



СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ОНКОРАДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Материалы Российской
научно-практической конференции**

НАЦИОНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА. ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА РАБОТЫ ЧЕЛЯБИНСКОГО ОКРУЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.

Важенин А.В., Журавлев Е.А., Доможирова А.С., Важенина Д.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ. РФЯЦ ВНИИТФ, Россия, г. Челябинск

E-mail: roc_chel@mail.ru, Россия, г. Челябинск, ул. Блюхера, 42, телефон (351) 2327877

В целях улучшения оказания специализированной онкологической помощи населению и совершенствования системы профилактики и лечения, уменьшения смертности и инвалидизации от злокачественных новообразований при поддержке Правительства Российской Федерации была сформирована Национальная онкологическая программа, стартовавшая в 2009 г. По итогам состоявшегося конкурса 24 декабря 2008 г. на заседании Совета по реализации национальных проектов под председательством Президента РФ, Челябинский областной клинический онкологический диспансер назван окружным онкологическим диспансером.

В ходе модернизации в диспансере появились совершенно новые для онкологической службы Челябинской области технологии диагностики и лечения злокачественных опухолей.

Одна из таких технологий – позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ). Была выбрана концепция центра полного цикла. Она включает создание отдельного подразделения – диагностического ПЭТ-отделения и циклотронно-радиохимической лаборатории для получения позитронно-излучающих изотопов и радиофармпрепаратов.

В марте 2010 года было принято решение о приобретении уникальной высокоточной радиохирургической системы «Кибернож». Эта технология отслеживалась нами все время ее применения в мире, т.е. последние 5-7 лет. Сфера применения – воздействие на остаточные опухоли после исчерпания возможностей химиотерапии, воздействие на опухоли, недоступные для хирургического лечения (спинной мозг и др.), или в ситуациях, когда невозможно проведение полномасштабной операции.

Для эффективной работы со сложными медико-физическими лечебными и диагностическими технологиями, с 2008 г. начала свою работу кафедра физического приборостроения Южно-Уральского государственного университета.

Был закуплен комплекс оборудования для первого, в Челябинской области, отделения радионуклидной терапии. Установлен магнитно-резонансный томограф Signa 1,5T HDe Fixed. Эта технология вместе с компьютерной томографией и позитронно-эмиссионной томографией позволяет сделать диспансер обеспеченным диагностической аппаратурой на самом современном уровне. Приобретена и введена в эксплуатацию роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики, с архивированием данных, позволяющая качественнее и быстрее проводить анализы для проведения эффективной химиотерапии. В отделение онкоурологии введено в эксплуатацию оборудование для проведения брахитерапии ^{125}I рака предстательной железы. Эндоскопическое отделение Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, на сегодняшний день является одним из самых оснащенных в области. В рамках Национальной онкологической программы, закуплены видеоэндоскопические комплексы с установкой для флуоресцентной и ультразвуковой эндоскопии.

Обучение, по всем вышперечисленным технологиям на базе ведущих клинических учреждений России и Европы, прошло 72 сотрудника.

Успешное освоения таких технологий стало возможным благодаря ранее выстроенной системе организации работы диспансера, ориентированной на инновации. В диспансере в тече-

ние последних 12 лет развивался ряд уникальных для РФ направлений работы: онкоурология, онкофтальмология, фотодинамическая терапия, термолучевая терапия, нейтронная терапия, центр пластической хирургии, проводится системная радионуклидная терапия ^{89}Sr , есть опыт работы на ускорителях. В онкологической службе Челябинской области идет постоянный поиск и пересмотр организационных технологий, направленных на более эффективное решение основных задач онкологической службы – разработка и внедрение новых профилактических технологий, маршрутизация, информационные технологии, курация муниципальных образований, обучение врачей первичного звена.

Основой эффективного использования высокотехнологичных методов лечения являются профилактика и раннее выявление злокачественных заболеваний, стандартизация методов ведения, наблюдения и лечения пациентов и маршрутизация онкологических больных. С 2004 г. в Челябинской области применяется полноценный комплекс профилактических технологий: организация связей с общественностью, работа по воспитанию онкологической грамотности врачей первичного звена, программа материального поощрения за раннее выявление злокачественных новообразований врачами общей лечебной сети, реорганизация смотровых кабинетов, онкоскрининг. В 2009 году был разработан и утвержден приказ Министерства здравоохранения Челябинской области «О маршрутизации пациентов Челябинской области с подозрением на онкологическое заболевание и в случае выявления злокачественного новообразования в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения». Он положил начало работе над созданием системы маршрутизации онкологических больных. В заключение следует отметить, что на наш взгляд, ключевыми направлениями развития онкологической службы, являются: высокие технологии лечения и диагностики, стандартизация и отбор наиболее эффективных методик, раннее выявление онкологических заболеваний и маршрутизация пациентов. Эти направления могут развиваться только при наличии в лечебном учреждении системного подхода к научно-исследовательской и образовательной работе, желанию менять организационные технологии управления и адекватному финансированию нововведений.

В перспективе, нами планируется продолжение освоения полученных методик, получение и оценка первых результатов, интеграция новых технологий диагностики и лечения в рутинные процессы работы диспансера. Развитие программ раннего выявления и профилактики онкологических заболеваний: продолжение проведения онкоскрининга, контроль за эффективностью работы смотровых кабинетов, поддержка системы курации в муниципальных образованиях специалистами ЧОКОД, внедрение системы маршрутизации, контроль за ее исполнением и получение первых количественных результатов в 2010 году, разработка и внедрение концепции автоматизации управления онкологической ситуаций в регионе. К концу 2010 года планируется смонтировать радиохирургическую систему «Кибернож».

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абрамовских О.С., Зотова М.А., Телешева Л.Ф., Орнер И.Ю., Батурина И.Л., Ахматова А.Н., Никушкина К.В., Хавлюк Л.Г.*

НИИ иммунологии ЧелГМА, ГЛПУ ЧОКОД, г. Челябинск*

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) является наиболее распространенной ИППП вирусной этиологии. Установлена иницирующая роль вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР) в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) и

рака шейки матки (РШМ). Диагностика ПВИ представляет определенные трудности, особенно ее латентной формы, при которой, несмотря на наличие ВПЧ, морфологических изменений в тканях не наблюдается.

Методы, используемые для диагностики ПВИ, включают наружный осмотр, цитологический, кольпоскопический, гистологический методы и лабораторные тесты по определению ДНК ВПЧ. Основополагающим отборочным, наиболее чувствительным тестом для идентификации ДНК ВПЧ является метод молекулярной диагностики (ПЦР), позволяющий выявить вирусные последовательности в геноме пораженных клеток шейки матки – ВПЧ тестирование. В подтверждении роли ВПЧ тестирования в диагностике ПВИ, на базе НИИ иммунологии ЧелГМА, были проведены исследования, целью которых явился анализ частоты распространенности и определение вирусной нагрузки ВПЧ ВКР у женщин Челябинской области. Нами было обследовано 906 женщин детородного возраста с различной патологией шейки матки (хронический цервицит, эктопия шейки матки, CIN I-III), проживающих в Челябинской области. В качестве метода выявления, дифференциации и количественного определения ВПЧ ВКР использовалась ПЦР в режиме реального времени при помощи диагностических наборов производства «Амплисенс» ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора (г.Москва). Материалом для выделения ДНК явились соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала.

Результаты исследования показали, что ВПЧ ВКР обнаружен у 373 женщин, что составило 41,2% от всех обследуемых. У 235 (62%) пациенток выявлялся только один тип вируса, два типа и более встречалось у 138 (38%) обследуемых. Распределение генотипов ВПЧ ВКР показало, что в разном проценте случаев были выявлены все 12 генотипов, с преобладанием ВПЧ 16 (40,8%), 31 (11,9%) и 51 (9,4%) типов. В группе женщин с хроническим цервицитом и эктопией шейки матки преобладала малозначимая ($< 3 \lg$ ВПЧ на 10^5 клеток) и значимая (3-5 \lg ВПЧ на 10^5 клеток) вирусная нагрузка. В группе женщин с CIN I-III малозначимая нагрузка постепенно исчезала, а процент повышенной ($>5 \lg$ ВПЧ на 10^5 клеток) возрастал от степени к степени диспластических изменений.

На следующем этапе работы мы оценили изучаемые показатели у пациентов с транзитным (однократное выявление ДНК ВПЧ ВКР) и персистирующим (повторное выявление ДНК ВПЧ ВКР через 3, 6, 9, 12 месяцев) течением ПВИ. Средний показатель вирусной нагрузки при первичном обследовании у пациентов с транзитным течением составил 2,91 \lg ВПЧ на 10^5 клеток, за счет преобладания малозначимой нагрузки в 46,6% и моноинфекции в 78% случаев. В группе с персистирующим течением ПВИ средний показатель вирусной нагрузки составил 5,16 \lg ВПЧ на 10^5 клеток при полном отсутствии малозначимой нагрузки и выявлении двух генотипов и более в 62,5% случаев.

Проведенное исследование обосновывает необходимость назначения женщинам с патологией шейки матки тестов на выявление ДНК ВПЧ ВКР методом ПЦР не только с определением 16 и 18 типов, а более широкого спектра генотипов ВПЧ ВКР (12 генотипов). Определение вирусной нагрузки имеет огромное практическое значение, как показателя маркера тяжести диспластических изменений и мониторинга течения инфекции. Женщинам с наличием повышенной вирусной нагрузки и определением 2-х и более генотипов требуется проведение дополнительных диагностических процедур для выяснения текущей стадии инфекции, исключения тяжелой дисплазии и РШМ.

Включение в диагностическую программу ВПЧ тестирования (дифференциация и количественное определение ДНК ВПЧ ВКР) методом ПЦР позволит выделить группы женщин повышенного онкологического риска, что будет способствовать профилактике и ранней диагностике рака шейки матки.

НИКЕЛИД ТИТАНОВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ В ОНКОЛОГИИ – НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Аладин А.С., Васильев Ю.С., Чикин В.Н., Сычев В.И., Гузь А.О.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ.

Не всегда имеется возможность выполнить реконструкцию утраченной в результате операции части тела или её функции, с этой целью с прошлого века в онкологии получили распространение никелид титановые имплантаты.

Материалы и методы. В 2009 г у 10 пациентов с опухолями головы и шеи применили никелид титановые имплантаты. Использовали нити, сетчатые и пористые имплантаты. У 6 (50%) больных применили нити. У 3 пациентов после экстирпации нижней губы по поводу плоскоклеточного рака их использовали для «подвешивания» Филатовского стебля, которым формировали нижнюю губу. 3 больным, перенесшим паротидэктомию (2 – рак околоушной слюнной железы, 1 – метастазы меланомы кожи ушной раковины) с помощью нитей выполнили статическое подвешивание мышц ипсилатеральной половины лица. Сетчатые имплантаты применили 3 больным, после ларингэктомии по поводу рака гортани. После ларингэктомии восстанавливали целостность передней стенки глотки Н-образным непрерывным швом на атравматической игле, фиксировали сетчатый имплантат поверх линии Н-образного шва. Пористый плоский имплантат использовали в 1 случае для пластики трахеостомы (ранее была несостоятельность пластики местными тканями) у больного после лучевой терапии по поводу рака гортани. Пористую пластинку размером 3×4 см, ее деформировали по контуру трахеи, размещали на передней полуокружности трахеи, без дополнительной фиксации.

Результаты. Осложнение было у 1 (10%) – формирование глоточного свища.

Выводы. Применение никелид титановых имплантатов в лечении пациентов с опухолями головы и шеи позволяет выполнить реконструктивно-восстановительный этап операции и получить хорошие результаты.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта roc_chel@mail.ru. IV онкологическое отделение (опухоли головы и шеи). Аладин Александр Сергеевич.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ АНТИГЕНА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ Т-КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.

Батурина И.Л., Орнер И.Ю., Абрамовских О.С., Телешева Л.Ф., Жаров А.В., Зотова М.А., Никушкина К.В.

НИИ иммунологии ЧелГМА., г. Челябинск.

В настоящее время, известно, что РШМ оказывает супрессорное воздействие на иммунную систему организма и функции клеток этой системы. Противоопухолевый иммунитет представляет собой систему, которая включает в себя две линии защиты с характерными функциями и свойствами: 1) природный (естественный, неспецифический) иммунитет реагирует на присутствие в организме чужеродного начала, в том числе измененных (мутировавших)

клеток, которые являются потенциальными очагами развития опухоли. 2) адаптивный (специфический) иммунитет служит для реализации иммунного ответа путем формирования популяции (клона) лимфоидных клеток, направленных на борьбу с развивающейся опухолью. В последние годы в литературе появились данные, посвященные биологическим свойствам опухолеспецифического маркера SCCA (squamous cell carcinoma antigen), его использованию в оценке степени распространенности опухоли и целесообразности исследования для оценки эффективности проводимой терапии. Повышение продукции этого белка связывают с изменением иммунологической реактивности организма. Таким образом, исследование противоопухолевого иммунитета и его взаимодействие с опухолеспецифическими антигенами, в частности, с экспрессией SCCA при РШМ, остается до конца не изученной и дискуссионной проблемой.

Цель работы: Определение взаимосвязи SCCA с показателями Т – клеточного звена иммунитета у пациенток с местнораспространенными формами рака шейки матки.

Материалы и методы. В НИИ иммунологии Челябинской государственной медицинской академии и Областном онкологическом диспансере (ООД) г. Челябинска в период 2007-2008г. проведено комплексное обследование 80 женщин с местнораспространенными формами РШМ – Па, Пб, Ша, Шб стадии в возрасте от 18 до 55 лет. Диагноз МРФ РШМ, был выставлен врачами-онкогинекологами ООД г. Челябинска. Всем пациенткам было проведено химио-лучевое лечение. Дистантная гамма терапия проводилась на аппаратах «Луч» или «Рокс – АМ», внутрисполостная гамма терапия – на аппарате «АГАТ-ВУ». Химиотерапия проводилась с использованием препаратов: цисплатин, 5-фторурацил, ломустин. Контрольную группу составили 20 условно-здоровых женщин в возрасте от 18 до 55 лет. В исследование были включены только пациентки с повышенным уровнем экспрессии SCCA до лечения. Для оценки уровня экспрессии SCCA в сыворотке крови использовали тест – систему Cap.Ag.® Определение порогового значения оптической плотности производили методом ИФА на анализаторе «Adaltis Italia», WBProc., Personal LAB, Италия. Исследование общего иммунитета включало исследование субпопуляций лимфоцитов по методике иммунофенотипирования лимфоцитов в модификации Сибириака С. В. и соавт. (1997) с использованием моноклональных антител серии ИКО (НПЦ «МедБиоСпектр», Москва). Все вышеперечисленные исследования проводились пациенткам с МРФ РШМ до лечения и 12 месяцев после проведенной терапии. Динамика течения заболевания после лечения оценивалась клиническими, гистологическими и инструментальными методами исследования. Таким образом, анализ состояния иммунной системы проводился дифференцировано в двух группах больных, ретроспективно в зависимости от динамики течения данного заболевания: группу А составили 40 пациенток с МРФ РШМ с положительной динамикой течения процесса, в которую вошли подгруппа А1 – до лечения и подгруппа А2 – через 12 месяцев после лечения. Группу В – 40 больных с МРФ РШМ с отрицательной динамикой течения опухолевого процесса, которую составили подгруппы – В1 и В2, соответственно.

Результаты и обсуждение. При обследовании пациенток было установлено, что исходно повышенный уровень экспрессии SCCA наблюдался в подгруппах пациентов до лечения, независимо от динамики течения (А1 и В1) по сравнению с группой контроля, причем достоверных различий уровней SCCA между данными группами установлено не было. Достоверное снижение данного показателя отмечалось через 12 месяцев после лечения в группе пациенток с МРФ РШМ с положительной динамикой течения по сравнению с таковым как до лечения, так и с уровнем SCCA в группе пациентов с отрицательной динамикой течения через 12 месяцев после лечения. У больных с МРФ РШМ с отрицательным терапевтическим эффектом через 12 месяцев после лечения уровень SCCA не претерпел существенных изменений и был приближен к значению данного показателя до лечения (подгруппа В1). При иммунологическом обследовании установлено, что по сравнению с контрольной группой у пациенток с МРФ РШМ до лечения, независимо от динамики течения процесса, наблюдались

следующие изменения иммунологических параметров: достоверное снижение абсолютного количества CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD95+-позитивных клеток, причем более выраженные в группе пациентов с отрицательной динамикой течения процесса. При исследовании иммунологических показателей в динамике у пациентов с МРФ РШМ с положительным терапевтическим эффектом (подгруппа А), установлено, что при оценке субпопуляционного состава лимфоцитов в группе А2 нами выявлено достоверное повышение абсолютного количества кластеров дифференцировки (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD95 позитивных клеток по сравнению с группой пациентов до лечения (подгруппа А1). При динамическом наблюдении пациенток с МРФ РШМ с отрицательной динамикой течения процесса, в подгруппе В2 отмечалось достоверное снижение количества клеток, опосредующих апоптоз (CD95+) по сравнению с группой пациентов до лечения (подгруппа В1) Выраженные изменения иммунологического статуса наблюдались нами при сравнении показателей через 12 месяцев после лечения у пациентов с МРФ РШМ в зависимости от динамики течения процесса. В группе больных с МРФ РШМ с отрицательным терапевтическим эффектом (подгруппа В2) нами выявлено достоверное снижение абсолютного количества CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD95+лимфоцитов по сравнению с группой пациентов с положительной динамикой течения заболевания (подгруппа А2). Следующим этапом нашего исследования было проведение непараметрического корреляционного анализа по Sперман с целью изучения взаимосвязей SCCA с показателями системного иммунитета. При оценке взаимосвязей у пациенток с МРФ РШМ до лечения корреляционных взаимосвязей не найдено. Иная картина наблюдалась нами при оценке взаимосвязей у пациентов с МРФ РШМ через 12 месяцев после лечения. Так в группе больных с положительным терапевтическим эффектом корреляционных взаимосвязей обнаружено не было, тогда как в группе с отрицательной динамикой течения процесса, отмечалось появление отрицательных корреляционных связей (4 связи) SCCA с абсолютным количеством CD3+ ($r = -0,77$), CD4+ ($r = -0,85$), CD8+ ($r = -0,76$), CD95+ ($r = -0,79$) Таким образом, у всех пациенток с МРФ РШМ до лечения, независимо от динамики, уровень SCCA в сыворотке крови был одинаково повышенным, а иммунологические показатели отличались достоверным угнетением Т-клеточного иммунитета. У женщин с МРФ РШМ с положительной динамикой течения процесса, через 12 месяцев после лечения, уровень SCCA в сыворотке крови снижался до нормального значения, а в Т-клеточном звене иммунитета произошло повышение активности показателей противоопухолевой защиты. Что может быть использовано для оценки эффективности проведенного лечения. При динамическом наблюдении пациенток с отрицательной динамикой течения процесса, через 12 месяцев после проведенной терапии, отмечался повышенный уровень SCCA, приближающийся к таковому до лечения, а в Т-клеточном звене иммунитета наблюдалось снижение CD95+ лимфоцитов, опосредующих апоптоз. Только в этой группе пациенток отмечалась взаимосвязь повышенного уровня SCCA с угнетением Т-клеточного звена иммунитета.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бехтерева С.А., Важенин А.В., Яйцев С.В., Терёшин О.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Рак молочной железы занимает 4 место в общей структуре заболеваемости и 1 место в структуре заболеваемости у женщин (В.И. Чиссов, 2008 г). Частота первично-множественных

опухолей молочной железы (ПМО) по данным различных авторов составляет 0,3-12% (Д.М. Абдурасулов, 1982). При этом частота двусторонних раков этого органа колеблется в пределах 6-10% (Д.М. Абдурасулов, 1982). По данным этого автора, частота мультицентрического рака молочной железы составляет в среднем 15%.

За 20 лет (1984-2003 гг) в Челябинском областном онкологическом диспансере лечилось 1024 больных раком молочной железы. ПМО с локализацией одной их опухолей в молочной железе развились у 404 больных, метакронных опухолей было 292 (72,3%), синхронных – 93 (23,1%), метакронно-синхронных – 8 (1,9%), синхронно – метакронных – 11 (2,7%). При метакронных опухолях рак молочной железы первым заболеванием диагностирован у 191 (65,4%) больных, вторым у 93 (31,8%), третьим у 7 (2,4%) и у 1 (0,4%) был пятым заболеванием. Средний интервал между второй и третьей опухолью составил 5,9 года, между второй и третьей – 4,6 года. Средний возраст больных с первой опухолью 48,3, со второй – 54,6 года. Интересно, что пик заболеваемости раком молочной железы приходится на возраст 65 лет, т.е. ПМО развиваются в более молодом возрасте.

У 93 больных метакронно диагностирован билатеральный рак молочной железы, что составило 31,8%, что значительно выше, чем по данным литературы (Д.М. Абдурасулов, 1982). При метакронном развитии отмечено частое сочетание с раком шейки матки (42), тела матки (29), яичников (7), желудка (17), толстой кишки (16), прямой кишки (10), опухолями кожи (31), раком легкого (11). Частое сочетание рака молочной железы с другими органами репродуктивной системы свидетельствует об общности факторов риска развития этих опухолей – эндокринных нарушениях метаболического характера, выраженной хронической гиперэстрогении. Этим объясняется и частое сочетание с раком толстой кишки – в правой её половине обнаружены рецепторы эстрадиола и прогестерона. У 21 больной метакронно развились по 3 опухоли, у 2 больных по 4 опухоли (четвёртой опухолью были базалиомы), у 2 больных было по 5 опухолей (пятой опухолью были рак молочной железы у одной больной и рак шейки матки у другой).

При синхронном развитии наиболее частые сочетания установлены с раком другой молочной железы или мультицентрическое развитие опухолей в одной молочной железе (57 – 61,3%), что превышает литературные данные (Д.М. Абдурасулов, 1982). У 22 (23,6%) вторая опухоль локализовалась в гениталиях.

При метакронно – синхронном развитии у 7 из 8 больных сочетались по 3 опухоли, у 1 больной 4. Четвёртой опухолью был рак тела матки. Средний интервал между метакронными и синхронными опухолями составил 5,2 года.

При синхронно – метакронном развитии у 2 больных диагностировано по 4 опухоли. Четвёртой опухолью были базалиома и рак тела матки при среднем интервале между синхронными и метакронными сочетаниями 4,9 года.

Таким образом, наиболее часто рак молочной железы сочетался с раком органов репродуктивной системы (228 0 60,9%), пищеварительной (59 – 14,6%) и раком кожи (38 – 9,4%).

У 210 (51,9%) больных диагностирована I, II A и II B стадии опухолевого процесса. Преобладание ранних стадий при диагностике первой опухоли способствовали «доживанию» больных до второй и третьей опухолей. Диспансерное наблюдение за больными после лечения первой опухоли, онконастороженность врачей способствовали более ранней диагностике второй опухоли.

Определённый прогресс в раннем выявлении и лечении рака обеспечил увеличение показателей выживаемости. Указанные факторы привели к повышению реального клинического значения метакронных и синхронных полинеоплазий.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОЙ ФОТОННО-НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИИ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Бобкова Г.Г., Важенин А.В., Лукина Е.Ю., Важенин И.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования

Актуальность: Среди наиболее важных вопросов клинической радиологии преодоление первичной и вторичной радиорезистентности продолжает не только сохранять свою актуальность с медицинских позиций, но и становится социально все более важным. Нейтронная терапия относится к разряду высоких медицинских технологий. Применение плотнотонизирующего излучения является наиболее перспективным и оптимальным методом лечения больных с тяжелыми радиорезистентными формами.

Согласно литературным данным метастазы в головной мозг возникают у 10-30% больных злокачественными опухолями. (Н.А.Зорин, А.Г. Сирко 2003; ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН 2009, В.А. Булгак 2009).

К одной из уникальных особенностей биологического действия высокоэнергетического пучка нейтронов с энергией 14МэВ, получаемого на нейтронном генераторе НГ-12И в городе Снежинске относится высокая проникающая способность нейтронов: глубина половинного ослабления дозы нейтронного пучка находится на глубине 9,5 см, что позволяет проводить лечение глубоко залегающих опухолей. Только в нашем центре существует такая возможность. Многие авторы подчеркивают эффективность нейтронной терапии при приобретенной радиорезистентности, что характерно для метастатических опухолей головного мозга после проведения конвенциональной лучевой терапии и химиотерапии. (А.В. Важенин, Г.Н. Рыкованов, Э.П.Магда, Г.В.Мокичев, Е.Ю. Лукина 2008).

Цель: Улучшение непосредственных результатов лечения больных с метастазами в головной мозг в паллиативных и комбинированных программах с применением быстрых пучков нейтронов $E=14\text{МэВ}$.

Материалы: в ЧОКОД в период с 1999г по 2009г проведен ретроспективный анализ лечения 12 пациентов с диагнозом метастатического поражения головного мозга в Уральском центре нейтронной терапии. Фотонный этап лучевой терапии проводился в ЧОКОД на гамма-терапевтических установках. Нейтронное облучение проводилось в центре нейтронной терапии в режиме мультифракционирования с РОД 0,3Гр 2 раза в день с интервалом 4 часа до СОД 2,4Гр.

Результаты: возраст пациентов составил от 32 до 73 лет. При анализе клинических данных удельный вес метастазов в зависимости от локализации в головном мозге распределился следующим образом: левая височная доля – 41,6% (5 пациентов), левая лобно-теменно-височная доля – 25% (3 пациента), правая височная доля – 16% (2 пациента), левая лобная доля – 8,3% (1 пациента), ствол головного мозга – 8,3% (1 пациент). Из 12 пациентов мужчины и женщины 1:3 (66,3% и 33,3%). Множественные метастазы выявлены у 7 пациентов (58,3%) и солитарные у 5 (41,6%). У 50% (6 пациентов) первичный очаг находился в легком, у 41,6% (5 больных) в молочной железе, в 8,3% (1 больной) рак сигмовидной кишки. При первом обращении в ЧОКОД IV стадия была выставлена у 5 (41,6%) пациентов, III стадия у 7 (58,3%). Сочетано-нейтронная терапия, как самостоятельный метод лечения применялся у 7 пациентов, суммарная очаговая доза составила 55-60,4Гр: 4 пациента получали СФНТ на фоне радиомодификации; 1 пациент получил СФНТ после хирургического лечения (удале-

ние солитарного метастаза). У всех закончивших лечение достигнуто клинически улучшение – регресс неврологических нарушений. Продолжительность жизни составила 8-24 месяца.
Заключение.

Применение сочетано фотонно-нейтронной терапии при метастазах в головной мозг в паллиативных программах позволяет купировать неврологическую симптоматику и улучшает качество жизни пациентов. Учитывая уникальность пучка нейтронов НГ-12 И и отсутствие в литературе данных исследования по нейтронной тематике при метастазах в головной мозг в других центрах свидетельствует о целесообразности продолжения работы в этом направлении.

ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕКТРА АНТИТЕЛ К РАКОВОЭМБРИОНАЛЬНОМУ АНТИГЕНУ (РЭА, СЕА) ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ТЕХНОЛОГИИ НЕЙТРОНЗАХВАТНОЙ ТЕРАПИИ.

Боженко В.К., Хмелевский Е.В., Сиваев И.Б.*, Брегадзе В.И.*, Павлова М.В., Шишкин А.М., Иванов А.В.

ФГУ Рентгенорадиологии Росмедтехнологий, г.Москва

**ИНЭОС РАН, г. Москва*

Целью исследования являлось установление возможности использования для нейтрон захватной терапии системы, включающей комплекс: биотинилированные антитела к РЭА + стрептавидин + биотинилированное производное карборана.

Нейтронзахватная терапия (НЗТ) является перспективным методом решения одной из основных проблем повышения эффективности лучевой терапии злокачественных новообразований – повышения градиента повреждения между опухолевой и нормальной тканью. В основе метода лежит сочетание облучение опухоли потоком тепловых нейтронов, обладающих малым повреждающим действием на ткани, с использованием соединений с преимущественным накоплением в ткани опухоли включающих элементы с высоким сечением захвата и повреждающих при радиационном распаде близлежащие клетки.

Исходя из требований, предъявляемых к НЗТ, была предложена следующая система:

В качестве элемента системы был выбран бор-10. К преимуществам его использования относятся высокое сечение захвата тепловых нейтронов (3838 барн), на несколько порядков превышающее сечение захвата основных элементов, входящих в состав биологических тканей.

Для клинического применения бор-НЗТ необходимо получение низкотоксичных соединений с:

1. значительным градиентом распределения между опухолевой и нормальной тканью и
2. с достаточной для обеспечения терапевтического воздействия уровнем накопления в ткани опухоли.

Для решения первой из этих задач, нами было предложено использовать систему основанную на АТ к РЭА для обеспечения преимущественной тропности к опухолевой ткани. В качестве бор-содержащего соединения использовались производные карборана.

Различные соединения карборана уже использовались в НЗТ, они растворимы, малотоксичны и могут включать до 18 атомов бора на 1 молекулу. Учитывая, что наблюдаемый уровень РЭА в ткани опухоли недостаточен для теоретически необходимого накопления бора в опухоли, для амплификации эффекта было предложено использовать систему из соединения антител к РЭА со стрептавидином с последующим применением комплекса биотин-карборан. (Каждая молекула стрептавидина может связать 4 молекулы биотина).

Исследования эффективности предложенной системы были проведены на клеточных линиях опухолей человека HT29, HCT116 и A549. Содержание РЭА в культивируемых клетках проверялось на анализаторе Centaur SP (метод иммунохемолуминисценции). Использовались антитела к различным эпитопам РЭА. Всего исследовано 8 вариантов мышинных моноклональных антител. Из 8 исследованных антител только 2 связывались с поверхностью опухолевых клеток, экспрессирующих РЭА.

Мы также провели элементный анализ для оценки количества связавшихся атомов бора на клетку. Для этого ин витро была смоделирована схема АТ-биотин+стрептавидин+биотин-карборан. Полученные величины концентраций атомов бора на одну клетку превысили теоретически необходимую величину $10 \cdot 8$. При этом разница концентраций между клетками экспрессирующими и не экспрессирующими РЭА составила 1,5 порядка.

Таким образом на модели клеточных культур продемонстрирована возможность использования предложенной молекулярной системы для целей нейтрон захватной терапии.

Адрес для переписки: 117997, г. Москва, ул. Профсоюзная, д.86. E-mail: ybojenko@mail.ru

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ В КАЧЕСТВЕ РАДИОМОДИФИКАТОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА.

Борисов В.А., Шинкарев С.А., Ильин Н.В.¹, Масленникова А.В.²

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», г. Липецк, 398005 г. Липецк, ул. Адмирала Макарова, 1-Е.

¹*ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росмедтехнологий», г. Санкт-Петербург.*

²*ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Нижний Новгород.*

Цель: Повышение эффективности лучевой терапии (ЛТ) больных раком пищевода с применением локорегионарной гипертермии в качестве радиомодификатора.

Введение: Рак пищевода представляет собой агрессивную по течению и прогнозу злокачественную эпителиальную опухоль человека. Данная патология занимает шестое место в структуре смертности от злокачественных опухолей в мире. В России заболевание занимает 14 место в структуре заболеваемости онкологическими заболеваниями, а в структуре смертности от онкологических заболеваний седьмое место среди мужчин и 13-е – среди женщин. Стандартизованный показатель заболеваемости составляет 6,7 на 100000 населения. Более чем у 50% больных опухоль является либо нерезектабельной, либо определяются отдаленные метастазы.

В настоящее время при раке пищевода используют лучевой, хирургический и комбинированный методы лечения. Лекарственная терапия как самостоятельный метод пока не получила распространения из-за отсутствия эффективных противоопухолевых препаратов.

Радикальное хирургическое лечение может быть выполнено у весьма небольшого числа больных. Это связано с анатомо-топографическими особенностями пищевода, преобладанием среди больных лиц пожилого возраста, у которых имеются различные сопутствующие заболевания, а также с высоким процентом больных с распространенным опухолевым процессом.

В связи с ограниченными возможностями хирургического лечения рака пищевода большое значение приобретает лучевая терапия. При «радикальном» лучевом лечении рака пищевода

необходимо подведение очаговой дозы не менее 60–70 Гр, на зоны субклинического распространения опухоли достаточно суммарной дозы 45–50 Гр.

Актуальной задачей современной онкологии является разработка новых методов повышения эффективности противоопухолевой терапии. В настоящее время электромагнитная гипертермия рассматривается как один из перспективных способов повышения эффективности лучевой терапии онкологических больных. Это связано с тем, что при гипертермии в основном повреждаются опухолевые клетки, находящиеся в состоянии гипоксии и S-фазе митотического цикла, то есть клетки, наиболее устойчивые к действию ионизирующего излучения. В то же время она подавляет способность клеток к репарации после воздействия ионизирующей радиации.

