов группы контроля при исследовании общего анализа крови выявлен подъем лейкоцитов в среднем до $15,22 \pm 1,86 \times 10^9$ л, а в основной группе данный показатель составил лишь $10,45 \pm 1,75 \times 10^9$ л ($p < 0,01$). Субъективно больные группы контроля в послеоперационном периоде предъявляли жалобы на общую слабость, головокружение, тошноту, у больных основной группы данная симптоматика отсутствовала. Оценка интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде проводили с помощью шкалы вербальных оценок (ШВО), среднее значение у больных контрольной группы составило 3,15 бала, в основной группе 1,33 ($p < 0,01$). Выводы. Применение метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с РЧА колоректальных метастазов печени позволяет снизить выраженность интоксикационного синдрома и воспалительных реакций, уменьшить интенсивность болевого синдрома и достигнуть значимого экономического эффекта за счет сокращения применения медикаментозных препаратов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АСИММЕТРИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

*Марьяновская Г.Я., Барсукова Л.П., Шихлярова А.И., Орловская Л.А., Анапалян В.Х.
НИИ онкологии, Ростов-на-Дону*

Целью нашего исследования явилась оценка значимости асимметрий некоторых парных биологически активных точек, тестируемых методом Р.Фолля, для определения степени распространенности опухолевого процесса. Материалы и методы. Предоперационное обследование больных колоректальным раком (59 человек) наряду с общепринятыми методиками включало в себя диагностику по Р.Фоллю по выбранному нами измерительному профилю в 10-11 парах контрольно-измерительных точек (КИТ), расположенных на пальцах рук и в двух парных измерительных точках (ИТ) гипоталамуса. Для ИТ гипоталамуса, как центрального, управляющего звена гомеостаза, значение учитываемой асимметрии (АС) устанавливали ≥ 5 усл. ед., а для периферических звеньев регуляции гомеостаза ≥ 10 усл. ед. Обследование проводили до операции, на 2-3 день после операции и перед выпиской больного из стационара. Результаты. Выявлено достоверное увеличение частоты встречаемости АС как в точках центральной регуляции, так и в периферических точках (КИТ) измерительного профиля у онкологических больных, по сравнению с практически здоровыми людьми. В процессе лечения по достижению объективного противоопухолевого эффекта частота встречаемости АС снижалась, приближаясь по уровню к результатам обследования соматически здоровых людей. Выявлена четкая (достоверная) корреляция количества АС на ИТ гипоталамуса и на периферических КИТ с распространенностью опухолевого процесса. Так, одновременное наличие АС в обеих парах ИТ гипоталамуса и наличие АС в 6-8 парах точек измерительного профиля свидетельствовало о распространенном процессе, и в дальнейшем хирургическое вмешательство ограничивалось выполнением паллиативной операции. Выводы. Таким образом, значимость частоты встречаемости асимметрий в регуляторных центрах и на периферических контрольно-измерительных точках измерительного профиля при диагностике по методике Р.Фолля для оценки распространенности опухолевого процесса является достаточно высокой.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МЕТАБОЛИЗМА ДОФАМИНА И ЕГО РЕЦЕПТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ СКЛОННОСТИ К КУРЕНИЮ

*Митюшкина Н.В.¹, Суспицын Е.Н.¹, Улыбина Ю.М.¹, Розанов М.Е.¹, Зайцева О.А.¹,
Яцук О.С.¹, Antikainen M.², Сизов А.В.¹, Колосков А.В.¹, Того А.В.¹, Hirvonen A.²,
Имянитов Е.Н.¹*

1. Республиканский ОНЦ, Санкт-Петербург

2. Department of Pathology, Leiden University Medical Center, Netherlands,

Курение – один из основных факторов риска многих опасных для жизни сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. С распространением курения табака связывают тот факт, что рак лёгкого на сегодняшний день является самым частым онкологическим заболеванием. В развитии никотиновой зависимости играют роль как факторы окружающей среды (социальные факторы, уровень жизни), так и биохимические особенности организма. Рядом исследований показана значительная роль наследственной предрасположенности в формировании склонности к курению. Одной из мишеней никотина является система дофаминовых нейронов, входящая в т.н. центр вознаграждения головного мозга. Различия в системе дофаминовой нейротрансмиссии могут являться фактором, модифицирующим риск возникновения никотиновой зависимости и влияющем на способность отказаться от курения. В данной работе предпринята попытка оценить роль функциональных полиморфизмов генов метаболизма дофамина и его рецепторов в формировании склонности к курению. На сегодняшний день к исследованию удалось привлечь 479 курильщиков, 359 некурящих, а также 175 человек, бросивших курить. Степень никотиновой зависимости

оценивалась при помощи теста Фагерстрема (Modified Fagerström Test for Nicotine Dependence (MFTND)). Получены результаты в отношении распределения аллелей 10 кандидатных полиморфизмов. Данные о различии в частоте аллеля А полиморфизма rs4532 в гене DRD1 между группами курящих и некурящих, опубликованные в тезисах к 4-й Российской конференции по фундаментальной онкологии, не подтвердились на выборках большего объема. Установлено, что индивидуальная способность к отказу от курения может модифицироваться полиморфизмом гена катехол-О-метилтрансферазы (COMT, rs4680). Вклад других изученных полиморфизмов (DRD1 (rs4532); DRD2 (rs1800497, rs1079597, rs1801028 и rs6277); DRD3 (rs6280); MAO-A (30-нуклеотидный повтор и rs1137070); DAT1 (40-нуклеотидный повтор) в формирование никотиновой зависимости представляется нейтральным.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ВАКЦИН

*Моисеенко В.М., Балдуева И.А., Гельфонд М.Л.
НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Главными задачами вакцинотерапии злокачественных опухолей являются создание более активных вакцинных препаратов и схем лечения, чем уже существующие, и обеспечение возможности лечения и профилактики «слабоиммуногенных» метастазов «иммуногенных» опухолей. В соответствии с тем, какие конкретные проблемы оказываются наиболее важными на каждом этапе развития противоопухолевой вакцинотерапии, в отделении трансплантации костного мозга и биотерапии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Росмедтехнологий выбираются модели, а также параметры и критерии оценки эффекта вакцинного препарата. На основе изучения иммуногенности и специфичности противоопухолевых вакцин (реакция ГЗТ, «bystander effects», образование опухолеассоциированных Т-клеток-памяти, противоопухолевых антител), с учетом иммуносупрессирующих факторов, разрабатываются новые подходы и схемы лечения. В настоящее время освоены и модифицированы новые перспективные методы активной специфической иммунотерапии на основе: 1) костномозговых дендритных клеток в сочетании с фотодинамической терапией, внутриопухолевым и внутрилимфатическим введением вакцинного препарата; 2) вакцинных дендритных клеток в сочетании с плазмаферезом; 3) NY-ESO-1 антигена, у больных с NY-ESO+ опухолями; 4) NY-ESO-1 специфического клона CD4+ Т-клеток. Результаты клинических исследований (I фаза) показали их безопасность и хорошую переносимость у больных с диссеминированным опухолевым процессом, большой опухолевой массой, резистентных к стандартным методам лечения и «старым» методам вакцинотерапии. Иммунологическая и клиническая эффективность оценивается и будет представлена в докладе.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПРИ СПИД

Пивник А.В.¹, Сельчук В.Ю.², Ковригина А.М.², Пархоменко Ю.Г.³, Тишкевич О.А.³, Лукашев А.М.⁴, Туманова М.В.⁴, Серегин Н.В.⁴, Ликунов Е.Б.⁵

1. НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Москва

2. РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

3. КИБ №2, Москва

4. ГКБ №60, Москва

5. ФНКЦ ДГОИ, Москва

Перед практическим здравоохранением возникла неотложная задача диагностики и лечения соматических проявлений ВИЧ-инфекции в стадии СПИД у нарастающего числа больных. Изучена частота злокачественных опухолей у ВИЧ-инфицированных больных в стадии СПИД в Москве. Через гематологическое отделение ГКБ № 60 за 2008 год прошло 104 онкогематологических больных, что почти вдвое превышает показатели 2007 года. За 2002-2008 гг в КИБ2 выявлено 19 секционных случаев солидных опухолей (кроме саркомы Капоши): астроцитомы-6, внегонадные герминогенные опухоли-3, семинома-1, рак шейки матки-3, центральный рак легкого-1, рак поджелудочной железы-1, меланома-1, , ольфакторная нейробластома-1, рак предстательной железы-1. холангиогенный рак печени-1. Диагноз агрессивных лимфом поставлен 140 больным с привлечением лучевых методов исследования (КТ, МТР, ПЭТ, УЗИ), иммуногистохимии биоптатов, иммунофенотипирования периферических лимфоцитов, иммунохимии белков крови, цитогенетики, FISH, эндоскопии ЖКТ. У 110 больных –злокачественные лимфомы: диффузная В-крупноклеточная лимфома у 38, лимфома Беркитта у 27, плазмобластная лимфома в основном полости рта- у 6 больных. Вовлечение желудка и кишечника выявлено у 30. Первичные лимфомы ЦНС у 3. Средний возраст 30 лет. Коинфекция ВИЧ с вирусными гепатитами С и/или В у 85%. От первого положительного теста на ВИЧ до развития лимфом проходит в среднем 5 лет (2-10). Высокоактивную противовирусную терапию (ВААРТ) получали 15 %. Средний уровень CD4 Т-лимфоцитов составил 110 клеток/мкл, вирусная нагрузка (ВН)– 127.000 копий РНК ВИЧ/мкл. 35 больных умерли до начала лечения от прогрессии лимфомы. Лечение 45 пациентов включало 6 курсов СНОР, СНОРЕ +/- Мабтера. Общая выживаемость 45%, безрецидивная выживаемость 90% при сроке наблюдения до 48 месяцев. 30 пациентов получили 4-6 курсов в блоках АВС или АС +/- Мабтера. Общая выживаемость 60%, безрецидивная

выживаемость-90% при сроке наблюдения до 48 месяцев. После лечения средний уровень CD4 составил 308 клк/мкл, ВН – 150.000 копий РНК ВИЧ/мкл. Лимфома Ходжкина (ЛХ) установлена у 30 больных: средний возраст 35 лет. ВААРТ получали 20% больных. Средний уровень CD4 Т-лимфоцитов 350 клеток/мкл, ВН – 65.000 РНК ВИЧ/мкл). Лечение включало 6 курсов АВВД, ВЕАСОРР2 +\-лучевая терапия. Общая выживаемость 70%, безрецидивная выживаемость составила 100% при сроке наблюдения до 48 месяцев. После лечения средний уровень CD4 составил 608, ВН – 80.000 копий РНК ВИЧ/мкл. Коллективом сотрудников различных лечебных учреждений Москвы разработан алгоритм диагностики и лечения онкогематологических заболеваний у ВИЧ/СПИД пациентов. Квалифицированная специализированная помощь ВИЧ-инфицированным пациентам со вторичными заболеваниями может быть оказана только в многопрофильных общесоматических больниц в сети здравоохранения страны.

БИОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Полуэктова М.В., Зубова Н.Д., Курпешева А.К., Чиркова Т.В.
МРНЦ, Обнинск*

Цель: изучение метаболических эффектов рефлексотерапии (РФ) в рамках восстановительного лечения больных поздними лучевыми повреждениями кожи и мягких тканей на основе мониторинга биохимических показателей крови. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 53 больных. Контрольную группу (К) составили 23 пациента, которым провели курс общепринятой терапии. Группа с применением РФ – 30 пациентов, лечение - сочетание общепринятой терапии с РФ. Группы между собой сопоставимы. Курс РФ включал 10-12 ежедневных процедур с динамичным рецептом точек и симптомным принципом учета индивидуальных особенностей больных. Для объективной оценки глубины метаболических нарушений выбрали приоритетный комплекс лабораторных критериев: С – реактивный белок, средние молекулы (СМ254 и СМ280), мочевины, мочевого кислоты, показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС). Обследование больных проводили до начала и по окончании лечения. Результаты и их обсуждения. Исходные значения биохимических показателей в группе К и в группе РФ были идентичны и практически не отличались между собой. Выявленные отклонения в обеих группах сопряжены с метаболическими нарушениями, сопровождающимися локальное воспаление, ишемию или гипоксию тканей, наличие эндотоксикоза. По завершении общепринятого лечения в группе К наблюдалось достоверное повышение уровня мочевины, мочевого кислоты, ряда показателей ПОЛ. Концентрация СРБ оставалась выше нормальных значений. Нормализации свободнорадикальных и воспалительных процессов не наблюдалось. В группе РФ изменения значений биохимических показателей после курса лечения наблюдались среди аналогичных метаболитов, что и в группе К, но носили противоположный характер. Значения СРБ уменьшились в два раза. Снижение уровня мочевины, коэффициента соотношения СМ 254/СМ280, стабилизация мочевого кислоты, значимое повышение активности каталазы, общей антиоксидантной активности свидетельствуют, что рефлексотерапия активирует механизмы, нормализующие течение процессов ПОЛ и АОС, воспаления. Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что курс рефлексотерапии вызывает снижение реакций воспаления, стабилизацию процессов ПОЛ, повышение антиоксидантной активности, инициализируя компенсаторные механизмы, которые у больных поздними лучевыми повреждениями были истощены. Целесообразно включение рефлексотерапии в комплекс реабилитационных программ больных поздними лучевыми повреждениями как метода патогенетической терапии.

ILE479LEU ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КАСПАЗА-10 – НОВАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАНТА ПСОРИАЗА?

*Пономарев И.А.², Жуков А.С.², Хайрутдинов В.Р.³, Мошкалов А.В.¹, Суспицын Е.Н.¹, Кулигина Е.Ш.¹,
Улыбина Ю.М.¹, Митюшкина Н.В.¹, Белозубова Е.В.¹, Самцов А.В.², Имянитов Е.Н.¹*

1. НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург

2. ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

3. 442 Окружной ВКГ, Санкт-Петербург

Псориаз – мультифакториальное полигенное заболевание с преимущественным поражением кожи, основная роль в иммунопатогенезе которого отводится Т-лимфоцитам. Иммунный ответ при псориазе характеризуется присутствием аутоиммунного компонента и дисбалансом в системе Т-клеток. Нарушение программируемой клеточной гибели, являющейся основным путем элиминации активированных Т-лимфоцитов, может представлять один из основных звеньев патогенеза псориаза. Последовательная активация каспаз играет ключевую роль в заключительной фазе разрушения клетки путем апоптоза. Каспаза-10 относится к протеазам первого эшелона (инициирующим), являясь условным рубежом, после которого каскад реакций оказывается необратимым, и клетка теряет пути к выживанию. Мутация гена каспазы-10 ассоциирована с аутоиммунным лимфопролиферативным синдромом (АЛПС), в основе которого

лежат первичные дефекты апоптоза лимфоцитов. У больных с этим синдромом имеется генетически детерминированный дисбаланс гомеостаза лимфоцитов и нарушение иммунной толерантности. Ген каспазы-10 содержит полиморфный участок в экзоне 3 – полиморфизм Pe/Leu кодона 479, претендующий на функциональную значимость. Проводя параллели в нарушениях иммунной системы между псориазом и АЛПС, мы поставили перед собой цель: изучить характер распределения полиморфных аллелей гена каспазы-10 у больных псориазом и здоровых доноров. В качестве объекта исследования были взяты 97 больных псориазом, группа контроля – 252 здоровых донора. ДНК лейкоцитов периферической крови исследовалась с помощью аллель-специфического метода полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени». Анализ распределения полиморфных вариантов каспазы-10 Pe479Leu выявил статистически достоверное снижение встречаемости гомозигот Leu/Leu у больных псориазом 19/97 (19,6%), в сравнении со здоровыми донорами – 88/252 (34,9%) ($p < 0,05$), (OR=0,45; 95% CI: 0,25-0,83). Полученные нами данные позволяют предположить, что Pe479Leu полиморфизм гена каспазы-10 является одним из генетических факторов предрасположенности к псориазу. Наличие генотипа Leu/Leu снижает риск развития этого заболевания. Дальнейшее изучение факторов, модулирующих функциональную активность каспазы-10, представляется значимым в исследовании нарушений клеточного гомеостаза иммунной системы и понимании патогенеза псориаза.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАКЦИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ КЛЕТочНЫЙ РОСТ В III-IV СТАДИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Тарасов В.А.¹, Святов Д.И.², Бардаков С.Н.², Жилин А.А.², Ковалев С.А.²,
Шавандин А.А.²*

1. СПбМАПО, Санкт-Петербург

2. ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель. Идентификация механизмов патогенеза нарушений регуляции, состояния и реактивности кровообращения у больных распространенными формами солидных злокачественных опухолей. Материалы и методы. Обследовали 102 онкологических больных в третьей-четвертой стадии заболевания. Контрольную группу составили 55 практически здоровых лиц. Исследовали: состояние биоэлектрической активности головного мозга (электроэнцефалография); вегетативную регуляцию сердечного ритма (кардиоритмография – КРГ); состояние гемодинамики и реактивность кровообращения (биполярная интегральная реография, тонометрия). Для изучения реактивности кровообращения применяли пробу с задержкой дыхания на 20 секунд после глубокого нефорсированного вдоха. При анализе данных онкологических больных и практически здоровых лиц использовали критерии Стьюдента для независимых и связанных совокупностей. Результаты. В группе онкологических больных выявлено: достоверное ($p < 0,0001$) резкое угнетение α -ритма и рост значений показателей высокочастотной и медленноволновой активности в окципитальных отведениях; достоверное ($p < 0,002$) резкое снижение величин вариабельности ритма сердца. Снижение величин показателей низкочастотной и высокочастотной составляющих КРГ было примерно одинаковым. Эти особенности выделены как специфические, характерные для онкологического заболевания черты вегетативной регуляции. У здоровых лиц сердечный ритм, задаваемый синоатриальным пейсмейкером, находится под модулирующими влияниями автономной нервной системы (АНС), барорефлекторной составляющей и гуморального контура регуляции при преимущественной роли АНС. Барорефлекторное действие опосредуется через АНС. При резком угнетении вегетативных влияний, на первый план выступает гуморальная регуляция функций; достоверное ($p < 0,03$) снижение значений ударного индекса (УИ), рост частоты сердечных сокращений (ЧСС) и сопротивления сосудов на периферии (ОПС). Установлена детерминация кровообращения высокими значениями ЧСС, которые при относительно низких величинах УИ определяли уровень СИ и, в ассоциации с повышенными значениями ОПС, приводили к росту величин артериального давления; отсутствие реакции показателей гемодинамики на действие стимулов функциональной пробы. Заключение. Патогенез нарушений кровообращения у больных распространенными формами солидных злокачественных опухолей составляют: расстройства внутрицентральных взаимоотношений в ЦНС, обуславливающие вегетативную дисрегуляцию с резким снижением тонуса обоих отделов АНС, и переход на преимущественно гуморальную регуляцию функций; детерминация кровообращения высокими значениями ЧСС; ареактивность кровообращения на действие стимулов функциональной пробы.

ОПТИЧЕСКАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Шахова Н.М.^{1,2}, Геликонов В.М.¹, Геликонов Г.В.¹, Гладкова Н.Д.², Денисенко А.Н.³, Загайнова Е.В.²,
Каменский В.А.¹, Масленникова А.В.², Орлова А.Г.¹, Турчин И.В.¹*

1. Институт прикладной физики, Нижний Новгород

2. Нижегородская ГМА, Нижний Новгород

3. Нижегородский ООД, Нижний Новгород

Основные требования к новым методам диагностики в онкологии - максимальная информативность при минимальной инвазивности в сочетании с портативностью, удобством эксплуатации и относительной дешевизной. Этим требованиям соответствуют оптические методы визуализации (А.М.Sergeev et al, 2001). Цель работы: показать возможности разномасштабных методов оптической томографии в диагностике онкологических заболеваний, определить их место в клинической онкологии и показать пути дальнейшего развития. В работе использованы серийная ОКТ-1300У ("Биомедтех", Н.Новгород) и экспериментальные (ИПФ РАН, Н.Новгород) установки для оптической когерентной томографии (ОКТ), опытный образец установки для оптической диффузионной томографии (ОДТ; ИПФ РАН, Н.Новгород). Клинические исследования проведены на базе ГУЗ НООД по протоколу этического комитета. Обследованы пациенты с различными локализациями злокачественных новообразований: гортань, пищевод, желудок, мочевого пузыря, шейка матки и молочная железа. Принцип, технические характеристики и тип информации для ОКТ: интерферометрическое детектирование обратно рассеянного света ближнего ИК диапазона с разрешением 10-15 мкм на глубину до 2 мм; скорость 1-10 кадров в секунду, информация о структуре объекта на уровне тканевых слоев; для ОДТ: детектирование диффузно рассеянного света с последующей реконструкцией поглощающих включений с разрешением несколько мм на глубину до 10 см, время 30 мин. (с реконструкцией), информация о структуре и биохимии тканей. Описаны ОКТ критерии злокачественных новообразований, выделены универсальные оптические характеристики с определением «доброкачественного», «сомнительного» и «злокачественного» типов изображений. Показана высокая диагностическая эффективность ОКТ в распознавании малигнизации (81-95% при индексе согласия 0.65-0.76). Установлено, что ОКТ может быть использована на этапах первичной диагностики для оптимизации биопсии и определения стадии процесса по протяженности, при планировании и контроле различных видов лечения: органосохраняющие резекции, лучевая и фотодинамическая терапия. Разработаны новые модификации приборов: поляризационно-чувствительный, «скоростной» и ОКТ-эндоскоп. Метод ОДТ разработан для диагностики опухолей молочной железы. В исследованиях показано, что с его использованием можно не только визуализировать рак молочной железы, но и определять компонентный состав (окси- и дезоксигемоглобин) опухоли, что важно для прогноза чувствительности к химиолучевой терапии. Методы оптической томографии перспективны для использования в клинической онкологии.

К МЕТОДИКЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ ПАХОВОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

*Шуркус В.Э., Роман Л.Д., Шуркус Е.А.
Ленинградский ООД, Санкт-Петербург*

Цель исследования: оптимизация паховой лимфаденэктомии с учетом топографии паховых лимфатических узлов и связей между ними. Материал и методы. Работа выполнена на 70 трупах плодов 20-36 нед. и взрослых людей. Использована внутритканевая инъекция синей массы Герота и препарирование под стереомикроскопом МБС- 2. Результаты. Поверхностные паховые узлы залегают в подкожной клетчатке бедренного треугольника кпереди от широкой фасции бедра и подразделяются на верхнемедиальные, верхнелатеральные, центральные и нижние. Многие выносящие их сосуды минуют глубокие узлы и следуют непосредственно к наружным подвздошным узлам. Глубокие узлы находятся в клетчатке между поверхностным и глубоким листками широкой фасции бедра и непосредственно контактируют с медиальной и передней поверхностью проксимального отрезка бедренной вены. Верхняя граница их распределения соответствует сосудистой лакуне, а нижняя находится позади дистального края овальной ямки. В трети случаев глубоких паховых узлов совсем нет и более чем в одной трети выражен всего лишь один узел. Нередко встречающиеся узлы на передней поверхности гребенчатой и подвздошно-поясничной мышц являются не глубокими паховыми, а вставочными узлами. Они не находятся на путях лимфооттока от кожи нижней конечности, передней брюшной стенки, ягодичной области, промежности, ануса и наружных половых органов. С учетом топографии и анатомии глубоких узлов их включение в удаляемый блок при профилактической паховой лимфаденэктомии можно производить с меньшей степенью агрессивности сравнительно с классической операцией Дюкена. После мобилизации клетчатки с поверхностными узлами рассекают поверхностный листок широкой фасции бедра вдоль сосудистого пучка на протяжении от паховой связки до нижнего края овальной ямки и на 1 см ниже его. Края рассеченной фасции разводят в стороны и указательным пальцем разрушают медиальную часть сосудистой лакуны. Иссекают клетчатку по границам внутреннего отверстия бедренного канала и вместе с таковой на поверхностных сосудистого пучка и глубокими паховыми узлами смещают единым пластом книзу. Чуть ниже овальной ямки его объединяют с ранее мобилизованным конвертом поверхностных паховых узлов и удаляют. После этого укрепляют внутреннее кольцо бедренного канала наложением одного-двух швов и фиксируют края рассеченного листка fascia lata. Заключение. Изложенная модификация отличается от классической операции Дюкена тем, что футляры портняжной и длинной приводящей мышц, а также поверхностный и глубокий листки широкой фасции бедра не включаются в удаляемый блок.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЯ	3
<i>Абраменкова И.В., Соловьев В.В., Семкина Е.Н., Соловьев В.И.</i> ВЛИЯНИЕ «УПРАВЛЯЕМЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ III СТАДИИ.....	4
<i>Андреев А.В., Чеканов М.Н.</i> ДОЛГОСРОЧНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ.....	4
<i>Антонов А.А., Надвикова Е.А., Семиконов К.В., Маслов В.Г., Комиссаров А.В., Ахметов И.Р.</i> РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	5
<i>Ануфреенок И.В., Кохнюк В.Т., Мороз Е.Г.</i> БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ III СТАДИИ.....	5
<i>Ахметзянов Ф.Ш., Валиев Н.А.</i> ПРИЧИНЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	6
<i>Ахметзянов Ф.Ш.¹, Валиев Н.А.²</i> ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.....	6
<i>Барышев А.Г., Дудка А.С., Дербенёв С.Н, Коньков Р.В., Баранов А.В.</i> КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	7
<i>Барышев А.Г., Дудка А.С., Баранов А.В., Дербенёв С.Н., Коньков Р.В.</i> ПОКАЗАНИЯ К ПАРААОРТАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	7
<i>Бахина Н.В., Добренский М.Н., Кузнецова Л.С.</i> ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ И ЭНДОРЕКТАЛЬНАЯ СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	8
<i>Белов Ю.А, Тулина И.А., Данилов М.А., Царьков П.В</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ УДАЛЕНИИ МЕТАСТАЗА РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ В ПАРААОРТАЛЬНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).....	8
<i>Борота А.В., Левашов В.А.</i> НЕСТАНДАРТНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....	9
<i>Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Волченко Н.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Борисова О.В., Тюриков А.А.</i> РОЛЬ ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	10
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Ем А.Е., Семенов А.В.</i> ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОБТУРИРУЮЩИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	10
<i>Васильев С.В., Корытова Л.И, Попов Д.Е., Гопта Е.В., Лисичкин А.В.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ.....	11
<i>Вишневский А.А., Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Пикунов М.Ю.</i> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ И ЛЕГКИЕ.....	11

<i>Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ.....	12
<i>Воробьев Г.И., Пересада И.В., Филон А.Ф., Челноков М.</i> ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	12
<i>Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шарапов Г.Н., Быховец И.В., Турлай Д.М.</i> ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ОНКОМАРКЕРОВ ПРИ РЕЦИДИВАХ РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	13
<i>Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шарапов Г.Н., Быховец И.В., Турлай Д.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ВГХТ.....	14
<i>Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шарапов Г.Н., Быховец И. В., Турлай Д.М.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ.....	14
<i>Гатауллин И.Г., Валиев А.А., Тихонов А.И., Ганношенко Е.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	15
<i>Гатауллин И.Г. Ильинская О.Н.Сафиуллина Д.Р., Мамедзаде К.Р.</i> КИШЕЧНАЯ МИКРОФЛОРА АССОЦИИРОВАННАЯ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	15
<i>Гатауллин И.Г., Петров С.В. Игуменов А.В.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМИ ВОРСИНЧАТЫМИ ОПУХОЛЯМИ.....	16
<i>Дашков А.В., Франциянц Е.М., Солдаткина Н.В., Анапалян В.Х.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	16
<i>Дворниченко В.В, Афанасьев С.Г., Шелехов А.В., Расулов Р.И., Москвина Н.А.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	17
<i>Евдокимов Г.М., Блувитейн Г.А., Семенченя В.А, Сидоров И.Н.</i> СТОМИРОВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	17
<i>Ермаков Д.Ф., Кравченко А.Ю., Тулина И.А., Половинкин В.В.</i> ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АППАРАТНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	18
<i>Ерыгин Д.В., Невольских А.А., Титова Л.Н., Юрченко С.Н.</i> МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ – ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	18
<i>Йулдашев А.Г., Тимофеев Ю.Л., Кравченко А.Ю.</i> СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	19
<i>Каганов О.И., Козлов С.В., Белоконев В.И., Савинков В.Г., Стадлер В.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ.....	19
<i>Каганов О.И., Козлов С.В., Торопова Н.Е.</i> ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ОНКОМАРКЕРОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ.....	20
<i>Кашников В.Н., Шелыгин Ю.А, Лавриненко А.В.</i> РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА НАВИВ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	20

<i>Китаев А.В., Петров В.П., Немытин Ю.В.</i> ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	21
<i>Кохнюк В.Т., Колядич Г.И., Бондаренко В.М.</i> СТРУКТУРА И ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	21
<i>Кутлиев О.О., Наврузов С.Н., Абдурахмонов Д.К., Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Некова Г.А.</i> РОЛЬ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЛАНОВОЙ ПОДГОТОВКЕ К ОБЪЕМНО- КОМБИНИРОВАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ С ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....	22
<i>Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Слывко Л.В., Бузин С.В.</i> К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	22
<i>Левашов В.А., Борота А.В.</i> СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	23
<i>Маслов А.А., Тищенко И.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	23
<i>Миракян С.С. Кравченко А.Ю. Тулина И.А.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННЫХ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	24
<i>Мороз Е.Г., Юдин А.А., Ануфреенок И.В.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ J-ОБРАЗНОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА ФОНЕ СЕМЕЙНОГО ТОТАЛЬНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	24
<i>Муслимов М.И., Китаев А.В., Немытин Ю.В., Айрапетян А.Т., Турлай Д.М.</i> РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ НИЗКИХ ЧРЕЗБРЮШНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ И ЭКСТИРПАЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	25
<i>Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С., Селина И.Е., Лебедев А.Г., Скворцова А.В., Македонская Т.П.</i> НЕОТЛОЖНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	25
<i>Пикунов М.Ю., Вишневский А.А., Вишневский В.А., Ионкин Д.А.</i> ОДНОМОМЕНТНЫЕ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКОМ И ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	26
<i>Порханов В.А., Половинкин В.В., Кравченко А.Ю., Царьков П.В.</i> РОЛЬ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В СНИЖЕНИИ ЧИСЛА МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ ПРИ РАКЕ СРЕДНЕ-НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	27
<i>Потемин С.Н., Барышев А.Г., Каушанский В.Б., Грицаев Е.И.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПО ОТДЕЛАМ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	27
<i>Пручанский В.С., Минько Б.А., Кушнеров А.И.</i> ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ.....	28
<i>Расулов Р.И., Шелехов А.В., Хаматов Р.К., Зубков Р.А.</i> ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	28
<i>Сергеева Н.С., Шельгин Ю.А., Маршутина Н.В., Чернышов С.В., Солохина М.П.</i> НОВЫЕ КОПРО-МАРКЕРЫ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	29

<i>Сидоров Д.В., Белоус Т.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Петров Л.О.</i> КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА: ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.....	29
<i>Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Полищук Л.О., Тарасюк Т.И., Багмет Н.Н.</i> ДВУХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ....	30
<i>Старостина М.А., Афанасьева З.А., Ибрагимова Н.Р., Губаева М.С., Сакмарова Л.И.</i> СОСТОЯНИЕ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	30
<i>Торопова Н.Е., Каганов О.И., Козлов С.В.</i> ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОМАРКЕРОВ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	30
<i>Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков З.В., Медоев В.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	31
<i>Тотиков М.З., Тотиков В.З., Вахоцкий В.В., Литвинчук В.Г., Воронкова Л.М., Тотиков З.В.</i> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	31
<i>Тотиков З.В., Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков М.З.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	32
<i>Ушаков И.И., Лысенко М.В., Сахаров А.И., Чиж С.И., Саркисян Л.Г., Мухтарулина С.В., Воробьева Е.В., Андрюшкин В.Н.</i> ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭВИСЦЕРАЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ.....	32
<i>Фомин А. Ю., Власов В. В., Новохатский И. А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРШЕ 70 ЛЕТ.....	33
<i>Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Фидман М.Х., Ваикуров С.М., Фадеев Р.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ.....	33
<i>Царьков П.В., Тулина И.А., Башанкаев Б.Н., Самофалова О., Кравченко А.Ю.</i> ПОЛНАЯ МЕЗОКОЛОНЭКТОМИЯ С РАСШИРЕННОЙ ДЗ-ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	34
<i>Царьков П. В., Тулина И. А., Кравченко А. Ю.</i> РАСШИРЕННАЯ «ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНАЯ» РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	34
<i>Чжао А.В., Коваленко Ю.А., Чугунов А.О., Новрузбеков М.С.</i> РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	35
<i>Чиссов В.И., Сидоров Д.В., Алексеев Б.Я, Бутенко А.В., Вашакмадзе Л.А., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Петров Л.О., Шляков С.Л., Алешкина Т.Н., Тюриков А.А.</i> РОЛЬ ЭКЗЕНТЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	36
<i>Шакиров Р.К., Валиев А.А., Гатауллин И.Г.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ.....	36
<i>Шатхин М.Р., Кузнецов В.Л., Соловьев В.В.</i> ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	37