Использование гипертермии в онкологии основывается на большей термopовреждаемости опухолей по сравнению с окружающими нормальными тканями, что определяется прежде всего несовершенством кровотока большинства опухолей. При поддержании температуры в нормальных тканях на уровне их термотолерантности (41–42 °С) опухоли нагреваются до 43–45 °С и выше. Кроме того, выяснилось, что их термочувствительность усиливается при снижении водородного показателя pH, что характерно для гипоксических клеток, а также при активном синтезе ДНК в клетке. Эти клеточные популяции являются наиболее радиорезистентными, что делает гипертермию, способствующую повышению избирательности противоопухолевого действия ионизирующего излучения, идеальным адьювантом лучевой терапии. Перечисленные основные предпосылки использования гипертермии получили подтверждение в клинической практике.

По критерию полной регрессии опухоли эффективность термолучевой терапии в полтора–два раза превысила таковую при одной только лучевой терапии.

Материал и методы: В исследование включено 106 человек с диагнозом рак пищевода средней или нижней трети T2N0M0 – T3N0M0 (с T3N0M0 – 78,3%, с T2N0M0 – 21,7%). Больным проводилась ЛТ на линейном ускорителе 6 МэВ классическим фракционированием в два этапа с запланированным двухнедельным перерывом между этапами. Суммарная очаговая доза (СОД) за два этапа была от 56 до 70 Гр, средняя составила 64 Гр. Больные были поделены на четыре группы: первая группа состоит из больных, которым проводилась только ЛТ (31 человек), второй группе больных проводилась химиолучевая терапия (25 человек), третья группа подверглась термолучевой терапии (30 человек) и четвертой группе проводилась термо-химиолучевая терапия (20 человек). Характеристика групп пациентов в зависимости от метода лечения представлена в табл. 1. Сеансы гипертермии проводились на аппарате Thermotron RF-8 в течение 1 часа за 15 минут до сеанса ЛТ, температура нагрева составила 44±2 градуса. Больным с проведением химиотерапии использовались цисплатин СД = 240–300 мг и 5-фторурацил 4000–6000 мг за весь курс ЛТ.

Результаты: Были оценены ответ опухоли на лечение и продолжительность жизни больного. В первой группе полный ответ был у 6,5% больных, частичный ответ – у 87,5%, у 6% – прогрессирование. Средняя продолжительность жизни – 9,15 мес. Во второй группе полный ответ – 8%, частичный – 92%, средняя продолжительность жизни – 24 мес. В третьей группе полный ответ у 45%, частичный у 52%, у 3% было прогрессирование. Продолжительность жизни составила 23,3 мес. В четвертой группе полный ответ на лечение составил 41%, частичный – 59%. Средняя продолжительность жизни составила 19 мес.

Выводы:

1. Применение гипертермии в качестве радиомодификатора позволяет получить лучшие непосредственные результаты лечения.
2. Использование гипертермии совместно с ЛТ для лечения рака пищевода позволяет улучшить качество жизни больных.

3. Применение гипертермии позволяет увеличить продолжительность жизни у больных раком пищевода при проведении ЛТ, но не увеличивает продолжительность жизни у больных, которым проводилось термохимиолучевая терапия.

4. При выборе оптимального лечения больных с раком пищевода предпочтение следует отдать термолучевому или химиолучевому методу лечения.

Таблица 1

Характеристика групп пациентов в зависимости от метода лечения

		Варианты лечения			
		ЛТ	ХЛТ	ЛТ+ГТ	ХЛТ+ГТ
Локализация	С-15,3	7 (22,5)*	4 (16)*	6 (20)*	3 (15)*
	С-15,4	13 (42)*	12 (48)*	13 (40)*	10 (50)*
	С-15,5	11 (35,5)*	9 (36)*	13 (40)*	7 (35)*
Средний возраст/диапазон		58/41–76	59/41–77	57/41–74	58/41–74
Средняя доза за два этапа, Гр.		62	64	64	62
Гистологическое строение	Неороговевающий	21 (67,7)	17 (68)	21 (70)	14 (70)
	Ороговевающий	9 (29)	7 (28)	9 (30)	5 (25)
	Аденокарцинома	1 (3,3)	1 (4)	0 (0)	1 (5)
Стадия по TNM	T2N0M0	5(16)	5(20)	7(23)	6(30)
	T3N0M0	26(84)	20(80)	23(77)	14 (70)
Дисфагия	I	21 (68)*	15 (60)*	14 (47)*	13 (65)*
	II	7 (22,5)*	9 (36)*	15 (50)*	7 (35)*
	III	1(3)*	0 (0)*	1 (3)*	0 (0)*
	IV	2 (6,5)*	1 (4)*	0 (0)*	0(0)*
Всего		31 (100)	25 (100)	30 (100)	20 (100)

*В скобках приведены данные в процентах.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Бочарникова Н. Б., Важенин А.В., Воронин М.И., Васильева Т.А., Ивахно М. Н., Ковалец Л.В., Пащенко А. С., Лейхт Т. Н.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Проблема заболеваемости раком шейки матки на протяжении не менее чем 30 лет не утрачивает своей актуальности. За последние 10 лет показатели наблюдается рост заболеваемости и смертности, а также показателя запущенности, который с 2007 г. в Челябинской области составляет уже более 50%, что недопустимо для локализаций, доступных визуальному контролю.

лю. До 25-30% случаев рака шейки матки заканчиваются летально уже на первом году с момента его выявления. Проблема эффективного лечения обусловлена не только распространенностью, но и наличием осложнений, в первую очередь трудно купируемого кровотечения из опухоли шейки матки.

В настоящее время операции, способствующие редукции кровотока в опухоли являются методами выбора при остановке кровотечений. Из спектра рентгеноэндovasкулярных вмешательств в онкогинекологии нашли применение такие, как: артериальная эмболизация, регионарная химиотерапия, регионарная химиотерапия с последующей эмболизацией, химиоэмболизация сосудов малого таза. Применение рентгеноэндovasкулярных технологий у больных раком шейки матки выглядит весьма перспективным, поскольку может применяться не только с гемостатической целью, но и для инфузии химиопрепаратов, а объем вмешательства всегда носит индивидуальный характер, определяющийся анатомическими особенностями и распространенностью процесса.

На данный момент в нашем учреждении артериальная эмболизация – метод выбора при остановке кровотечения из опухоли шейки матки, она также может применяться с профилактической целью при наличии высокого риска кровотечения. Артериальная эмболизация имеет ряд преимуществ: малая инвазивность, легкая переносимость, выполнение процедуры под местной анестезией, короткий реабилитационный период, малое число осложнений, хороший клинический эффект. Основные эффекты, наблюдающиеся при артериальной эмболизации: уменьшение кровенаполнения опухоли приводит к уменьшению опухоли и периметральных инфильтратов, гипоксия в опухоли способствует переходу метаболизма на анаэробный путь и ацидозу, губительному для жизнедеятельности клеток. В качестве компонента химиолучевого лечения артериальная эмболизация была применена у 81 пациентки, больных раком шейки матки II-III стадии, и у 6 больных раком шейки матки IV стадии с гемостатической целью в качестве паллиативного вмешательства. Наблюдали остановку кровотечения у 83,4% больных, снижение темпа кровотечения у 14,7%, гемостатический эффект отсутствовал лишь у 1,9% больных, что было связано с распространенностью процесса. Рецидивы кровотечения наблюдали у 4,8%. Также применение артериальной эмболизации позволяет улучшить непосредственные результаты химиолучевого лечения: частота частичной резорбции увеличивается, в среднем на 29% по сравнению со стандартным химиолучевым лечением (преимущественно за счет снижения частоты стабилизации).

Регионарная химиотерапия позволяет создать высокую концентрацию в ткани опухоли и снизить системную токсичность. Однако, данная методика имеет существенный недостаток – высокая скорость кровотока в сосудах малого таза не создает условий для продолжительного контакта ткани опухоли с химиопрепаратом. Тем же недостатком обладает и методика внутриартериальной регионарной химиотерапии с последующей эмболизацией.

Наиболее перспективный метод воздействия на опухоль – химиоэмболизация сосудов малого таза (масляная или микросферами). При масляной химиоэмболизации обеспечивается медленная диффузия химиопрепарата лекарственного препарата в кровь внутри сосудов опухоли, а микроэмболизирующий эффект масляной основы позволяет добиться временной окклюзии артерий. Но химиопрепарат таким образом способен удерживаться в ткани опухоли непродолжительное время (пиковая концентрация в плазме крови достигается уже через 4 часа). Химиоэмболизация микросферами – наиболее перспективная методика. Микросферы насыщаются практически любыми цитостатиками, а контакт с различными жидкостями (в том числе кровью) способствует их абсорбции и 4-кратному увеличению диаметра эмболизирующих частиц.

Заключение. Наиболее перспективной рентгеноэндovasкулярной методикой у больных раком шейки матки является химиоэмболизация (как масляная, так и микросферами), она имеет ряд существенных преимуществ перед другими вмешательствами, возможными у данной категории больных, легко переносятся и имеет малое число осложнений.

МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ И ПРОГНОЗ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Булынский Д.Н., Терешин О.С., Кукленко Л.П., Кукленко Т.В., Удовиченко И.В., Мальцева С.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск, Челябинская государственная медицинская академия

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости раком молочной железы у пациенток молодого возраста (Н.И. Рожкова, 2001 г.). Наиболее значимыми факторами риска развития рака молочной железы в молодом возрасте являются: раннее начало менструаций, рак молочной железы у кровных родственников, гипотиреоидное состояние щитовидной железы (Дымарский Л.Ю., 1980 г., Левшин В.Ф., 2004).

Нами проанализированы результаты лечения 144 больных РМЖ в возрасте до 35 лет, получившими лечение в Челябинском областном онкологическом диспансере с 1991 по 2005 гг.

Самый молодой возраст пациентки – 21 год (1 чел.-0,7%), большая же часть была в возрасте 34-35 лет (46 чел.- 31,9%).

В 1 (0,7%) случаев отмечена 0 стадия процесса, I ст. у 20 (13,9%), II а ст. у 35 (24,3%), II б ст. у 36 (25%), III а ст. у 15 (10,4%), III б ст. у 23 (15,9%), IV ст. у 14 (9,7%).

По гистологическому строению преобладал инфильтрирующий протоковый рак – 64,6%, дольковый рак – 27,1%, в 8,3% т.н. "редкие" гистоморфы.

У 9 (6,3%) встречался первично-множественный рак молочных желез. У 3 чел. это синхронный рак: III б и III б ст., 2 случая – III б и IV ст. У 6 больных метакронные опухоли: III б ст. (1 год) и I ст., I ст. (3 года) и II а ст., II а ст. (6 лет) и II а ст., II а ст. (1 год) и IV ст., II б ст. (1 год) и IV ст., III б ст. (2 года) и IV ст.

Акушерско-гинекологический анамнез: Б-0 у 10 чел., Р-0 А(1-2) у 21, Р(1-2)А0 – 33, Р(1-2)А(1-7) у 80 чел.

В 12 случаях (8,3%) рак молочной железы ассоциирован с беременностью: в 4-х случаях после родов, во время лактации, у 6-ти на 12-20 нед. беременности, которая завершилась прерыванием, в 2 сл. на 31-33 нед., с последующим кесаревым сечением, надвлагалищной ампутацией матки с придатками.

Характер проводимого лечения представлен следующим образом:

0 ст. радикальная секторальная резекция.

I-II а ст. 41 мастэктомия +ДГТ+ПХТ

15 органосохранная операция +ДГТ+ПХТ

II б ст. 27 мастэктомия +ДГТ+ПХТ

5 органосохранная операция +ДГТ+ПХТ

5 мастэктомия +ПХТ

III а- III б ст. 22 мастэктомия +ДГТ+ПХТ

15 мастэктомия +ДГТ+ПХТ+овариоэктомия

IV ст. 10 ДГТ+ПХТ

4 ПХТ

Отдаленные результаты лечения:

0 ст. больная пережила 5 лет без рецидива болезни, I ст. локальный рецидив отмечен у 1 (4,7%), отдаленные метастазы у 3 (14,1%) смешанных рецидивов не отмечено; II а ст. – локальный рецидив у 5 (14%), отдаленные метастазы у 9 (26%); II б ст. – локальный рецидив у 6 (16,6%), отдаленные метастазы у 9 (25%), смешанный рецидив у 1 (2,7%); III а ст. – локальный рецидив у 2 (13%), отдаленные метастазы у 7 (46%); III б ст. – локальный рецидив у

5 (22,7%), отдаленные метастазы у 10 (45%), смешанный рецидив у 3 (13%); IV ст. у 10 (71%) отмечено прогрессирование процесса.

5-летняя выживаемость: I ст. – 61,9%, II а ст. – 48,5%, II б ст. – 44%, III а ст. – 33,3%, III б ст. – 18,1%, IV ст. – 7%.

Выводы: за последнее десятилетие отмечается рост заболевших РМЖ молодого возраста в Челябинской обл.; РМЖ, ассоциированный с беременностью, прогностически неблагоприятен; комбинированное и комплексное лечение у больных РМЖ молодого возраста обладает меньшей эффективностью, чем у пациенток старших возрастных групп.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПЭТ-ЦЕНТРА В РФ

Важенин А.В., Афанасьева Н.Г., Ваганов Н.В., Супрончук Н.В., Важенина Д.А., Калантаев Д.Б., Зотова А.С., Чиркова М.С., Чашухин Д.Н., Трофимов Д.В., Варенникова А.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

В настоящее время в России, как и во многих странах мира, отмечается неуклонный рост частоты встречаемости злокачественными новообразованиями различной локализации. При этом эффективность лечения во многом зависит от уровня информативности используемых методов диагностики, поэтому проблема совершенствования и внедрения современных технологий лучевого исследования становится весьма актуальной. Одной из возможностей решения этой проблемы является широкое внедрение в практическую медицину высокотехнологического метода радионуклидной диагностики – позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ).

Позитронная эмиссионная томография относится к разделу ядерной медицины. Это неинвазивный высокоинформативный метод визуализации, который на молекулярном уровне качественно и количественно изучает быстропротекающие биохимические процессы организма в томографическом режиме за счет применения в качестве радиоактивной метки ультракороткоживущих радиоизотопов (18-F, 11-C, 13-N, 15-O). ПЭТ-диагностика достаточно распространена и широко используется в развитых странах во всем мире. В США, странах Европы и Азии имеется около 700 ПЭТ-центров, в которых функционирует более 3,5 тысяч ПЭТ и ПЭТ/КТ-установок. В России существует лишь 6 ПЭТ-центров, которые расположены исключительно в центре России: г.г. Москва, Санкт-Петербург. Очевидно, что полное отсутствие доступной ПЭТ-диагностики в регионах нашей страны должно быть преодолено, поэтому необходимость строительства ПЭТ-центров при ведущих лечебно-диагностических учреждениях крупных регионов России актуальна и злободневна.

В Уральском регионе на базе ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» организован Центр позитронной эмиссионной томографии, который является первым ПЭТ-центром, позволяющий обеспечить доступность высоких диагностических технологий населению на региональном уровне. Это интегрированный производственно-радиофармацевтический и радиодиагностический центр для исследований в онкологии, кардиологии, неврологии, функциональной диагностике. В структуру ПЭТ центра входят медицинский циклотрон, радиохимическая лаборатория по производству радиофармпрепаратов

(РФП), ПЭТ/КТ – томографы и однофотонный эмиссионный компьютерный томограф (ОФЭКТ). Циклотрон Eclipse RD для синтеза ультракороткоживущих радионуклидов (F-18, C-11, N-13) характеризуется высокой производительностью, эффективной автономной защитой. Предусмотрена полная автоматизация синтеза РФП посредством радиохимических модулей «Explora FDG4» с использованием автоматизированного оборудования для фасовки и контроля качества радиофармпрепарата. Диагностические исследования проводятся на ПЭТ/КТ сканерах «Biograph-40», «Biograph-64» с расширенным программным пакетом, который может работать в различных режимах, в том числе в режиме «Whole Body». Имеющиеся мощности циклотрона и лаборатории для производства РФП позволят обеспечить загрузку третьего ПЭТ/КТ-сканера, установка которого планируется в Челябинском ПЭТ-центре в перспективе, что даст возможность пропорционально увеличить пропускную способность пациентов.

Коллектив врачей и инженерно-технические специалисты прошли профессиональную подготовку на базе обучающих центров г.г. Москва, Санкт-Петербург, курс обучения в зарубежных клиниках на аналогичных ПЭТ/КТ системах. Российские и зарубежные специалисты обеспечили заключительный многоэтапный цикл обучения сотрудникам центра на рабочем месте.

В настоящее время в ПЭТ-центре проводятся диагностические обследования пациентов на ПЭТ/КТ-сканерах в режиме компьютерной томографии. Одновременно осуществляется подготовка к лицензированию производства синтезируемого РФП–18-F-дезоксиглюкозы. Заключается подготовка к диагностическим процедурам на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе с применением радиодиагностических препаратов, получаемых из производных медицинских генераторов (на основе элюата генератора $^{99}\text{Mo}/^{99\text{m}}\text{Tc}$). На всех этапах синтеза РФП и медицинской диагностики используются современные комплексные системы для дозиметрического и радиационно-защитного контроля. Как показывает опыт, накопленный в ведущих ПЭТ-центрах мира и РФ, приоритетным и преобладающим направлением данного высокотехнологичного метода является диагностика онкопатологии, которая составляет 80-90% от всех ПЭТ-исследований. Кроме диагностики онкологических заболеваний практически всех локализаций, ПЭТ и ОФЭКТ технологии довольно информативны при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Для повышения эффективности диагностики организация подобных ПЭТ-центров необходима в структуре всех окружных онкологических центров.

Перспективным направлением развития ПЭТ-диагностики в Уральском федеральном округе является создание региональной сети ПЭТ-центров, которая обеспечит большую эффективность в оказании диагностической помощи населению, будет способствовать формированию необходимой материально-информационной среды, обеспечит маневренность высококвалифицированными кадрами и компонентами производственно-технической базы. Для решения этой задачи в нашем регионе заканчивается организация ПЭТ-центра на базе Челябинского областного онкологического диспансера №2 (г.Магнитогорск) аналогичного построенному в г.Челябинске.

В условиях ПЭТ-центра г.Челябинска благодаря сочетанию территориально-организационных и кадрово-интеллектуальных факторов сформирована уникальная среда для внедрения ПЭТ-технологий на региональном уровне, а Челябинский ПЭТ-центр по праву может считаться пионерским в этом вопросе, учебной и экспериментально-технической базой, а его проект, особенности технологий и размещенного оборудования, учебная база, кадры возможно станут пилотными для будущих ПЭТ-центров и могут быть рекомендованы к распространению на территории РФ.

10 ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТ УРАЛЬСКОГО ЦЕНТРА НЕЙТРОННОЙ ТЕРАПИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ЦЕНТРА

Важенин А.В.¹ Лукина Е.Ю.¹., Кузнецова А.И.¹., Мокичев Г.В.²., Мунасипов З.З.²

¹ ГЛПУ Челябинский окружной клинический онкологический диспансер – Уральская клиническая база ФГУ «Российского научного центра рентгенорадиологии» Министерства Здравоохранения РФ. ПНИЛ «Радиационная онкология» ЮУНЦ РАМН ² РФЯЦ ВНИИТФ – Федеральный ядерный центр им. акад. Е.И. Забабахина г. Снежинск

Ежегодно в мире регистрируется 9,5 случаев смерти на 100 тыс. человек от опухолей головы и шеи, в странах Европы 10,7 на 100.тыс.населения. В структуре общей заболеваемости в период с 2004 по 2007 год отмечена тенденция к увеличению заболеваемости раком гортани с 2,9% до 3,0%. Комбинация современных средств лекарственной терапии (включая химиотерапию, иммунотерапию, биологическую, направленную на конкретные мишени, таргетную терапию), применение плотноионизирующих излучений (в том числе применение нейтронной терапии, нейтрон – соударной терапии) позволяет добиться значительной регрессии первичного очага, повысить резектабельность, увеличить выживаемость и частоту объективных ответов и времени до прогрессирования при данной опухолевой патологии.

Уральский центр нейтронной терапии представляет первый опыт в РФ по применению высокоэнергетических нейтронов в смешанной фотонной нейтронной терапии (СФНТ). Несмотря на небольшой срок работы центра, мы имеем солидный клинический опыт. За 10 лет работы центра курс СФНТ получили 1000 пациентов с опухолями головы и шеи, саркомах, злокачественных новообразований головного мозга, при рецидивах рака молочной железы, костных метастазах в возрасте от 19 – 79 лет, с поражением T₁₋₄N₀₋₂M₀. В 100% случаев при проведении нейтронного этапа применялся режим мультифракционирования с РОД=0,3 ГрХ 2 раза в день с интервалом между фракциями не менее 3 часов до СОД=2,4 Гр (эквивалент 14,4 Гр гамма-излучения). Анализ эффективности СФНТ проведен у 320 пациентов.

Рак гортани выявлен у 149 (46%) пациентов, рак дна полости рта у 47 (15%), рак ротоглотки у 30 (9%), рак языка у 28 (9%), рак носоглотки в 16 (5%) случаев, рак слизистой носа 11 (3%), рак гортаноглотки 6 (2%), рак губы 12 (4%), околоушная слюнная железа у 21 больного. Группу сравнения, составили 1220 больных, получившие курс фотонной терапии в Челябинском областном онкологическом диспансере в период с 1981-1992гг. Практически в одинаковом соотношении в исследуемых группах использовались различные объёмы радикального лучевого, комплексного и комбинированного лечения. Химиолучевое лечение, с применением СФНТ получили 38 больных: 21 (55,2%) при раке гортани, 8 (21%) при раке слизистой полости рта, 4 (10,5%) при раке ротоглотки, 5 (13,3%) при раке языка. Эффективность лечения больных злокачественными новообразованиями в области головы и шеи с применением быстрых нейтронов энергией 10,2 МэВ оценивались по критериям непосредственной эффективности лечения, выживаемости больных и срокам безрецидивного периода. Было выявлено статистически значимое увеличение результатов общей и безрецидивной пятилетней выживаемости в исследуемой группе на 16±5% и на 33±5% соответственно (p<0.005).

Показатель 100% полной резорбции (ПР) при раке гортани в исследуемой группе на 23% выше соответствующего показателя в группе сравнения (P < 0,005). Начиная с однолетней выживаемости, отмечается статистически достоверное преимущество СФНТ. Общая 5-летняя выживаемость пациентов основной группы составила 76% против 65% в группе контроля. Пятилетняя безрецидивная выживаемость в исследуемой группе составил 65%, что на

30% выше, чем в группе сравнения – 35% ($p < 0.005$). Таким образом, проведение СФНТ позволило снизить на 11.5% удельный вес причин смерти от рецидивов при раке гортани.

При опухолях околоушных слюнных желёз в исследуемой группе у 19 (90%) больных из 21 отмечена полная резорбция первичной опухоли, в группе сравнения не отмечено 100% резорбции ни в одном случае. Показатель безрецидивной выживаемости у больных исследуемой группы был значительно выше на протяжении всего периода наблюдения. В исследуемой группе однолетняя безрецидивная выживаемость составила 100%, трёхлетняя – 60%, пятилетняя – 40%. В группе сравнения соответственно 67%, 38% и 14%.

При анализе результатов лечения больных с ЗНО гортаноглотки и ротоглотки с применением радикального курса СФНТ были получены данные о значимом ($p = 0.002$) превосходстве данного метода в сравнении со стандартным курсом ЛТ, по критериям непосредственной эффективности, общей и безрецидивной выживаемости. Отмечена более высокая непосредственная эффективность быстрых нейтронов в отношении местно-распространённых опухолей глотки T3-4N0-2. Результаты лечения в исследуемой группе прослежены у 24 из 36 пациентов: 22 (91.7%) пациента со ЗНО ротоглотки и 2 (8.3%) с ЗНО гортаноглотки. При оценке непосредственной эффективности, в зависимости от стадии опухолевого процесса, получены следующие результаты: полная регрессия первичной опухоли отмечена в 83,3% случаях по сравнению с 37,5% при стандартной ЛТ. При оценке отдалённых результатов безрецидивной выживаемости статистически значимое отличие было выявлено в 3 –й год наблюдения. Показатель трёхлетней безрецидивной выживаемости у больных с местно-распространёнными опухолями глотки оказался выше на $18 \pm 3\%$. Результаты общей пятилетней выживаемости в исследуемой группе были выше, чем в группе сравнения и составили 46% и 20% соответственно ($p = 0.002$).

Анализ результатов лечения сочетанной фотонно-нейтронной терапии при опухолях полости рта и языка показал значительную разницу в эффективности, как непосредственных, так и отдалённых результатов лечения. Полная регрессия опухолей полости рта отмечена в 82,6% случаев в сравнении с 45,9% при фотонной терапии. Разница статистически достоверна ($p = 0,002$). Резорбция более 50% отмечена соответственно у 13% и 25,9% больных. У 28% больных на момент окончания лечения имелась остаточная опухоль. Резорбция первичной опухоли в группе сравнения менее 50% составила 29% против 4% в основной группе. При проведении СФНТ больным со злокачественными опухолями языка по сравнению с традиционной ЛТ по критерию непосредственного эффекта, не удалось получить достоверного улучшения результатов. В основной группе применение СФНТ при ЗНО языка позволило достичь 100% регрессии опухоли у 78% против 65,2% при ФТ, резорбция более 50% – соответственно 8,7% и 23,2%. Разница статистически недостоверна ($p > 0,05$). Результаты общей выживаемости в сравниваемых группах не имели значимых статистических различий на протяжении 1-2 года наблюдения. В период с 3 по 5 год наблюдения результаты лечения больных по радикальной программе СФНТ были выше на $17 \pm 2,5\%$. Проведение СФНТ увеличивает пятилетнюю общую выживаемость на 8%, в сравнении с фотонной терапией. ($p < 0.005$), 5-летнюю безрецидивную выживаемость на $10 \pm 5\%$. При СФНТ больным со ЗНО полости, пазух носа и носоглотки по критерию непосредственного эффекта, не удалось получить достоверного улучшения результатов. Полная резорбция отмечена в 86,7% в сравнении с 83% у пациентов группы контроля. Разница статистически недостоверна ($p > 0,05$). СФНТ у больных с поражением пазух носа и носоглотки обеспечил пятилетнюю безрецидивную выживаемость – 62%, в группе сравнения соответственно 60%. Разница статистически не достоверна ($p > 0,05$). Наибольшее количество рецидивов в обеих группах зарегистрировано в конце 1-го и на 2-м году наблюдения.

Мы проанализировали результаты собственного клинического опыта химиолучевого лечения больных со ЗНО головы и шеи, с применением на первом этапе СФНТ на фоне радиомодификации с цисплатином (100 мг/м² в 1 и 22 дни лечения). Выбранная терапевтическая про-

грамма при ЗНО гортани, языка, полости рта, ротоглотки при $T_{3-4}N_0 - T_{3-4}N_{1-2}$, позволяет существенно повысить безрецидивную выживаемость и увеличить удельный вес органосохраняющих методов лечения. Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения проведен у 38 больных: 21 пациент (55,2%) с раком гортани, у 8 (21%) – рак полости рта, у 4 (10,5%) – рак ротоглотки, у 5 (13,3%) – рак языка. Пациенты получали химиолучевое лечение в период с 2005- 2008г. Несмотря на распространенность процесса в этой группе все больные получили радикальный курс СФНТ. Период наблюдения составил от 16 до 42 мес. Медиана 38 мес. Группу сравнения составили пациенты, получившие радикальный курс СФНТ без радиомодификации- 223 пациента: 32 (14,3%) пациента со ЗНО глотки, 116 (52%) – ЗНО гортани, 75 (33,7%) – ЗНО полости рта и языка. Период наблюдения от 8 до 72 мес. Непосредственная эффективность полного курса проведенного лечения оценивалась через 1 мес., после стихания лучевых реакций. В группе больных, получивших СФНТ на фоне радиомодификации показатель полной регрессии первичной опухоли оказался выше на 10,2%. В группе больных с радиомодификацией при СФНТ трёхлетняя выживаемость составила 97,3%. За весь период наблюдения продолженный рост опухоли отмечен только у 1 больного (2,7%), после чего было выполнено хирургическое лечение в объеме ларингэктомии после стихания лучевой реакции. В группе сравнения трёхлетняя общая выживаемость оказалась ниже на 22%. Таким образом, дополнительное проведение радиомодифицирующих курсов химиотерапии позволяет снизить частоту продолженного роста опухоли и частоту местных рецидивов в сравнении с группой пациентов, получивших только СФНТ, позволяет существенно повысить удельный вес органосохраняющих методов лечения при местнораспространенных опухолевых процессах. Проведенное исследование позволило выработать нам алгоритм лекарственной радиомодификации при проведении самостоятельного курса СФНТ.

При оценке эффективности лечения больных, получивших курс СФНТ в Уральском центре нейтронной терапии мы не получили данных о тяжелых лучевых реакциях и повреждениях в отдаленные сроки наблюдения при проведении смешанной фотонно – нейтронной терапии. Применяемая методика мультифракционирования лечения быстрыми нейтронами 10,2 МэВ позволила избежать серьезных лучевых осложнений у больных опухолями различных локализаций. Среди наших пациентов лучевые повреждения кожи в виде слабовыраженной эритемы, эпиляции, сухого шелушения проявились в 7-12% случаев. Со стороны слизистой полости рта приблизительно с такой же частотой имели место гиперемия, отек, боли, требующие применения только ненаркотических анальгетиков.

В целях дальнейшей оптимизации лучевого лечения больных со ЗНО головы и шеи с применением нейтронного излучения возникла необходимость повторного определения ОБЭ нейтронного пучка, получаемого на НГ-12 И. В декабре 2009 г. получены результаты повторного биологического эксперимента по изучению относительной биологической эффективности нейтронного (ОБЭ) излучения на основе оценки выживаемости стволовых кроветворных клеток мышей методом экзотеста. Проведена сравнительная оценка биологической эффективности нейтронного излучения на НГ-12И и гамма-излучения на установки ЭЛЛИТ-80 в условиях острого однократного облучения и в условиях фракционированного воздействия. Выживаемость для острого однократного и фракционированного облучения рассчитывали по показателю концентрация КОЕс в костном мозге у мышей в% по отношению к соответствующему контролю. Результаты проведенного экспериментального исследования показали, что доза D_0 КОЕс костного мозга у мышей линии СВА при однократном остром гамма-облучении составила 0,88 Гр, а при фракционированном гамма -облучении – 1,99 Гр, т.е. в два раза выше, чем при однократном. Это свидетельствует о процессах пострадиационного восстановления в интервалах времени между фракциями. Доза D_0 КОЕс костного мозга у мышей линии СВА при остром однократном нейтронном облучении и фракционированном составила соответственно 0,6 Гр и 0,65 Гр. Т.е. при фракционировании нейтронного облуче-

ния практически не наблюдается изменения данного показателя, что позволяет говорить об отсутствии значимого восстановления радиационно индуцированных поражений в этом случае. Величина коэффициента относительной биологической эффективности (ОБЭ) излучения установки НГ-12И, определяемая как соотношение равноэффективных доз (в нашем исследовании использовали D_0) для острого режима облучения составил 1,53. При фракционированном облучении коэффициент ОБЭ нейтронного облучения составил 3,05.

Таким образом, накопленный нами опыт подтвердил несомненную эффективность и безопасность СФНТ при ряде опухолевых локализаций. Различные результаты лечения больных, полученные в процессе анализа, свидетельствует о дифференцированной эффективности нейтронов в отношении различных локализаций, при локальных и местно-распространенных процессах, что согласуется с данными литературы. Учитывая результаты повторного биологического эксперимента по определению ОБЭ нейтронного пучка, результаты клинических исследований, для наиболее эффективного использования возможности нейтронного излучения в общем курсе самостоятельной лучевой терапии и в комбинированном лечении опухолей головы и шеи мы планируем разработать показания к увеличению вклада нейтронной терапии в общий курс лечения при ряде опухолевых локализаций.

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В МЕТОДАХ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

Важенин А.В., Панова И.Е., Важенина Д.А., Зотова А.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Введение.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями органа зрения (ЗНОЗ) составляет $3,7 \pm 0,4$ на 100 000 населения, в структуре онкоофтальмологической патологии доминируют эпителиальные опухоли, удельный вес которых достигает 63,4%, на втором месте находятся внутриглазные новообразования (22,4%), на третьем – опухоли орбиты (14,2%) от всех новообразований у офтальмоонкологических больных. Своевременная и адекватная верификация диагноза новообразований органа зрения определяет выбор тактики лечения и способствует улучшению витального прогноза и повышению качества жизни у офтальмоонкологических больных. На современном этапе для диагностики новообразований органа зрения широко используют такие методы диагностики как, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Отсутствие систематизации в последовательном применении методов лучевой диагностики злокачественных и доброкачественных процессов при патологии органа зрения обуславливает нередко необоснованное назначение данных дорогостоящих методов.

Целью данной работы явилось изучение места и последовательности применения лучевых методов исследования в диагностике ЗНОЗ и планировании объема хирургического вмешательства у пациентов с онкоофтальмологической патологией.

Задачей исследования явилось изучение места различных видов лучевой диагностики в диагностике ЗНОЗ.

Полученные результаты.