<i>Шельгин Ю.А., Пикунов Д.Ю., Подмаренкова Л.Ф.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКТОЭКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА УРОВНЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ.....	37
<i>Широкопояс А.С., Панкратов И.В., Кошель А.П.</i> АНАЛЬНАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА: НЕИЗБЕЖНОСТЬ ИЛИ КОНТРОЛИРУЕМАЯ ПРОБЛЕМА?.....	38
ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ.....	39
<i>Абдурахмонов Д.К., Наврузов С.Н., Тиллашайхов М.Н., Рахимов Н.М., Кутлиев О.О.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	40
<i>Антоненкова Н.Н., Машевский А.А., Скалыженко А.П., Якимович Г.В.</i> КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕМЕЙ ПРОБАНДОВ, ОТЯГОЩЕННЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ.....	40
<i>Ахметзянова А.В., Петров С.В., Раскин Г.А., Мальцева Л.И., Хасанов Р.Ш.</i> БЕЛОК P16 INK4A В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ И НЕИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	40
<i>Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Алешикова О.И., Хунова Л.З.</i> НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ (ПВ-ПШ) СТАДИЙ.....	41
<i>Баишева С.А., Нугманов Э.У., Каирбаева М.Ж., Кайрбаев М.Р.</i> НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЯИЧНИКОВ.....	42
<i>Бараи Ю.А., Максимов С.Я., Гершфельд Э.Д., Берштейн Л.М.</i> ВОЗМОЖНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНА.....	42
<i>Батурина И.Л., Орнер И.Ю., Жаров А.В., Телешева Л.Ф., Абрамовских О.С.</i> ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	43
<i>Бахидзе Е.В., Лавринович О.Г.</i> ПРЕДИКТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН.....	43
<i>Бехтерева С.А., Важенин А.В., Яйцев С.В.</i> РОЛЬ ВПЧ – ИНФЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ.....	44
<i>Бойко К.П., Максимова Н.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ.....	45
<i>Брузгин Е.А., Брюсов П.Г., Мелько А.И., Названцев И.В.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕДКИХ ФОРМ РАКА ТЕЛА МАТКИ.....	45
<i>Воргова Д.Н., Важенин А.В., Воронин М.И.</i> ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	46
<i>Гаврилов А.С., Гордиенко В.П., Федик О.Е., Максимова А.Б.</i> ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ (РЭ).....	46
<i>Гергова М.М., Максимов С.Я., Имянитов Е.Н.</i> МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ В ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА: ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ.....	47

<i>Герифельд Э.Д., Нахушев З.Х., Максимов С.Я., Хаджимба А.В.</i> ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....	47
<i>Гилязутдинов И.А., Юсупов К.Ф., Шакирова Э.Ж., Жаворонков А.Е., Хасанов Р.Ш.</i> ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	48
<i>Гончарук И.В., Воробьева Л.И., Лукьянова Н.Ю., Чехун В.Ф., Неспрядько С.В., Пузырная И.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-2 И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	48
<i>Гончарук И.В., Воробьева Л.И., Неспрядько С.В., Пузырная И.Н.</i> РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ И МЕТАСТАЗАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	49
<i>Горин А.О., Кекеева Т.В., Рязанцева А.А., Завалишина Л.Э., Трушина О.И., Франк Г.А.</i> АНАЛИЗ ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ ФДТ: ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ВПЧ 16/18 ПОДТИПОВ....	49
<i>Горошинская И.А., Неродо Г.А., Голотина Л.Ю., Владимирова Л.Ю., Ушакова Н.Д., Меньшенина А.П., Светицкая Я.В., Качесова П.С.</i> БИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ НА БЕЛКОВОМ КОНЦЕНТРАТЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ И БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	50
<i>Данилова М.А., Герифельд Э.Д., Ковалевский А.Ю., Максимов С.Я., Берштейн Л.М.</i> ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ АРОМАТАЗЫ В ТКАНИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ОПУХОЛИ И ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ.....	50
<i>Дикарева Е.Л., Ширинкин В.Б.</i> ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВУЛЬВЫ.....	51
<i>Диникина Ю.В., Лисянская А.С., Манихас Г.М., Белогурова М.Б., Цыбатова Е.В., Быстрова О.В., Тапильская Н.И.</i> АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ РАЗМОРОЖЕННОЙ ТКАНИ ЯИЧНИКА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, ПОДВЕРГШИХСЯ КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННОГО МЕТОДА У ПОДРОСТКОВ.....	52
<i>Добренькая Г.С.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА РАКА ЯИЧНИКОВ.....	52
<i>Жаров А.В., Важенин А.В., Кравченко Г.Р., Чернова Л.Ф., Шимоткина И.Г.</i> ИЗМЕНЕНИЕ ВЗГЛЯДОВ НА РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	53
<i>Жаров А.В., Губайдуллина Т.Н., Сычугов Г.В., Чернова Л.Ф., Шимоткина И.Г., Кравченко Г.Р., Мещерякова Л.М., Малахова Е.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФОНОВЫМИ ПРОЦЕССАМИ И ПРЕДРАКОМ ВУЛЬВЫ....	53
<i>Казакевич В.И., Митина Л.А., Востров А.Н., Степанов С.О.</i> ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	54
<i>Каирбаева М.Ж., Нугманов Э.У., Кукубасов Е.К.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ.....	54
<i>Кайрбаев М.Р., Шалбаева Р.Ш., Нугманов Э.У., Кукубасов Е.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ НАХТ.....	55

<i>Козырева С.М., Сидоренко Ю.С., Хетагурова Л.Г., Козырев К.М.</i> ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ И ХРОНОМЕДИЦИНСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	55
<i>Константинова М.Ю., Гордиенко В.П., Федик О.Е., Максимова А.Б.</i> ЗАВИСИМОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКА ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ.....	56
<i>Короленкова Л.И., Брюзгин В.В.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ И МИКРОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	56
<i>Крикунова Л.И., Сыченкова Н.И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПОТЕКАНА В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ.....	57
<i>Левицкий В.А., Мационис А.Э., Буштырева И.О.</i> ВЛИЯНИЕ P53 НА РАЗВИТИЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ.....	57
<i>Левицкий В.А., Мационис А.Э., Буштырева И.О.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ P53 ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ.....	57
<i>Левченко Н.Е., Крузе П.А., Никитина В.П.</i> ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН.....	57
<i>Максимов С.Я., Гусейнов К.Д., Чернухова О.Д., Сенчик К.Ю., Хаджимба А.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВОМ РАКА ЯИЧНИКОВ.....	58
<i>Мамедова Л.Т., Кузнецов В.В., Нуммаев Б.Г., Тагибова Т.Ш.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	59
<i>Мамедов В.А., Бахидзе Е.В., Имянитов Е.Н.</i> КЛИНИКО–МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА ВРСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ.....	59
<i>Мухтарулина С.В., Ушаков И.И., Лысенко М.В., Асеева И.А.</i> ПАРААОРТАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ IV-IV СТАДИЙ: ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	60
<i>Мухтарулина С.В., Ушаков И.И., Полякова С.А., Попов А.А.</i> НЕРВО-СОХРАНЯЮЩАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ IV-II СТАДИЙ: ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	60
<i>Неродо Г.А.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ВУЛЬВЫ.....	61
<i>Неродо Г.А., Никитина В.П., Крузе П.А., Кравцова О.Е.</i> КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ.....	62
<i>Неродо Г.А., Ушакова Н.Д., Горошинская И.А., Левченко Н.Е., Голотина Л.Ю., Меньшенина А.П., Мкртчян Э.Т.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АСЦИТНОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ.....	62
<i>Новикова Е.Г., Антипов В.А., Шевчук А.С., Завельская А.Я.</i> ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	63

<i>Новикова Е.Г., Антипов В.А., Балахонцева О.С., Новикова О.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИКАЛЬНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАХЕЛЭКТОМИИ.....	63
<i>Новикова Е.Г., Бойко А.В., Демидова Л.В., Ронина Е.А., Дунаева Е.А., Кадиева Э.А.</i> МОЖНО ЛИ УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ?.....	64
<i>Одинцова А.С., Хохлова С.В., Горбунова В.А.</i> НОВЫЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	65
<i>Панов А.В.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ КИСТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТГЕЙМА.....	65
<i>Панов А.В., Манненков П.М.</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	65
<i>Папуниди М.Д., Урманчеева А.Ф., Мацко Д.Е.</i> РАК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	66
<i>Пожарисский К.М., Винокуров В.Л., Болдарян Н.А.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИКЛООКСИГЕНАЗ (СОХ-2, СОХ-1) ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ.....	67
<i>Покуль Л.В., Порханова Н.В.</i> ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ И МОДЕЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК В СОСТОЯНИИ ПОСТОВАРИОЭКТОМИИ, ОТЯГОЩЕННЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ.....	67
<i>Порханова Н.В., Соколенко А.П., Шерина Н.Ю., Пономарева Д.Н., Ткаченко Н.Н., Мацко Д.Е., Имянитов Е.Н.</i> ДВЕ НАСЛЕДСТВЕННЫЕ МУТАЦИИ В ГЕНАХ ВРСА1 И NBS1 (NBN) У ПАЦИЕНТКИ С РАКОМ ЯИЧНИКА.....	68
<i>Порханова Н.В., Ткаченко Н.Н.</i> РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЯИЧНИКА.....	68
<i>Прошин А.А., Скугарев С.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОБЪЕМОМ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ, ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ТЕЛА МАТКИ И НАЛИЧИЕМ ТАЗОВОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ, ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРИ ПОМОЩИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	69
<i>Розенко Л.Я., Джабаров Ф.Р., Родионова О.Г.</i> АУТОБИОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ И ЕГО РЕЦИДИВОВ.....	70
<i>Рубцова Н.А., Седых С.А., Новикова Е.Г.</i> МРТ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	70
<i>Румянцева И.К., Зинченко М.В., Лисогор С.Л.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВПЧ DIGENE-ТЕСТА В ТОКОД.....	71
<i>Сидоренко Ю.С., Левченко Н.Е., Неродо Г.А.</i> ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ПРИЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ СТАДИИ IА - IВ С СОХРАНЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.....	71
<i>Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., Левченко Н.Е., Голотина Л.Ю., Меньшенина А.П.</i> ВНУТРИБРЮШИННАЯ НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АСЦИТНОЙ ФОРМОЙ РАКА ЯИЧНИКОВ.....	72
<i>Сидорук А.А., Ульрих Е.А., Новик В.И., Урманчеева А.Ф.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОГЕННЫХ РАКОВ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ.....	72

<i>Степанов С.О., Новикова Е.Г., Скрепцова Н.С.</i> ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИМФОЦЕЛЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ РАСШИРЕННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ.....	73
<i>Стрыгина Е.А.</i> СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРЭКСПРЕССИЕЙ HER 2 NEO В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	73
<i>Табакман Ю.Ю., Сдвижков А.М., Васильева И.Д., Солопова А.Г., Иванов А.Е, Чабров А.М., Костин А.Ю, Бутенко Г.Р.</i> СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ РАКА ТЕЛА МАТКИ.....	74
<i>Титова В.В., Брюсов П., Мелько А.И., Бабский В.И., Названцев И.В.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА ЯИЧНИКОВ.....	74
<i>Толокнов Б.О., Мартышина Я.А, Махова Е.Е., Маркина И.В.</i> ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	75
<i>Трушина О.И., Новикова Е.Г., Соколов В.В., Филоненко Е.В., Чиссов В.И., Ворожцов Г.Н. МНИОИ им. П.А. ФДТ В ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКА И НАЧАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....</i>	75
<i>Ульрих Е.А., Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИКАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМ МАТКИ.....	76
<i>Ушаков И.И., Лысенко М.В., Сахаров А.И., Чиж С.И., Саркисян Л.Г., Мухтарулина С.В., Воробьева Е.В., Андрюшкин В.Н.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭВИСЦЕРАЦИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ И МЕСТНОМ РЕЦИДИВЕ.....	76
<i>Ушаков И.И., Саркисян Л.Г., Лысенко М.В., Мухтарулина С.В, Попов А.А., Андрюшкин В.Н., Иванова Ю.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ III-IV СТ.....	77
<i>Франциянц Е.М., Моисеенко Т.И., Кравцова О.Е.</i> К ВОПРОСУ О ГОРМОНАЛЬНОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	78
<i>Хасанов Р.Ш., Шакирова Э.Ж., Муллагалиева А.М., Гилязутдинов И.А.</i> ДИАГНОСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ II-III СТАДИЙ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	78
<i>Худякова М.А., Хаджимба А.В., Герифельд Э.Д., Максимов С.Я.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПАХОВО-БЕДРЕННОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ.....	78
<i>Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Бочкарева Н.В.</i> КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	79
<i>Чулкова О.В., Сидорова Ю.В.</i> ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С МАТОЧНЫМИ ТРУБАМИ ПО ПОВОДУ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК.....	80
<i>Чуруксаева О. Н., Коломиец Л. А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	80
<i>Шакирова Э.Ж., Хасанов Р.Ш., Ахметзянов Ф.Ш., Муллагалиева А.М., Савельев Е.В, Гилязутдинов И.А.</i> ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	81