За период с 1999-2007 гг. в онкофтальмологическом отделении было пролечено 2411 пациентов. Из них 1350 (56%) с опухолями параорбитальной области, 650 (27%) с внутриглазными новообразованиями, 411 (17%) с опухолями орбиты. Злокачественная патология была подтверждена в 75% случаев (у 1808 пациентов), из них 17% с параорбитальными опухолями, 75% с внутриглазными и 8% с орбитальными новообразованиями. Подтверждение диагноза проводилось путем получения гистологического заключения удаленной опухоли или биоптата для параорбитальных, орбитальных новообразований и энуклеированных глаз при внутриглазной патологии; и совокупностью клинических, инструментальных и лабораторных исследований при органосохранном лечении внутриглазных опухолей.

Оснащение онкологического диспансера, на базе которого находится онкофтальмологический центр, аппаратурой экспертного класса для ультразвуковой диагностики (LOGIQ 9 фирмы General Electric), мультиспиральным компьютерным томографом Aquilion 64 Toshiba, центра позитронно-эмиссионной томографии позволяет проводить за более короткое время проводить качественную диагностику патологического процесса, степень его распространенности, планировать объем лечения.

Методы лучевой диагностики на госпитальном этапе были проведены 409 пациентам. С параорбитальными новообразованиями – 10 человек (2,4%), с внутриглазными – 360 человек (88,5%), с опухолями орбиты – 39 человек (9,1%). Мужчин 195 (47,7%), женщин 214 (52,3%). Средний возраст пациентов составил $65,3 \pm 17,54$ лет. Превалировали пациенты с Т3 (69,2%) стадией процесса по системе TNM.

Пациентам со злокачественными параорбитальными новообразованиями на госпитальном этапе дополнительное проведение методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ) потребовалось лишь в 2,4% случаев. Связанно данное назначение в 89% с недостаточным объемом обследования пациентов на догоспитальном этапе, т.е. не информативное УЗ-исследование и отсутствие КТ-заключения и в 11% с определением окончательного объема оперативного вмешательства. Метод компьютерной томографии использовался достоверно чаще (76%), чем ультразвуковое исследование (24%). Комбинация методов применялась в 14% случаев.

Пациентам со злокачественными внутриглазными новообразованиями повторное проведение методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ) на госпитальном этапе потребовалось в 88,5% случаев. В 73% случаев методы лучевой диагностики на госпитальном этапе применялись с целью мониторинга опухолевого процесса, динамическим наблюдением за откликом опухоли на проводимое лечение, степенью интенсивности осложнений при органосохранном лечении, и, лишь в 27% случаев, проведение методов лучевой диагностики потребовалось в связи с не полным обследованием пациента на догоспитальном этапе. Использование метода ультразвуковой диагностики составило 100%, в 13% случаев возникала необходимость проведения компьютерной томографии (в 100% при подозрении на распространение опухоли за пределы глазного яблока).

Пациентам со злокачественными новообразованиями орбиты повторное проведение методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ) на госпитальном этапе в 9,1%. В 67% случаев проведение методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ) на госпитальном уровне было связано с необходимостью планирования оперативного вмешательства, оценке степени васкуляризации, заинтересованность окружающих структур, наличие роста за пределы орбиты. В 33% случаев повторное проведение методов лучевой диагностики было необходимо в связи с неполным обследованием пациента на догоспитальном этапе. При локализации новообразования в наружном хирургическом пространстве, как моно исследование, компьютерная томография использовалась для диагностики в 56% случаев, ультразвуковое исследование в 44%. Комбинация методов (УЗИ, КТ) применялась в 36% случаев. При локализации опухоли во внутреннем хирургическом пространстве моно исследование методом компьютерной томографии

использовалось в 69% случаев, ультразвуковое – в 31%. Комбинация методов (УЗИ, КТ) применялась в 28% случаев.

Таким образом, использование методов лучевой диагностики на госпитальном этапе не всегда является обоснованным и связано с недостаточным качеством и объемом исследований пациентов на догоспитальном этапе. Последовательное применение методов лучевой диагностики и правильная их интерпретация на догоспитальном этапе позволяет сократить объем исследований на госпитальном этапе.

ОПЫТ РАБОТЫ ЧЕЛЯБИНСКОГО ОКРУЖНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

Важенин А.В., Доможирова А.С., Тесленко В.Р., Москвичева М.Г., Журавлев Е.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск., Министерство здравоохранения Челябинской области

При анализе онкологической ситуации за последние 20 лет (в период с 1990 по 2009 годы) отмечается достоверное увеличение заболеваемости населения Челябинской области злокачественными новообразованиями (ЗНО) с 293 до 394 случаев на 100 тысяч жителей. Ежегодный темп прироста заболеваемости за указанный период составляет 1,7% (за десять лет в среднем – 17,2%). В 1990 году было зарегистрировано 10645 новых случаев заболевания ЗНО, а в 2009 году – 13834.

В то же время за двадцать прошлых лет уровень смертности остался практически неизменным – около 200 случаев на 100 тыс. населения.

Выявление ранних (I-II) стадий процесса в 2009 году значительно увеличилось по отношению к 1990 году и составило 49,5%. В 1990 году всего лишь 28,1% ЗНО выявлялись на ранних стадиях. Выявление первично запущенных случаев за этот период претерпело несущественные изменения: в 1990 году ЗНО в IV стадии выявлялись в 19,2%, а в 2009 году – в 22,4%. Стоит заметить, что 20 лет назад ранние стадии превалировали над IV стадией всего на 8,9%, а к 2009 году разница увеличилась до 27,1%.

Первые ранговые места по уровню заболеваемости занимают рак легкого, рак кожи, молочной железы и желудка. Причем, за последние 20 лет отмечается тенденция к снижению заболеваемости раком легкого и раком желудка и напротив увеличивается заболеваемость раком кожи и молочной железы.

Существенный прирост (практически в четыре раза) за этот период наблюдения отмечен в заболеваемости раком предстательной железы (с 4 случаев в 1990 году до 19,2 случаев на 100 тысяч жителей). Именно этим объясняется включение в перечень обследований при дополнительной диспансеризации населения определение уровня простатспецифического антигена у мужчин старше 40 лет. А также этим же моментом обосновывается одна из задач на 2010 год по совершенствованию работы по раннему выявлению рака предстательной железы и планирование скрининговых мероприятий среди мужского населения области.

Смертность от ЗНО основных локализаций имеет ту же тенденцию: снижается для рака легкого и желудка и увеличивается для рака молочной железы. Важно заметить, что от рака кожи (лидирующей локализации ЗНО в 2008 и 2009 году) жители области умирают в незначи-

тельном количестве случаев (не более 0,9 на 100 тыс. жителей) за весь двадцатилетний период.

Важным прогностическим моментом является превалирование уровня заболеваемости ЗНО отдельных локализаций над уровнем смертности от них. Это утверждение правомерно для рака легкого, рака желудка, рака молочной железы. Причем в последнем случае, это разница значительна и в 1990 году составляла 10,5 случаев на 100 тысяч жителей, а к 2009 году еще больше увеличилась и составила уже 25,4 случаев на 100 тысяч жителей.

А для рака кожи различия между уровнями смертности и заболеваемости являются максимальными относительно остальных локализаций. На основании этих данных можно говорить о том, что такая локализация ЗНО как кожа имеет относительно благоприятное прогностическое течение и в социальном плане нанесет меньший урон, чем ЗНО легких, желудка или молочной железы.

В 2009 году в Челябинской области ЗНО I-II стадий зарегистрированы в 49,5% случаев, что больше, чем в предыдущем году на 1,2%, III стадии – 23,8% (меньше на 1,0% чем в 2008 году), IV стадии – 22,4% (сопоставимо с уровнем 2008 года – 22,1%).

При профилактических осмотрах ЗНО к 2009 году стали выявляться значительно чаще – в 18,6% случаев, чем в 1990 году, когда этот показатель составлял всего лишь 13,5%.

Показатель смертности онкологических больных до года с момента установления диагноза за указанный двадцатилетний период также улучшился, снизившись с 35% в 1990 году до 27,5% в 2009 году.

С 1990 года значительно возросло количество пациентов, состоящих на онкологическом учете в области с 42,6 тысяч до 76,1 тысячи в 2009 году. Соответственно этому вырос интенсивный показатель контингентов, состоящих на учете, рассчитанный на 100 тысяч жителей области: с 1175,4 случаев в 1990 году до 2168,8 случаев в 2009 году.

В Челябинской области в течение 10-12 последних лет подготовлена существенная базисная площадка для дальнейшего развития онкослужбы. Реализован на практике полномасштабный комплекс профилактических технологий раннего выявления рака, который включает в себя онкоскрининг анкетным методом, социальную рекламу, повышение онкологической грамотности врачей первичного звена здравоохранения, совершенствование работы смотровых кабинетов, финансовое стимулирование врачей за раннее выявление рака, маршрутизацию пациентов при подозрении на онкологическую патологию, а также курацию территорий области специалистами онкологической службы.

К 2009 году в области была сформирована система оказания высоко-технологичной онкологической помощи, которая включала в себя: радионуклидную терапию с использованием Sr-89 при генерализации новообразований в костную систему; брахитерапию Co-60, Cs-137, Ru/Ro-106 при гинекологическом раке, раке полости рта, увеальной меланоме соответственно; фотодинамическую терапию опухолей кожи и полых органов с применением эндоскопической техники; центр позитронной эмиссионной томографии; центр нейтронной терапии; термолучевую терапию рака предстательной железы, рака прямой кишки и шейки матки.

Онкологическая служба области одной из первых в РФ произвела переоснащение диагностической (УЗИ, эндоскопия, КТ), радиологической служб и перешла на современные гамма-терапевтические аппараты.

3 марта 2009 г. Постановлением Правительства РФ № 189 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению» было регламентировано выделение денежных средств в размере 871,8864 млн. руб. для дооснащения Челябинского окружного онкологического диспансера медицинским оборудованием.

9 апреля 2009 года между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Правительством Челябинской области было подписано соглашение

№26/8-1 о реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению.

В рамках исполнения условий Соглашения из областного бюджета было выделено 261,5659 млн. рублей на оснащение медицинским рентгеновским диагностическим оборудованием муниципальных учреждений здравоохранения, на подготовку кадров, на ввод в эксплуатацию ПЭТ-центра, а также на подготовку помещений ГЛПУ ЧОКОД для закупаемого оборудования.

В рамках проведения аукционов на федеральные деньги были закуплены: ускорительный комплекс с системой планирования и дозиметрии, оборудование для отделения радионуклидной терапии I-131, аппарат для брахитерапии Co-60, рентгеновский симулятор, аппарата для брахитерапии I-125 рака предстательной железы, ПЭТ/КТ сканер, оборудование для гистологической и иммуногистохимической лаборатории, эндоскопический комплекс с приставками для ультразвуковой и флюоресцентной диагностики, магнитно-резонансный томограф.

Необходимо отметить, что только покупка магнитно-резонансного томографа, аппаратуры для брахитерапии I-125 рака предстательной железы, а также оборудования для гистологической и иммуногистохимической лаборатории стали совершенно новыми приобретениями для онкологического диспансера. Остальное оборудование и методики были внедрены в работу онкологической службы области, начиная с 1991 года.

В 2009 году за счет нового оборудования был переоснащен ускорительный комплекс.

Обновлен парк аппаратов для брахитерапии Co-60.

Было закуплено дополнительное оборудование для ПЭТ-центра и МРТ.

С момента установки оборудования для брахитерапии I-125 рака предстательной железы уже пролечено 11 пациентов.

На доукомплектованных эндоскопических комплексах с момента их установки ежедневно проходят обследование более 30 пациентов. Сегодня уровень оснащения эндоскопического отделения окружного онкологического диспансера ничем не отличается от ведущих клиник Японии.

В диспансере появилась собственная роботизированная система для иммуногистохимии и иммуноморфологии.

По всем позициям закупленного оборудования специалисты диспансера прошли необходимую подготовку.

Для муниципальных лечебных учреждений области закуплено 7 маммографов и 11 рентген-диагностических комплексов на три рабочих места.

Сегодня мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями регламентированы рядом нормативных документов, а именно:

- онкоскрининг населения проводится в рамках областной целевой Программы развития приоритетного национального проекта «Здоровье» в Челябинской области на 2009-2011 годы;

- совместный приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и Челябинского фонда обязательного медицинского страхования «Об организации работы по раннему выявлению социально значимых заболеваний» регламентирует финансовое поощрение медицинских работников первичного звена здравоохранения за выявление случаев злокачественных новообразований I-II стадий в размере 1500 руб. за каждый случай;

- реорганизации смотровых кабинетов произведена в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области «О мерах по совершенствованию работы смотровых кабинетов».

Издан приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 08.05.2009 №454 «О маршрутизации пациентов Челябинской области с подозрением на онкологическое заболева-

ние и в случае выявления злокачественного новообразования в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения Челябинской области».

Приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 30.10.2008 №986 «О совершенствовании организации онкологической помощи населению Челябинской области в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения области» определяет кураторов муниципальных учреждений здравоохранения в части оказания онкологической помощи.

Одним из последних регламентирующих документов по оказанию онкологической помощи населению является Приказ Минздравсоцразвития России №944н от 3 декабря 2009 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

Перспективным направлением для развития системы онкологической помощи является автоматизация процессов маршрутизации, ранней диагностики, учета и диспансеризации онкологических пациентов. Сегодня онкологической службой области совместно с ЧО МИАЦ разрабатывается концепция АСУ «Онкология».

Основными перспективными задачами развития онкологической службы региона на 2010 год станут:

- дальнейшее развитие скрининговых и профилактических программ для ранней диагностики рака молочной железы, предстательной железы, рака легкого и др.
- отработка схем маршрутизации пациентов;
- оптимизация работы смотровых кабинетов;
- освоение новых высокотехнологичных видов помощи, прежде всего радионуклидной терапии I-131 рака щитовидной железы, а также установка в текущем году радиохирургического комплекса для лучевой терапии CyberKnife;
- внедрение автоматизированной системы управления онкологической ситуацией.

Существующее оснащение онкологической службы и развитие комплексных профилактических технологий позволит оказывать в ближайшей перспективе в Челябинском окружном онкологическом центре высокотехнологичную, качественную и самое главное – своевременную онкологическую помощь населению не только Челябинской области, но и соседних территорий.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ ЦЕНТРА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ОКРУЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Васильев Ю.С., Васильев С.А., Важенин А.В., Аладин А.С., Терешин О.С., Надвикова Е.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

С целью отработки алгоритмов выбора метода пластики и оптимизации организационных аспектов интеграции онкологии и пластической хирургии, нами был проведен анализ результатов лечения 706 больных с опухолями различных локализаций, которым в процессе лечения выполнялись реконструктивные операции за период с 1998 по 2007 год. Наибольшее количество больных (409; 58%) было пролечено по поводу опухолей области головы и шеи.

Реконструктивные операции на молочной железе были выполнены у 185 (26%) пациенток. По поводу злокачественных новообразований области туловища было оперировано 64 (9%) пациента, по поводу опухолей конечностей – 48 (7%) больных. Всего было выполнено 730 пластических операций. Операции выполнялись с койки профильного отделения с привлечением пластического хирурга. Наиболее часто использовали локальные лоскуты – в 295 (40%) случаях. Лоскуты на ножке применялись в 150 (21%) случаях. Свободные реваскуляризируемые лоскуты были использованы у 181 (25%) пациентов, кожные трансплантаты – в 104 (14%) случаях. Некротические осложнения были отмечены в 54 (7,4%) случаях, из них частичные некрозы встречались 39 (5,3%), а полные некрозы – в 15 (2,1%) случаях. На основании сравнительного анализа результатов выполненных операций по каждой локализации были разработаны алгоритмы выбора метода пластики, позволяющие снизить количество осложнений и улучшить косметические и функциональные результаты вмешательств. Наш опыт работы показывает, что организация службы реконструктивной хирургии на базе областного онкологического диспансера не требует выделения обособленного коечного фонда.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта ros_chel@mail.ru. IV онкологическое отделение (опухоли головы и шеи). Васильев Юрий Сергеевич.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Воргова Д.Н., Важенин А.В., Воронин М.И, Васильева Т.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Государственное лечебное профилактическое учреждение «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер», Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Росздрава, Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»

В отделении лучевой диагностики в 2009 году проведены ультразвуковые исследования 326 пациенткам 1 радиологического отделения. Ультразвуковые исследования осуществляются на ультразвуковом сканере экспертного класса: GE Logiq 9, с конвексным многочастотным датчиком 2,5-4,0 МГц с внутрисполостным многочастотным датчиком 5,0-8,0 МГц. В 98,5% случаев трансабдоминальное исследование органов малого таза дополнено трансвагинальным исследованием. 105 пациенткам раком шейки матки проведено ультразвуковая доплерография шейки матки и параметров в динамике.

Комплексный ультразвуковой мониторинг проводили по разработанному нами протоколу. На первом этапе исследования больным раком шейки матки проводили обзорное трансабдоминальное обследование органов малого таза в В-режиме после предварительного естественного наполнения мочевого пузыря, определяли наличие инвазии мочевого пузыря. На втором этапе исследования проводили трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза после опорожнения мочевого пузыря. При прицельном исследовании шейки матки в В-режиме определяли объем (см³), контуры, эхогенность и эхоструктуру шейки матки, выявляли инвазию тела матки, метастатическое поражение яичников. В режиме цветово-

го доплеровского картирования определяли наличие и степень васкуляризации, в режиме импульсно-волновой доплерометрии определяли гемодинамические параметры кровотока: систолическую скорость кровотока (см/с), диастолическую скорость кровотока (см/с), среднюю скорость кровотока (см/с), индекс резистивности и пульсационный индекс в сосудах шейки матки. Таким образом проводили исследование шейки матки в триплексном режиме. На третьем этапе исследования больным раком шейки матки проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства в В-режиме трансабдоминальным доступом, для выявления отдаленных метастазов.

После проведенного лечения является актуальным вопрос дифференциальной диагностики параметрального фиброза и рецидива. Дифференцировать постлучевой фиброз и рецидив рака шейки матки необходимо, учитывая характерные ультразвуковые признаки: наличие кровотока, динамика размеров образования.

Вышеописанный комплексный ультразвуковой мониторинг уточняет диагноз и определяет динамику лечения больных раком шейки, а так же позволяет дифференцировать постлучевой фиброз и рецидив рака шейки матки.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА

Воргова Д.Н., Воронин М.И., Важенин А.В.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Государственное лечебное профилактическое учреждение «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер», Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Росздрава, Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»

Для улучшения раннего выявления патологии в отделении лучевой диагностики ГЛПУ «ЧОКОД» проводятся биопсии молочных желез под контролем ультрасонографии. Интервенционные вмешательства проводятся при наличии пальпируемых и непальпируемых образований. Трепанобиопсии молочных желез под контролем ультразвука проводятся амбулаторным пациентам и пациентам, находящимся на стационарном лечении в онкологических отделениях.

Комплексное обследование молочных желез включает клинический осмотр, маммографию, ультразвуковое исследование молочных желез и аксиллярных лимфатических узлов, трепано-биопсию. При наличии непальпируемого образования проведение трепанобиопсии под контролем ультразвука позволяет установить диагноз. В случаях злокачественных образований молочной железы полученный материал направляется для гистологического исследования, определения рецепторного статуса, иммуногистохимического исследования. В случае отсутствия визуализации образования при проведении ультразвукового вмешательства вмешательство не проводилось. За 2009 год проведено 447 трепанобиопсий. Непосредственных и отдаленных осложнений не наблюдалось. Проведение интервенционных вмешательств на догоспитальном этапе позволило верифицировать диагноз до операции, уменьшить койко-день, способствовало раннему установлению онкологической патологии.

Таким образом, широкое внедрение интервенционных вмешательств в клинику – новый этап в развитии диагностических технологий, позволяющий установить диагноз заболеваний молочных желез на самой ранней стадии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ 2 – ГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НУЗ «ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. ЧЕЛЯБИНСК ОАО «РЖД» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Ворошина Н.В., Варенников А.И., Шмунк В.А., Петракова Е.И., Смирнов В.В., Лавриненкова А.И.

*НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»
ГЛПУ Челябинский окружной онкологический диспансер*

При лечении онкологических больных используются довольно агрессивные методы (лучевая и химиотерапия), преследующие своей целью остановить или стабилизировать опухолевый рост. Однако это лечение оказывает отрицательное воздействие и на здоровые ткани, поэтому идет постоянный поиск препаратов в качестве терапии сопровождения и реабилитации, которые позволяли бы проводить лечение в полном объеме и в рекомендуемые сроки без ущерба для больного.

Химиотерапия – лечение злокачественных опухолей с помощью цитостатических препаратов – широко используемый метод лекарственной терапии. Л. Гудман и А. Джилиман в 1942 году первыми с успехом использовали эмбихин при болезни Ходжкина и лимфоцитарной лимфоме. В настоящее время в арсенал цитостатиков входят десятки препаратов.

Существует системная и местная химиотерапия. Системная терапия предполагает пероральное, подкожное, внутримышечное или внутрисосудистое введение. Местная химиотерапия может быть применена в виде перфузий (полости, конечности, органа), внутриопухолового и внутриполостного введения препарата (в мочевого пузыря, брюшную и плевральную полости, в спинномозговой канал), а также в виде мазей, присыпок и растворов для наружного применения.

Стандартный интервал между циклами введения цитостатиков – 21 день, что соответствует времени восстановления костного мозга. Эффективность терапии оценивается после каждых двух циклов лечения. Общее количество циклов определяют индивидуально, однако после достижения максимального эффекта обычно проводят еще два цикла.

В связи с тем, что большинство цитостатиков обладают неспецифической активностью, их использование неизбежно сопровождается побочными эффектами. Побочные эффекты могут быть как местными, так и общими.

К локальным побочным эффектам могут быть отнесены тромбозы и экстравазация; к системным – миелосупрессия (лейкопения, анемия, тромбоцитопения), желудочно-кишечные проявления (рвота, понос, запор), нейротоксичность (полиневриты, ототоксичность), гепато- и нефротоксичность, кардиотоксичность, а также воздействие на репродуктивные органы (аменорея, стерильность).

В качестве препарата для купирования побочных эффектов системной химиотерапии полиоксидоний назначался в виде капель для приема внутрь, ректальных суппозиториях и подкожных инъекций.

Нами проанализировано применение полиоксидония для снижения побочных эффектов химиотерапии.

ПОЛИОКСИДОНИЙ

- Позволяет улучшить переносимость химио – и лучевой терапии;
- Улучшает состояние больного;
- Снижает интоксикацию;
- Уменьшает количество инфекционных осложнений;
- Улучшает качество жизни.

Полиоксидоний обладает иммуномодулирующим действием, увеличивает резистентность организма в отношении локальных и генерализованных инфекций. Основой механизма иммуномодулирующего действия Полиоксидония является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Восстанавливает иммунные реакции при вторичных иммунодефицитных состояниях, вызванных различными инфекциями, травмами, ожогами, злокачественными новообразованиями, осложнениями после хирургических операций, химиотерапии, лучевой терапии. Наряду с иммуномоделирующим действием Полиоксидоний обладает выраженной детоксикационной активностью, повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию лекарственных препаратов и химических веществ, снижает их токсичность. Включение Полиоксидония в комплексную терапию онкологических больных уменьшает интоксикацию на фоне химиотерапии и лучевой терапии, позволяет проводить лечение без изменения схемы стандартной терапии. Применение Полиоксидония позволяет повысить эффективность и сократить продолжительность лечения, значительно уменьшить использование антибиотиков, бронхолитиков, глюкокортикоидов, удлинить срок ремиссии. Препарат хорошо переносится, не обладает митогенной, поликлональной активностью, антигенными свойствами, не оказывает аллергизирующего, мутагенного, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного действия.

Во втором онкологическом отделении НУЗ ДКБ в период с январь по декабрь 2008 года системная химиотерапия проведена 400 пациентам. Лечение проводилось по стандартным схемам (FL, FAC, CAF, CAP, CP, LEP, FLP, ELF). Возраст пациентов составлял от 32 до 67 лет (средний возраст 49-50 лет). Среди больных были страдающие раком яичников -34 человека, раком молочной железы – 45, раком маточной трубы -1 человек, саркомой матки – 4 человека, раком желудка – 12, раком толстой и прямой кишки -18 больных, меланомой кожи -3 человека. Выраженность степени тяжести побочных эффектов среди указанных больных: 1 степени – 354 человека (88,5%), 2 степени – 25 человек (6,25%), 3 степени – 19 человек (4,75%), 4 степени – 2 человека (0,5%). При токсичности 3 и 4 степени прием полиоксидония сочетался с назначением колониестимулирующих факторов в обычных дозировках.

Полиоксидоний назначался пациентам при развитии нейтропении, анемии, тромбоцитопении 1-й, 2-й 3-й степени, выраженной тошноте и рвоте. 30 пациентам во время проведения циклов химиотерапии проводилась инфузия полиоксидония по 6мг через день N 10 (лечение начиналось в стационаре, затем продолжалось амбулаторно). 96 пациентов применяли ректальные свечи полиоксидония по 12 мг в амбулаторных условиях. После выписки из стационара на поликлиническом этапе профилактические мероприятия продолжались врачом-онкологом поликлиники. В результате применения полиоксидония удавалось купировать большинство токсических проявлений химиотерапии через 3 -4 дня, а при назначении лечения с профилактической целью реакции и осложнения химиотерапии не развивались или были минимальными, что позволило не прерывать курсов химиотерапии.

Таким образом, наш опыт свидетельствует, что полиоксидоний является достаточно эффективным средством в качестве терапии сопровождения при системной химиотерапии.

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТКАМ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ИЛИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ОКРУЖНОГО ДИСПАНСЕРА

Гладков О.А., Важенин А.В., Терёшин О.С., Шмыгина О.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Планирование адъювантной гормоно- и химиотерапии больным неметастатическим раком молочной железы в условиях крупного онкологического лечебного учреждения с хирургическим маммологическим отделением не менее чем на 60 коек, представляет собой непростую проблему сопряжённую с решением ряда ситуативных задач и складывается из двух этапов. На первом этапе, осуществление принципа комиссионного подхода к вопросам назначения лечения пациенткам начинается с амбулаторно-поликлинического отделения. После установления морфологического диагноза, распространённости опухолевого процесса, рецепторного статуса новообразования с обязательным определением количественных значений эстрогена, прогестерона, Her2neu рецепторов, проводится планирование комплексной терапии с привлечением хирурга маммолога, радиолога, химиотерапевта. Главной целью комиссионного решения является выбор варианта начала противоопухолевого лечения. При необходимости дополнительно оцениваются возраст, размер опухоли и её локализация в молочной железе, размер самого органа, обширность поражения региональных лимфатических узлов. Выбор первого этапа определяется, прежде всего, на основании существующих стандартов лечения и результатов известных клинических исследований с использованием принципов доказательной медицины (уровни доказательства 1-2B). Второй этап коллегиального решения врачей различных специальностей выполняется после окончания хирургического лечения и получения дополнительных морфологических сведений об опухоли. На основании данных о количестве поражённых лимфоузлах, размере опухоли, радикализме хирургического вмешательства и других уточняющих признаков, выставляется окончательный диагноз. Основой для дальнейших решений является консенсус, проведенный в Сан-Галлене в 2009 году. Это позволяет оптимально планировать лучевую, химио- или гормональную терапию в соответствии с международными стандартами.

Выводы: проведение двухэтапного планирования противоопухолевого лечения больным локализованным и местнораспространённым раком молочной железы позволяет добиваться хороших ближайших и отдалённых результатов противоопухолевой терапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ДЛЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЧОКОД

Гладков О.А., Игнатова Н.В., Васильева Е.Б., Фадеева Н.В., Шмыгина О.С., Курченкова О.В., Райгородский М.В., Таджитдинова Т.Г., Прокопьева О.В.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Ежегодно в поликлинике Челябинского окружного клинического онкологического диспансера регистрируется более 18 000 посещений больных раком молочной железы на разных стадиях.

В ЧОКОД пациенты обращаются с направлением от районных онкологов или без таковых. На первом этапе всем пациентам в обязательном порядке выполняется трепанбиопсия опухоли молочной железы под УЗИ-контролем, при необходимости, выполняются повторные биопсии до получения гистологической верификации. Параллельно с гистологическим исследованием выполняется иммуно-гистохимическое исследование биоптата. Таким образом, все пациенты к моменту начала лечения имеют гистологическую верификацию процесса и известный рецепторный статус опухоли и Her-2/neu.

Кроме этого, выполняется полное обследование пациента по органам и системам для выявления распространенности опухолевого процесса. В минимальный перечень обследований входят: маммография или УЗИ молочных желез, рентгенография легких, УЗИ брюшной полости, осмотр гинеколога, клинические и биохимические анализы крови, сбор данных о наличии сопутствующей патологии. При наличии показаний выполняются сцинтиграфия костей скелета с последующим прицельным рентген-обследованием для подтверждения выявленных при сцинтиграфии патологических очагов, УЗИ малого таза, компьютерная или магнитно-резонансная томографии, онкомаркеры (раковый эмбриональный антиген, СА-15.3), обследования для определения степени тяжести имеющихся сопутствующих заболеваний.

После сбора всех данных обследований, который обычно занимает 7-14 дней, выставляется клинический диагноз и планируется лечение. План лечения каждой конкретной пациентки устанавливается при обязательном участии всех специалистов: онколога-маммолога, химиотерапевта и радиолога. Далее пациентка попадает в стационар, где ей проводятся все этапы комплексного лечения рака молочной железы.

Пациенты с диагностированной IV стадией заболевания также получают лечение в соответствии с имеющимися стандартами.

После завершения лечения пациенты, достигшие ремиссии либо стабилизации опухолевого процесса, находятся под постоянным динамическим наблюдением врача-онколога. При этом, больные, которым проведено радикальное комплексное лечение и у них достигнута ремиссия заболевания, проходят регулярные осмотры в поликлинике ЧОКОД: в течение 1 года – 1 раз в 3 месяца, в течение 3 лет – 1 раз в 6 месяцев, затем пациентки наблюдаются 1 раз в год пожизненно. При каждом посещении выполняются необходимые контрольные обследования и производится осмотр пациентки онкологом-маммологом.

Пациентки, которым было проведено нерадикальное лечение, но была достигнута стабилизация процесса, также находятся под динамическим наблюдением с регулярными осмотрами 1 раз в 1,5-3 месяца.

Пациентам, которым была назначена гормонотерапия (адъювантная либо самостоятельная), осмотр производится каждые 3 месяца в течение всего периода гормонотерапии. Кроме маммолога, эти пациентки при каждом посещении консультируются химиотерапевтом, при необходимости, им производится коррекция препарата или отмена гормонотерапии. После завершения получения гормонотерапии эти больные также остаются под динамическом наблюдением.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЧОКОД.

Гладков О.А., Игнатова Н.В., Васильева Е.Б., Фадеева Н.В., Шмыгина О.С., Курченкова О.В., Райгородский М.В., Таджитдинова Т.Г., Прокопьева О.В.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ. Рак молочной железы является одним из наиболее значимых заболеваний у женщин, достаточно сказать, что в мире ежегодно регистрируется более 1 млн. новых случаев рака молочной железы, а в РФ – свыше 50 тыс.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер оказывает медицинскую помощь больным Челябинской области. В состав диспансера входит отделение химиотерапии, работающее на 80 коек. На базе отделения ежегодно получает лечение около 150 пациентов страдающих раком молочной железы. В отделение проводится неoadъювантная и адъювантная химиотерапия, как этап комплексного лечения и терапия больных с метастатическими формами рака.

Лечение основывается на данных гистологии опухоли, степени её дифференцировки, определении числа метастатически пораженных регионарных лимфоузлов. Обязательно выполняется иммуногистохимическое исследование для уточнения рецепторного и – 2/neu статуса опухоли. Определяются маркеры (раковый эмбриональный антиген, СА – 15,3). Выполняются все необходимые диагностические процедуры для уточнения стадии заболевания и планирования многокомпонентного лечения, включающего хирургический, лучевой и лекарственный вид лечения.

В отделение химиотерапии пациентки госпитализируются с уточненным диагнозом, пройдя весь необходимый комплекс обследований на амбулаторном этапе в ЧОКД или по месту жительства, с результатами общего и биохимического анализов крови.

План лечения больных составляется коллегиально, на амбулаторном этапе с участием хирурга, химиотерапевта, радиолога.

Проведенный догоспитальный этап обследования позволяет максимально сократить сроки пребывания больного в стационаре.

Все пациентки вносятся в базу данных отделения, которая доступна врачам всего учреждения, что помогает в преемственности при переходе больного с одного этапа лечения на другой.

Собственный объем лекарственных средств, использование дополнительных государственных программ лекарственного обеспечения позволяют проводить лечение с учетом принятых международных стандартов.

Стратегия развития учреждения и отделения химиотерапии направлена на совершенствование методов лечения, оказания высококвалифицированной, специализированной медицинской помощи в короткие сроки с соблюдением международных стандартов лечения опухолей.