<i>Шакирова Э.Ж., Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А., Муллағалиева А.М.</i> ТРУДНОСТИ СТАДИРОВАНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	81
<i>Шевчук А.С., Новикова Е.Г., Антипов В.А.</i> ПОВТОРНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ.....	82
<i>Ширинкин В.Б., Дикарева Е.Л.</i> ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ.....	82
<i>Ширинкин В.Б., Дикарева Е.Л.</i> РЕДКИЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ.....	83
<i>Юркова Л.Е., Хватов А.А., Ривина Е.В., Сабекия И.М.</i> РАСШИРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ РАКА ЯИЧНИКОВ.....	84
ОНКОУРОЛОГИЯ.....	85
<i>Агафонова М.В., Жаринов Г.М., Лисицын И.Ю.</i> ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ, РЕГИОНАРНУЮ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЮ ХИМИОТЕРАПИЮ, СЕЛЕКТИВНУЮ ГИПЕРГЛИКЕМИЮ, СВЧ-ГИПЕРТЕРМИЮ.....	86
<i>Алексеев Б.Я., Воробьев Н.В., Филимонов В.В.</i> МОДЕЛИ ПРОГНОЗА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	86
<i>Алексеев Б.Я., Нюшко К.М., Русаков И.Г., Воробьев Н.В., Франк Г.А., Андреева Ю.Ю.</i> ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ И РАСШИРЕННУЮ ТАЗОВУЮ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЮ.....	87
<i>Алексеев Б.Я., Русаков И.Г., Франк Г.А., Андреева Ю.Ю., Калтинский А.С.</i> ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОЧКИ.....	87
<i>Андабеков Т.Т., Арзуманов А.А., Рыжкова Д.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	88
<i>Андабеков Т.Т., Клочкова Т.Г., Самсонов Р.Б., Евтушенко В.И.</i> ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	88
<i>Андреева Ю.Ю., Рязанцева А.А., Завалишина Л.Э., Петров А.Н., Франк Г.А.</i> МЕТОД ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ IN SITU ГИБРИДИЗАЦИИ В ИЗУЧЕНИИ ХРОМОСОМНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	88
<i>Аполихин О.И., Сивков А.В., Чернышев И.В., Ощепков В.Н., Кешишев Н.Г., Костин И.Е., Рабинович Э.З., Гордиенко А.Ю.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БИФОСФОНАТОВ (РЕЗОРБА) У БОЛЬНЫХ С КОСТНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	89
<i>Афанасьева З.А., Гаптрахимов И.Р.</i> ФЕОХРОМОЦИТОМА НАДПОЧЕЧНИКА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	89
<i>Ашрафян Л.А., Фомин Д.К., Трушин В.И., Третьин А.В.</i> РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	90

<i>Васильева И.Д., Ядыков О.А., Быстров А.А.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РОЛЬ СКРИНИНГА В ЕГО ВЫЯВЛЯЕМОСТИ.....	91
<i>Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Горчак Ю.Ю., Решетов Д.Н., Жашков Р.В.</i> РОЛЬ БИОЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	91
<i>Гасанов Н.Г., Тагирова А.Г.</i> КОМБИНИРОВАННЫЕ, РАСШИРЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ.....	92
<i>Гасанов Н.Г., Терещенко А.Г., Гасанов Г.Д.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ДАГЕСТАНЕ.....	92
<i>Гранов А.М., Карелин М.И., Маковецкая К.Н., Лисицын И.Ю.</i> ГЛУБОКАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ III – IV СТАДИИ.....	93
<i>Гранов А.М., Молчанов О.Е., Карелин М.И.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	93
<i>Замятин А.В., Берзин С.А., Магер В.О., Ильин К.А., Завацкий С.Е., Рожин А.И., Орлов А.С.</i> АДЪЮВАНТНАЯ ВНУТРИПУЗЫРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПОЗИЦИЙ ХИМИОПРЕПАРАТОВ С ТИЗОЛЕМ...	94
<i>Замятин А.В., Берзин С.А., Магер В.О., Ильин К.А., Завацкий С.Е., Рожин А.И., Орлов А.С.</i> РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИЗОЛЯ В СТЕНКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ УРОТЕЛИАЛЬНЫМ РАКОМ.....	94
<i>Замятин А.В., Берзин С.А., Магер В.О., Ильин К.А., Завацкий С.Е., Рожин А.И., Орлов А.С.</i> ФАРМАКОКИНЕТИКА ТЕХНЕФИТА ПРИ ЕГО ВНУТРИПУЗЫРНОМ ВВЕДЕНИИ БОЛЬНЫМ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СОСТАВЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА 0,9% NaCl И В КОМПОЗИЦИИ С ТИЗОЛЕМ.....	95
<i>Калтинский А.С., Алексеев Б.Я., Русаков И.Г., Поляков В.А., Верещагин Г.В.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ....	96
<i>Каприн А.Д., Гафанов Р.А., Фастовец С.В.</i> РОЛЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	97
<i>Каприн А.Д., Костин А.А., Цыбульский А.Д., Шестаков А.В., Мирсадыков М.М., Даниелян А.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	97
<i>Каприн А.Д., Костин А.А., Цыбульский А.Д., Шестаков А.В., Клименко А.А., Кочетов А.Г., Шоуа А.Б., Ким А.В.</i> НАРУШЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	98
<i>Каприн А.Д., Костин А.А., Шестаков А.В., Кочетов А.Г., Ситников Н.В., Шоуа А.Б., Ким А.В.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	98
<i>Каприн А.Д., Хмелевский Е.В., Иванов С.А., Фастовец С.В.</i> ИНИЦИАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПСА, КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БРАХИТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	99
<i>Каприн А.Д., Цыбульский А.Д., Сосновский В.В.</i> ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	100

<i>Карнаух П.А., Ивахно К.Ю.</i> РЕКОНСТРУКЦИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА.....	100
<i>Карнаух П.А., Ивахно К.Ю.</i> ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	101
<i>Карнаух П.А., Бендовский С.М.</i> ЦИСТЭКТОМИЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ: МЕСТО В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	101
<i>Кочетов А.Г., Билык Н.Л., Ситников Н.В., Русаков И.Г., Ким А.В., Каприн А.Д., Костин А.А., Цибизов Д.Н.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ОТ НАРУШЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ.....	102
<i>Кутуков В.В., Оганесян Ю.В., Дуйко В.В., Леснов П.В., Служко Л.В.</i> К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ.....	103
<i>Липко Н.С., Комкова Н.Е., Карташова О.В., Тулина И.А., Кравченко А.Ю., Царьков П.В.</i> МИКЦИОННАЯ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ АВТОНОМНЫХ НЕРВОВ ТАЗА У ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	103
<i>Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Андронов А.С.</i> УЗКОСПЕКТРОВАЯ ЦИСТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	104
<i>Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Серебряный С.А.</i> БИПОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	104
<i>Матросов В.М., Гончаров А.Н., Гогин С.М.</i> ОПЕРАЦИЯ БРИКЕРА. НАЛОЖЕНИЕ ПОДВЕСНОЙ УРОСТОМЫ-АЛЬТЕРНАТИВА ГУБЧАТОЙ СТОМЕ.....	104
<i>Матросов В.М., Чуриков С.В., Молодцов М.Е., Гончаров А.Н., Парусов М.В.</i> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИЦЕНТРИЧНЫМ НЕМЫШЕЧНОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ T1N0M0G1-2 ПОСЛЕ НЕЭФФЕКТИВНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	105
<i>Минаева Н.Г., Бирюков В.А., Юрченко А.Н., Горбань Н.А., Паршков Е.М., Карякин О.Б.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ПСА НА ЭТАПЕ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	106
<i>Минаева Н.Г., Паршков Е.М., Карякин О.Б.</i> РОЛЬ ПСА И ЕГО ПРОИЗВОДНЫХ В ОЦЕНКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	106
<i>Нестеров П.В., Боженко В.К., Кулинич Т.М.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛУОРИМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	107
<i>Низамов Д.Ф., Гафур-Ахунов М.А., Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Нишанов Д.А.</i> ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ KI-67 ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ РАКА ПОЧКИ.....	108
<i>Пархонин Д.И., Мартов А.Г., Максимов В.А.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	108

<i>Прохоров Д.Г., Школьник М.И., Леоненков Р.В., Шевцов И.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ.....	109
<i>Рогачиков В.В., Нестеров С.Н., Скрябин Е.С., Брук Ю.Ф.</i> О ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ.....	109
<i>Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Быстров С.В., Соколов В.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....	109
<i>Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Ньюшко К.М., Воробьев Н.В., Франк Г.А., Андреева Ю.Ю.</i> ЦИСТЭКТОМИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОПРАВДАНА У БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	110
<i>Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Попова О.П., Шегай П.В., Иванов А.А., Данилова Т.И.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА В РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	111
<i>Русаков И.Г., Теплов А.А., Перепечин Д.В., Сидоров Д.В.</i> ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С КЛАПАННЫМ РЕЗЕРВУАРНО- УРЕТРАЛЬНЫМ АНАСТОМОЗОМ.....	111
<i>Русаков И.Г., Теплов А.А., Перепечин Д.В., Сидоров Д.В.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	112
<i>Русаков И.Г., Теплов А.А., Смирнова С.В., Головащенко М.П.</i> ОРГАНосохранное лечение больных раком почки.....	113
<i>Сивков А.В., Чернышев И.В., Кудрявцев Ю.В., Ощепков В.Н., Кешишев Н.Г., Костин И.Е., Шкабко О.В.</i> ИНДОЛ-3-КАРБИНОЛ И ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ.....	113
<i>Сивков А.В., Чернышев И.В., Ощепков В.Н., Кешишев Н.Г., Рабинович Э.З.</i> РОЛЬ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ В ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	114
<i>Сивков А.В., Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А.</i> ВЫБОР МЕТОДА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ.....	114
<i>Сидоров О.В., Ситников Н.В., Кочетов А.Г., Дубровских С.А.</i> ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ И ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА.....	115
<i>Ситников Н.В., Русаков И.Г., Переходов С.Н., Кочетов А.Г., Билык Н.Л., Шоуа А.Б., Костин А.А.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.....	115
<i>Ситников Н.В., Русаков И.Г., Переходов С.Н., Кочетов А.Г., Билык Н.Л., Даниелян А.А.</i> ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ, КАК МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДИНАМИКИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.....	116
<i>Ситников Н.В., Сидоров В.А.</i> МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКОВ.....	117
<i>Сосновский И.Б.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.....	118