Выводы: разработанная и принятая организация химиотерапевтической помощи позволяет проводить качественное лекарственное лечение больных.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Гольдман Ю.И., Царев О.Н., Ясков Н.М., Синяков А.Г., Шаназаров Н.А.

Областной онкологический диспансер. Тюмень.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия.

Традиционная радикальная мастэктомия (РМЭ) ведет к тяжелому косметическому дефекту и, как следствие, к серьезной психической травме. По этой причине онкологи, занимающиеся хирургическим лечением РМЖ, всё чаще стремятся к выполнению органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций. Такие вмешательства, не ухудшая прогноз, значительно повышают качество жизни пациенток.

Для выполнения органосохраняющей операции – радикальной резекции молочной железы (РР) необходимо наличие нескольких условий, которые мы находим сегодня только у 20% пациенток.

Экономия тканей при РР повышает риск местного рецидива. Поэтому у пациенток с небольшой грудью возникает необходимость дополнения РР пластикой образовавшегося дефекта, например, перемещенным торакодорзальным лоскутом. Эстетической цели служит и сочетание РР с элементами редуccionных пластик молочной железы.

Операции по реконструкции молочной железы стали широко применяться с 70-х годов прошлого века. В настоящее время разработаны надежные методы, дающие стойкий удовлетворительный результат. Сегодня в передовых учреждениях восстановление молочной железы выполняется у 30% женщин, перенесших РМЭ, и отмечается отчетливая тенденция к росту количества этих операций..

С 1997 года в Тюменском ООД 102 пациенткам выполнено 156 имплантаций экспандеров и эндопротезов. В 90 случаях это были эндопротезы, наполненные силиконовым гелем; в 19 – экспандеры, постепенно заполняемые физиологическим раствором; и в 47 – перманентные экспандеры, сочетающие в себе свойства экспандеров и эндопротезов.

Реконструкция груди имплантами выполнена 62 больным после РМЭ. В 33 наблюдениях она проведена одномоментно с мастэктомией и в 29 отсроченно.

5 из 23 первичных реконструкций сопровождали подкожную РМЭ. В этих случаях использовали эндопротезы, наполненные когезивным гелем. В остальных 28 операциях применены перманентные экспандеры, позволяющие постепенно растягивать покровные ткани и менять объём полученной железы.

Отсроченные реконструкции проводились в один или два этапа. При использовании перманентных экспандеров требовалась одна операция. Если применяли обычный экспандер, то сначала устранялся дефицит кожи, а через 6 месяцев экспандер заменялся постоянным эндопротезом.

Еще 40 пациенткам выполнены различные способы эндопротезирования молочных желез с эстетической целью.

9 из 152 имплантаций осложнились нагноением сером в разные сроки после операции (от 4 недель до 10 лет). В 8 из 9 случаев потребовалось удаление имплантов, в 4 из них программа хирургической реабилитации была продолжена и завершена после купирования воспалительного процесса. В одном наблюдении клиника воспаления появилась через 4 недели после радикальной кожесохранной радикальной мастэктомии, первичной пластики перманентным экспандером « Becker-35». Свищ имел микроскопические размеры. Через маленький разрез в удалённой от экспандера части подмышечной области капсула импланта дренирована. На фоне общего и местного лечения, ежедневной санации капсулы воспаление купировано.

но, экспандер «спасён». В одном случае имело место кровотечение из ложа импланта в первые сутки после операции, выполнена ревизия раны.

Интересно отметить, что в двух случаях, при генетически обусловленном наследственном раке, нами выполнено удаление и контралатеральной молочной железы. В одном наблюдении имела место её гипертрофия, во втором выраженная кистозная мастопатия. В первом случае простая мастэктомия и первичная реконструкция выполнена одномоментно с отсроченной пластикой на стороне, где за 2 года до этого произведена РМЭ. Второй пациентке удаление обеих молочных желёз и первичная реконструкция выполнены во время одной операции.

С целью приближения формы и объёма контралатеральной молочной железы к реконструированной нами выполнено 29 редукционных пластик и мастопексий. В ряде случаев для этого же пользовались эндопротезированием.

Нами освоены и внедрены в работу отделения методы реконструкции молочной железы собственными тканями пациентки. Выполнено 96 субтотальных РР с пластикой возникшего дефекта перемещенным торакодорзальным лоскутом, 78 РР с элементами редукционных пластик и 21 РМЭ с одномоментной реконструкцией молочной железы TRAM – лоскутом. Во всех случаях получен хороший косметический результат.

Выводы:

1. Многочисленными исследованиями доказано, что органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции не уменьшают продолжительность жизни больных РМЖ. Они позволяют не только эффективно удалить первичный очаг и регионарные лимфатические узлы, но и значительно улучшить качество жизни пациенток.

2. В Тюменском ООД успешно внедряются новые подходы к хирургическому лечению РМЖ.

БРОНХОЛЁГОЧНЫЙ КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ

Грачёв Г.В., Серов О.В., Нагаев Н.Р., Муфазалов Ф.Ф., Батталова В.И.

*ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа*

Термин «карциноид» впервые был введён в медицинскую практику немецким патологоанатомом S. Oberndorfer в 1907 году и означает «подобный карциноме». С тех пор неприметный в общем спектре злокачественных опухолей патологический процесс приобрёл масштабы самостоятельной диагностической и лечебной проблемы.

Карциноидные опухоли развиваются из аргентофиновых клеток, характеризующихся сродством к серебру, и встречаются в различных органах – бронхах, поджелудочной железе, червеобразном отростке, желудке, но в подавляющем большинстве случаев локализуются в желудочно-кишечном тракте (до $\frac{3}{4}$ всех наблюдений). По гистологической классификации ВОЗ (1980 г.) к числу классических карциноидов отнесены новообразования, происходящие из энтерохромафоритных клеток, а также выделены карциноиды из G-клеток и так называемые «другие карциноиды». Разделение на группы основано на способности опухолевых клеток к окрашиванию по общепринятым и специальным аргентафиновым и аргирофильным реакциям.

Карциноидный синдром представляет собой триаду клинических признаков – приливы, диарея, правосторонний фиброэластоз клапанов сердца – а также покраснение кожных покровов, бронхоспазм, боли в животе.

Данный симптомокомплекс является следствием продуцирования нейроэндокринными опухолевыми клетками аминов и пептидов около 20 разновидностей. К их числу относятся активные биологические вещества серотонин, брадикинин, гистамин, соматостатин, простогландин, вазоактивный пептид и «субстанция Р». В общем числе всех карциноидов пептидопродуцирующими являются около 25%.

По нашим данным, собранным за период с 1999 по 2009 год, карциноидные опухоли были диагностированы в 116 случаях, из которых 74 (63,8%) – у мужчин, 42 (36,2%) – у женщин в возрасте от 21 до 51 года. Все новообразования были морфологически верифицированы, больные полностью обследованы и прооперированы в нашей клинике. В 67 (57,8%) случаях имелось поражение лёгких и бронхов, в 22 (19,0%) случаях опухоль локализовалась в желудке, в 15 (12,9%) – в желудке, в 10 (8,6%) – в толстой кишке, в 2 (1,7%) – в тонкой кишке. В большинстве случаев (104 наблюдения, 89,7%) диагноз обоснованно предполагался после эндоскопического обследования, но был окончательно установлен только при гистологическом исследовании.

Данная структура отличается от литературных данных, согласно которым в 67,5% случаев встречаются карциноиды желудочно-кишечного тракта, в 25,3% – в дыхательной системе (SEER and NCI). Это объясняется особенностями направления пациентов на консультацию в специализированное онкологическое учреждение, куда стекаются больные после отсева в общей лечебной сети, где многие из них оперируются на органах желудочно-кишечного тракта под маской ургентных хирургических заболеваний.

Такая особенность позволила подтвердить одну из важных черт карциноидного синдрома – его появление более характерно для бронхолёгочной локализации данных опухолей. При ней рассматриваемый синдром встретился у 23 пациентов, что составило 34,3% от опухолей такой локализации, и у 8 больных с иной локализацией (16,3% соответственно). Объяснение этого явления связано с особенностями оттока венозной крови от различных органов – по системе портальной вены кровь от нижних этажей желудочно-кишечного тракта поступает в печень, которая очищает её от пептидов. Кровь от бронхов минует портальный кровоток и не проходит такой очистки.

Клинические проявления ярко выраженного карциноидного синдрома встретились у 17 (54,8%) из всех 31 больных, при чём у 16 (51,6%) – при бронхиальном карциноиде, 1 (3,2%) – при желудочном. Размеры опухоли составили от 13 до 48 мм в наибольшем измерении.

Средней степени выраженности карциноидный синдром имелся у 9 (29,1%) пациентов, из которых 6 (19,4%) – при поражении бронха, 3 (9,7%) – при локализации в желудочно-кишечном тракте. Размеры бронхиального карциноида колебались от 9 до 21 мм, прочих локализаций – от 34 до 78 мм.

Слабой степени синдром был описан в 4 (12,9%) наблюдениях при расположении в органах желудочно-кишечного тракта при размерах опухоли от 27 до 67 мм.

Пристрастное изучение слабых проявлений карциноидного синдрома привело к тому, что ещё в 47 (40,5%) наблюдениях были отмечены отдельные составляющие его симптомы, так или иначе упоминаемые в медицинской документации, которым своевременно не было придано какое-либо значение.

Таким образом, карциноидные опухоли относятся к особым видам новообразований, обладающих рядом характерных клинических проявлений в виде карциноидного синдрома, появление которого более характерно для бронхолёгочной локализации таких опухолей, в каждом третьем случае ему придаётся существенное клиническое значение.

РАДИОТЕРМОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гридин А.В., Фатуев О.Э., Важенин А.В., Терешин О.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, МУЗ ГКБ №8, НИИ клинической и радиационной онкологии ЮУНЦ РАМН, г. Челябинск, Россия

Рак молочной железы (РМЖ) представляет важнейшую проблему из-за высокой заболеваемости и смертности от него. Несомненно, что результаты лечения будут зависеть напрямую от выявляемости заболевания на ранних стадиях.

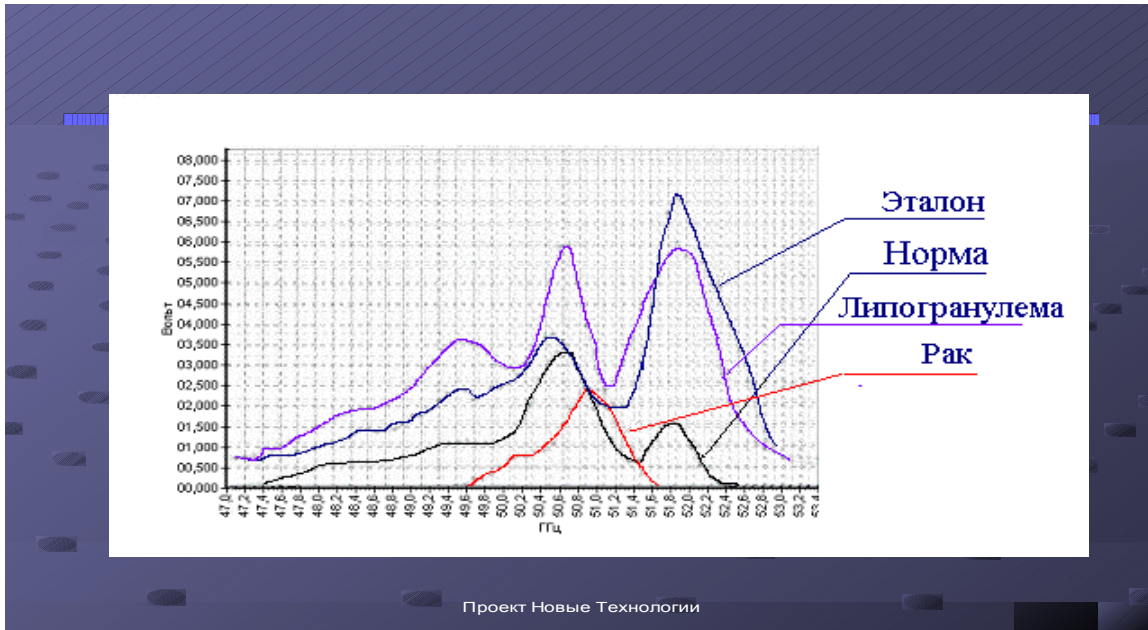
В настоящее время основными методами объективной оценки состояния молочных желез является ультразвукография (УСГ) и маммография (ММГ). По данным большинства авторов процент достоверности этих исследований в диагностике рака составляет от 75 до 95%.

В то же время, методики направлены на выявление только морфологических субстратов и не несут информации о состоянии пролиферативной активности в очаге. Следовательно, оценить динамику выявляемых образований можно лишь во временном интервале. Также невозможно объективно дать оценку характеру небольших очагов (до 5мм.), что зачастую приводит либо к гипердиагностике, либо к запаздыванию в начале лечения.

Скрининг, с целью раннего выявления РМЖ, проводимый по общепринятой методике через 6-12-24 месяца между турами, не может гарантированно выявить на ранних стадиях развития, опухоли с бурным ростом, которые составляют $\frac{1}{4}$ всех раков. Поэтому целесообразно стандартный скрининг дополнить другими неинвазивными методами обследования.

Одним из таких методов является глубинная радиотермометрия (РТМ) основанная на исследовании излучения глубоко лежащих тканей тела в дециметровом диапазоне длин волн. Поскольку изменение температуры тканей предшествует структурным изменениям, имеется возможность обнаружения пролиферативных процессов и рака молочной железы на ранних стадиях. В то же время точки, зоны и области воздействия (в электрофизической трактовке) являются *нелинейными* системами, а это означает, что при подаче электромагнитной волны (ЭМВ) происходит процесс взаимодействия внешней ЭМВ с собственным ЭМИ точки, зоны и области. По законам радиофизики, следствием подобного взаимодействия является модуляция падающей ЭМВ на излучательной частоте данной зоны. Выделение этой частоты из спектра модулированной отраженной волны, ее амплитудно-частотный анализ позволяют получить информацию о состоянии зоны интереса.

В случае если частота зондирующего сигнала в области СВЧ и КВЧ соизмерима с частотой собственного ЭМП, то одна из комбинационных частот, чаще всего разноостная, будет находиться в области типичных значений технически используемых частот. Это и было реализовано нами при определении характерных диапазонов спектра радиочастот при обследовании онкологических больных радиометром с аппликаторной антенной оригинальной конструкции. После компьютерного анализа и математической обработки выделены спектральные полосы характерные для онкологической патологии (спектрограмма 1).



На базе Челябинского Областного онкологического диспансера нами проведен анализ применения РТМ молочных желез. Для исследования применялся компьютеризированный диагностический комплекс РТМ-01-РЭС, дополненный спектрометрией. Получены следующие результаты:

Всего проведено 1117 исследований

Число пропусков РМЖ при ММГ – 10

Число пропусков РМЖ при УЗИ – 23

Число пропусков РМЖ при РТМ – 7

Число совместных (РТМ и ММГ) пропусков РМЖ – 3

Во всех случаях диагноз был верифицирован гистологически. Достоверность РТМ диагностики составила 95% при размере опухоли до 5см. и резко снижалась при опухолях более 5 см.

Очаговые поражения молочной железы, как правило, не представляют тактических трудностей для хирургического лечения. Основную проблему в маммологии составляют диффузные и многоочаговые поражения молочной железы. Как указано ранее, зоны малигнизации при этом плохо диагностируются как рентгенологически, так и при ультразвукографии. В этих ситуациях РТМ приобретает особо значение и зачастую является единственной возможностью ранней диагностики. В тоже время РТМ не дает возможности точного топирования очага, а выделяет лишь зону интереса, чаще всего квадрант.

В настоящее время РТМ включена в программу скрининга на догоспитальном этапе. На основании проведенных исследований мы выделяем три группы пациенток:

1. Явные признаки РМЖ.
2. Признаки пролиферации (умеренной и высокой степени).
3. Отсутствие признаков пролиферации.

За 2006-2008г было обследовано 536 женщин. Явные признаки РМЖ выявлены у 11 пациенток. Все оперированы: 6 – рак, 3 – склерозирующий аденоз, 1- интраканаликулярная фиброаденома с очагами атипии, 1- смешанная фиброаденома.

Признаки пролиферации выявлены у 52 пациенток. Все взяты на контроль. При наличии морфологического субстрата – направлялись на оперативное лечение (всего 21 пациентка). 31 женщинам без морфологического субстрата проводились различные варианты терапии с

контролем 1 раз в 3 месяца: у 16 явления пролиферации купировались через 3 мес., у 9 через 6 мес. В 4 случаях при сохраняющейся пролиферативной активности было выполнено оперативное пособие – пролиферативная форма ФКБ. У 2 пациенток через два года от момента первичного обследования в зоне интереса выявлен морфологический субстрат. В дальнейшем верифицирован рак.

Таким образом, наряду с ММГ и УСГ, РТМ является высокоэффективным методом выявления рака молочной железы и дегенеративно-пролиферативных изменений в ткани молочной железы. В сочетании с рентгенологическим и ультразвуковым исследованиями позволяет определить тактику ведения больных, в ранние сроки провести оперативное лечение, что важно, при высокой степени пролиферативной активности, и отсутствии эффекта от консервативной терапии.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ, У БОЛЬНЫХ ПОЛУЧИВШИХ ДГТ.

Гузь А.О., Яйцев С.В., Аладин А.С., Васильев Ю.С., Сычев В.И.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск, Россия.

Цель. Оценить влияние полного курса и предоперационного курса ДГТ на появление послеоперационных осложнений, после ларингэктомии у больных раком гортани с 3 и 4 стадией заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения больных получавших хирургическое лечение рака гортани с 3 и 4 стадией заболевания в условиях 4 онкологического отделения. Сформировано 2 группы больных, получивших полный курс ДГТ, и группа, получивших предоперационный курс ДГТ. В обеих группах больным выполнена ларингэктомия. В первой группе операция проводилась по поводу рецидива или неизлеченности заболевания, во второй группе как этап комбинированного лечения. Выполнена 41 ларингэктомия за 2004-2005 год, из них 15 после полного курса ДГТ, и 21 после предоперационного курса ДГТ. Оценивались послеоперационные осложнения, такие как несостоятельность швов глотки и формирование фарингостом. Несостоятельность швов глотки и формирование фарингостомы были зафиксированы у 5 больных в первой группе, и у 2 больных во второй.

Результаты. Послеоперационные осложнения в первой группе больных встречались в 2,5 раза чаще, чем в группе получивших предоперационный курс. Полный курс ДГТ увеличивает риск развития послеоперационных осложнений, увеличивает сроки лечения и выздоровления, требует в дальнейшем повторной госпитализации больных для пластики фарингостомы.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПУНКЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА В ВЫЯВЛЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дроздова О.П., Зайнеев Р.М., Калимуллин Н.Н., Сакаева Е.З., Шорина Е.Л., Муфазалов Ф.Ф.

ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Уфа.

Проанализированы результаты диагностических пункций предстательной железы под контролем ультразвука при подозрении на рак после консультации уролога и пальцевого ректального исследования. С 2009г. выполнено 156 диагностических пункций предстательной железы под контролем ультразвука с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Всем пациентам проводили предварительное определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) биплановым датчиком 8-10МГц на аппаратах Logiq 9, Logiq 7, Logiq 5PRO фирмы «Дженерал Электрик» (США).

Полученные данные распределились следующим образом. Из 19 пациентов, уровень ПСА которых составил от 0 до 4 нг/мл (норма), у 9 при ТРУЗИ выявлены очаговые изменения (47,4%), а гистологически рак верифицирован в 6 случаях (31,6%). Причем у пациентов с очаговыми изменениями рак верифицирован только в 2 случаях.

У 13 пациентов уровень ПСА находился в пределах 4-6 нг/мл, при ТРУЗИ у 6 из них выявлены подозрительные очаги (46,2%). Гистологически рак верифицирован всего у 3 (23,1%), из них очаговые изменения при ТРУЗИ выявлены в 2 случаях.

Из 28 пациентов с уровнем ПСА 6-10 нг/мл в 10 случаях были выявлены при ТРУЗИ очаговые изменения (35,7%). Гистологически рак подтвержден всего в 5 случаях (17,9%), из них у 2 пациентов были очаговые изменения при ТРУЗИ.

У 96 пациентов уровень ПСА составил более 10 нг/мл, при ТРУЗИ у 46 из них выявлены подозрительные очаги (47,9%). В этой группе гистологически всего рак верифицирован в 49 случаях (51,0%), очаговыми изменения при этом наблюдали у 24 больных.

Таким образом, ТРУЗИ предстательной железы в 22,2% случаев позволило выявить локальную форму рака при нормальном уровне ПСА. С ростом уровня ПСА (более 10 нг/мл) увеличивается частота визуализации очаговых образований простаты, малигнизация которых подтверждается гистологически в 52,2%. Однако, в 26,3% случаев из всех проведенных пункций под контролем ТРУЗИ имеется гистологическое подтверждение рака у пациентов с не визуализируемыми очагами.

Проведенное исследование подтвердило целесообразность проведения прицельной биопсии не только всех подозрительных очагов предстательной железы, но и полифокально, из всех зон органа в количестве не менее 8-10 срезов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕВАСЦИЗУМАБА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Жевлакова И.А., Поздеев Н.А., Анисимов Р.А.

*НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск.
I Онкологическое отделение.*

Терапия метастатического рака молочной железы за последние 10-15 лет претерпела значительные изменения. Широкий выбор цитостатиков и режимов химиотерапии позволил эффективно проводить не только I, но и II, III и т.д. линии лечения, что значительно увеличило период до появления симптомов заболевания, приводящих к ухудшению качества жизни. [1]

Доказано, что при раке молочной железы неоангиогенез имеет большое значение для инвазии и метастазирования. Нами представлен клинический случай лечения пациентки с метастатическим раком молочных желез с применением Авастина – таргетного препарата, блокирующего фактор роста эндотелия сосудов в опухоли (VEGF).

В открытом исследовании III фазы Miller и соавт. было показано, что добавление Авастина в 1-й линии терапии метастатического рака молочной железы значительно улучшает общую эффективность лечения и увеличивает время до прогрессирования и общую выживаемость. [2,3] Больная К. 1954 г.р.

Находилась на лечении с ноября 2007 г. с диагнозом
ПМСР: 1. Рак правой молочной железы T1cN0M0 I ст.

2. Рак левой молочной железы T1cN1aM0 IIa ст.

21.11.07. в центре пластической хирургии ПЛАСТЭС – мастэктомия по Пейти слева и справа, одномоментная реконструкция обеих молочных желез ТРАМ-лоскутами.

Гист.№ 2802-13 –инфильтрирующий протоковый рак правой молочной железы низкой степени дифф-ки, 1,2 см, без метастазов в 7 исследованных л/узлов. G3.

Гист.№2814-26 – инфильтрирующий протоковый рак левой молочной железы умеренной степени дифф-ки, 1,5 см, метастаз в 1 из 8 исследованных л/узлов. G2.

Иммуногистохимия ЭР 40% ПР 10% Her – 2neu (0 баллов)

В послеоперационном периоде длительное заживление в области обоих лоскутов.

15.01.08. проведен 1 курс АПХТ FAC – циклофосфан 800 мг, фторурацил 850 мг, доксорубин 80 мг. Лечение перенесла удовлетворительно.

После 1 курса появились жалобы на дискомфорт в грудном отделе позвоночника при движении и в покое.

МСКТ плечевых суставов и лопаток и грудного отдела позвоночника 25.01.08. – признаки вторичного (mts) поражения плечевых суставов, лопаток и грудного отдела позвоночника (D1-D12) в виде множественных участков кистовидной перестройки неправильной округлой формы от 2 до 8 мм в головках плечевых костей, метаэпифизарных зонах плечевых костей, акромиальных отростках ключиц, суставных поверхностях лопаток, от 3 до 11 мм в телах D1-D12 позвонков.

Учитывая слабо выраженный болевой синдром, множественное поражение костей, решено продолжить химиотерапию по схеме FAC с добавлением бифосфонатов (золедроновая кислота 4 мг 1 раз в 4 недели). Лечение переносила хорошо, единичный эпизод повышения трансаминаз после 3 курса купирован применением гептрала.

Сцинтиграфия костей скелета 31.03.08. – единичный очаг в правой лопатке, левой ключице.

Закончила лечение в мае 2008 г.

С июня 2008 г появились мягкотканые в/кожные метастазы на поверхности грудной клетки в области ТРАМ-лоскутов с двух сторон.

В контрольном УЗИ б/полости 03.06.08. – признаки холестероза желчного пузыря (полипозная форма), кист печени. Объемное образование левой доли печени (киста со взвесью? – 17x10x24 мм)

МСКТ печени 05.06.08. – КТ признаки очагового поражение печени – метастаз гиповаскулярного типа во 2, 3, 4, 6 сегментах от 4-5 мм до 19x14 мм.

МСКТ D1-S5 05.06.08 – в динамике в головках плечевых костей, ключицах, лопатках, телах D1-D12 продолжают определяться участки деструкции, контуры которых стали более четкими за счет склеротической реакции. Количество очагов не изменилось. Анологичные изменения определяются в L1-S5 позвонках и костях таза.

Прогрессирование процесса на фоне проведенного лечения, потребовало смены терапии.

Множественное поражение костей скелета, первично-множественное поражение обеих молочных желез с высокой степенью злокачественности опухолевых клеток, раннее прогрессирование после окончания 1 линии терапии позволило отнести пациентку в группу с плохим прогнозом и назначить 2 линию лечения с включением таксола, авастина и капецитабина.

На момент начала лечения состояние больной соответствовало ECOG-1. Предъявляла жалобы на небольшую слабость, дискомфорт в грудном отделе позвоночника при движении.

Лечение было начато с введения в 1 день авастина 400 мг, со 2 дня принимала кселоду 4,0 гр в сутки в два приема в течение 2 недель. Интервал между курсами составил 3 недели.

Со 2 курса в схему лечения добавлен паклитаксел, полученный по ДЛЮ.

2-7 курсы ПХТ проводились по схеме: авастин 400 мг – 1 день, паклитаксел 200 мг – 3 день, кселода 3,0 гр в день с 4 дня в течение 2 недель. Интервал между курсами составил 3 недели.

1 раз в 4 недели больная получала зомету – 4 мг. Лечение переносила хорошо. Эпизодов гипертонии не было, ладонно-подошвенный синдром выражен слабо (1 степень), купировался за время перерыва между курсами лечения. Терапия сопровождения – антиэметики, гепатопротекторы.

В процессе лечения в контрольных УЗИ исследованиях данных за рост очагов в печени не получено.

Лечение закончила в декабре 2008 г.

Учитывая положительный рецепторный статус, назначена гормонотерапия тамоксифеном 20 мг в сутки. Преперат переносила плохо: выраженная тошнота, головная боль. С марта 2009 г получает фемару 2,5 мг в сутки. Лечение зометой не прерывалось.

Контрольные обследования:

УЗИ б/полости 04.12.08. – диффузные изменения печени. Кисты печени (2-3 сегмент 5x7 мм, 3 сегм 2x5 мм, 3-4 сегм 14x18 мм). Полипы желчного пузыря. Камень желчного пузыря.

Р-графия грудной клетки 04.10.08. – патологии нет.

МРТ печени 29.01.2009 г. – в проекции 4,3,2 сегментов определяются кистозной плотности объемные образования с четким, ровным контуром округлой формы диаметром 11, 10 и 3 мм соответственно. В проекции 3 сегмента подкапсульно по передней поверхности определяется объемное образование с четким неровным контуром неоднородной смешанной структуры, без капсулы 24x17,8 мм.

Заключение: кисты печени, объемное образование левой доли печени.

Сцинтиграфия костей скелета 21.07.09. – сцинтиграфические признаки множественного поражения скелета – повышенное накопление РФП в области прикрепления ключиц к грудине.

В контрольных УЗИ б/полости от 24.07.09 и 19.10.09. картина без существенной динамики.

Продолжительность жизни с момента начала лечения составила 23 месяца. В данное время пациентка чувствует себя удовлетворительно. Продолжает прием фемары 2, 5 мг в сутки и зометы 4 мг 1 раз в 4 недели.

Заключение

Применение авастина совместно с цитостатическими препаратами при лечении метастатического рака молочных желез у данной пациентки не усилило токсичность химиотерапии, позволило добиться контроля над болезнью, длительного противоопухолевого эффекта, хоть и с частичной регрессией опухолевых очагов, сохранить удовлетворительное качество жизни больной.

Литература

1. Л.Г. Жукова Современные подходы к лечению метастатического рака молочной железы Ж. "Вместе против рака. Врачам всех специальностей" №1, 2006 г.
2. К.Р. Зейналова, Н.Н. Семенов, М.Р. Личиницер АВАСТИН (БЕВАЦИЗУМАБ) В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ: НОВЫЕ ДАННЫЕ. Ж. Онкология [№18 \(113\)](#)
3. Miller KD, Wang M, Gralow J, et al. E2100: a randomised phase III trial of paclitaxel versus paclitaxel plus bevacizumab as first-line therapy for locally recurrent or metastatic breast cancer. Presented at the 41st Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology (ASCO); 13-17 May 2005, Orlando, FL, USA.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ГУ ГОД Г. АСТАНА РК.

Жусупова Б.Т., Мухамеджанова П.М., Рутжанова Ж.Ю., Ушаков С.А., Сембаев Д.Р.

ГУ Городской онкологический диспансер г. Астаны РК.

Цель: определение эффективности в отношении профилактики развития метастазов в кости посредством применения клодроновой кислоты (бонефоса).

Материал: С 2004 года по 2008 год в отделении химиотерапии ГУ ГОД г. Астаны пролечено 647 женщин по поводу рака молочной железы с I,II,III стадиями процесса. После завершения адъювантных циклов химиотерапии в сроке не позднее 6 месяцев 236 больным произведено внутривенное введение бонефоса, по 300 мг 2 часовой инфузией в течении 5 дней. С 6 дня начинался прием бонефоса внутрь по 1600 мг в сутки и продолжался минимум в течение 6 месяцев (34 женщины – в течение 2х лет). Пациентки каждые 3 месяца проходят контрольные исследования, включая лабораторное обследование, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и малого таза, исследование уровня СА 15.3, по показаниям – спондилографию и рентгенографию других отделов костной системы.

Результаты: среди женщин, принимавших бонефос с профилактической целью в течение 6 месяцев в 2004-2008 гг, метастатическое поражение костей через 1-2 года развилось в 9 случаях, что составило 3,8%. В то время, как среди больных, не получавших лечение бисфосфонатами с профилактической целью, метастатическое поражение костей развивалось в 46 случаях (11,1%). Отмечалась хорошая переносимость препарата. Побочные реакции отмечались в 5 случаях (в 1м случае на фоне внутривенной инфузии, в 4 – приема внутрь), что послужило поводом для отмены лечения бонефосом.

Выводы: применение бонефоса с профилактической целью при раке молочной железы значительно снижает риск развития костных метастазов, что подтверждено наблюдением за пациентками в последующие годы. Это делает необходимым назначение бисфосфонатов в плане комплексного лечения при раке молочной железы, расценивать как стандарт, наряду с применением их при развившихся костных метастазах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОЦЕТАКСЕЛА В НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ П-Ш СТАДИИ ПО ДАННЫМ ГУ ГОД Г. АСТАНЫ РК.

Жусупова Б.Т., Мухамеджанова П.М., Рутжанова Ж.Ю., Сембаев Д.Р., Нурпеисова А.А., Бейсеуова Ж.А.

ГУ Городской онкологический диспансер г. Астаны РК.

Цель: определить преимущество применения Доцетаксела в качестве неоадьювантной химиотерапии при раке молочной железы.

Материал: с 2006 по 2008гг в условиях отделения химиотерапии ГУ ГОД г. Астаны 278 женщинам проводилась неоадьювантная химиотерапия при раке молочной железы П-Ш стадии. Из них 215 пациенткам проводилась химиотерапия по схеме FAC x 4 цикла (1 группа), 63 – сразу по схеме DAC\DC x 4 цикла (2 группа). Выбор режима лечения определялся распространенностью процесса, а также с учетом возраста пациенток, степенью риска развития прогрессирования процесса. Эффект лечения оценивался на основании физикальных данных, данных маммографии и УЗИ в динамике.

Результаты: в 1й группе 150 пациенток (69,8%) направлены на следующий этап лечения (радикальную операцию), 56 пациенткам (26%) химиотерапия продолжена в режиме DAC\DC 3-4 цикла, после чего 47 (83,9%) из них также произведена радикальная операция. Во 2й группе из 63 больных 58 (92%) направлены на радикальную операцию. В связи с прогрессированием процесса 14 пациенткам (5%)(9 (4,2%) и 5 (7,9%) из соответствующих групп) лечение продолжено как паллиативное. При гистологическом исследовании удаленных опухолей после применения схем с Доцетакселом в 1,4 раза чаще отмечался лекарственный патоморфоз Ш-1У степени. При проведении лечения, включающем Доцетаксел, развитие гематологических осложнений Ш-1У степени отмечалось в 1,5-1,6 раза чаще, но были обратимыми, корректируемыми ГКС, КСФ. Отмены Доцетаксела в последующем не производили.

Выводы: при проведении неоадьювантной терапии включение Доцетаксела в схемы полихимиотерапии имеет преимущества по эффективности, подтвержденные не только клинически, но и морфологическими данными.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЗИ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ.

Ивахно К.Ю., Карнаух П.А., Воронин М.И., Лейхт Т.Н., Кинзерский С.А.

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер. ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. г. Челябинск, Россия.

Введение. основополагающими факторами для выбора органосохранного хирургического лечения при локализованном ПКР являются характеристики опухоли, состояние сохранной почечной паренхимы на стороне поражения и состояние контралатеральной почки.

Цель исследования. Оптимизировать способ открытой резекции почки, используя интраоперационный ультразвук для маркировки края опухоли соноконтрастными иглами с целью более точного определения границ образования и максимального сохранения здоровой паренхимы.

Материалы и методы. За последние 10 лет в отделении урологии ЧОКОД выполнено 177 открытых резекций почек, в том числе 17 с использованием интраоперационного УЗИ. Почка выделялась из жировой капсулы. При помощи компактного интраоперационного ультразвукового сканера Pro Focus 2202 определялись границы опухоли и производилась их маркировка соноконтрастными иглами отступая от края опухоли на 3-5мм. Выполнялась резекция новообразования со срочной гистологией для определения роста по линии резекции.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения наблюдались в 2 (11,8%) случаях: кровотечение из зоны резекции, купировалось консервативно. При гистологическом исследовании края резекции положительный хирургический край не определялся. Специфическая и безрецидивная выживаемость на сроке наблюдения 18 месяцев составила 100%.

Выводы. Внедрение интраоперационного УЗИ позволяет более точно определить границы опухоли, что даёт возможность максимально сохранить здоровую паренхиму почки, не влияя на количество ранних и поздних осложнений, а также на специфическую и безрецидивную выживаемость.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта ros_chel@mail.ru. VII онкологическое отделение (онкоурологии). Ивахно Константин Юрьевич.

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПАРАМЕТРАЛЬНЫХ РЕЦИДИВАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ – ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ.

Ивахно М. Н., Важенин А.В., Воронин М.И., Васильева Т.А., Бочарникова Н. Б., Бехтерева С.А., Привалова Е. С., Ковалец Л.В., Пащенко А. С., Лейхт Т. Н.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер», ЮУНЦ РАМН, Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии Росздрава», г. Челябинск.

Прогноз у больных с рецидивами рака шейки матки крайне неблагоприятный. При параметральных рецидивах выбор метода лечения ограничен и сложен: хирургическое вмешательство в радикальном объеме технически невыполнимо и биологически не оправдано; при выборе метода лучевой терапии наибольшее значение имеют особенности первичного лечения (лишь использование достаточно больших суммарных поглощенных доз, подводимых к рецидивному узлу в параметриях, может привести к длительному излечению, а это, как правило, не возможно в силу того, что дозовая толерантная нагрузка здоровых тканей, в том числе и смежных органов, практически исчерпана); химиотерапия рака шейки матки при его рецидивах не получила широкого распространения в силу резистентности опухоли к цитостатикам и их высокой токсичности. Уровень токсичность крайне важна для этого контингента больных, учитывая тяжесть общего состояния, лабораторные показатели состояния функций почек, печени, кроветворной функции организма.

Цель исследования: целью настоящего исследования является улучшение непосредственных результатов лечения больных с рецидивами рака шейки матки в параметральную клетчатку.

Материалы и методы: нами была проведена внутриартериальная масляная химиоэмболизация маточных артерий 5 больным с диагностированным параметральным рецидивом рака шейки матки. Диагноз: параметральный рецидив, был выставлен на основании клинических

данных, бимануального ректовагинального обследования, данных УЗИ органов малого таза, трансвагинального УЗИ органов малого таза, УЗДГ сосудов шейки матки и параметриев, данных КТ органов малого таза (по показаниям), данных МРТ органов малого таза (по показаниям), уровня онкомаркера SCC-A.

После дообследования и установки диагноза, больным проводилась подготовка к рентгенэндоваскулярному вмешательству, рассчитывалась доза подводимого цитостатика, подготовка к системной и регионарной химиотерапии. Цикл ПХТ по схеме LFP или CAP (в зависимости от гистологического строения первичного очага) начинался с системной химиотерапии, а препарат цисплатин в обеих схемах вводился регионарно в процессе масляной химиоэмболизации по следующей методике. В условиях рентген-операционной производилось приготовление химиоэмболизата – смешивание масляного контрастного препарата (йодолипол) с цитостатиком, затем производилась сосудистое вмешательство – пункция бедренной артерии по Сельгиндеру, катетеризация ВПА, ангиография с введением водорастворимого контрастного препарата, по результатам которой во всех 5 случаях была диагностирована патологическая сосудистая сеть. Затем проводилась селективная катетеризация маточной артерии, инфузия химиоэмболизата в магистральную артерию кровоснабжающую область опухолевого поражения. После введения химиоэмболизата в маточную артерию на стороне поражения, с целью редукции кровотока, катетер устанавливался в бассейн ВПА, проводилась эмболизация опухолевых новообразованных сосудов гидрогелевыми эмболами. Эмболизации подвергались все обнаруживаемые новообразованные опухолевые артерии с целью тотальной деваскуляризации опухоли. Внутриартериальную химиоэмболизацию, при необходимости, проводили с двух сторон.

Выводы: преимуществами данной методики является то, что внутриартериальная химиоэмболизация мало инвазивна, воздействие селективное – только около 50% препарата попадает в системный кровоток, соответственно повышается концентрация препарата в опухолевой ткани и снижается системное токсическое действие, что приводит к некрозу опухолевой массы. Это позволяет добиться таких положительных эффектов, как снижение дозы химиопрепаратов с уменьшением количества побочных реакций и системного токсического действия, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни у онкологических больных. Также к преимуществам относится и возможность проведения повторных курсов.

Побочные эффекты данной методики сопоставимы с таковыми при самостоятельной эмболизации и регионарной химиотерапии, а именно:

- болевой синдром, проявляющийся в первые сутки после проведения процедуры (боли внизу живота);
- повышение температуры тела, связанное с внутриартериальным вмешательством;
- тошнота, иногда рвота, связанные с системным действием противоопухолевых препаратов.

Все побочные эффекты купировались соответственно обезболивающей (чаще применялись ненаркотические анальгетики), дезинтоксикационной, антиэметической терапией. С целью профилактики гнойно-воспалительных процессов назначалась антибактериальная терапия. Осложнения при проведении данной манипуляции отмечены не были.

Через 1 месяц после проведенного лечения больные вновь проходили ангиографическое обследование, по результатам которого оценивалась динамика заболевания, также для оценки проведенного ранее лечения применялись бимануальное ректовагинальное исследование, УЗИ органов малого таза, УЗДГ сосудов шейки матки и параметриев, МРТ органов малого таза (по показаниям), уровень онкомаркера SCC-A.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РАБОТНИЦ ПЛУТОНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА: ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ

Казачков Е.Л.¹, Зубкова О.В.²

¹ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, Челябинск, ²ПАО ФГУЗ ЦМСЧ №71 ФМБА РФ, г. Озерск, Челябинская область

Как известно, в 1948 году на Южном Урале для достижения ядерного паритета СССР срочно создавалось новое производственное объединение (ПО) «Маяк» для получения чистого оружейного плутония (²³⁹Pu), физико-химические свойства которого в то время еще не были изучены. Спешка и отсутствие достаточных знаний в области радиобиологии ²³⁹Pu порождали в первые годы эксплуатации завода пренебрежение к вопросам техники безопасности и производственной санитарии, что создавало крайне неблагоприятную радиационную обстановку в рабочих помещениях. При этом в радиохимическом отделении (РО) работали, в основном, молодые женщины, закончившие ВУЗы и техникумы и прошедшие специальную подготовку в московских НИИ.

Наибольшую опасность в первые годы эксплуатации промышленного комплекса представляли радиоактивные аэрозоли, бывшие причиной внутреннего облучения работников (α -частицы), а также внешнее, преимущественно, γ -облучение. В 1971 году было пущено в эксплуатацию новое производство ²³⁹Pu. Тогда были решены многие вопросы санитарно-гигиенического обеспечения производственного процесса и защиты персонала. Вскоре стали проявляться первые детерминированные эффекты облучения: различные формы лучевой болезни, лучевые дерматиты, пневмосклероз, а спустя многие годы – отдаленные последствия в виде возрастающей онкологической заболеваемости. Так, уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличился за эти годы в 10 раз, а у женщин при раке молочной железы (РМЖ) – в 11,7 раза.

Представляемые материалы являются первым этапом исследования, цель которого – изучить клинико-морфологические характеристики РМЖ у работниц ПО «Маяк» (г. Озерск) в зависимости от параметров «доза-эффект». В данной работе нами проведен ретроспективный анализ заболеваемости и смертности по раковому регистру населения г. Озерска за 1948-2007 годы. В этот временной период выявлено 894 случая РМЖ среди жительниц города (733 из них не имели профессионального отношения к плутониевому производству), среди которых зарегистрирована 161 работница комбината (18%). Чаще выявляли I-II стадию заболевания (69,6%), реже – III (21,9%) и IV стадии. (8,5%). Возрастная характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Среди всех заболевших было 133 работницы основного производства ²³⁹Pu (табл. 2). При этом среди работниц реактора, где имело место преимущественно γ -облучение, было 24 случая РМЖ. Наибольшее количество наблюдений РМЖ (59) отмечено среди работниц РО комбината, чуть меньше (50) – плутониевого производства, где могло иметь место как внешнее, так и внутреннее облучение. У работниц вспомогательных служб, которые не имели контакта с производственными вредностями, но в процессе своей профессиональной деятельности могли попасть в опасные цеха, зарегистрировано 28 случаев РМЖ. Рабочий стаж колебался от нескольких месяцев до 47 лет. Наибольшей опасности подвергались люди, нанятые на производство в период с 1948 по 1972 гг.

Таблица 1

Возрастная характеристика жительниц города (n=733) и работниц плутониевого производства (n=161) с раком молочной железы в различные временные периоды

Годы	1949-1960		1961-1970		1971-1980		1981-1990		1991-2000		2001-2007	
	n	Средний возраст (Me)	n	Средний возраст (Me)	n	Средний возраст (Me)	n	Средний возраст (Me)	n	Средний возраст (Me)	n	Средний возраст (Me)
Жительницы города	13	48,2	35	49	92	51,6	170	55,2	231	57,8	192	60,8
Работницы основных производств	3	36,5	15	42,2	21	50,3	27	53,7	47	62,7	48	67

Таблица 2

Характеристика работниц различных подразделений ПО «Маяк», умерших от рака молочной железы

Подразделения ПО «Маяк»	n	Средний рабочий стаж (лет, Me)	Наняты в 1948-72 гг. n (%)	Период от начала работы на ПО до постановки диагноза (лет, Me)	Умерли		Продолжительность жизни с РМЖ	
					от РМЖ (n)	от других причин (n)	≤1 года n	≥5 лет n
Реактор	24	24,5	19 (79%)	27,75	16	1	7	6
Радиохимическое производство	59	24,3	54 (92%)	34,3	23	8	5	6
Плутониевое производство	50	21,5	33 (66%)	27,6	20	13	5	3
Вспомогательные производства	28	25,4	12 (43%)	-	14	2	2	7
Всего	161							

Таким образом, на основе созданного в Южно-Уральском институте биофизики (г. Озерск) ракового и медико-дозиметрического регистра персонала ПО «Маяк» и проведенного анализа создается впечатление о возможном влиянии внешнего и внутреннего облучения на частоту развития РМЖ, что четко коррелирует с существенным увеличением удельного веса пациенток старших возрастных групп среди заболевшего персонала основных заводов. В дальнейшем планируется изучить макро- и микроскопические особенности РМЖ у работниц градообразующего предприятия, оценить заболеваемость, характер полиморбидности, летальность при этом страдании в зависимости от характера и дозы облучения.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРОСТАТЫ.

Каприн А.Д., Гафанов Р.А., Гармаш С.В., Фастовец С.В.

ФГУ Российский Научный Центр Ренгенорадиологии Росздрава, Москва

Актуальность темы: неудачи терапии генерализованного рака предстательной железы (РПЖ) во многом обусловлены развитием резистентности опухоли к осуществляемому медукаментозному воздействию. При этом у 20-30% больных РПЖ возникновение гормональной резистентности отмечается уже на первом году лечения. На сегодняшний день одним из наиболее эффективных химиопрепаратов применяемых у больных с метастатическим гормонорезистентным раком предстательной железы (ГР-РПЖ) является доцетаксел в сочетании с преднизолоном.

Материалы и методы: показания к лечению – пациенты с метастатическим гормонорезистентным раком предстательной железы с морфологически подтвержденным диагнозом.

Всего в работу был включен 21 пациент. На первом этапе лечение проводилось по схеме – доцетаксел 75 мг/м^2 1 раз в 21 день + преднизолон 10 мг в день постоянно. Эффективность лекарственного лечения оценивалась после каждых 2 курсов терапии. Обследование включало в себя: компьютерную томографию органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза; остеосцинтиграфию. Перед началом лечения и с диагностической целью проводилось измерение уровня ПСА в крови, исследование периферической крови (клинический и биохимический анализы), мочи. Далее исследования повторялись перед каждым курсом химиотерапии, перед началом ДЛТ, введением ^{89}Sr -хлорида, а клинический анализ крови – в процессе лечения не реже 1 раза в неделю.

Если на фоне лечения отмечалась стабилизация, то продолжалось проведение химиотерапии до момента наступления прогрессирования. При лечении доцетакселом частичная регрессия получена у 19%, а стабилизация – 38,1% пациентов. Средняя продолжительность ремиссии (частичная регрессия + стабилизация) при лечении по схеме доцетаксел + преднизолон составила 4,6 месяца.

При ГР-РПЖ важным критерием эффективности химиотерапии является изменение уровня ПСА. У пациентов, получивших комплексную терапию мы отмечаем достоверное снижение среднего значения ПСА до 129,6 нг/мл. Проводимое лечение привело к снижению уровня ПСА у 12 (57,1%) пациентов, при этом регрессия маркера более чем на 50% отмечена у 6 (28,6%) человек с признаками частичной регрессии и стабилизации. Отмечено изменение среднего значения индекса Карновского с 63,3% до 86,7% после химиотерапии.

При появлении болевого синдрома в костях и прогрессировании заболевания больным проводилась паллиативная дистанционная лучевая терапия РОД 2-6,5 Гр, СОД 26-46 Гр. При проведении которой стабилизация была зарегистрирована у 10 (47,6%) пациентов, прогрессирование – у 11 (52,9%). Средняя продолжительность ремиссии после дистанционной лучевой терапии составила 3,5 месяца.

При последующем прогрессировании больным начинали вводить ^{89}Sr -хлоридом Cl 4,0 мКи за одно введение. Стабилизация получена у 9 (42,9%) больных, прогрессирование – у 12 (57,1%).

После проведения химиотерапии уменьшение или исчезновение болей выявлено у 42,8%, а после дистанционной лучевой терапии – у 33,4% пациентов. Уменьшение дозы ненаркотических анальгетиков отмечено у 3 и 3 больных, соответственно.

Анализ выживаемости: общая выживаемость пациентов получивших комплексное лечение составил 19,2 месяца медиана выживаемости – 21 месяц. При получении частичной регрессии заболевания на фоне химиотерапии медиана продолжительности жизни равная $20 \pm 2,0$ месяца достоверно выше медианы выживаемости пациентов, у которых была отмечена

стабилизация на фоне ХТ – $19,6 \pm 2,5$ месяцев и прогрессирование заболевания – $18,6 \pm 1,5$ месяцев.

Также не получено достоверных различий между медианами продолжительности жизни, полученных при стабилизации заболевания на фоне ДЛТ – $20,2 \pm 0,7$ месяца и при прогрессировании заболевания – $18,5 \pm 0,6$ месяцев.

Выводы: таким образом, видно, что проведение комплексного лечения с включением химиотерапии, дистанционной лучевой терапии и радиофармакотерапии позволило получить достаточно высокую эффективность, улучшить продолжительность и качество жизни пациентов с диссеминированной формой ГР-РПЖ.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ЭНДОУРОГИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ ПОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ.

Каприн А.Д., Костин А.А.

ФГУ Российский Научный Центр Ренгенорадиологии Росздрава, Москва

Актуальность. Несмотря на имеющиеся успехи в лечении злокачественных новообразований, паллиативная помощь в настоящее время является необходимым компонентом комплексного лечения онкологических больных на всех этапах, а в отдельных случаях приобретает самостоятельное значение. В этой связи оптимизация паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований и совершенствование методов лечения этого контингента больных является актуальной проблемой.

Материалы и методы. За период с 1997 по 2010 гг. на базе отделения онкоурологии РНЦРР была оказана специализированная урологическая помощь 309 онкологическим больным с урологическими осложнениями. Среди осложнений чаще всего наблюдались обструктивные и воспалительные изменения со стороны мочевых путей, обусловленных сдавлением или прорастанием опухолью. Особую группу составили больные с лучевыми повреждениями мочевых путей. По нозологиям больные распределились следующим образом: рак предстательной железы мы наблюдали у 68 больных, рак шейки матки у 113, рак толстой кишки у 54 пациентов, рак яичников у 37 больных, рак прямой кишки у 21. Кроме медикаментозной уроантисептической, антибактериальной, противовоспалительной терапии нами применялся целый ряд эндоурологических пособий включавших установку специальных катетеров-стентов «Oncotec» (254 пациента). Ригидная центральная часть стента облегчала установку, а так же препятствовала сдавлению опухолью или рубцами. Применение этих стентов, а так же специальной антеградной методики установки позволило избавиться от нефростомических дренажей 129 больных. 39 больным выполнена установка растворимых внутрипростатических стентов. У 37% больных длительность безрецидивного периода составила более полутора лет. У оставшейся части пациентов срок наблюдения составил менее года. Все больные в послеоперационном периоде удерживали мочу, при удовлетворительных показателях уродинамики. Нами так же широко выполнялся паллиативный ТУР предстательной железы (59 больных), позволивший избавиться 29 пациентов от цистостомических дренажей.

Выводы. Эффективная и адекватность симптоматическая и паллиативная эндоурологическая помощь онкологическим больным с урологическими осложнениями может значительно улучшить качество жизни больных, а так же послужить повышению эффективности апробированных, традиционных методов лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В СКЕЛЕТ.

Каприн А.Д., Фомин Д.К., Назаров А.А., Клименко А.А.

ФГУ РНЦРР

Директор: член-корр. РАМН, профессор В.А.Солодкий

Почечно-клеточный рак является одним из наиболее тяжелых онкоурологических заболеваний: на момент диагностики у более чем 30% пациентов уже при первичном обращении имеют обширные метастазы.

У 50% из вновь диагностированных пациентов заболевание переходит в метастатическую стадию в течение первого года от постановки диагноза. Одним из органов-мишеней при метастазировании являются кости скелета.

Частота костных метастазов при раке почки – от 33 до 40%, при этом чаще всего поражаются позвоночник, ребра, кости таза и плечевые и бедренные кости. У 70-90% больных в IV стадии заболевания самым частым и характерным симптомом генерализации опухолевого процесса является наличие резких болей в костях и суставах.

В тех случаях, когда у больных с IV стадией заболевания, с наличием множественных метастазов в костную систему и выраженным болевым синдромом, возможности системной терапии уже исчерпаны, а внешние поля облучения не перекрывают все области метастатического поражения скелета, методом выбора является терапия радиоактивными препаратами, локально воздействующими на метастатические очаги в костях.

В ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий разработана и внедрена схема ведения онкологических больных со множественными метастазами в скелет и некупирующимся болевым синдромом с применением системной радиотерапии Sr-хлоридом, разработана методика контроля за эффективностью лечения.

В период с 2000 по 2009 года в ФГУ РНЦРР проведено лечение методом системной лучевой терапии 19 больных с множественными костными метастазами при раке почки.

Средний возраст больных составил 63 года, из них женщин 8 и 11 мужчин.

Гистологически у всех пациентов выявлен почечно-клеточный рак (светлоклеточный вариант) по данным биопсии и операционного материала.

У 5 пациентов костные метастазы выявлены первично, 2 из них на первом этапе проведена циторедуктивная нефрэктомия, 3 пациентам хирургическое лечение не проведено в связи с общими противопоказаниями.

У 14 (73%) пациентов костные метастазы выявлены в период от 1 года до 7 лет после проведенного ранее хирургического лечения (радикальной нефрэктомии). Стадия заболевания была от T1NoMo до T3c N1M1.

Все пациенты при выявлении отдаленных метастазов получили иммунотерапию от 1 до 10 курсов препаратов интерферронового ряда в дозе от 3 до 5 млн разными курсовыми дозами. На фоне проведения иммунотерапии отмечена прогрессия заболевания. В связи с сильным болевым синдромом пациентам после дообследования была рекомендована и проведена системная лучевая терапия препаратом ⁸⁹Sr-хлорид. Перед введением ⁸⁹Sr-хлорида пациенту объяснялся принцип лечения и возможные субъективные проявления (временное усиление болей через 5-7 дней после инъекции) и возможные осложнения данного лечения. У большей части больных 78% (15 человек) после введения радиофармпрепарата на 5-7 сутки отмечалось усиление болей, которое потребовало приема анальгетиков. Через 30-60 дней проводилось контрольное изучение анализов крови

Анальгезирующий эффект в среднем начинался в среднем через 10 – 15 дней от начала лечения у большей части пациентов 89% (17 человек). Максимальное обезболивание проявлялось к концу первого месяца после введения препарата и сохранялось в среднем 4 – 6 месяцев. У 2(10%) пациентов боли усилились что потребовало проведения терапии анальгетиками. Повторное введение радиофармпрепарата им не проводилось.

Повторное введение ⁸⁹Sr-хлорида осуществлялось через 3 месяца с момента первого введения препарата 11 (57%) пациентам у которых отмечен обезболивающий эффект, отмечена положительная динамика и/или стабилизации метастатического процесса в костях по данным контрольной остеосцинтиграфии и наличии стабильных показателей уровня лейкоцитов, тромбоцитов и эритроцитов в сыворотке крови в течение курса лечения и после его окончания. У 6 (31%) пациентов отмечены изменения со стороны крови (снижение лейкоцитов и тромбоцитов, что потребовало проведения специализированной терапии.

Результатами системной лучевой терапии явились снижение или исчезновение болей вообще, улучшение качества жизни этой категории больных, снижение накопления остеотропного диагностического радиофармпрепарата в очагах поражения при остеосцинтиграфии у части пациентов, регрессия метастазов по данным рентгенорадиологического обследования.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БРАХИТЕРАПИИ В ФГУ РНЦРР РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ.

Каприн А.Д. Цыбульский А.Д., Герасимов А.А., Шестаков А.В.

*ФГУ Российский научный центр
рентгенорадиологии Росмедтехнологий
ул. Профсоюзная 86, Москва, 117997,
Россия*

Материал и методы. В Российском научном центре рентгенорадиологии Росмедтехнологий имплантация микроисточников I-125 больным локализованным и местнораспространенным раком предстательной железы выполняется с 2004г. Также с 2008 г. проводится брахитерапия источником высокой мощности дозы (Ir-192). За прошедший период проведено 608 операций, из них 380 брахитерапии I-125 в монорежиме до СОД 140 Гр., 151 операция I-125 в комбинированном режиме до СОД 110 Гр и 77 операций Ir-192 в комбинированном режиме РОД 10 Гр с последующим проведением ДЛТ на весь объем малого таза СОД 44-46 Гр.

Таблица 1. Количество проведенных брахитерапий с использованием I-125.

Годы	I-125	СЛТ-125	СЛТ Ir-192	Всего
2004	1			1
2005	6			6
2006	67	7		74
2007	88	34		122
2008	117	42	41	200
2009	86	68	18	172
2010	15	0	18	33
Всего	380	151	77	608

Результаты. При оценке результатов лечения, рецидив рака предстательной железы был выявлен у 8% больных в группе, где была выполнена брахитерапия в монорежиме, 11% – брахитерапия в сочетании с ДЛТ и 5% случаев рецидив наблюдался у больных в группе высокоэнергетической брахитерапии в сочетании с ДЛТ. Необходимо учитывать и тот факт, что 2 последние группы больных – это в основном пациенты с промежуточным и неблагоприятным прогнозом основного заболевания (T1-3N0M0, ПСА более 10 нг/мл, индекс по Глисон 7-10).

При оценке осложнений лучевого лечения наиболее значимым среди всех является симптом острой задержки мочи. В группе больных, которым была проведена брахитерапия в монорежиме, частота ОЗМ составила 6,5%, при сочетанной лучевой терапии I-125 – 7,2% и в группе больных с применением высокоэнергетической брахитерапии – 2,6% случаев.

Таблица 2. Осложнения комплексных методов лечения РПЖ.

Осложнения	Брахитер	СЛТ I-125	СЛТ Ir-192
Острая задержка мочи	6,5%	7,2%	2,6%
Недержание мочи	1,3%	2%	-
Стриктура уретры	2,9%	4%	-

Выводы. Брахитерапия является современным, высокотехнологичным, эффективным и щадящим методом радикального лучевого лечения локализованного и местнораспространенного рака предстательной железы. Предварительная сравнительная оценка результатов высокоэнергетической брахитерапии источником Ir-192 и I-125 в сочетании с ДЛТ показала преимущество первой относительно урологических осложнений.

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

Кинзерский А.Ю., Марышева И.В., Пестун Л.Е., Акинфин А.Г.

НУЗ ДКБ на ст. Челябинск ОАО «Российские железные дороги»

Актуальность темы: Диагностика злокачественных новообразований желудка продолжает оставаться одной из важных проблем онкологии (Давыдов М.И. и соавт., 2005; Narisawa R. et al., 2008). В этой связи важным является поиск новых подходов в области диагностики новообразований желудка. Кроме того, в современной онкологии остаются до конца не решенными вопросы максимально точной оценки степени распространения рака желудка и его дифференциации с новообразованиями других гистологических типов в целях выбора адекватного и эффективного метода лечения (Щепотин Н.Б., 2000).

Цель работы повышение эффективности диагностики рака желудка ультразвуковым методом.

Материал и методы

В исследование включены 106 больных с различной опухолевой и предопухолевой патологией желудка находящиеся на лечении с 2005 по 2010 годы на базе НУЗ ДКБ ОАО «РЖД».

Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от характера визуальной макроскопической картины, выявленной патологии.

В I группу вошли 76 (71,70%) пациента, которым при первичном визуальном осмотре был предложен диагноз распространенного рака желудка. В II группу вошли 12 (11,32%) пациентов с различными видами неэпителиальных опухолей. В III группу вошли 18 (16,98%) пациентов с предположительной компрессией на стенку желудка из вне. По таким параметрам, как пол и возраст пациенты выделенных групп были сопоставимы.

Всем пациентам во время выполнения эзофагогастродуоденоскопии, производилась биопсия опухоли различными способами.

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и ДПК выполняли с помощью эндоскопов «Fujinon» (FG-100 FP), «Olympus» (GF XQ-30), «Olympus» (GF XQ-10), «Olympus» (GIF-2T10, двухканальный гастроскоп, для лечебных манипуляций) с торцевым расположением оптики.

Ультразвуковое исследование выполняли с помощью аппаратов «Philipps En Vizor», «Acuson Aspen» и «TOSHIBA», представляло собой многопроекционное сканирование абдоминального отдела пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Использовали конвексный (С) и линейный (L) датчики с частотой 3,5-4 МГц и 7-10 МГц соответственно.

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование желудка выполняли в два этапа. На первом этапе производился осмотр брюшной полости натощак. Целью второго этапа служило детальное изучение стенок желудка и его полости, в связи с чем осмотр производился с наполнением желудка жидкостью в стандартных проекциях (лежа на спине, на правом боку, на левом боку, полусидя).

Правильное расположение датчика подтверждало появление равномерной слоистой структуры стенки. Данные визуального осмотра и ультразвукового сканирования сопоставлены с дооперационным и послеоперационным гистологическим заключением.

Проведенная визуальная эндоскопическая диагностика опухолей патологии показала, ошибки в определении границ опухолей инфильтрации наблюдались в 10,8%, гипердиагностика рака желудка при эндофитных и экзофитных его поражениях была 8,5%, ложноотрицательное заключение щипцовой биопсии среди инфильтративных и экзофитных новообразований выявлены в 12,4%, а среди неэпителиальных опухолей в 78,9% случаях.

Приведенные результаты свидетельствуют, что на современном этапе обследования гастроскопии и щипцовой биопсии недостаточно для адекватной уточняющей и дифференциальной диагностики новообразований желудка.

Распространенный рак желудка. Первая группа с визуальным диагнозом рак желудка составила 76 больных. Общий ультразвуковой признак всех форм распространенного рака желудка – это наличие неоднородного гипоехогенного образования, которое исходит из слизистой оболочки, с глубиной инвазии в мышечный слой или серозный слой, или выходит за пределы стенки желудка с нарушением дифференцировки между слоями.

Анализ проведенного исследования показал, что в 14,9% наблюдений ультразвуковое исследование желудка с контрастированием улучшила по сравнению с гастроскопией оценку распространения опухолевой инфильтрации по отделам желудка. Эти данные были сопоставлены с послеоперационной оценкой.

Чаще всего несовпадение границ опухолевого роста, были когда при сканировании распространенность инфильтрации была более протяженной, мы наблюдали в случае инфильтративного опухолевого процесса (7,9%), при котором опухолевые клетки инфильтрируют преимущественно подслизистый слой.

Задачей наших исследований являлось изучение возможностей ультразвукового исследования с контрастированием в определении глубины инвазии. Нами проанализированы результаты сканирования всех макроскопических форм распространенного рака желудка.

При распространенном раке желудка глубина инвазии оценена правильно в 91,3% случаев. Недооценка распространения опухоли в подслизистый слой наблюдалась при всех макроскопических формах и составила в среднем 4,3%. Самой высокой 7,8% она была среди пациентов с блюдцеобразным раком и связана с наличием в дне язвы толстого слоя фибрина, влияющий на ультразвуковую картину.

Переоценка глубины инвазии составила 2,5%, была среди пациентов с блюдцеобразным (5,3%) и полиповидным (3,4%) раком.

Кроме определения границ и глубины инвазии опухоли нашей задачей было оценить состояние регионарных лимфатических узлов. Нами выявлено что в 58,6% случаях с распространенным раком желудка перигастральные лимфатические узлы увеличены. В 38,6% случаях предположительно они имели метастатический характер и характеризовались округлой формой, низкой экзогенностью, гомогенной структурой, их размеры превышали 6 мм. Гиперпластические узлы в 8% случаях были с повышенной экзогенностью, размером до 6 мм., овальной или плоской формы, однородной структуры.

В целом чувствительность ультразвукового исследования желудка с контрастированием в оценке перигастральных лимфоузлов составила 80%, специфичность – 93%, диагностическая точность – 85%.

Неэпителиальные опухоли. Во II группе 12 (11,32%) больных с визуальным диагнозом неэпителиального образования особую трудность в дифференциальной диагностике представляли опухоли, имеющие воспалительные изменения, изъязвления, сращения со слизистой оболочкой или ее прорастания. Основным отличительным признаком неэпителиального образования являлась гипоехогенная опухоль, исходящая из мышечного слоя и расположенная на границе с подслизистым слоем. Слизистый слой над опухолью истончен и четко прослеживался.

У всех пациентов ультразвуковое исследование исключило эпителиальное происхождение образования, а в 92,8% данные о гистологическом типе были подтверждены. Это свидетельствует о высокой точности метода при данной патологии, поскольку он позволяет исключить эпителиальную природу опухоли, предположить ее морфологическое строение на основе таких критериев, как слой, из которого исходит опухоль, характер контуров, эхоструктура опухоли. Также появляется возможность принимать решения в выборе способа лечения.

Компрессия стенки желудка. Проведенные нами исследования включающей 18 (16,98%) пациентов показали, что при данной патологии во всех случаях, где не было вставания в стенку желудка, мы видели сохранение всех слоев стенки, толщина не превышала 3 мм., так как была истончена за счет сдавления прилежащего образования. За стенкой желудка определялось гипоехогенное, анэхогенное, гетерогенное образование различной природы. Эти признаки являются специфическими для компрессии желудка.

По нашим данным, эффективность трансабдоминального ультразвукового исследования желудка в выявлении опухолей желудка составляет: чувствительность – 92,%, специфичность – 89,9%, точность – 91,6%.

Итак, как показали наши результаты, сочетание на догоспитальном этапе визуального и ультразвукового исследования в едином диагностическом процессе позволяет улучшить диагностику рака желудка, детализировать степень распространения инвазивного рака, проводить дифференциальную диагностику рака с неэпителиальными новообразованиями.

Такой подход способствует снижению числа неоправданных дорогостоящих исследований, а также позволяет провести адекватное лечение.