<i>Теплов А.А., Смирнова С.В., Головащенко М.П.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С РАЗВИТИЕМ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА.....	119
<i>Фаенсон А.В., Шевченко А.Н., Семькин Ю.А., Швырев Д.А.</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ.....	119
<i>Фаенсон А.В., Шевченко А.Н., Семькин Ю.А.</i> ЭНДОЛЮМБАЛЬНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.....	120
<i>Хомутенко И.А., Шевченко А.Н.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОБИОХИМИОТЕРАПИИ.....	120
<i>Цибизов Д.Н., Кочетов А.Г., Ситников В.Н., Шоуа А.Б., Костин А.А., Нагорнюк В.Н.</i> ОЦЕНКА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И РИСКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	121
<i>Цибизов Д.Н., Кочетов А.Г., Ситников В.Н., Шоуа А.Б., Костин А.А., Нагорнюк В.Н.</i> СОЧЕТАНИЕ ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЧКИ И ПЕРЕХОДНОКЛЕТОЧНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	121
<i>Цокур И.В., Воронова О.А., Тесленко Л.Г.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ПОЧКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РАКОВОГО РЕГИСТРА).....	122
<i>Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А., Алтунин Д.В., Осипов О.В.</i> АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	123
<i>Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А., Алтунин Д.В., Осипов О.В.</i> ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА.....	123
<i>Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А., Алтунин Д.В., Осипов О.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	124
<i>Шангин Г.Б., Школьник М.И.</i> ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	124
<i>Шевченко А.Н., Жлоба А.Н., Швырев Д.А., Селезнев С.Г.</i> ИНТРАТОПЕРАЦИОННАЯ ВНУТРИСТЕНОЧНАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	125
ОНКООРТОПЕДИЯ.....	126
<i>Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Насритдинов Ф.Э.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....	127
<i>Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Файзиев Ф.Ш.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЛЕЧА.....	127
<i>Алиев М.Д., Нисиченко Д.В., Орехов М.Н., Сергеев П.С., Балабаев А.А., Сараванан С.А., Соколовский В.А.</i> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДУЛЬНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ MUTARS® У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	127
<i>Алиев М.Д., Орехов М.Н., Балабаев А.А., Нисиченко Д.В., Соколовский В.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТКИ ИЗ ПОЛИЭТИЛЕНТЕРЕФТАЛАТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА ЭНДОПРОТЕЗОВ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ.....	128

<i>Балаев И.И., Балаев П.И., Власов В.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА.....	128
<i>Гафтон Г.И., Тришкин В.А., Малых И.Ю., Ергнян С.М., Корхов В.В., Тришкина Е.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ) КОНЕЧНОСТЕЙ.....	129
<i>Гафтон Г.И., Тришкин В.А., Канаев С.В., Тришкина Е.В., Ильин Н.В., Ергнян С.М.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ.....	129
<i>Гафур-Ахунов М.А., Абдикаримов Х.Г.</i> ВЫСОКОКАЛЕЧАЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТАЗОВОГО ПОЯСА.....	130
<i>Державин В.А., Сергеева Н.С., Тепляков В.В., Маршутина Н.В., Солохина М.П.</i> ТАРТРАТ-РЕЗИСТЕНТНАЯ КИСЛАЯ ФОСФАТАЗА ОСТЕОКЛАСТОВ-5В ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ.....	130
<i>Жарков П.Л.</i> МЕСТО ДИСПЛАЗИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ОНКОЛОГИИ.....	131
<i>Жеравин А.А., Гюнтер В.Э., Гарбуков Е.Ю., Жамгарян Г.С.</i> РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕБЕРНОГО КАРКАСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТКАНЕВОЙ СВЕРХЭЛАСТИЧНОЙ СИСТЕМЫ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА, ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ.....	131
<i>Зубарев А.Л., Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Стародубцев А.Л., Звягина И.В.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	132
<i>Котельников Г.П., Терсков А.Ю.</i> ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА КОСТНОЙ ТКАНИ МЕТАЭПИФИЗАРНОЙ ЗОНЫ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СКЕЛЕТА.....	132
<i>Котельников Г.П., Терсков А.Ю., Распутин Д.А.</i> НАШ ОПЫТ В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНХОНДРОМ КОСТЕЙ КИСТИ И СТОПЫ.....	132
<i>Курильчик А.А., Кудрявцева Г.Т., Зубарев А.Л., Стародубцев А.Л.</i> РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОСАРКОМЫ.....	133
<i>Махсон А.Н., Бурлаков А.С., Щупак М.Ю.</i> ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ И ПРОБЛЕМА ВЫБОРА МЕТОДА ПЛАСТИКИ.....	134
<i>Мыслевцев И.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Ахмерова Е.Б., Тепляков В.В.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ КОРАЛЛА СЕМЕЙСТВА ASCORORA В КАЧЕСТВЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ КОСТЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	134
<i>Неледов Д.В.</i> МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СКЕЛЕТА: МЕСТО МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ВСЕГО ТЕЛА В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ.....	135
<i>Непомнящая Е.М., Салатов Р.Н., Аушева Т.В.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПОД ДЕЙСТВИЕМ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ ОБРАБОТКОЙ КРОВИ (АГХТ С ЭКМОК).....	135
<i>Орлов А.Ю.</i> ТАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПЛЕЧЕВОГО И ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИ.....	136

<i>Полатова Д.Ш., Гильдиева М.С., Гафур-Ахунов М.А.</i> ОСТЕОСАРКОМА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.....	136
<i>Салатов Р.Н., Лысенко Е.П., Шатова Ю.С.</i> МЕСТНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ – ОСНОВНОЕ ЗВЕНО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ).....	136
<i>Тарасов В.А., Ставровиецкий В.В., Ларин И.А.</i> РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ГРУДИНО-РЁБЕРНОГО КАРКАСА.....	137
<i>Татьяничева Н.В., Гафтон Г.И., Егоренков В.В.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЗОЛИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ (ИРП) ПРИ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВАХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ (СМТ).....	137
<i>Тепляков В.В., Вашакмадзе Л.А., Сидоров Д.В., Новикова О.В., Дарьялова С.Л., Епифанова С.В., Соболев А.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСМОИДНЫХ ФИБРОМ.....	138
<i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А., Бондарев А.В., Мыслевцев И.В.</i> АДЕКВАТНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ.....	138
<i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Илюшин А.Л., Бухаров А.В., Бондарев А.В., Державин</i> НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....	139
<i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Франк Г.А., Бондарев А.В., Державин В.А., Бухаров</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ И ПОЯСА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	139
<i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Франк Г.А., Державин В.А., Буланов А.А., Бухаров А.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА.....	140
<i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Франк Г.А., Державин В.А., Бухаров А.В., Бондарев А.В., Шаталов А.М.</i> НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ В ОНКОЛОГИИ.....	141
<i>Фазилов Ш.К.</i> СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА.....	141
<i>Хмелевская В.Н., Кудрявцева Г.Т.</i> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ САРКОМЫ ЮИНГА В ЛЕГКИЕ.....	142
<i>Шевцов И.В., Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Леоненков Р.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ГЕМОСТАЗА ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ.....	142
<i>Шишкин С.С., Ковалев Л.И., Ковалева М.А., Герасимов Е.В., Лисицкая К.В., Макаров А.А., Ерёмкина Л.С., Торопыгин И.Ю., Охриц В.Е., Лоран О.Б., Дзеранов Н.К., Попов В.О.</i> СИСТЕМНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ БЕЛКОВЫХ БИОМАРКЕРОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФОРМИРОВАНИЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ БАЗЫ ДАННЫХ ОБ ЭТИХ БЕЛКАХ ДЛЯ РАЗРАБОТОК МЕТОДОВ БИОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	143
<i>Школьник М.И., Польшалов В.Н., Шумский И.А., Тимофеев Д.А., Белов А.Д.</i> МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВУАРА ИЗ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ.....	143
<i>Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Леоненков Р.В., Шевцов И.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ.....	144
<i>Шоуа А.Б., Сергиенко Н.Ф., Ситников Н.В., Кочетов А.Г., Чкадуа Г.З., Костин А.А.</i> ДИНАМИКА ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ВАКЦИНОТЕРАПИИ.....	144

Шоуа А.Б., Сергиенко Н.Ф., Ситников Н.В., Кочетов А.Г., Чкадуа Г.З., Костин А.А., Цибизов Д.Н.
ИММУНОТЕРАПИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКЦИНЫ
НА ОСНОВЕ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК, ПРЕМИРОВАННЫХ ОПУХОЛЕВЫМИ АНТИГЕНАМИ.....145

ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....146

Андреева Т.В., Соловьев В.И., Ребрина О.В., Шеко С.С., Дмитроченко М.В., Демьянова Г.А.
ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ.....147

Анкина М.А., Шахтарина С.В., Панферова Т.А., Завитаева Т.А.
ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОМА КЛЕТОК КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ В
РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПЕРИОДОВ РЕМИССИИ.....147

Гайдамака Н.В., Франк Г.А., Паровичникова Е.Н., Завалишина Л.Э.
ЭКСПРЕССИЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ
ЛЕЙКОЗАМИ.....148

Голофеевский В.Ю., Калиновский В.П.
РЕГРЕССИЯ МАЛТ-ЛИМФОМЫ ЖЕЛУДКА ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ:
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.....148

Даниленко А.А., Шахтарина С.В., Афанасова Н.В., Павлов В.В., Борисова Л.С.
ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПО
СХЕМАМ СОРР, АВVD, ВЕАСОРР И ОБЛУЧЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ В СУММАРНОЙ ОЧАГОВОЙ ДОЗЕ
20 – 30 Гр.....149

Данишиян К.И., Гржимоловский А.В., Карагюлян С.Р.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....149

Данишиян К.И., Гржимоловский А.В., Карагюлян С.Р.
ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ ЛЕГКОГО У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....150

Даценко П.В., Паньшин Г.А., Сотников В.М., Ивахин А.В., Подольский П.Н.
СОВРЕМЕННАЯ РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ
ХОДЖКИНА.....150

Дмитриева В.В., Лысенко И.Б., Касаткин В.Ф., Маслов А.А., Непомнящая Е.М.
ЛИМФОМЫ СЕЛЕЗЕНКИ.....151

Канаев С.В., Гиршович М.М., Голованов С.Г., Гершанович М.Л.
НОВЫЙ ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНЫЙ ФАКТОР ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА III Б СТАДИИ.....152

Кузьмина Е.Г.
СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-КЛЕТОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ.....152

Минуллина Р.И., Афанасьева З.А.
ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....153

Никитин Е.А., Птушкин В.В., Иванова В.Л., Ковалева Л.Г.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ В-КЛЕТОЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА....153

Павлова О.А., Вернюк М.А., Тюрина Н.Г., Кобзева И.В., Червонцева А.М.
ВЫСОКОДОЗНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ
ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ ДИФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ
ЛИМФОМЕ.....154

Павлюкова О.В., Франциянц Е.М., Черярина Н.Д.
АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНО-РЕЗИСТЕНТНЫХ БОЛЬНЫХ
ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ.....154

<i>Пушкарева Т.Ф., Лысенко И.Б., Николаева Н.В., Шатохина О.Н., Капуза Е.А., Тихановская Н.М., Дмитриева В.В., Пак Е.Е.</i> АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНОГО МОЗГА.....	155
<i>Славнова Е.Н.</i> ПРОТОЧНАЯ ЦИТОФЛЮОРИМЕТРИЯ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ.....	155
<i>Сотников В.М., Панышин Г.А., Даценко П.В., Ивашин А.В.</i> ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ III-IV СТАДИИ. ЭФФЕКТ АДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	156
<i>Степанов С.О., Бутенко О.И., Казакевич В.И., Гуц О.В.</i> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ХИМИОПРЕПАРАТОВ.....	157
<i>Сторожаков Г.И., Хайленко В.А., Агафонов В.А., Шерстнев В.М., Хакуй Р.А., Оздоева Т.Х.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ У БОЛЬНЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТА С и В.....	158
<i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А.</i> ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	158
<i>Тюрин Н.Г., Якубовская Р.И., Островская О.В., Вернюк М.А., Немцова Е.Р., Павлова О.А., Левашова А.Х., Моисеева М.Н., Кобзева И.В., Червонцева А.М.</i> МОБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	159
<i>Шавлохов В.С., Карагюлян С.Р., Готман Л.Н., Капланская И.Б., Галстян Г.М., Джулакян У.Л., Волкова Я.К., Силаев М.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ И ЛИМФОСАРКОМОЙ.....	159
<i>Шкляева А.В., Паришин В.С., Павлов В.В., Шкляев С.С.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ДОПЛЕРОВСКОГО ИНДЕКСА МИОКАРДИАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ (МРІ) СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫМИ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ, ПОЛУЧАЮЩИМИ ВЫСОКОДОЗНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ.....	160
ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ.....	161
<i>Агафонов Б.В., Римарчук Г.В., Борисова О.И., Масликова Г.В., Петросян А.С., Шароев Т.А.</i> ПРЕПОДАВАНИЕ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ВРАЧАМ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	162
<i>Афанасьева З.А., Галеева А.В.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ.....	162
<i>Афанасьева З.А., Галеева А.В., Дружкова Н.Б., Хузиахметов Н.З.</i> ОКТРЕОТИД-ДЕПО В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРИ МЕДУЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОДРОСТКА.....	162
<i>Глеков И.В., Ильяшенко В.В., Сусулева Н.А.</i> ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ I-III СТАДИЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ.....	163
<i>Джурраев К.О., Гафур-Ахунов М.А., Муталова З.Д., Алиева Д.А.</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ У ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПЕРИОД С 1998 ПО 2007г.....	164

<i>Ильченко М.Г., Максимова Н.А.</i> СОНОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБРЮШИННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	164
<i>Ильяшенко В.В., Глеков И.В., Сусулева Н.А.</i> РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ.....	164
<i>Казанцев И.В., Юхта Т.В., Морозова Е.В., Сафонова С.А., Пунанов Ю.А., Зубаровская Л.С., Афанасьев Б.В.</i> ВЫСОКОДОЗНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ С АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ СЕМЕЙСТВА САРКОМЫ ЮИНГА.....	165
<i>Качанов Д.Ю., Абдуллаев Р.Т., Шаманская Т.В., Добреньков К.В., Инюшкина Е.В., Савкова Р.Ф., Варфоломеева С.Р.</i> МЕДИКО-ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	166
<i>Козлова В.М., Шароев Т.А., Швецова М.В.</i> ГЕНЕТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМОЙ.....	166
<i>Красильникова Л.А., Новик В.И., Пунанов Ю.А.</i> РОЛЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	167
<i>Куденцова Г.В., Киселев И.Л., Возжжова Н.В., Зиновкин А.М., Скоробогатых Ю.С.</i> СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	167
<i>Кузнецов С.А., Козель Ю.Ю., Златник Е.Ю., Нестерова Ю.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ НА ФОНЕ МНОГОКУРСОВОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С СОЛИДНЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ.....	168
<i>Кулева С.А.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	168
<i>Максимова Н.А., Козель Ю.Ю.</i> ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	169
<i>Пак Е.Е., Лысенко И.Б., Котлярова А.Б.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛИМФОМАМИ.....	169
<i>Сиденко Л.Ю., Козель Ю.Ю., Нестерова Ю.А., Толмах Р.Е.</i> АУТОБИОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ СТАДИЙ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	169
<i>Скоробогатых Ю.С.</i> АНАЛИЗ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	170
<i>Соколова И.Н., Шароев Т.А., Рубанская М.В.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМОЙ У ДЕТЕЙ.....	170
<i>Суворова Е.Г., Тарасова Е.М., Шишкина Л.В., Шахтарин В.В., Абрамов А.А., Зарецкий А.Р., Дрозд О.В., Холодов Б.В., Горельшиев С.В., Белохвостов А.С., Притыко А.Г.</i> ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦОВ СЛЮНЫ И ПЛАЗМЫ КРОВИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА МУТАЦИЙ В ГЕНЕ P53 У ДЕТЕЙ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	171

<i>Сухарев А.В., Кошечкина Н.А., Поляков В.Г., Шароев Т.А., Бойченко Е.И., Петросян А.С.</i> ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НЕФРОБЛАСТОМНОЙ В СОЧЕТАНИИ С ОПУХОЛЕВЫМИ ТРОМБАМИ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ.....	171
<i>Шароев Т.А., Соколова И.Н., Рубанская М.В., Кошечкина Н.А., Панферова Т.Р.</i> НЕФРОБЛАСТОМАТОЗ У ДЕТЕЙ.....	172
ОПУХОЛИ КОЖИ И МЕЛАНОМА.....	173
<i>Ахметов И.Р., Привалов А.В., Важенин А.В.</i> ОТСРОЧЕННАЯ ПРЕВЕНТИВНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.....	174
<i>Ахметов И.Р., Привалов А.В., Надвикова Е.А., Семиконов К.В., Комиссаров А.В., Маслов В.Г., Антонов А.А.</i> СЛУЧАИ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.....	174
<i>Букина Ю.В.</i> ТЕПЛОВИЗИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ.....	175
<i>Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Астраханцев А.Ф., Решетов Д.Н., Цалко С.Э., Мазурова М.П.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ ПИГМЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ.....	175
<i>Гафур-Ахунов М.А., Меметов Ф.Ю., Холиков Т.К., Мустафаев Т.К., Исломбеков У.У</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАКТО-ФЛОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА КОЖИ.....	176
<i>Гусарева М.А., Джабаров Ф.Р.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ.....	176
<i>Дуванский В.А., Гарбузов М.И., Агешина С.Е.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДУШНО-ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ.....	177
<i>Зарецкий А.Р., Абрамов А.А., Рогожина Е.М., Шахтарин В.В., Белохвостов А.С., Притыко А.Г., Румянцев А.Г.</i> МУТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕНОВ RAS-КАСКАДА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ.....	177
<i>Козлов С.В., Казеев В.И., Головня Н.Г.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ.....	178
<i>Кулаев М.Т.</i> «ОПТИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ» ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НА УСТАНОВКЕ ДТК-ЗМ.....	178
<i>Кулаев М.Т., Мельцаев Г.Г., Евстифеев С.В., Скопин П.И., Щукин С.А., Лещанов А.М., Кулаева Е.М.</i> ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ВИДИМЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.....	179
<i>Моисеенко В.М., Новик А.В., Балдуева И.А., Проценко С.А., Данилова А.Б., Нехаева Т.Л., Овсяников А.И.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ.....	179
<i>Решетов И.В., Маторин О.В., Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.</i> МЕЛАНОМА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ПОЛОСТИ НОСА.....	179
<i>Розенко Л.Я., Джабаров Ф.Р., Позднякова В.В.</i> ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ.....	180

<i>Светицкий А.П.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КРИОДЕСТРУКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ РЕЦИДИВНЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ГОЛОВЫ.....	180
<i>Филинов В.Л., Сдвижков А.М., Борисов В.И., Астахова Н.В.</i> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ.....	181
<i>Цалко С.Э.</i> ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПИГМЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ.....	181
<i>Цалко С.Э., Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Решетов Д.Н.</i> АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПИГМЕНТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ.....	182
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ.....	183
<i>Адамян А.А., Копыльцов А.А., Сидоренко Т.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ СТЕНОК ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ДЕСМОИДНОЙ ФИБРОМЫ.....	184
<i>Бекназаров З.П.</i> МЕТОДЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЗАКРЫТИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ РЕЦИПИЕНТНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ.....	184
<i>Дашкова И.Р., Ирхина А.Н.</i> РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.....	185
<i>Клочихин М.А., Клочихин А.Л.</i> РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ.....	185
<i>Максимова Н.А, Пржедецкий Ю.В.</i> ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	186
<i>Письменный В.И., Архипов В.Д., Письменный И.В.</i> ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	186
<i>Письменный В.И., Осокин О.В., Письменный И.В.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ.....	187
<i>Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В., Франциянц Е.М.</i> УПРАВЛЯЕМАЯ ИШЕМИЯ КОЖНО-ФАЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.....	188
<i>Пустовая И.В., Жеребятьев А.П.</i> ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	188
<i>Решетов И.В., Кравцов С.А., Васильев В.Н.</i> АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ БАССЕЙНА НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ.....	189
<i>Решетов И.В., Кравцов С.А., Поляков А.П., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ратушный М.В.</i> МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.....	190

<i>Решетов И.В., Поляков А.П., Антонова Л.Е.</i> РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ МЕТОДОМ УПРАВЛЯЕМОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА.....	190
<i>Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Васильев В.Н.</i> ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ...	191
<i>Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Ратушный М.В.</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП К ВИСЦЕРАЛЬНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	191
<i>Решетов И.В., Филлюшин М.М., Батухтина Е.В., Ратушный М.В., Севрюков Ф.Е.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫХ ГИДРОКСИАПАТИТОВ В ОНКОЛОГИИ.....	192
<i>Решетов И.В., Чиссов В.И., Ольшанский В.О., Кравцов С.А., Ратушный М.В.</i> МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ФАРИНГОПЛАСТИКА С ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ.....	192
<i>Светицкий П.В., Кацяя Э.Т.</i> ПЛАСТИКА ФАРИНГОСТОМ.....	193
<i>Чиссов В.И., Панченко В.В., Решетов И.В., Седых С.А., Евсеев А.В., Поляков А.П., Петров А.Н., Филлюшин М.М.</i> ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОНКОХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЗОНЫ.....	193
<i>Шинкарев С.А., Козловская Е.В., Подольский В.Н.</i> НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАПЕЦИИВИДНОГО КОЖНО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА.....	194
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ.....	194
<i>Астахова Н.Ф., Орлов М.А., Иванова О.В., Иванов В.М.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ.....	196
<i>Бардаков С.Н., Ковалев С.А., Жилин А.А., Шавандин А.А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО ТРЕТЬЕЙ-ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	196
<i>Гаряев Р.В., Горобец Е.С., Шин А.Р.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОРАЗОВЫХ ЭЛАСТОМЕРНЫХ ПОМП ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ (ОПЫТ ПЕРВОГО ГОДА ШИРОКОГО ПРИМЕНЕНИЯ).....	197
<i>Голубев С. И., Китаев А.В, Айрапетян А.Т., Вихрев С.В.</i> ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ.....	197
<i>Гудаков П.Г., Кочергин Е.Ф., Бояринова О.В.</i> ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИКОМПОНЕНТНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА, В УСЛОВИЯХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЕВОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.....	198
<i>Домрачев С.А., Сукач С.Е., Чиников М.А., Сукач И.Б.</i> КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОХИРУРГИИ.....	198
<i>Донскова Ю.С., Осипова Н.А., Немцова Е.Р.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АНТИОКСИДАНТЫ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	199