Литература

1. Годжелло, Э.А. Диагностические ошибки эндосонографических исследований при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта. / Э.А.Годжелло, Н.А.Булганина, Ю.И.Галлингер // 13-ый Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии, Москва, 24 апреля 2009г. М.,-2009.-132с.

2. Лемешка, З.А. Трансабдоминальное УЗИ в диагностике лейомиом желудка / З.А.Лемешка, М.И.Расулов, З.М.Осланова // Клиническая медицина.- 2006.- Т.84, №12.- С.57-59.
3. Малихова, О.А. Ультразвуковая диагностика и оценка эффективности лечения злокачественных новообразований желудка / О.А.Малихова, М.С.Махотина, И.И.Круглова и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – №1. – С.43-49.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ, ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ЛИМФОДИССЕКЦИИ D2.

Надвикова Е.А., Комиссаров А.В., Привалов А.В., Важенин А.В., Шеметов Е.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Цель исследования: провести сравнительный анализ непосредственных результатов различных вариантов комбинированного лечения с применением интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ).

Задачи исследования: 1. Оценить продолжительность операции и объем интраоперационной кровопотери после расширенных операций с ИОЛТ и ЛД D2, в том числе в сочетании с предоперационной лучевой терапией (ЛТ); 2. изучить влияние совместного применения ИОЛТ, предоперационной лучевой терапии и ЛД D2 на течение послеоперационного периода; 3. исследовать частоту и структуру послеоперационных осложнений, а также летальность после различных вариантов комбинированного лечения с применением ИОЛТ, предоперационной ЛТ, ЛД D2.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 52 больных раком желудка, получавшие лечение во 2 онкологическом (абдоминальном) отделении ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» в 2007г. В том числе 20 (38,5%) из них получили лечение с ИОЛТ. В соответствии с целями и задачами исследования нами были выделены следующие группы больных: 1 группа предоперационная ДГТ + операция – 8 человек, 2 группа – предоперационная ДГТ + операция + ИОЛТ – 7 человек, 3 группа – ИОЛТ + операция – 13 человек, 4 группа – только хирургическое лечение без ЛТ – 24 человека. В 4 группе в сравнении с другими группами оказался выше удельный вес больных старческого возраста (средний возраст пациентов в 4 группе 65,1 лет, $p=0,025$), а также удельный вес больных с выраженной сопутствующей патологией, так как именно по этим 2-м причинам чаще всего приходилось отказываться от ЛТ. Также многим пациентам с тяжелой сопутствующей патологией, которые в достаточно большом количестве попали в 4 группу, не выполнялась ЛД D2. Для получения сопоставимых групп из исследования были исключены пациенты, которым выполнялась ЛД в объеме D1. В результате мы получили сопоставимые группы. Получена новая выборка из 35 больных раком желудка, которым выполнялась ЛД D2.

Распределение больных по группам: 1 группа предоперационная ДГТ + операция – 8 человек, 2 группа – предоперационная ДГТ + операция + ИОЛТ – 6 человек, 3 группа – ИОЛТ + операция – 11 человек, 4 группа – только хирургическое лечение без ЛТ – 10 человек.

Следует отметить, что в 4 группе оказалось достаточно много больных с I стадией рака желудка – 40%, которым было нецелесообразно проводить комбинированное лечение, и боль-

ных с IV стадией (40%) по этой же причине. В результате, в 4 группе чаще по сравнению с другими группами выполнялись комбинированные операции (50%, $p=0,205$), которые зачастую оказывались паллиативными, что оказало влияние на объем интраоперационной кровопотери, летальность, частоту и структуру послеоперационных осложнений. Впрочем, достаточно большим удельный вес комбинированных вмешательств оказался и в 3 группе (45%, $p=0,205$).

Непосредственные результаты. В 4 группе интраоперационная кровопотеря оказалась почти в 2 раза выше чем в 3-х других группах, которые по этому показателю существенно не отличаются (1 группа- 306,3 мл, 2 группа – 366,7 мл, 3 группа – 336,4 мл, 4 группа – 640 мл, $p=0,626$).

В группах с ИОЛТ, т.е. во 2 и 3-ей, средняя продолжительность операции оказалась несколько выше чем в других группах, что вполне объяснимо и ожидаемо: 1 группа- 173,1 мин, 2 группа – 226,7 мин, 3 группа – 218,6 мин, 4 группа – 187,5 мин, $p=0,171$.

Всего отмечены различные осложнения у 8 т.е. 22,9% больных: 1 группа- 0%, 2 группа – 33,3%, 3 группа – 18,1%, 4 группа – 40%, $p=0,21$. Максимальная частота осложнений отмечена в 4 группе, что связано с исходной тяжестью этих пациентов и большим удельным весом паллиативных и комбинированных вмешательств. Вообще не было осложнений в 1 группе с предоперационной ЛТ и ЛД D2. В группах с ИОЛТ частота осложнений занимает промежуточное значение. В группе с сочетанной предоперационной и интраоперационной ЛТ и ЛД D2 осложнения отмечены у 2 пациентов – у 1 была пневмония и у 1 – лихорадка неясного генеза. В 3 группе осложнения развились у 2-х пациентов – у обоих пневмония. В 4 группе – один поддиафрагмальный абсцесс, 2 несостоятельности швов анастомоза, 1 острый инфаркт миокарда, и 2 пневмонии. В результате, в 4 группе отмечена достаточно высокая летальность – 20%. В других 3-х группах, в том числе с ИОЛТ летальности не отмечено.

Выводы: 1. ИОЛТ в сочетании с предоперационной ЛТ и ЛД D2 у больных раком желудка не приводит к существенному увеличению интраоперационной кровопотери и длительности операции.

3. При совместном применении ИОЛТ, предоперационной ЛТ, ЛД D2 в рамках комбинированного лечения больных раком желудка не отмечено достоверного увеличения частоты послеоперационных осложнений и летальности.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Королев В.Н., Суровцев И.Ю., Кулаев К.И.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) за последние годы в нашей стране получает все большее распространение и в ряде случаев является незаменимым методом оценки распространенности опухолевого процесса, включая морфологическую верификацию. Однако до сих пор не определено место эндоУЗИ в алгоритме обследования пациентов онкологического профиля. **Цель:** Разработать рациональный алгоритм обследования пациентов онкологического профиля с включением эндоУЗИ для учета планирования комбинированных программ специализированного лечения. Оценить эффективность и безопасность

использования различных методов эндоУЗИ в условиях специализированной онкологической клиники. Определить показания, противопоказания. **Материалы и методы:** с октября 2009г в условиях эндоскопического отделения клиники проведено эндоУЗИ 83 пациентам онкологического профиля. 47 (57%) исследования трансбронхиальным конвексным бронхоскопом с тонкоигольной биопсией. 22 (27%) исследований гастроскопом с радиальным электронным датчиком. 14 (16%) высокочастотным минизондом для оценки поражения слизистой пищевода, желудка и кишки. **Заключение:** 1. Трансбронхиальное исследование с тонкоигольной биопсией необходимо выполнять всем пациентам при увеличенных внутригрудных лимфоузлах. 2. Исследование радиальным электронным датчиком необходимо для уточнения опухолевой патологии панкреатобилиарной зоны и парагастральных структур. 3. Исследование высокочастотным минизондом обязательно для оценки возможности эндоскопического удаления подслизистых новообразований и раннего рака слизистой желудочно-кишечного тракта.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта gos_chel@mail.ru. отделение эндоскопии. Королев Владимир Николаевич.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Королев В.Н., Кинзерский А.Ю., Суровцев И.Ю., Кулаев К.И.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

В 2009 в рамках федеральной программы «Онкология» в эндоскопическом отделении ЧОКОД произошло полное переоснащение эндоскопических комплексов. Видеоэндоскопические комплексы с возможностью аутофлюоресцентной диагностики, эндоскопического ультразвукового обследования, многократного оптического увеличения позволяют значительно расширить спектр диагностических и лечебных манипуляций в условиях специализированной онкологической клиники.

Подобные системы новейшего образца в нашей стране появились совсем недавно, поэтому существует острая необходимость для быстреего их внедрения в работу специализированных онкологических клиник.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) в ряде случаев является незаменимым методом оценки распространенности опухолевого процесса, включая морфологическую верификацию. Однако до сих пор не определено место эндоУЗИ в алгоритме обследования пациентов онкологического профиля.

Цель: Разработать рациональный алгоритм обследования пациентов онкологического профиля с включением эндоУЗИ для учета планирования комбинированных программ специализированного лечения. Оценить эффективность и безопасность использования различных методов эндоУЗИ в условиях специализированной онкологической клиники. Определить показания, противопоказания.

Материалы и методы: с октября 2009г в условиях эндоскопического отделения клиники проведено эндоУЗИ 83 пациентам онкологического профиля. 47 (57%) исследования трансбронхиальным конвексным бронхоскопом с тонкоигольной биопсией. Использовался аппа-

рат BF UC 160F Olympus (Япония). 22 (27%) исследований гастроскопом с радиальным электронным датчиком на аппарате GIF UE 160 AL Olympus (Япония). 14 (16%) высокочастотным минизондом 12 МГц и 20 МГц для оценки поражения слизистой пищевода, желудка и кишки. Сигнал обрабатывался на ультразвуковых цетрах Aloka-α 5 (Япония), EU ME 1 Olympus (Япония), EU C 60 Olympus (Япония).

12 (14%) пациентом исследование проводилось под наркозом.

Исследования бронхиального дерева с тонкоигольной биопсией выполнялось у пациентов с перибронхиальным расположением опухоли, а также при наличии увеличенных медиастинальных лимфоузлов. Кроме того, этому контингенту пациентов проводилось чрезпищеводное исследование с помощью радиального гастроскопа для уточнения объема метастатического поражения медиастинальных лимфоузлов.

При опухолях желудка ультразвуковое эндоскопическое исследование проводилось пациентам для оценки распространенности в отношении периорганых структур ультразвуковым гастроскопом с радиальным датчиком.

Для оценки инвазии подслизистых новообразований органов желудочно-кишечного тракта исследование проводилось с помощью высокочастотных минизондов.

Результаты: верификация диагноза после тонкоигольной биопсии получена у 18 (38%) пациентов.

При исследовании высокочастотным минизондом в 5 (35%) случаях выявлена подслизистая опухоль без вовлечения мышечного слоя, которая в дальнейшем была удалена эндоскопическим путем (2 GIST опухоли, 3 липомы). В 2-х (15%) случаях выявлен рак желудка в пределах слизистого слоя. В 7 (50%) случаях выявлена инвазия подслизистой опухоли в мышечный слой, таким пациентам была выполнена хирургическая операция.

Осложнений, связанных с исследований не было. В одном (1%) случае после тонкоигольной биопсии паратрахеального лимфоузла справа возникло кровотечение, которое было успешно остановлено эндоскопическим путем с помощью аргоноплазменной коагуляции.

Выводы: 1. Трансбронхиальное исследование с тонкоигольной биопсией необходимо выполнять всем пациентам при увеличенных внутригрудных лимфоузлах в случае отсутствия другого субстрата для верификации диагноза. А также в большинстве случаев планирования комбинированных программ лечения. 2. Исследование радиальным электронным датчиком необходимо для уточнения распространенности опухоли в отношении парагастральных структур, а также опухолевой патологии панкреатобилиарной зоны. 3. Исследование высокочастотным минизондом обязательно для оценки возможности эндоскопического удаления подслизистых новообразований и раннего рака слизистой желудочно-кишечного тракта.

Заключение: проводимая работа является реализацией федеральной программы по улучшению оказания помощи пациентам онкологического профиля. Внедрение в работу специализированной клиники подобного оборудования позволяет на принципиально новом качественном уровне реализовать задачи диагностики и лечения злокачественных опухолей большинства локализаций.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Крейнина Ю.М., Титова В.А.

Российский Научный Центр Рентгенодиагностики, г. Москва

Бурное развитие медицинской техники, компьютерных технологий, фармакологии обусловили возможность стойкого излечения и полноценной реабилитации женщин с запущенными формами рака шейки матки (РШМ) на основе замены радиотерапии в монорежиме на многокомпонентную терапию, использования цитостатиков в различных сочетаниях с лучевой терапией и технологического совершенствования базового метода.

Материалы и методы. В анализ включено 112 женщин 16 – 67 лет, с верифицированным раком шейки матки IIА-IIIb FIGO, получивших химио-лучевое лечение на базе отделения радиохирургии РНЦРР (рук.- проф. В.А. Титова) в период с января 2000 по декабрь 2007 года. У 78 (69,6%) [группа 1] был проведен последовательный курс ХЛЛ, включавший сочетанную лучевую терапию (СЛТ) в режиме двухэтапного облучения и цикловую полихимиотерапию (ПХТ) на предлучевом этапе (НАХТ), с использованием препаратов платины (цисплатин, карбоплатин, оксалиплатин), таксанов (паклитаксел, доцетаксел), гемцитабина, 5-фторурацила, циклофосфана, блеомицина, доксорубина в стандартных терапевтических дозах, с числом циклов от 1 до 5, по 2-3 цикла у 87% леченых; у 34 (30,4%) женщин ПХТ по аналогичным схемам и СЛТ реализовались симультантно [группа 2]. У 14 (12,5%) женщин с метастазами в тазовые лимфатические узлы на заключительном этапе лечения адьювантно облучали средне-нижнюю группу парааортальных лимфоузлов до уровня Th12. Дистанционное облучение (ДЛТ) проводилось на гамма-терапевтических установках типа «РОКУС» и ЛУЭ 5-18мэВ, внутрисполостное (ВПГТ) – на автоматизированных брахитерапевтических комплексах «АГАТ-ВУ» (изотоп Co-60 HDR) и «Микроселектрон HDR» (Ir-192 HDR). Комплексная предлучевая подготовка включала рентгеновскую, ультразвуковую и КТ/МРТ-топометрию, расчеты проводились с использованием систем «Тонкий Луч» и «Oncentra PLATO».

Результаты и их обсуждение. Основным принципом планирования и реализации лучевого лечения в указанных когортах больных явилось индивидуальное планирование лечебного объема, ритма облучения, длительности курса и последовательности его этапов, разовых и суммарных очаговых доз, способов их подведения с минимизацией доз в критических органах на основании гистограмм «доза-объем», а также коррекция планов облучения в ходе его реализации в соответствии с динамикой опухоли.

Выбор оптимального способа и режима ДЛТ основывался на сравнительном анализе гистограмм «доза-объем» с дифференцированным вводом в планирующую систему контуров матки и регионарных лимфатических узлов как таргетных (GTV1иGTV2), а мочевого пузыря, прямой кишки, сигмовидной кишки, кожи с подкожно-жировой клетчаткой, костей таза как органов риска (OR). Индивидуализация ВПГТ при лечении на установке «АГАТ-ВУ» проводилась на основе ручной реконструкции данных динамической УЗ- и КТ-топометрии; использование системы планирования «Oncentra PLATO» позволило индивидуально планировать сеансы ВПГТ на основании реальной трехмерной реконструкции матки, органов риска, эндостатических устройств с возможностью графической оптимизации и оценки по гистограммам «доза-объем» объема критических органов, входящих в тот или иной изодозный контур. Разработанный алгоритм УЗ-планирования позволил оптимизировать число процедур КТ-МРТ – топометрии и индивидуализировать выбор эндостатических устройств. Показано, что 10% изменение объема GTV является основанием для повторного КТ-МРТ-

планирования. Использовались РОД5-6Гр, СОД от ВПГТ составили 36-50Гр, число фракций от 6 до 10. Суммарные дозы на поверхности матки от всех видов облучения в этой группе составили 62-66Гр у 33 (42,3%), 67-70Гр – у 31 (39,7%), 71-75Гр – у 10(12,8%), 76-81Гр – у 4(5,1%).

Курс реализован в запланированных дозах у 74(94,9%) больных данной группы, без перерывов – у 20(25,6%), в комплекс сопровождения у которых входило в том числе профилактическое использование Г-КСФ (Лейкостим®, ЗАО «Биокад») в режиме однократного еженедельного введения в дозе 10мкг/кг веса. 74,4% женщин облучались с перерывами в 7±3,4 дня, причиной перерывов явились ранние осложнения ≥ II степени по шкале RTOG со стороны мочевого пузыря (15,4%), кишечника (17,1%), гематологические (32,1%). Общая длительность лечения в этой группе составила 22,7±6,3 недель, в том числе до начала лучевой терапии –10,4 ± 2,2 недель, общая продолжительность периодов без спецлечения –26±11 дней. В группе 2 ПХТ и СЛТ в режиме двухэтапного облучения проводились в едином курсе, без запланированных перерывов, на фоне интенсивной комплексной терапии сопровождения. Схемы ПХТ были аналогичны таковым в группе 1, с числом циклов от 1 до 6, по 2 цикла у 65% леченых; принципы индивидуализации обоих компонентов СЛТ соответствовали таковым в группе 1. Курс реализован в запланированных радикальных дозах у 30 (88,2%), суммарные дозы на поверхности матки от всех видов облучения составили 62-66Гр у 6 (17,6%), 67-70Гр у 18 (52,9%), 71-75Гр – у 8 (23,5%), 76-81Гр – у 2 (5,8%). Без перерывов симультантное ХЛЛ реализовано только у 2 (5,8%) пациенток, 94,2% женщин облучались с перерывами в 12,5±5,4 дня, причиной перерывов явились ранние осложнения ≥II степени RTOG, в т.ч. гематологические (73,5%), со стороны мочевого пузыря (23,5%), кишечника (41,1%). Общая длительность лечения в этой группе составила 10,5±2,5 недель. Таким образом, запланированный курс ХЛЛ реализован у 104 (92,8%) больных обеих групп, общая эффективность составила 86,6%. Острых радиационных повреждений ≥ III RTOG в ходе лечения не зафиксировано.

Заключение. Индивидуальное планирование дистанционного и внутриволостного облучения в режиме реального времени на основе динамической комплексной УЗ-КТ/МРТ – топометрии, дифференцированный выбор лечебного объема, ритма облучения, длительности курса и последовательности его этапов, разовых и суммарных очаговых доз, способов их подведения с минимизацией доз в критических органах на основании гистограмм «доза-объем», а также коррекция планов облучения в ходе его реализации в соответствии с динамикой опухоли, имеют самостоятельное значение для эффективной и безопасной терапии МРРШМ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОККУЛЬТНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРЕДСТАВЛЕННОМ ПОДМЫШЕЧНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ.

Кукленко Т.В., Важенин А.В., Терешин О.С.

*ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» –
Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Росздрава.*

Оккультный рак молочной железы – редкая клиническая форма рака молочной железы. Вопросы диагностики и варианты лечебной тактики при ней до сих пор остаются спорными. Нами проведен ретроспективный и проспективный анализ 35 историй болезни пациенток с односторонним метастатическим поражением подмышечных лимфоузлов при не выявлен-

ном клинически первичном очаге в молочной железе (T0N1-2M0). Все больные прошли обследование и лечение в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере за период с 1990 по 2008 г.г. Средний возраст пациенток был 57 лет (32-81 года); статус N1 был у 56,6% и N2 у 43,3% женщин. Все больные имели нормальную маммографию и рентгенографию легких. УЗИ молочных желез проведено 21 больной – без патологии. МРТ выполнено 3 пациенткам и у всех выявлен был подозрительный очаг в молочной железе диаметром от 3 мм. Исследование по органам и системам не выявило другой патологии и отдаленных метастазов. Гистологический и иммуногистохимический анализ подмышечных метастазов показал связь лимфоузлов с раком молочной железы. Гормонопозитивных было 6 случаев.

Длительному наблюдению подверглись 33 пациентки (от 8 до 216 месяцев). Хирургический этап лечения включал мастэктомию, которая была выполнена 28 (80%) пациенткам. Из них первичный очаг был выявлен у 10 (34%). Радикальная секторальная резекция с лучевой терапией была выполнена 3 (8,5%) пациенткам (первичный очаг был найден и локализация его была оптимальна для выполнения данного объема). Подмышечная лимфаденэктомия с лучевой терапией у 3 пациенток (8,5%) и биопсия подмышечного лимфоузла с последующей лучевой и химиотерапией была выполнена 1 (2,8%) пациентке. Полихимиотерапию провели 26 пациенткам (74%), лучевую терапию 21 пациентке (60%), гормонотерапию назначили 19 пациенткам (54%).

Рак в молочной железе после подмышечной лимфаденэктомии был выявлен у 2 больных через год после операции, а продолженный рост подмышечных метастазов после биопсии был выявлен через 3 месяца в процессе химиотерапии.

Современные высокие технологии (маммография, МРТ) позволяют выявлять первичный очаг в молочной железе еще до операции. Если первичный очаг не найден, надо использовать МРТ молочных желез. Подмышечная лимфаденэктомия должна быть выполнена всегда для локорегионального контроля, уточнения стадии и прогноза, мастэктомию не обязательна, если первичный очаг выявлен и может быть удален при органосберегающей операции. В других случаях мастэктомию предпочтительна перед другими видами воздействия на молочную железу. Количество пораженных лимфоузлов влияло на прогноз. 5 лет прожили 89% больных с поражением от 1 до 3 лимфоузлов. 62% прожили 5 лет с поражением 4 и более лимфоузлов.

ПАРАСТЕРНАЛЬНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ КАК ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кулаев К.И., Королёв В.Н., Терешин О.С., Суровцев И.Ю., Шарифуллина Е.Г.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Актуальность проблемы: Одной из важных проблем на дооперационном этапе в лечении рака молочной железы, является определение степени распространённости опухолевого процесса. По данным литературы, в 15,7% – 60,0% рак молочной железы метастазирует во внутригрудные лимфоузлы.

Актуальность проблемы: Одним из ведущих факторов, который определяют стадию рака молочной железы, и следовательно изменяет тактику комбинированного и комплексного лечения, а также прогноз заболевания, является степень лимфогенной распространённости опухолевого процесса. Видеоторакоская парастернальная лимфаденэктомия, позволяет до-

биться соответствующего радикализма и морфологически подтвердить наличие метастазов в парастеральной клетчатке.

Цели: Определить место парастеральной лимфаденэктомии как компонента комплексного лечения рака молочной железы. Определить частоту метастазов, сопоставить со стадией злокачественного процесса и дифференцировкой опухоли.

Материалы и методы: с 2007 г в условиях эндохирургического центра на базе маммарного отделения челябинского областного клинического онкологического диспансера выполнено 37 видеоторакоскопической парастеральной лимфаденэктомия как дополнение радикальной операции у пациенток с раком молочной железы. Парастеральная лимфаденэктомия проводилась вторым этапом после радикального хирургического вмешательства.

Оборудование: Эндохирургические комплексы Olympus «Visera Pro», Karl Storz и Stryker. Использовался стандартный набор эндохирургического инструмента: эндоскоп с направлением угла зрения в 45°, эндохирургические зажимы, электрохирургический крючок, прямой и боковой клипатор, ретрактор, отсос.

Результаты: средний возраст обследованных пациентов был 52,5±18,1 год. I стадия опухолевого процесса была у 4 больных (10,8%), IIa стадия – у 13 (35,1%), IIb стадия – у 9 (24,3%), IIIa стадия – у 6 (16,2%), IIIb стадия – у 3 (8,1%), IIIc стадия – у 2 больной (5,5%). Центральная локализация опухоли была у 28 больных (75%), медиальная – у 9 больных (25%).

У 28 (75%) пациентов была узловая форма, у 9 (25%) пациентов – отграниченно-инфильтративная форма рака молочной железы. Из 37 пациентов морфологически верифицированы метастазы в парастеральные лимфоузлы у 9 больных (24%). У всех 9 пациентов был инфильтрирующий протоковый рак. У 7 пациентов опухоль локализовалась в центре органа, у 2-х пациентов – в медиальных квадрантах. Из 9 пациентов с метастазами в парастеральные лимфоузлы у 2, больных (5,4%) была IIa стадия, у 4 пациентов (10,8%) – IIb стадия, у 2 пациента (5,4%) – IIIa стадия и у 1 (2,7%) – IIIc стадия опухолевого процесса. По степени дифференцировки опухоли у 7 пациентов (18,9%) они расценены как средней степени дифференцировки, у 2 (5,4%) – низкой степени дифференцировки. У остальных 28 пациентов метастазы в загрудинные лимфоузлы не выявлены. Всем больным на дооперационном этапе проводилась ультразвуковое исследование. На дооперационном этапе у 4 – х пациенток при УЗИ обследовании были выявлено увеличение парастеральных лимфоузлов. Продолжительность видеоторакоскопического этапа операции составила от 50 до 120 минут. Осложнение: у 2-х (8%) пациентов возникло кровотечение из внутренней грудной артерии, у одного пациента удалось остановить эндоскопически у второго пациента остановлено из миниторакотомного доступа. Средняя кровопотеря составила 200,0 мл. Летальности, связанной с проведением загрудинной лимфадэнэктомии не отмечено. Проведение лимфодиссекции не повлияло на послеоперационный койко-день.

Выводы: По данным нашего исследования метастазы в загрудинные лимфоузлы при раке молочной железы встречаются в 24% процентов случаев. Среди больных с метастазами в загрудинные лимфоузлы преобладают больные с II б стадией опухолевого процесса, центральной локализацией опухоли и умеренной степенью дифференцировки опухолевых клеток. Метастазы в загрудинные лимфоузлы также отмечены у двух пациентов с II а стадией, причём первичная опухоль умеренной степени дифференцировки клеток и локализовалась в центре органа. При оперативном лечении рака молочной железы применение видеоторакоскопической парастеральной лимфаденэктомии позволяет решить ряд поставленных вопросов: 1) морфологически верифицировать наличие метастазов в загрудинных лимфоузлах, 2) адекватно стадировать процесс, 3) обоснованно выставлять показания для лучевой терапии на парастеральную область.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНСОХРАННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГУБЫ II-III СТАДИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ОРТОВОЛЬТНОЙ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ.

Ложков А.А., Важенин А.В., Лукина Е.Ю., Гюлов Х.Я.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

*Уральская Государственная медицинская академия
дополнительного образования*

Рак губы в России в структуре онкологической заболеваемости занимает 9 место, на долю рака губы в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского и женского населения приходится 1,3 и 0,4% соответственно. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу старше 70 лет (31,9 случаев на 100 тыс. населения).

Наиболее эффективным вариантом лечения опухолей губы является комбинированное и комплексное лечение. Хирургический компонент, который заключается в радикальном, оптимальном иссечении опухоли приводит к анатомо-функциональному нарушению целостности лица, речевого аппарата. В данной возрастной группе в этом возрасте проведение радикального хирургического лечения может быть противопоказано в силу высокого операционного риска.

Современная онкология заставляет бороться не только за радикальность лечения, продолжительность жизни, но и за качество этой жизни. Одним из новейших подходов к лечению злокачественных новообразований и обеспечивающих хороший косметический результат является фотодинамическая терапия (ФДТ). Но ФДТ является методом сугубо локального противоопухолевого воздействия, поэтому как радикальный метод используется только при раннем раке.

Следовательно, основная задача расширить возможности ФДТ в сочетании с традиционными основными видами лечения и улучшить косметический результат, качество жизни в реабилитации онкологических больных.

Цель: Оценить эффективность комбинации фотодинамической терапии и ортовольтной рентгенотерапии, косметический результат лечения рака губы II-III стадии путем оптимизации подхода к комбинированному лечению у пациентов старшей возрастной группы.

Материалы и методы: С сентября 2009 года проведено лечение пяти пациентам с раком губы II-III стадии. Среди них было 4 мужчин и 1 женщина в возрасте от 59 до 77 лет (средний возраст 66,4 года). В одном случае морфологическая картина была представлена плоскоклеточным раком низкой степени дифференцировки, в четырех случаях высокодифференцированным плоскоклеточным раком. Во всех случаях имелась экзофитная опухоль, локализовалась на красной кайме нижней губы, размером до 5 см в наибольшем измерении (T2 – T3), в одном случае имелся лимфогенный метастаз в подчелюстной лимфатический узел (N1), что соответствует 2 – 3 стадии заболевания. Первичный рак наблюдался у четырех пациентов, у одного пациента имел место рецидив опухоли после короткодистантной рентгенотерапии. Всем пациентам в хирургическом лечении отказано либо пациенты сами отказались от хирургического этапа.

На первом этапе в качестве уменьшения объема первичной опухоли проводилась ФДТ. Нами использовался отечественный фотосенсибилизатор второго поколения радахлорин. Применялся радахлорин интратуморально с расчетом дозы 0,5 -1,0 мл на 1 см², доза фотосенсибилизатора (ФС) соответствовала 1,75-3,50 мг/см² облучаемой площади. Интервал между вве-

дением ФС и облучением составлял 30 минут. В качестве источника лазерного излучения использовался полупроводниковый лазерный аппарат «Латус» с длиной волны 662 нм и выходной мощностью до 2,5 Вт. Время лазерного облучения длилось в зависимости от площади опухолевого поражения в пределах от 10-15 минут.

Через неделю после стихания некротических и воспалительных явлений после ФДТ проводилось облучение остаточного ложа первичной опухоли губы на рентгентерапевтическом аппарате средней энергии Gulmay Medical (Великобритания) до СОД=65 Гр. В одном случае с учетом остаточной дозы после короткодистантной рентгенотерапии подведена доза 42 Гр, до СОД=65 ИзоГр. Размер коллиматора соответствовал размерам остаточной опухоли, кожно-фокусное расстояние соответствовало 15 см. Всем пациентам проводилось превентивное облучение лимфатических узлов шеи до СОД=44 Гр, а при наличии лимфатических метастазов – локальное облучение метастаза до СОД=60-66 Гр на гамма-терапевтическом аппарате.

Результаты: Терапевтический эффект отмечен у всех больных, во всех случаях была полная резорбция первичной опухоли. Срок наблюдения за больными от 4 до 7 месяцев. Получены хорошие косметические результаты.

Выводы: комбинация фотодинамической терапии и ортовольтовой рентгенотерапии эффективна у больных с раком губы II-III стадии старшей возрастной группы и имеет большие перспективы в тех случаях, когда традиционные методы лечения противопоказаны или пациенты отказываются от традиционных методов лечения.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СИСТЕМЕ ОНЛС

Лозовая Г.Ф., Аббасова Р.Р., Ширяев А.А., Рябушинская Г.В.

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»
ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» г. Уфа*

Важнейшим элементом государственной социальной политики Российской Федерации является бесплатное медицинское обслуживание, в т. ч. социальная программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС). Качественная медицинская помощь невозможна без соответствующего лекарственного обеспечения. Лекарственная помощь является приоритетной при лечении почти всех заболеваний, она составляет 95% всех врачебных назначений. Новые лекарственные препараты значительно увеличивают продолжительность жизни онкобольных. В 20 странах Европы и Северной Америки в 1995-2003 гг. использование новых онкопрепаратов привело к 30%-му снижению смертности от онкозаболеваний. Снижение смертности может быть достигнуто в результате комплекса мер: ранней диагностики; диспансеризации населения; своевременного начала лечения; широкого применения инновационных противоопухолевых препаратов.

Система финансирования лекарственного обеспечения онкобольных в РФ осуществляется:

- 1) на уровне амбулаторной помощи из средств федерального бюджета Программа ОНЛС (Основание: Федеральный закон от 22.08.2004 № 122 ФЗ) и Программа 7 нозологий (Распоряжение Правительства РФ от 02.10. 2007 № 1328 – р), а из средств регионального уровня – согласно Постановлению Правительства РФ от 30.07.1994 №890;
- 2) на уровне госпитальной помощи из средств федерального и территориального фондов ОМС.

Среди всех лекарственных средств, включенных в программу ОНЛС, наиболее затратными являются противоопухолевые и гипогликемические препараты. На их долю приходится более 35% от общего объема закупок в стоимостном выражении.

Программа ОНЛС (ДЛО) впервые дала возможность многим онкобольным в РФ лечиться с помощью инновационных лекарственных препаратов. Благодаря этому, в 2006 году впервые за долгие годы намечилось снижение смертности в РФ, были спасены жизни десятков тысяч онкобольных.

В тоже время: (по данным социологического опроса Фонда «Общественное мнение»). ОНЛС (ДЛО) обеспечивает не всех онкобольных. Программа рассчитана только на «льготников». Онкобольные включаются в систему ОНЛС (ДЛО) и получают доступ к инновационным препаратам лишь после получения инвалидности, когда многих уже нельзя спасти, а стоимость поддерживающей терапии высока. За пределами системы остаются трудоспособные граждане, шансы выздороветь у которых при своевременном лечении потенциально велики.

В целом, по стране – около 800 тыс. человек с ранними стадиями рака до инвалидности не включены в ОНЛС (оценка данных по ежегодной выявляемости заболеваний: 40% на 1-2 стадиях, около 200 тыс. новых случаев в год).

Включение в систему ОНЛС не гарантирует онкобольным получение всех рекомендованных лекарств. Из 94 человек только 27 (28%) сказали, что получают все рекомендованные лекарства.

Большинство участников системы ОНЛС из опрошенных онкобольных (64 человека) были включены в число льготников в пределах 3 месяцев после постановки диагноза. Но у 11 человек этот процесс занял от трех месяцев до года, еще у 5 – более года;

Доступ онкобольных в ОНЛС к эффективным инновационным препаратам не гарантирован – перерывы в лечении имеют фатальные последствия для судьбы больных.

По данным некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь» – представлены расчеты оценки бюджета лекарственного обеспечения инновационными онкопрепаратами.

Доля семи высокочрезвычайно затратных инновационных онкопрепаратов (Гливек, Велкейд, Герцептин, Мабтера, Абитаксел, Темодал, Авастин) в ОНЛС в I квартале 2007г. составила 4,98 млрд. руб. В 2008г. расход только 4 онкопрепаратов (Гливек, Велкейд, Мабтера, Флудара) составил 12,6 млрд. рублей.

Таким образом, Программа ДЛО 2005-2008гг. впервые дала возможность многим онкобольным в РФ лечиться с помощью инновационных лекарственных препаратов, в тоже время включение в систему ДЛО не гарантирует онкобольным получение всех рекомендуемых лекарств.

Используемая литература:

Тельнова Е.А., Росздравнадзор,

13 октября 2009 г., г. Волгоград и Конференция Медфармобращение октябрь-ноябрь 2009г., г. Москва

СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лукиянова Е.В., Иванова И.Н., Крылов В.В., Гулидов И.А.

При всей привлекательности идеи сочетанной лучевой терапии метастазов рака в кости идея эта по многим причинам еще не нашла широкого распространения (Модников О.П., Новиков Г.А., В.В.Родионов, 2004; Рыжков А.Д., Габуня Р.И., Ширяев С.В., 2006). Речь идет об

использовании системного воздействия при проведении радионуклидной терапии и локальной дистанционной лучевой терапии на наиболее проблемные метастазы. В известной нам отечественной публикации сообщается о результатах лечения 17 пациентов с костными метастазами рака. Больные получили однократную дистанционную лучевую терапию и радионуклидную ^{89}Sr . Эффект от такого воздействия был более выражен (Фомин Д.К. и соавт., 2008).

В настоящее время мы располагаем опытом сочетанной терапии 33-х больных с костными метастазами рака молочной железы, которым наряду с системной лучевой терапией ^{153}Sm проведена однократная дистанционная лучевая терапия на проблемные метастазы в дозе 8 Гр.

Возраст больных составлял от 35 до 74 лет. Причем в диапазоне 45-64 года он был у 22-х больных. Пик заболевания 8 женщин приходился на возраст 50-54 г.

Согласно 5-ти балльной шкале приема анальгетиков ВОЗ оценка болевого синдрома 1 степень боли (ненаркотические анальгетики нерегулярно), 2 степень (ненаркотические анальгетики регулярно – ежедневно), 3 степень (наркотические анальгетики применяются нерегулярно) определялась соответственно у 1(3%), 16 (48,5%) и 16 (48,5%) пациенток.

По количеству диагностированных метастазов распределение было следующим: от 1 до 5 – 3 пациентки (9,1%); от 6 до 10 – 4 (12,1%); от 11 до 20 – 6 человек (18,2%) и более 20 – 20 (60%).

По типу рентгенодиагностической оценки структуры метастазов большинство 14 (42,4%) были отнесены к смешанному; 12(36,4%) – литическому и 7 (21,2%) – к остеобластическому варианту.

В процессе радионуклидной диагностики у большинства больных 19(57,6%) препарат накапливался в метастазах неравномерно, а интенсивность его накопления превышала 150% у 24 (72,5%) пациенток.

Все больные, без исключения, учитывая стадию заболевания, получали ранее различные виды оперативной, лучевой, химио- и гормональной терапии.

Классификация эффекта лечения была следующей: полный, выраженный, частичный, слабый, без эффекта. Оценивались динамика эффекта в течение года через 6 и 12 месяцев. Эти данные приведены в таблице.

Таблица 1.

Динамика болевого синдрома в течение года.

Эффект сочетанной лучевой терапии	Время в мес.		
	3 мес. n (%)	6 мес. n (%)	12 мес. n (%)
Полный	12 (36,4%)	10 (30,3%)	8 (24,2%)
Выраженный	8 (24,2%)	8 (24,2%)	6 (18,2%)
Частичный	6 (18,2%)	6 (18,2%)	8 (24,2%)
Слабый	5 (15,1%)	6 (18,2%)	7 (21,2%)
Без эффекта	2 (6,1%)	3 (9,1%)	4 (12,1%)

Согласно данным таблицы в процессе наблюдения эффект от проведенной лучевой терапии медленно снижался, однако у большинства больных 22 (66,6%) больных. К концу года он оставался от частичного до полного. И динамика этого процесса была по предварительным нашим данным более положительной, чем при одной только системной радионуклидной терапии.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТЕЛА МАТКИ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1997-2008 ГГ.

Мальцева С.А., Терешин О.С.

ГЛПУ "Челябинский областной клинический онкологический диспансер" Клиническая база ФГУ "Российского научного центра рентгенорадиологии" Росздрава РФ, ГОУ ВПО «Челябинская Государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Челябинск, Россия.

Ежегодно в мире регистрируется более 180 тыс. больных раком тела матки, стандартизованный показатель составил 6,4‰ [Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. Globocan 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence. Worldwide. Lyon. 2001.].

Нами проведена ретроспективная оценка уровня и динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований тела матки среди населения Челябинской области с 1997 по 2008гг. За период с 1997 по 2008 гг. всего в Челябинской области выявлено 5005 больных раком тела матки. Оценивались основные эпидемиологические показатели злокачественных новообразований тела матки, динамику заболеваемости за исследуемый период, а также выявлялись районы с повышенной заболеваемостью. В качестве первичной документации использовались учетные формы № 090/У "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования"; отчетные формы № 7; № 35.

За период исследования с 1997 г. по 2008 г. стандартизованные показатели заболеваемости раком тела матки достоверно выросли с 11,77 до 16,14 ($p=0,01$). Пик пришелся на 2008 г. и составил – 16,14. Наименьшая заболеваемость отмечена в 1997 и в 2000 г. (11,77).

Интенсивный показатель смертности от рака тела матки в 1997 г. составила по Челябинской области 9,41; в 2008 г. этот показатель значительно снизился и составлял 8,27.

Пик заболеваемости приходится на возрастную декаду 60-69 лет. Стандартизованный показатель заболеваемости до 30 лет достоверно увеличился с 0,15 в 1997 до 1,81 в 2008 г., что говорит об омоложении рака тела матки. Выявляемость по ранним стадиям в динамике за исследуемый период возросла на 7,99%, в то время как выявляемость IV стадии снизилась на 0,8%, что говорит о улучшения качества диагностики и ранней профилактики женщин.

Мы провели анализ заболеваемости злокачественными опухолями тела матки в районах Челябинской области с 1997 по 2008 гг. При этом учитывались только те районы, в которых имел место стабильно высокий уровень заболеваемости за исследуемый период. Для злокачественных опухолей тела матки это были следующие городские округа и районы: Пластовский, Южно-Уральский; Магнитогорский.

Таким образом, для объяснения причин полученных данных необходимо произвести более детальное исследование этиологических факторов в выделенных нами районах.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ С 1997 ПО 2008 ГГ.

Мальцева С.А., Терешин О.С.

ГЛПУ "Челябинский областной клинический онкологический диспансер" Клиническая база ФГУ "Российского научного центра рентгенорадиологии" Росздрава РФ, ГОУ ВПО «Челябинская Государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Челябинск, Россия.

Злокачественные новообразования половой сферы у женщин является важной проблемой современной онкологии. Ежегодно в мире регистрируется более 680 тысяч случаев заболевания раком гениталий. (Е.М. Аксель, М.И. Давыдов, 2005 г.). Заболеваемость и смертность от рака шейки матки значительно снизилась за последние десятилетия, и продолжают снижаться. Снижение частоты рака шейки матки особенно выражено в западных странах, где проводится массовый скрининг. В России заболеваемость раком шейки матки также снижается, однако отмечен рост заболеваемости среди молодых женщин.

Нами был произведен ретроспективный анализ случаев злокачественных опухолей шейки матки за период с 1997 по 2008 гг. в Челябинской области. Мы оценили основные эпидемиологические показатели злокачественных новообразований шейки матки, динамику заболеваемости за исследуемый период, а также выявили районы с повышенной заболеваемостью.. В качестве первичной документации мы использовали учетные формы № 090/У "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования", отчетные формы №7, 35.

С 1997 по 2008 г.г. в Челябинской области было выявлено 3716 случаев злокачественных заболеваний шейки матки. Стандартизованный показатель заболеваемости значимо вырос с 11,04 в 1997 г. до 12,31 в 2008г.($p=0,004$). Пик заболеваемости пришелся на 2007 г. и составил – 13,21, годы подъема –2005, 2007 г.г.. Наименьшая заболеваемость отмечена в 2000 г. (10,13). Интенсивный показатель смертности от рака шейки матки в 1997 г. составил по Челябинской области 7,20; в 2008 г. этот показатель составлял 8,9.

Стандартизованный показатель заболеваемости до 30 лет значимо вырос с 0,66 в 1997г. до 1,07 в 2008г. ($p=0,015$), что говорит об омоложении рака шейки матки. К 2010 г. прогнозируемый показатель – 1,788.

Выявляемость по стадиям в динамике за исследуемый период времени не изменилась.

Мы провели ретроспективный анализ заболеваемости злокачественными опухолями шейки матки в районах Челябинской области с 1997 по 2008 гг. При этом учитывались только те районы, в которых имел место стабильно высокий уровень заболеваемости за исследуемый период. Для злокачественных опухолей шейки матки это были следующие районы: Еткульский, Каслинский и Саткинский.

Таким образом, для объяснения причин полученных данных необходимо произвести более детальное исследование этиологических факторов в выделенных нами районах.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ С РАСШИРЕННЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ БОЛЬНЫХ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО II-III СТ.

Манцырев Е.О., Важенин А.В., Лукин А.А., Пашенко А.С., Миронченко М.Н.

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер. ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. г. Челябинск, Россия

Практически следует признать, что доказана принципиальная возможность и переносимость различных вариантов комбинированного лечения, но объективная оценка их эффективности на достаточно репрезентативном клиническом материале не проведена из-за различий в применяемых методиках.

Целью исследования являлось оценить эффективность проведения комбинированного лечения с применением расширенных операций больным немелкоклеточным раком легкого. Сравнить непосредственные и отдаленные результаты комбинированного и хирургического с применением расширенных и стандартных операций. Определить место расширенных операций в комбинированном лечении НМРЛ. В исследование включено 456 пациентов с раком легкого I- III стадии. Больные были разделены на 4 группы: 1 гр. только хирургическое лечение без расширенных операций; 2 гр. только расширенное хирургическое лечение; 3 гр. комбинированное лечение, первым этапом выполнялись стандартные операции, вторым – послеоперационная лучевая терапия; 4 гр. с комбинированным лечением, первым этапом лечения выполнялись расширенные операции. Результаты. Нами оценены результаты безрецидивной выживаемости при 3 стадии в группах с комбинированным лечением и комбинированным лечением с расширенным компонентом. Анализ полученных данных показал, что при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии произошло увеличение безрецидивной выживаемости на 10 месяцев ($P < 0,06$). Анализ общей выживаемости также указывает на отчетливое увеличение при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта ros_chel@mail.ru. I онкологическое отделение (торакальной и сосудистой хирургии). Манцырев Евгений Олегович.

РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО III СТ.

Манцырев Е.О., Важенин А.В., Лукин А.А., Пашенко А.С., Миронченко М.Н.

ГЛПУ «Челябинский Областной Клинический Онкологический Диспансер», Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенрадиологии Росздрава», Челябинская Государственная Медицинская Академия

Лечебная тактика при раке легкого в силу биологических особенностей заболевания и многообразия морфологических типов неоднозначна. Метод лечения сам по себе является одним из решающим прогностических факторов, значение которого тем больше, чем ближе вариант к радикальному. На сегодняшний день доказаны принципиальная возможность и переносимость различных вариантов комбинированного лечения, но объективная оценка их эффективности на достаточно репрезентативном клиническом материале не проведена из – за раз-

личий в применяемых методиках. Также, остается дискуссионным вопрос о проведении послеоперационной лучевой терапии больным с местно распространенным немелкоклеточным раком легкого после расширенных радикальных операции с поражением лимфатических узлов корня и средостения.

Цель исследования. Оценить эффективность проведения комбинированного лечения с применением расширенных операций больным немелкоклеточным раком легкого.

Материалы и методы. В Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере проводится ретроспективное исследование больных раком легкого после радикального хирургического и комбинированного лечения с 1995 по 2004 г.г. включительно. В исследование включено 456 пациентов с раком легкого I- III стадии. Больные были разделены на 4 группы с учетом проведенного лечения: 1.гр. проведено только хирургическое лечение без расширенных операций (ХЛ); 2.гр. проводилось только расширенное хирургическое лечение (Р); 3.гр. группе больные получали комбинированное лечение, первым этапом выполнялись стандартные операции, вторым – послеоперационная лучевая терапия (КЛ); 4.гр. первым этапом лечения выполнялись расширенные операции (РКЛ), вторым также в послеоперационном периоде проводили лучевое лечение. В группах с комбинированным лечением больным вторым этапом лечения проводилась послеоперационная дистанционная гамма терапия на пути лимфооттока до СОД= 40-44 изоГр. Средний возраст пациентов составил 60 лет. В исследуемых группах преобладали мужчины (84%). Опухоли преимущественно локализовались в правом легком (53%) и в верхних долях (59%). По гистологическому строению преобладал плоскоклеточный рак – 62%, аденокарцинома встречалась в 22% среди всех исследуемых, бронхиолоальвеолярный рак и другие морфологические формы в 9% и 7% соответственно. В группе с хирургическим лечением преобладали пациенты Ia и I в стадии – 24% и 65% соответственно, с расширенным хирургическим лечением – I в (62%), в группах с комбинированным лечением было больше больных с метастазами в лимфатические узлы корня легкого и средостения 70% (КЛ) и 89% (РКЛ). Во всех исследуемых группах чаще выполняли лобэктомии и пневмонэктомии.

Результаты. Нами оценены результаты безрецидивной выживаемости при III стадии в группах с комбинированным лечением и комбинированным лечением с расширенным компонентом. При комбинированном лечении медиана безрецидивной выживаемости составила 14 мес. при комбинированном лечении с расширенными операциями 24 мес.; медиана общей выживаемости 25 и 30 мес. соответственно. Анализ общей выживаемости также указывает на отчетливое увеличение при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии.

Заключение. Сочетание расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии при лечении пациентов с немелкоклеточным раком легкого III стадии позволяет добиться увеличения безрецидивной выживаемости на 10 месяцев, о чем говорит отчетливая тенденция, подтвержденная при использовании непараметрического критерия Манна – Уитни (вероятность ошибки 1го рода (P) составила 0,06) и общей выживаемости, по сравнению с комбинированным лечением без применения системной ипсилатеральной лимфаденэктомии. Очевидным является факт наличия тенденции к увеличению качества и продолжительности жизни.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГНОЗ И ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Махнёв В.В., Бенцион Д.Л., Чайковский Г.Н.

ГБУЗ СО Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

Цель исследования. Выявить факторы, влияющие на прогноз и исход пациентов с первичными опухолями головного мозга, а также на выбор варианта лечения.

Материалы и методы.

В исследовании участвовало 232 пациента с первичными опухолями головного мозга, проходивших стационарное лечение в Свердловском областном онкологическом диспансере г. Екатеринбурга. Проводился анализ историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в Свердловском областном онкологическом диспансере в период с 2002 г., данных единой онкосистемы СООД. Катамнестическое обследование пациентов осуществлялось на базе 1-ого, 2-ого нейрохирургических отделений, 1-ого радиологического отделения. В работе также использованы данные карт статистического учета пациентов СООД.

Пациенты включались в исследование с 2002 г. по 2006 г. и наблюдались по настоящее время. Среди пациентов было 122 мужчины и 110 женщин в возрасте от 1 года до 78 лет, медиана составляет 46 лет.

Проводился сравнительный анализ общей выживаемости в зависимости от пола, возраста и степени злокачественности опухоли. Анализировались варианты лечения пациентов, объем оперативного вмешательства, режимы фракционирования.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа SPSS 13,0.

Результаты и обсуждение.

На данный момент времени из 232 пациентов, участвовавших в исследовании, умерли 123 пациента (53,4%), живы 108 (46,8%) пациентов. Медиана общей выживаемости составляет 43 месяца (95% ДИ 26,9-59,2).

Медиана общей выживаемости у мужчин составила 24 месяца (95% ДИ 15,0-33,0), у женщин 43 месяца (95% ДИ 26,9-59,1). Результаты сравнительного анализа показали, что общая выживаемость в мужской выборке достоверно ниже, чем в женской: логранговый критерий =13,7; $p=0,000$.

У мужчин 1-летняя выживаемость составила 80/122 (65,6%), 3-х летняя выживаемость – 48/122 (39,3%), 5-летняя выживаемость – 23/122 (18,9%). У женщин 1-летняя выживаемость составила 98/110 (89,1%), 3-х летняя выживаемость – 74/110 (67,3%), 5-летняя выживаемость – 50/110 (45,5%).

Сравнительный анализ общей выживаемости пациентов проводился в возрастных группах: в группе 11-20 лет медиана общей выживаемости составила 56 мес., в группе 41-50 лет – 37 мес., 51-60 лет – 20 мес., 61-70 лет – 16 мес., 71-80 лет – 9 мес. В возрастных группах 1-10 лет, 21-30 лет и 31-40 лет более половины пациентов живы на момент оценки общей выживаемости, поэтому представить медиану в данных возрастных группах не представляется возможным, требуется дальнейшее наблюдение. Результаты сравнительного анализа показали, что общая выживаемость в разных возрастных группах имеет статистически достоверные различия: логранговый критерий = 35,7; $p=0,000$. Корреляционный анализ зависимости общей выживаемости от возраста показал, что существует обратная зависимость общей выживаемости пациентов от возраста начала заболевания, коэффициент корреляции Пирсона $r = -0,33$ ($p=0,000$), т.е. у пациентов более старшего возраста, общая выживаемость, оцениваемая с момента проведения пациенту операции, ниже. Взаимосвязь общей выживаемости и возраста пациента является слабовыраженной, но статистически достоверной.

Среди наблюдаемых нами пациентов опухоли низкой степени злокачественности Grade I-II отмечались у 101 пациента, высокой степени злокачественности Grade III-IV – у 124 пациентов, у 7 пациентов опухоль не классифицировалась по Grade. При опухолях головного мозга Grade I-II общая выживаемость 75% пациентов составляет более 30 мес., более половины пациентов живы на момент оценки общей выживаемости. При Grade III-IV общая выживаемость 75% пациентов – более 7 мес., медиана – 18 мес., и только 25% пациентов живут более 72 мес. Сравнительный анализ общей выживаемости пациентов опухолями головного мозга показывает, что выживаемость пациентов с низкой степенью злокачественности достоверно выше, чем пациентов с высокой степенью злокачественности (логранговый критерий = 34,16, $p=0,000$).

Таким образом, общая выживаемость пациентов с первичными опухолями головного мозга была достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами, в более молодых возрастных группах по сравнению с более старшими возрастными группами, у пациентов с низкой степенью злокачественности опухоли по сравнению с пациентами высокой степени злокачественности опухоли.

Первым этапом лечения пациентов с первичными опухолями головного мозга является оперативное лечение. Объем операции зависит от общесоматического статуса пациента, локализации и размера опухоли.

По объемам операции: 20 (9,0%) пациентам выполнена биопсия опухоли, 23 пациентам (10,4%) частичное удаление опухоли, 150 пациентам (67,9%) субтотальное удаление, 28 пациентам (12,7%) тотальное удаление. Полное удаление опухоли оказалось возможным только у каждого десятого пациента, в связи с этим требуется последующая лучевая терапия, химиотерапия или их комбинация.

Изолированно хирургическим методом лечения ограничились лишь у 33 пациентов (14,2%), 8 пациентам (3,2%) проведена лучевая терапия, 158 пациентам (68,1%) проведено комбинированное (хирургическое, затем лучевое) лечение, 30 пациентам (12,9%) после операции проводилось химиолучевое лечение, 2 пациентам (0,9%) последовательно хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия.

Классический режим фракционирования (1,8-2 Гр за фракцию 1 раз в день) применялся при лечении 139 (69,2%) пациентов, среднее фракционирование (2,5-4 Гр за фракцию 1 раз в день) 5 (2,5%) пациентам, гиперфракционирование (1,25-1,5 Гр за фракцию 2 раза в день через 6 часов) 2 (1,0%), режим ускоренного гиперфракционирования (2 Гр 2 раза в день через 6 час.) – 44 (21,9%) пациентам, курс лучевой терапии незавершен из запланированного при лечении 11 (5,5%) пациентов. Режим фракционирования и суммарная очаговая доза в каждом случае выбирались индивидуально, исходя из общесоматического статуса пациента, характера злокачественности опухоли по гистологической шкале Grade, возраста, объема ранее проведенного лечения.

Выводы. Учитывая то, что общая выживаемость пациентов зависит от таких факторов как пол, возраст и степень злокачественности опухоли, то эти факторы необходимо учитывать при выборе варианта лечения первичных опухолей головного мозга.

Сведения об авторах

1. Ф.И.О.: Махнев Владислав Валерьевич

Место работы основное: ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», 1 радиотерапевтическое отделение»

Должность: врач

Адрес : 620905, г. Екатеринбург, ул. Соболева 29.

Тел. +7(343)3561482

Место работы: ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, кафедра онкологии и медицинской радиологии

Должность ассистент

Дом. адрес: 620138, г. Екатеринбург, ул. Хрустальная, дом 51, кв. 106 сот. телефон +79089138533

e-mail: hg2111@planet-a.ru

2. Ф.И.О.: Бенцион Дмитрий Львович

Место работы основное: ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», 1 радиотерапевтическое отделение»

Должность: заведующий отделени

Адрес : 620905, г. Екатеринбург, ул. Соболева 29.

Тел. +7(343)3561524

3. Ф.И.О.: Чайковский Гарри Николаевич

Место работы основное: ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», 1 радиотерапевтическое отделение»

Должность: заместитель директора по радиологии.

Адрес : 620905, г. Екатеринбург, ул. Соболева 29.

Тел. +7(343)3561504

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НУЗ «ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. ЧЕЛЯБИНСК ОАО «РЖД»

Меньшикова Е.С.

*Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск» Открытого Акционерного Общества
«Российские железные дороги»*

Радиологическое отделение является структурным подразделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД». В составе радиологического отделения находится два функциональных подразделения: радионуклидной диагностики и лучевой терапии. Радионуклидная диагностика проводится на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе Nucline™ DH-V, фирмы «Mediso»- Венгрия установленном в радиологическом отделении в июле 2009 года.

Однофотонный эмиссионный компьютерный томограф представляет собой компьютеризированный комплекс, позволяющий получать послойное изображение распределения радиофармацевтического препарата (Tc-99m) в параллельных друг другу плоскостях; хранить и обрабатывать изображение отдельных анатомических областей и всего тела в широком диапазоне сцинтиграфических режимов.

Радионуклидная диагностика направлена на исследование функционального состояния органов и систем человека, что даёт возможность перейти к скринингу социально значимых заболеваний.

Этот метод позволяет неинвазивным способом проводить: раннюю диагностику заболеваний миокарда с целью уточнения диагноза и определения тактики лечения;

стадирование опухолевого процесса при исследовании костной системы;

оценку эффективности специального лечения злокачественных опухолей;

уточнение результатов других исследований паренхиматозных органов.

Принципиальным отличием однофотонной эмиссионной компьютерной

томографии является возможность регистрации распределения радионуклида в организме в разных проекциях за счет использования расположенных под углом гамма – камер и затем последовательной регистрации импульсов при поворотах камер на определённые углы (90, 180, 135 градусов) вокруг пациента.

Созданный программный комплекс предоставляет возможность сбора и обработки информации в режиме «статика», «динамика», «статика всего тела» (whole body); «синхронизация» (при исследовании сердца для визуализации циклического сокращающегося объекта); «томография» (режим, в котором происходит запись нескольких десятков сцинтиграмм с последующей реконструкцией томографических срезов интересующей области в 3-х основных плоскостях).

В радиологическом отделении приоритетными направлениями при радионуклидных исследованиях являются исследования миокарда и костной системы, что связано с функционированием на базе «Дорожной клинической больницы на ст. Челябинск ОАО «РЖД» Междоурожных кардиологического и онкологического центров.

У пациентов с кардиологической патологией сцинтиграфия миокарда преимущественно используется для оценки перфузии, в качестве скринирующего теста для выявления гемодинамически значимых стенозов венечных артерий и определения показаний к коронарографии. В качестве радиофармпрепарата используется меченный Tc-99m технетрил.

Сцинтиграфия костной системы используется с целью выявления участков нарушенного костного метаболизма и дифференциальной диагностики опухолевой и неопухолевой патологии. В качестве остеотропного радиофармпрепарата используется меченный Tc-99m технефор.

Радионуклидные исследования на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе Nucline™ DH-V начались с января 2010 года, за истекший период в радиологическом отделении всего было выполнено 268 радионуклидных сканирований, из них: 145- сцинтиграфий миокарда и 89- остеосцинтиграфий.

Виды исследований, проводимые в отделении на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе:

ЭКГ-синхронизированная однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда: с нагрузкой и без нагрузки;

остеосцинтиграфия;

сцинтиграфия почек;

сцинтиграфия легких;

сцинтиграфия щитовидной железы и паращитовидных желез;

сцинтиграфия печени, гепато-билиарной системы.

СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Миронченко М.Н., Важенин А.В., Лукин А.А., Лукина Е.Ю., Манцырев Е.О., Пашенко А.С., Гнатюк Я.А.

ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», ЮУНЦ РАМН, Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенрадиологии Росздрава», г. Челябинск

Материалы и методы

135 больных IIб и III стадиями немелкоклеточного рака легкого, которым было выполнено хирургическое вмешательство как этап противоопухолевого лечения или как самостоятельное специальное лечение

Возраст больных варьировал от 28 до 71 года. По объему специальной противоопухолевой терапии больные каждой группы распределены на 2 группы. Группа сравнения: произведена пневмонэктомия (n=92) разделена на 2 подгруппы: подгруппа А получила только хирургическое лечение (n=59), подгруппа В получила комбинированное лечение (n=32). Исследуемая группа: произведена комбинированная лоб – или билобэктомия (n=43), тоже разделена на подгруппы: подгруппа С получила только хирургическое лечение (n=25), подгруппа D получила комбинированное лечение (n=18). 2б стадию заболевания имели 55,8% больных из исследуемой группы, 45,7% – из группы сравнения; 3а стадию имели 37,2% -из исследуемой группы, 38% – из группы сравнения; 3б – 7% из группы лоб- и билобэктомий и 16,3% из группы пневмонэктомий. Чаще встречалось поражение верхней доли левого легкого – 53 случая (39,3%), реже – поражение правого главного бронха: 1 случай (0,7%). Большую группу составили больные центральным раком легкого, 102 человека (75,6%), больных периферическим раком легкого было 33 человека (24,4%). Чаще встречались умереннодифференцированные опухоли 79 (58,6%). Реже встречались случаи недифференцированного рака 3 (2,2%).

Было выполнено 61,8% пневмонэктомий, 28,9% лобэктомий и 3,0% билобэктомий.

Расширенных операций было 30,4%, комбинированных – 23,7%, расширенных и комбинированных 28,1%, типичных 17,8%. 44% трахеобронхопищеводных резекций, 45% сосудисто-предсердных, 11% париетальнодиафрагмальных.

Результаты

Результаты лечения подгруппы А: в этой группе встретилось 17 осложнений, что составило 12,6%. 5 летальных исходов, послеоперационная летальность составила 3,7%

Год пережили 85,9%, 3 года пережили 40,7%, 5 лет пережили 28,8%.

Подгруппа В: в этой группе встретилось 3 осложнения, что составило 2,2%. Послеоперационной летальности не было в связи с критериями отбора больных в эту подгруппу. Год пережили 75%, 3 года пережили 50%, 5 лет пережили 43,75%.

Подгруппа С: в этой группе встретилось 2 осложнения, что составило 1,5%, оба осложнения у одного больного, перенесшего ангиобронхопластическую верхнюю лобэктомию слева, это были: внутрисплевральное кровотечение и пневмония. Послеоперационная летальность 0. Год пережили 92%, 3 года пережили 76%, 5 лет пережили 48%.

Подгруппа D: в этой группе встретилось 3 осложнения, что составило 2,2%, Послеоперационная летальность 0, Год пережили 88,9%, 3 года пережили 66,7%, 5 лет пережили 55,5%.

Заключение

1. Послеоперационная летальность в исследуемой группе отсутствует.
2. Послеоперационные осложнения значительно чаще встречаются в группе сравнения.

3. Пятилетняя выживаемость в подгруппе органосохраняющих операций и лучевого лечения выше, чем в других подгруппах.
4. Применение комбинированного лечения с использованием комбинированных органосохраняющих операций позволяет увеличить группу больных, получивших хирургический компонент лечения, что существенно повышает группу курабельных больных.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛОБ- И БИЛОБЭКТОМИИ В РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Миرونченко М.Н., Важенин А.В., Лукин А.А., Лукина Е.Ю., Манцырев Е.О., Пащенко А.С., Гнатюк Я.А.

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер. ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. г. Челябинск, Россия

Материалы и методы. 135 больных IIб и III стадиями немелкоклеточного рака легкого, которым было выполнено хирургическое вмешательство как этап противоопухолевого лечения или как самостоятельное специальное лечение, распределены на 2 группы. Группа сравнения: произведена пневмонэктомия (n=92) разделена на 2 подгруппы: подгруппа А получила только хирургическое лечение (n=59), подгруппа В получила комбинированное лечение (n=32). Исследуемая группа: произведена комбинированная лоб – или билобэктомия (n=43), тоже разделена на подгруппы: подгруппа С получила только хирургическое лечение (n=25), подгруппа D получила комбинированное лечение (n=18).

Результаты. Подгруппа А: 17 осложнений (12,6%). 5 летальных исходов, послеоперационная летальность – 3,7% Год пережили 85,9%, 3 года пережили 40,7%, 5 лет пережили 28,8%. Подгруппа В: 3 осложнения (2,2%). Послеоперационной летальности не было в связи с критериями отбора больных в эту подгруппу. Год пережили 75%, 3 года пережили 50%, 5 лет пережили 43,75%. Подгруппа С: 2 осложнения (1,5%), Послеоперационная летальность 0. Год пережили 92%, 3 года пережили 76%, 5 лет пережили 48%. Подгруппа D: 3 осложнения (2,2%), Послеоперационная летальность 0, Год пережили 88,9%, 3 года пережили 66,7%, 5 лет пережили 55,5%.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта ros_chel@mail.ru. I онкологическое отделение (торакальной и сосудистой хирургии). Васильев Юрий Сергеевич.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАМ-ПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Миррахимова Д.Т., Тен С.Л., Каюмходжаев А.А.

Ташкентский институт Усовершенствования Врачей

(Ташкент, 700007, ул. Паркентская, 51)

Республиканский Научный Центр Хирургии

(Ташкент, 700103, ул. Фархадская, 10)

Актуальность: Как известно, перенесенная мастэктомия по поводу рака груди является сильнейшей психо-эмоциональной травмой для женщины. Эта травма еще более усугубляется, если женщина молодого возраста.

В настоящее время существуют различные методы восстановления формы и объема утраченной молочной железы собственными тканями женщины. Реконструкция молочной железы собственными тканями дает стойкий и естественный результат. Одним из популярных методов пластики аутоканями является ТРАМ-пластика.

Материал и методы: Нами была выполнена ТРАМ-пластика у 36 женщин после мастэктомии. При решении вопроса о выполнении восстановительной операции нами оценивались следующие моменты: отсутствие рецидивов и метастазов, стадия и локализация опухоли, вид проведенного лечения, психическое состояние и возраст пациентки. Выполненные нами реконструктивно-пластические операции можно разделить на 2 группы: отсроченная пластика молочной железы, когда реконструкцию выполняли спустя 6 и более месяцев после радикальной мастэктомии и первичная пластика молочной железы, когда за радикальной операцией следовала немедленная реконструкция молочной железы. У 9 больных была выполнена отсроченная, у 27 больных была выполнена первичная пластика груди. 24 женщинам была произведена свободная ТРАМ-пластика на микрососудистых анастомозах, и у 12 больных методом перемещения на мышечной ножке.

Восстановление груди проводилось в основном на ранних стадиях заболевания (IIA, IIB) и у 2 больных была стадия IIIa.

Результаты: Полученные эстетические результаты ТРАМ-пластикой, можно считать удовлетворительными. В 3-х случаях произошел краевой некроз перемещенного лоскута, где потребовалась повторная операция. В 4-х случаях были осложнения в виде послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Выводы: ТРАМ-пластика является наиболее оптимальной методикой для восстановления формы груди после мастэктомии. Эстетические результаты свободной ТРАМ-пластики выигрывают по сравнению с ТРАМ-пластикой методом перемещения. Также при свободной пластике можно избежать случаев краевого некроза за счет адекватного кровоснабжения кожно-мышечного лоскута. На наш взгляд, использование ТРАМ-лоскута можно считать наиболее удобным способом восстановления груди после мастэктомии.