<i>Елизарова А.Л., Маджуга А.В., Соимова О.В.</i> НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ.....	199
<i>Жилин А.А., Ковалев С.А., Бардаков С.Н., Шавандин А.А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЛЕГКОГО.....	200
<i>Ковалев С.А., Бардаков С.Н., Жилин А.А., Шавандин А.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ.....	200
<i>Куликов Е.П., Лапкин М.М., Головкин Е.Ю., Судаков И.Б.</i> ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА.....	201
<i>Кутуков В.В., Иванов Р.Б., Служко Л.В.</i> ЭНТЕРАЛЬНОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ И РАННЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ.....	201
<i>Маджуга А.В., Соимова О.В., Елизарова А.</i> НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С МАССИВНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ.....	202
<i>Максимова Н.А., Сычева Е.А.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	202
<i>Огай С.В., Афошин Н.Д., Базылева Л.В., Иващенко Э.А., Сокерин А.Л., Овчинников В.А.</i> ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В КОМБИНАЦИИ С СЕВОРАНОМ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД АНЕСТЕЗИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ.....	203
<i>Осипова Н.А., Долгополова Т.В., Петрова В.В., Хованская Т.П.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ И МОДУЛЯЦИИ МЕСТНОЙ И СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ОНКОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ.....	203
<i>Осипова Н.А., Собченко Л.А., Петрова В.В., Тепляков В.В.</i> АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКООРТОПЕДИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	204
<i>Партс С.А.</i> ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ЖЕНЩИН С РМЖ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ОВАРИЭКТОМИЮ.....	204
<i>Петрова М.В., Воскресенский С.В., Болихова Н.А.</i> ТАКТИКА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....	205
<i>Попова Н.Н.</i> ОПТИМАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	205
<i>Попова Н.Н., Женило В.М., Джанхот Р.К.</i> ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....	206
<i>Попова Е.В., Златник Е.Ю., Загора Г.И.</i> ВЛИЯНИЕ ДАЛАРГИНА НА ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРОВ ЛИМФОЦИТАМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	207
<i>Свиридов С.В., Алиева Т.У., Федоров С.В.</i> УРОВЕНЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	207

<i>Свиридов С.В., Гафоров Д.А., Шарипов Р.Х., Климиашвили А.Д., Бакушин В.С.</i> БИОХИМИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	208
<i>Сигал Е.И., Трифонов В.Р., Бурмистров М.В., Саетгараев А.К., Хасанов А.Ф.</i> ВЫБОР МЕТОДА АНАЛЬГЕЗИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА.....	208
<i>Скобельдин С.С., Волосова Н.С., Нагорных Е.Ю., Рагулин И.В., Зиновкин А.М.</i> ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ.....	209
<i>Тарасов В.А., Святков Д.И., Бардаков С.Н., Жилин А.А., Ковалев С.А., Шавандин А.А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА СПОСОБА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ОПЕРАЦИОННЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ТРЕТЬЕЙ-ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	209
<i>Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.</i> МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ У ПОЖИЛЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОГО РИСКА.....	210
<i>Хотеев А.Ж., Алферов А.В.</i> ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	210
<i>Шеметова М.М., Митрофанов С.В., Осипова Н.А.</i> РОКУРОНИЯ БРОМИД (ЭСМЕРОН) КАК СРЕДСТВО МОНОМИОПЛЕГИИ В ОНКОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ.....	211
<i>Эделева Н.В., Осипова Н.А.</i> БОЛЬ, ВОСПАЛЕНИЕ, ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС В ОНКОХИРУРГИИ.....	211
РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ.....	213
<i>Абузарова Г.Р., Соколёнов А.С.</i> АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ В ФАРМАКОТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	214
<i>Абузарова Г.Р., Соколёнов А.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГАБАПЕНТИНА И ПРЕГАБАЛИНА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОПАТИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.....	214
<i>Астахова Н.Ф., Орлов М.А., Иванова О.В., Иванов В.М.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ.....	215
<i>Афанасьева З.А., Федоренко М.В., Сибгатуллина И.Ф., Миначева Р.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	215
<i>Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В., Спиртус А.М.</i> КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.....	216
<i>Василенко И.Н., Бахмутский Н.Г., Лебедь Е.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ВИХРЕВЫМ МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ (ВМП).....	216
<i>Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Савин А.А., Стулин И.Д., Стражев С.В., Савин Л.А.</i> НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	217

<i>Гаркави Л.Х., Жукова Г.В., Михайлов Н.Ю., Мащенко Н.М., Евстратова О.Ф., Бартенева Т.А.</i> ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	218
<i>Гаркави Л.Х., Капкина Н.Н., Мащенко Н.М., Николаева Н.В., Тихановская Н.М., Капуза Е.А., Торпуджян И.С., Багринцева М.И.</i> АКТИВАЦИОННАЯ ФОТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОПРОВОЖДАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	218
<i>Грачёв А.А., Семкина Е.Н., Ерофейкина Е.Н., Соловьев В.И.</i> СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ОНКОЛОГИИ.....	219
<i>Евтушенко В.А., Вусик М.В., Кучерова Т.Я., Мусабаева Л.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	219
<i>Задерин В.П., Семькин Ю.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	220
<i>Иванов С.В., Самушия М.А.</i> ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ИХ ТЕРАПИЯ.....	220
<i>Канаев С.В., Туркевич В.Г., Савельева В.В., Дунаевский И.В., Крживитский П.И.</i> ПРОТИБОБОЛЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА ПОД КОНТРОЛЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ.....	221
<i>Карташов С.З., Лейман И.А., Лазутин Ю.Н., Кабанов С.Н.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПРИОРИТЕТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО С ОПУХОЛЕВЫМ ПЛЕВРИТОМ.....	221
<i>Ключихин А.Л., Трофимов Е.И., Давыдова И.И.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНИ С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ПО ПОВОДУ РАКА II-III СТАДИИ.....	221
<i>Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПОЛНОГО УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ.....	222
<i>Коложвари И.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОБОЛЬНЫХ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПРОЕКТА СОДЕЙСТВИЕ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМ).....	222
<i>Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Морозова Е.П.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	223
<i>Кондаков А.В.</i> ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ В МАММОЛОГИИ НА ОСНОВЕ АДГЕЗИВНЫХ ЭКЗОФОРМ АМОЕНА.....	224
<i>Коробейникова Е.П., Шихлярова А.И., Барсукова Л.П., Марьяновская Г.Я., Протасова Т.П., Анапалян В.Х., Чилингарянц С.Г.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.....	225

<i>Котлярова А.Б., Щека Ю.С., Козель Ю.Ю., Нестерова Ю.А., Старжецкая М.В., Мкртчян Г.А., Сиденко Л.Ю.</i> ИЗУЧЕНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	225
<i>Кучерова Т.Я., Вусик М.В., Евтушенко В.А., Мусабаева Л.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ.....	226
<i>Маликов А.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	226
<i>Марина И.М., Семкина Е.Н., Соловьев В.И.</i> ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА.....	227
<i>Миначева Р.Н., Старостина М.А., Афанасьева З.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	227
<i>Молчанов С.В., Коломиец Л.А., Гриднева Т.Д.</i> ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	228
<i>Пасов В.В., Белая Н.С., Терехов О.В., Шахова С.Г.</i> «РЕКСОД» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛУЧЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ.....	228
<i>Румянцева И.К., Евстигнеева И.В., Виснапу Н.Р.</i> ПРОГРАММА "ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ" И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	229
<i>Самушия М. А.</i> НОЗОГЕНИИ (ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ) У ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.....	229
<i>Семкина Е.Н., Соловьев В.И., Анисимова А.Г., Крючкова Е.И.</i> ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА – КАК ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ.....	230
<i>Семкина Е.Н., Соловьев В.И., Крючкова Е.И., Повага С.С., Анисимова А.Г.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОСТАВЕ ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.....	230
<i>Ситников Н.В., Кочетов А.Г., Русаков И.Г., Ким А.В., Цибизов Д.Н.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.....	231
<i>Уклонская Д.В.</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ В СТРУКТУРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.....	232
<i>Филоненко Е.В., Ерохов С.В.</i> ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	232
<i>Филоненко Е.В., Ерохов С.В., Сухин Д.Г., Ерастова Е.И.</i> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАН У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	233

ПРОЧИЕ.....	234
<i>Ануфреенок И.В., Мороз Е.Г., Прохорова В.И., Лапто С.В., Цырусъ Т.П.</i> ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	235
<i>Боженко В.К., Мазо М.Л.</i> РОЛЬ РАДИОЛОГИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ АКСИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ.....	235
<i>Вусик М.В., Евтушенко В.А., Исаева А.В., Комарова Т.В.</i> КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	236
<i>Гатауллин И.Г., Сайфуллин Н.Ф.</i> МЕТАЛЛЫ И КАНЦЕРОГЕНЕЗ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	236
<i>Загайнова Е.В., Гладкова Н.Д., Стрельцова О.С., Снопина Л.Б.</i> ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ЭНДОСКОПИИ.....	237
<i>Иванова О.В., Иванов В.М.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. СТАРШЕ 60 ЛЕТ.....	237
<i>Имянитов Е.Н.</i> НАСЛЕДСТВЕННЫЕ РАКОВЫЕ СИНДРОМЫ.....	238
<i>Канаев С.В., Новиков С.Н., Гиринович М.М., Жукова Л.А., Зотова О.В., Голованов С.Г.</i> РОЛЬ РАДИОНУКЛИДНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ.....	240
<i>Козлов С.В., Каганов О.И., Кутырева Ю.Г., Савинков В.Г.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ.....	240
<i>Марьяновская Г.Я., Барсукова Л.П., Шихлярова А.И., Орловская Л.А., Анапалян В.Х.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АСИММЕТРИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА.....	241
<i>Митюшкина Н.В., Суспицын Е.Н., Улыбина Ю.М., Розанов М.Е., Зайцева О.А., Яцук О.С., Antikainen M., Сизов А.В., Колосков А.В. Того А.В., Hirvonen A., Имянитов Е.Н.</i> РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МЕТАБОЛИЗМА ДОФАМИНА И ЕГО РЕЦЕПТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ СКЛОННОСТИ К КУРЕНИЮ.....	241
<i>Моисеенко В.М., Балдуева И.А., Гельфонд М.Л.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ВАКЦИН.....	242
<i>Пивник А.В., Сельчук В.Ю., Ковригина А.М., Пархоменко Ю.Г., Тишкевич О.А., Лукашев А.М., Туманова М.В., Серегин Н.В., Ликунев Е.Б.</i> ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПРИ СПИД.....	242
<i>Полужктова М.В., Зубова Н.Д., Курпешева А.К., Чиркова Т.В.</i> БИОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	243
<i>Пономарев И.А., Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Мошкалов А.В., Суспицын Е.Н., Кулигина Е.Ш., Улыбина Ю.М., Митюшкина Н.В., Белозубова Е.В., Самцов А.В., Имянитов Е.Н.</i> PLE479LEU ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА КАСПАЗА-10 – НОВАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАНТА ПСОРИАЗА?.....	243

<i>Тарасов В.А., Святлов Д.И., Бардаков С.Н., Жилин А.А., Ковалев С.А., Шавандин А.А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАКЦИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ КЛЕТОЧНЫЙ РОСТ В III-IV СТАДИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	244
<i>Шахова Н.М., Геликонов В.М., Геликонов Г.В., Гладкова Н.Д., Денисенко А.Н., Загайнова Е.В., Каменский В.А., Масленникова А.В., Орлова А.Г., Турчин И.В.</i> ОПТИЧЕСКАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	244
<i>Шуркус В.Э., Роман Л.Д., Шуркус Е.А.</i> К МЕТОДИКЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ ПАХОВОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ.....	245

Подписано в печать...

Печать офсетная.

Тираж 1000 экз.

Материалы конференции представлены в авторской редакции

Отпечатано в ООО «АртАгентство РПС»

105264, г.Москва, ул. 7-я Парковая, 21а