Миррахимова Дилобар Тешабаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии Ташкентского Института Усовершенствования Врачей

Каюмходжаев Абдурашид Абдусаламович – доктор медицинских наук, зав.отделом микрохирургии Научного Центра Хирургии Узбекистана

Тен Сергей Леонидович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения микрохирургии Научного Центра Хирургии Узбекистана

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Михайлова С.А., Шестопапов С.С., Миляева О.Б., Достовалова Н.Г.

*Клиника ЧелГМА Росздрава, кафедра хирургических болезней,
реаниматологии и интенсивной терапии ЧелГМА*

Концепция и различные аспекты «минимального» рака молочной железы активно развивались в отечественной онкологии последние 15-20 лет. Наиболее богатый опыт не только в России, но и в мире по выявлению и лечению минимальных раков молочной железы принадлежит НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова в Санкт-Петербурге (В.Ф. Семиглазов, А.Г. Веснин, В.М. Моисеенко, 1992). Термин «минимальный» рак молочной железы был принят по предложению Н. Gallager (1971) с целью стандартизации и сравнимости результатов скрининга в различных центрах и первоначально под ним подразумевались опухоли размером менее 0,5 см, а позднее – 1 см и менее. Учитывая, что размер опухоли в 1 см является тем клиническим пределом, ниже которого пальпировать и выявить опухолевый очаг сложно, большинство современных исследователей к «минимальным» формам РМЖ относят опухоли до 1 см в диаметре. Поскольку в группу «минимальных» раков включают как преинвазивные, так и инвазивные протоковые и дольковые раки, «окультные» микроинвазивные раки, рак Педжета, ограниченный соском, понятия «минимальный» и «ранний» раки далеко не всегда однозначны. Несмотря на это, большинство «минимальных» РМЖ все же относится к ранним доклиническим формам, адекватное лечение которых дает практически полную 5-10-летнюю выживаемость.

В последние 5 лет в России в рамках приоритетного национального проекта по реформированию здравоохранения были повсеместно внедрены программы дополнительной диспансеризации населения и углубленных медицинских осмотров, включающие обязательную маммографию обследуемых женщин. Нами была предпринята попытка оценить результаты диспансеризации на примере конкретного региона и конкретной патологии, в частности, РМЖ.

Целью настоящего исследования являлось сравнение контингентов больных с опухолями молочных желез, поступающих для оперативного лечения в стационар, по удельному весу различных стадий рака, частоте непальпируемых опухолей и «минимального» РМЖ. Для сравнения были взяты два 3-летних временных «среза»: 2000-2002 гг. и 2007-2009 гг. Материал исследования составили больные с опухолями молочной железы, оперированные в МУЗ ГКБ№6 и Клинике ЧелГМА Росздрава.

В период 2000-2002 гг. были оперированы 347 пациенток с опухолями молочных желез, из которых у 105 был РМЖ, у 242 – доброкачественные опухоли. Распределение РМЖ по стадиям было следующим: I ст – 17 (16,2%); ПАВ ст – 67 (63,8%); ШАВ ст – 21 (20,0%). Из них непальпируемые опухоли наблюдались лишь у 4-х больных РМЖ и 32 с доброкачественными новообразованиями. Удельный вес непальпируемых опухолей составил 10,4%. К категории «минимального» РМЖ было отнесено лишь 8 пациенток, что составило 7,6%. В период 2007-2009 гг. оперативному лечению было подвергнуто 570 больных, из них у 240 был РМЖ, у 330 – доброкачественные опухоли. Распределение РМЖ по стадиям было следующим: I ст – 69 (28,8%); ПАВ ст – 146 (60,8%); ШАВ ст – 25 (10,4%). Из них непальпируемые опухоли были зарегистрированы у 19 больных РМЖ и 78 с доброкачественными новообразованиями. Удельный вес непальпируемых опухолей составил 17,0%. К категории «минимального» РМЖ было отнесено 36 пациенток, что составило 15%.

В результате сравнения можно сделать вывод о наметившейся тенденции к увеличению доли РМЖ начальных стадий, удельный вес «минимальных» форм РМЖ возрос более чем в 2 раза. Кроме того, благодаря дополнительной диспансеризации населения и углубленным ме-

дицинским осмотрам, включающим обязательную маммографию у женщин старше 40 лет, произошло улучшение выявления непальпируемых опухолей молочных желез. Вместе с тем необходимо отметить вытекающие из этого особенности:

1) Все чаще у хирургов стали возникать проблемы адекватного иссечения непальпируемого образования в молочной железе и необходимость использовать все имеющиеся современные методики маркировки и визуализации опухоли (МГ, УЗИ, дуктография, МРТ и т.д.).

2) При малых размерах опухоли молочной железы имеются трудности морфологической дифференцировки доброкачественных гиперплазий и карцином. Срочное гистологическое исследование, как правило, невозможно из-за малых размеров опухоли, но и плановое исследование представляет трудности и требует от врача-морфолога высокой квалификации и богатого опыта.

3) Выявление большего количества минимальных форм рака молочной железы позволило расширить показания к органосохраняющему лечению, что благотворно сказывается на морально-психологическом статусе больных.

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ ЗАБОРА TRAM-ЛОСКУТА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ КОНТУРОВ ГРУДИ

Михайлова С.А., Шестопапов С.С., Миляева О.Б., Достовалова Н.Г.

*Клиника ЧелГМА Росздрава, кафедра хирургических болезней,
реаниматологии и интенсивной терапии ЧелГМА*

Несмотря на отчетливую тенденцию к раннему выявлению рака молочной железы, органосохраняющие операции возможно выполнить не более 15-20% больных. В подавляющем большинстве случаев «золотым стандартом» хирургического лечения является мастэктомия. В связи с этим проблема восстановления контуров груди остается весьма актуальной на современном этапе. Среди различных вариантов реконструктивно-пластических операций для этой цели часто используется TRAM-лоскут, свободный или на питающей его мышечной ножке.

При заборе TRAM-лоскута на питающей ножке ключевыми моментами являются адекватное выкраивание участка апоневроза с прободающими его сосудами, идущими от прямой мышцы к кожно-жировому лоскуту, и формирование непосредственно самой мышечной ножки, перемещаемой на грудную стенку. Восстановительный этап операции на брюшной стенке после перемещения сформированного TRAM-лоскута предполагает ушивание образовавшихся дефектов апоневроза.

На начальном этапе освоения данной операции мы применяли глухое ушивание дефектов апоневроза. Послеоперационных осложнений со стороны брюшной стенки не наблюдалось. Но практически полное отсутствие одной из прямых мышц живота и ушивание с натяжением передней стенки влагалища прямой мышцы приводило к ассиметрии живота, несостоятельности поперечной фасции и, в конечном счете, к формированию послеоперационной грыжи. В отдаленные сроки (от 6 мес до 1,5 лет) повторно были оперированы 3 больных, им была выполнена протезирующая герниопластика с использованием сетчатого проленового эндопротеза по типу «on lay». В последующем рецидивов грыж не наблюдалось.

В настоящее время при выполнении данной операции после забора TRAM-лоскута мы во всех случаях применяем пластику передней брюшной стенки алломатериалами. В качестве эндопротеза используется проленовая сетка, имплантируемая по типу «in lay» во влагалище

перемещенной прямой мышцы. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. В отдаленные сроки прослежены 12 больных, у всех передняя брюшная стенка состоятельна, без грыжевых дефектов.

Таким образом, полученные нами результаты подтверждают сложившееся мнение о преимуществах ненапряжных способов закрытия дефектов передней брюшной стенки с использованием синтетических эндопротезов.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОБЛАСТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕНИПОЗИДА

Муфазалов Ф.Ф., Сакаева Д.Д., Штефан А.Ю.

ГУЗ «Республиканская клиническая больница», г.Уфа

Цель: изучение возможности улучшения ближайших результатов комбинированного лечения глиобластом (ГБ) за счет применения в схемах послеоперационной лучевой терапии химиопрепарата тенипозид (вумона)

Материал и методы: В Башкирском РКОД с 2002 г. в исследование были включены 2 группы больных с глиобластомами: в основной группе – 35 больных, в контрольной – 31. Морфологию опухоли определяли в соответствии с классификацией ВОЗ 2000г. после частичного удаления опухоли или открытой биопсии. Химиолучевое лечение начинали через 3-6 недель после операции. Дистанционную гамма-терапию проводили в стандартных режимах СОД-60 Гр. В качестве радиосенсибилизации с целью синхронизации клеточных циклов использовали полусинтетическое производное подофиллотоксина -вумон, который является фазоспецифичным, цитотоксичным препаратом, действующим в позднюю S2 или фазу G2 клеточного цикла. Препарат вводили в вену в 1-3 и 20-22 дни лучевого лечения в дозе 30-50 мг. на кв.м. Минимальные сроки наблюдения за больными составили 12 месяцев, максимальные 48 месяцев.

Результаты: Медиана общей выживаемости у больных ГБ, в основной группе составила 12,9 мес., против 10,2 мес. в контрольной группе. Выживаемость без прогрессирования заболевания: 6-месячный показатель в основной группе составил 71,4%, в контрольной группе – 67,8% ; годичный показатель в основной группе – 34,2%, в контрольной- 16,2%; двухгодичный показатель в основной группе – 14,3%, в контрольной – 3,2%. Общая выживаемость больных: 6- месячный показатель основной группы составила 100%, контрольной – 87%; годичный показатель в основной группе составила 62,9%, в контрольной группе – 38,7%; двухгодичный показатель в основной группе –22,8%, в контрольной группе – 9,6%.

Выводы: Показатели общей годичной выживаемости и 12-месячной выживаемости без прогрессирования в группе тенипозид достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Двухгодичная общая и бессобытийная выживаемость увеличилась соответственно в 1,25 и 2,4 раза в основной группе.

ЭПОЭТИН АЛЬФА В КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Муфазалов Ф.Ф., Сакаева Д.Д., Дажина С.А.

*Республиканский клинический онкологический диспансер,
г. Уфа, Республика Башкирия*

Анемия часто осложняет течение онкологического процесса. У 81% больных с гинекологическим раком была отмечена анемия (гемоглобин ≤ 120 г/л) на каком-либо этапе шестимесячного наблюдения.

Причины развития анемии у больных раком женской репродуктивной системы имеют многофакторный характер. Развивается «анемия хронического заболевания», которую можно отнести к группе анемий с неадекватной продукцией эритропоэтина. Кроме того, анемический синдром может развиваться как осложнение специального противоопухолевого лечения. Именно наличие анемии нередко становится причиной неудовлетворительного качества жизни (КЖ) и оказывает неблагоприятное влияние на эффективность химиотерапии (ХТ) и лучевой терапии (ЛТ).

Целью исследования явилась оценка эффективности коррекции анемии рекомбинантным эритропоэтином Эпрексом при терапии анемического синдрома у больных раком шейки матки (РШМ), получающих химиолучевую терапию. В исследование были включены 63 первичные больные РШМ (средний возраст $43,3 \pm 2,2$ года), получающих химиолучевое лечение, при котором сочетанная ЛТ была дополнена введением платиносодержащих препаратов. Исходно анемический синдром I степени тяжести отмечали у 15 (23,8%) пациенток, II степени – у 30 (47,6%), III степени – у 12 (19,0%), IV степени – у 6 (9,6%).

Коррекцию анемического синдрома проводили рекомбинантным человеческим эритропоэтином – эпоэтином альфа (Эпрекс). Эпрекс применяли в дозе 10 000 МЕ 3 раза в неделю (подкожно) в течение 4 недель, совмещая введение эпоэтина альфа, с ежедневным пероральным приемом препарата железа Сорбифер по 200 мг/сутки. Для выявления эффективности ежедневно выполняли исследования уровня гемоглобина и параметров коагулограммы, проводили ежедневные осмотр и опрос больных с оценкой клинических симптомов анемии. Оценку влияния Эпрекса на показатели качества жизни у пациенток проводили при помощи общего опросника SF – 36, содержащего вопросы, касающиеся физического и психологического компонента здоровья, а так же выраженности симптомов, вызванных самой болезнью и ее лечением.

Применение Эпрекса у 15 пациенток с анемией I степени тяжести привело к повышению уровня гемоглобина (Hb) до нормы в 13 (87%) случаях. Анемия I степени сохранилась у 2 (13%) пациенток с первично-множественным раком (РШМ IIIA стадии в сочетании с лимфогранулематозом IV стадии с метастазами в печень) и РШМ IIIB стадии с рецидивирующими кровотечениями и выраженным синдромом эндогенной интоксикации.

У 30 пациенток с анемией II степени тяжести восстановление уровня Hb до нормы отмечалось в 19 (63%) случаях. Переход анемии в I степень тяжести – у 8 (27%) пациенток. Не изменился уровень гемоглобина у 3 (10%) пациенток: 1- получала эпрекс 2 недели до выписки, 2 – имели местно-распространенный процесс с метастазами в лимфатические узлы таза и рецидивирующими кровотечениями.

Таким образом, из 45 больных с анемией I-II степени тяжести уровень гемоглобина восстановился до нормальных значений у 32 (71%) пациенток, до I степени тяжести – у 8 (18%), у 5 (11%) пациенток уровень гемоглобина не изменился.

Анемический синдром III-IV степени тяжести имели 18 пациенток группы. У 12 из них с анемией III степени тяжести повышение уровня Hb до нормы отмечалось в 9 (75%) случаях, в 3 (25%) случаях – повышение уровня гемоглобина до I степени тяжести.

У 6 пациенток с анемией IV степени тяжести, несмотря на местно-распространенный процесс, наличие синдрома эндогенной интоксикации, рецидивирующие кровотечения отмечалось восстановление гемоглобина до II степени тяжести после 4 недель лечения эпрексом. Пациенткам на первой неделе лечения одновременно с введением препарата были проведены однократные гемотрансфузии для купирования клинических симптомов анемии.

Таким образом, в группах пациенток с анемией III-IV степени тяжести восстановление уровня гемоглобина до целевых значений наблюдали у 9 (50%) больных, повышение уровня гемоглобина до I степени тяжести – у 3 (17%), до II степени – у 6 (33%) больных.

Анализ влияния Эпрекса на параметры качества жизни пациенток РШМ, получающих сочетанную лучевую и химиолучевую терапию показал, что на фоне коррекции анемии у всех отмечалось улучшение общего качества жизни, активности в повседневной жизни и уровня энергии. При опросе пациенток до начала терапии анемии выявляли жалобы на слабость и утомленность, чувство подавленности и нарушения сна, памяти и аппетита. Помимо нарушения физического здоровья, страдало психологическое, социальное и эмоциональное функционирование. После 4 недель лечения наблюдали существенное повышение общей социальной активности, настроения, аппетита, снижение беспокойства.

Таким образом, терапия эпоэтином альфа достоверно повышает уровень гемоглобина у всех пациенток раком шейки матки независимо от степени тяжести анемического синдрома при лучевой терапии и химиолучевом лечении. Использование Эпрекса позволило достигнуть улучшения общего качества жизни пациенток раком шейки матки, получающих химиолучевую и лучевую терапию, благодаря достижению целевого уровня гемоглобина 120 г/л и длительности противоанемического эффекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО И СОЧЕТАННОГО ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ IБ СТАДИИ

Муфазалов Ф.Ф., Шарафутдинова Г.С.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ, г. Уфа

За период с 2000 по 2008 годы в Республике Башкортостан зарегистрировано 1946 случаев заболевания раком шейки матки (РШМ), из них 1 стадия выявлена в 9,4% случаев, 2 – в 47,0%, 3 – в 33,6%, 4 – в 10,1%.

Патогенетически наиболее обоснованным методом лечения больных в Iб стадии считают комбинированный, при реализации которого последовательно проводят радикальное хирургическое вмешательство и лучевое лечение. Однако изрядная доля пациенток по различным причинам (противопоказания к операции, отказ пациентки от нее и др.) получает самостоятельный курс сочетанного лучевого лечения по радикальной программе.

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов комбинированного и лучевого лечения РШМ Iб стадии. Всего под наблюдением было 165 больных. Пациентки были разделены на две группы. В первую включены больные, получившие комбинированное лечение, во вторую – сочетанную лучевую терапию по радикальной программе.

У всех пациенток в исследуемых группах морфологически был установлен плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Сравнительный анализ обеих групп по прогности-

чески значимым факторам, так же показал их схожесть и однородность. Исключение составил возраст больных. Наибольшая доля (34,2%) в группе лучевой терапии приходилась на возрастную категорию старше 60 лет. В группе комбинированного лечения наибольшая доля (40,9%) пациенток зарегистрирована в возрастной категории 41-50 лет.

Хирургический этап имел различия по объему оперативного вмешательства и в подавляющем большинстве случаев ограничивался простой экстирпацией матки с придатками (60,6%), операция по Вертгейму выполнена в 13,4% случаев.

Лучевая терапия проведена по общепринятым методикам согласно существующих стандартов на гамма-терапевтических аппаратах для дистанционного и контактного облучения «РО-КУС-АМ» и «АГАТ-В3».

Показатели кумулятивной выживаемости в группе комбинированного лечения оказались следующими: 12-месячная – 96,9%, 24-месячная – 95,3%, 36-месячная – 95,3%, 48-месячная – 93,7% и 60-месячная – 92,9%. В группе лучевой терапии аналогичные результаты оказались соответственно: 100%, 97,4%, 94,7%, 92,1% и 92,1%.

Таким образом, эффективность комбинированного и сочетанного лучевого лечения по радикальной программе больных РШМ Ib стадии по главному критерию – выживаемости больных – оказалась абсолютно идентичной. Очевидно, что комбинированное лечение необходимо планировать только при условии реально выполнимой расширенной экстирпации матки с придатками по Вертгейму.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ОНКОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Муфазалов Ф.Ф., Яценко Т.Г., Яценко Ю.В., Серов О.В., Хисамутдинова Г.М.

*ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа*

Гемангиома печени является часто встречающимся доброкачественным образованием печени и относится к достаточно сложным для диагностики очаговым поражениям. Обнаруживается она, как правило, довольно легко, однако из-за схожести ее внешних проявлений с другими опухолями печени точный диагноз установить бывает сложно. Трудности начального этапа диагностики обусловлены недостаточной информативностью общеклинических и лабораторных методов исследования. Для выяснения возможностей комплексной диагностики гемангиом печени был проведен сравнительный анализ показателей диагностической информативности ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) и радионуклидного исследования с мечеными эритроцитами (РНИ с МЭ).

Мы провели ретроспективный анализ 77 наблюдений гемангиом печени, в которых при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии были получены сомнительные результаты исследования. В числе пациентов 49 (63,6%) были с онкологическими заболеваниями в анамнезе, из них 22 (28,5%) – с единичным поражением, 27 (35,1%) – с числом очагов 2 и более, 28 (36,4%) – с подозрением на метастатическое поражение без выясненного первичного очага.

При УЗИ выявление небольших одиночных гиперэхогенных образований с ровным, четким контуром, однородной структуры, связанных с венозным сосудом уже при ультразвуковом исследовании позволило выбрать правильное направление суждений о возможном наличии гемангиомы. Однако множественность поражения, неоднородность внутренней структуры, большие размеры очага, онкологический анамнез и иные дезориентирующие факторы, по-

вливали на выбор дальнейшей диагностической тактики. В частности, в некоторых случаях гемангиомы имели атипичную структуру – были гипозоногенными, изоэногенными, имели нечеткие контуры, гипозоногенный ободок, неоднородное строение, что затрудняло дифференциальную диагностику. В 1 случае гемангиома трактовалась как внеорганное образование, когда опухоль больших размеров располагалась частично экстрапеченочно. Наиболее часто необходимость в дифференциальной диагностике вызывали множественные гемангиомы и кавернозные гемангиомы больших размеров.

При КТ сочетание четкого ровного контура с наличием в центре зоны пониженной плотности с четкими контурами – гиалиновой щели – позволяет сформулировать уверенное заключение о наличии гемангиомы. Однако это сочетание встретилось лишь в 26,0% случаев. Наличие гиподенсного образования с четкими ровными контурами однородной структуры позволяет предположить наличие гемангиомы, но для подтверждения диагноза необходимо контрастное «усиление». Классическое накопление контрастного вещества от периферии к центру наблюдалось в 62,3% наблюдений. Трудности вызывала дифференциальная диагностика гемангиом небольших размеров, характер накопления контрастного вещества в которых было трудно интерпретировать.

Для гемангиомы печени характерно снижение скорости кровотока при значительном кровенаполнении, поэтому при радионуклидном исследовании с мечеными эритроцитами для гемангиомы было характерно снижение накопления радиофармпрепарата (РФП) в зоне интереса в сосудистую фазу и интенсивное его накопление при планарной скintiграфии и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ). Планарная скintiграфия была достаточно чувствительной при выявлении гемангиом, размером более 5 см. Это позволило прийти к выводу, что если при планарном исследовании дается уверенное заключение о наличии гемангиомы, то необходимости выполнения ОФЭКТ нет. Однако отрицательный ответ, полученный на втором этапе РНИ с МЭ, требует проведения однофотонной эмиссионной компьютерной томографии. Применение однофотонной эмиссионной компьютерной томографии существенно расширяет возможности метода и позволяет визуализировать гемангиомы малого размера.

Интенсивное накопления РФП в опухоли на отсроченных скintiграммах является патогномичным признаком гемангиомы. Мы не встретили его ни в одном наблюдении при первичных и вторичных злокачественных опухолях печени.

Трудности возникали при выявлении гемангиом малых размеров (менее 1,5 см), расположенных вблизи сердца и крупных сосудов.

При анализе заключений, вынесенных специалистами лучевой диагностики больным гемангиомой печени, уверенное заключение о наличии гемангиомы при УЗИ было сделано в 79,2%, и при КТ – в 81,8% случаев. При РНИ с МЭ уверенное заключение о наличии гемангиомы было дано в 98,7%.

Чувствительность УЗИ, КТ и РНИ с мечеными эритроцитами в диагностике гемангиом печени составила соответственно 79,2%; 81,8%; 98,7%.

Специфичность для вышеуказанных методов медицинской визуализации составила соответственно 90,0%; 92,9%; 100%.

Таким образом, оценивая методы медицинской визуализации в распознавании опухолей печени можно констатировать, что доказательная лучевая диагностика должна строиться на комплексном обследовании больных с применением ультразвукового и компьютернотомографического исследования для обнаружения очагового поражения и радионуклидного исследования для подтверждения реального наличия гемангиомы.

ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ МАССОВОЙ МАММОГРАФИИ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА

Навесова В.Ш., Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т.

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан

Ежегодно в мире регистрируется около 10 млн. новых случаев онкологических заболеваний, и более 6,2 млн человек умирают от рака. В развитых странах 46% случаев рака регистрируется в возрастной группе старше 64 лет, а в 2050г. ожидается рост этого показателя до 71%. Современная лучевая диагностика заболеваний молочной железы включает целый ряд методов визуализации, основным из которых является рентгеновская маммография (РМГ) – “золотой стандарт”, старейший и надежный метод, благодаря которому выявляется большинство злокачественных новообразований молочной железы.

Скрининговая РМГ позволяет уменьшить смертность от РГЖ как минимум на 25-30%, в Швеции этот показатель достигает 36-44%.

Цель исследования. Изучить результаты маммографического скрининга РМЖ по данным ООД ЮКО.

Материал и методы. В основу исследования легли данные маммографического обследования женщин в возрасте 50-60 лет по всем районам и городам ЮКО за период 2007-2008гг. За указанный период маммография проведена у 54547 женщин. Отбор исследуемых групп женщин производился в соответствии с приказом министерства здравоохранения Республики Казахстан № 607 «О проведении профилактических осмотров путем скрининг обследований женщин в возрасте 50-60 лет на выявление предопухолевых заболеваний и рака молочной железы» все женщины проходили профосмотры в участковых поликлиниках по месту жительства, где обязательно проходили осмотр молочных желез. При выявлении на опухолевые образования молочных желез больные повторно осматривались участковым онкологом поликлиники. Далее женщины с наличием патологии молочных желез в обязательном порядке проходили УЗИ молочных желез и маммографию и формировалась группа риска, затем эти женщины направлялись на консультацию маммологам в ООД ЮКО. После осмотра маммологов ООД каждой осмотренной женщине определялся индивидуальный план лечебных и профилактических мероприятий.

Результаты и их обсуждение. Анализ маммограмм показал, что 5% маммографических снимков оказались низкого качества, и эти женщины были отправлены на повторное обследование. По возрасту, анализируемая группа выглядела следующим образом: в возрасте 51-55 лет обследовано 28160 (51,62%) женщин, в этой возрастной группе менопауза более 5 лет отмечена у 78% женщин, у 12% отмечена менопауза от 3 до 5 лет и у 10% женщин отмечена пременопауза (в основном это женщины 50-52 лет), в возрасте 56-60 лет обследовано 26387 (48,38%) женщин, в этой группе все обследуемые были менопаузе более 5 лет. Патология молочной железы выявлена у 44184 (81%) женщин, из них: фиброзно-кистозная мастопатия у женщин 43211 (79,21%), доброкачественные кисты у 540 (0,98%) женщин, липомы у 230 (0,42%) женщин, фиброаденома у 140 (0,25%) женщин, рак молочной железы у 63 (0,11%) женщин. Женщины с фиброзно-кистозной мастопатией, доброкачественными кистами и липомами были направлены в общую лечебную сеть для лечения у участковых маммологов, а группа женщин с фиброаденомами и раком молочной железы были оставлены на лечение в условиях ООД ЮКО. Среди 63 выявленных женщин раком молочной железы опухолевый процесс I стадии был отмечен у 43 больных, во II стадии был у 20 больных, что свидетельствует о возможности ранней диагностики рака молочной железы у женщин в возрасте 50-60 лет.

Таким образом, анализ материала маммографического скрининга по Южно-Казахстанской области среди женщин 50-60 лет показал, в указанной возрастной группе в силу возрастных и гормональных особенностей у 81% женщин выявлена патология молочных желез. Причем у 1,78% (973) женщин выявлены кистозно-солидные образования, из них у 63 (0,11%) рак молочной железы в I-II стадии. Сравнивая полученные данные с литературными можно отметить, что проведенный скрининг в вышеуказанной группе показал свою эффективность, так как, больных раком молочной железы в ранней стадии выявлено более 0,1% случаев.

АВТОРЫ

1. Навесова Виктория Шамильевна, врач рентгенолог Южно-Казахстанской областной клинической больницы, г. Шымкент, ул. Крегера, д.6.
2. Арыбжанов Дауранбек турсункулович, к.м.н., зав. отделением химиотерапии ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
E-mail: davran_a@mail.ru

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ, ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ЛИМФОДИССЕКЦИИ D2.

Надвикова Е.А., Комиссаров А.В., Привалов А.В., Важенин А.В., Шеметов Е.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Цель исследования: провести сравнительный анализ непосредственных результатов различных вариантов комбинированного лечения с применением интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ).

Задачи исследования: 1. Оценить продолжительность операции и объем интраоперационной кровопотери после расширенных операций с ИОЛТ и ЛД D2, в том числе в сочетании с предоперационной лучевой терапией (ЛТ); 2. изучить влияние совместного применения ИОЛТ, предоперационной лучевой терапии и ЛД D2 на течение послеоперационного периода; 3. исследовать частоту и структуру послеоперационных осложнений, а также летальность после различных вариантов комбинированного лечения с применением ИОЛТ, предоперационной ЛТ, ЛД D2.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 52 больных раком желудка, получавшие лечение во 2 онкологическом (абдоминальном) отделении ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» в 2007г. В том числе 20 (38,5%) из них получили лечение с ИОЛТ. В соответствии с целями и задачами исследования нами были выделены следующие группы больных: 1 группа предоперационная ДГТ + операция – 8 человек, 2 группа – предоперационная ДГТ + операция + ИОЛТ – 7 человек, 3 группа – ИОЛТ + операция – 13 человек, 4 группа – только хирургическое лечение без ЛТ – 24 человека. В 4 группе в сравнении с другими группами оказался выше удельный вес больных старческого возраста (средний возраст пациентов в 4 группе 65,1 лет, $p=0,025$), а также удельный вес больных с выраженной сопутствующей патологией, так как именно по этим 2-м причинам чаще всего приходилось отказываться от ЛТ. Также многим пациентам с тяжелой сопутст-

вующей патологией, которые в достаточно большом количестве попали в 4 группу, не выполнялась ЛД D2. Для получения сопоставимых групп из исследования были исключены пациенты, которым выполнялась ЛД в объеме D1. В результате мы получили сопоставимые группы. Получена новая выборка из 35 больных раком желудка, которым выполнялась ЛД D2.

Распределение больных по группам: 1 группа предоперационная ДГТ + операция – 8 человек, 2 группа – предоперационная ДГТ + операция + ИОЛТ – 6 человек, 3 группа – ИОЛТ + операция – 11 человек, 4 группа – только хирургическое лечение без ЛТ – 10 человек.

Следует отметить, что в 4 группе оказалось достаточно много больных с I стадией рака желудка – 40%, которым было нецелесообразно проводить комбинированное лечение, и больных с IV стадией (40%) по этой же причине. В результате, в 4 группе чаще по сравнению с другими группами выполнялись комбинированные операции (50%, $p=0,205$), которые зачастую оказывались паллиативными, что оказало влияние на объем интраоперационной кровопотери, летальность, частоту и структуру послеоперационных осложнений. Впрочем, достаточно большим удельный вес комбинированных вмешательств оказался и в 3 группе (45%, $p=0,205$).

Непосредственные результаты. В 4 группе интраоперационная кровопотеря оказалась почти в 2 раза выше чем в 3-х других группах, которые по этому показателю существенно не отличаются (1 группа- 306,3 мл, 2 группа – 366,7 мл, 3 группа – 336,4 мл, 4 группа – 640 мл, $p=0,626$).

В группах с ИОЛТ, т.е. во 2 и 3-ей, средняя продолжительность операции оказалась несколько выше чем в других группах, что вполне объяснимо и ожидаемо: 1 группа- 173,1 мин, 2 группа – 226,7 мин, 3 группа – 218,6 мин, 4 группа – 187,5 мин, $p=0,171$.

Всего отмечены различные осложнения у 8 т.е. 22,9% больных: 1 группа- 0%, 2 группа – 33,3%, 3 группа – 18,1%, 4 группа – 40%, $p=0,21$. Максимальная частота осложнений отмечена в 4 группе, что связано с исходной тяжестью этих пациентов и большим удельным весом паллиативных и комбинированных вмешательств. Вообще не было осложнений в 1 группе с предоперационной ЛТ и ЛД D2. В группах с ИОЛТ частота осложнений занимает промежуточное значение. В группе с сочетанной предоперационной и интраоперационной ЛТ и ЛД D2 осложнения отмечены у 2 пациентов – у 1 была пневмония и у 1 – лихорадка неясного генеза. В 3 группе осложнения развились у 2-х пациентов – у обоих пневмония. В 4 группе – один поддиафрагмальный абсцесс, 2 несостоятельности швов анастомоза, 1 острый инфаркт миокарда, и 2 пневмонии. В результате, в 4 группе отмечена достаточно высокая летальность – 20%. В других 3-х группах, в том числе с ИОЛТ летальности не отмечено.

Выводы: 1. ИОЛТ в сочетании с предоперационной ЛТ и ЛД D2 у больных раком желудка не приводит к существенному увеличению интраоперационной кровопотери и длительности операции. При совместном применении ИОЛТ, предоперационной ЛТ, ЛД D2 в рамках комбинированного лечения больных раком желудка не отмечено достоверного увеличения частоты послеоперационных осложнений и летальности

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ.

Нагуло С.А., Чернова Л.Ф.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Основной метод лечения опухолей яичников – хирургический. Выполнение органосохраняющей операции в объеме односторонней аднексэктомии с одной стороны с обязательной резекцией противоположного яичника и резекцией большого сальника возможно у молодых пациенток только при пограничной опухоли.

Проанализирована судьба 13 пациенток за 2005-2010 годы после проведенного лечения. Все пациентки находились в возрасте от 18 до 35 лет. Пограничные опухоли яичников выявлены у 12 пациенток, высокодифференцированная аденокарцинома яичника – у 1. Серозный гистологический тип опухоли диагностирован у 9 (69,2%) пациенток, муцинозный – у 4 (30,8%). В соответствии с классификацией FIGO (1985) больные распределялись по стадиям следующим образом: Ia стадия – 7 (53,8%), Ib – 1 (7,7%), Ic – 3 (23,1%), Пв – 2 (15,4%).

Объемы оперативных вмешательств были различным: биопсия яичника (1), энуклеация опухоли (2), кистэктомия (2), аднексэктомия односторонняя (2), односторонняя аднексэктомия с резекцией контралатерального яичника (3) – 10 пациенток первично были оперированы в условиях гинекологических отделений неонкологических учреждений, и пограничный характер опухоли на первом этапе лечения установлен не был. Трем больным в условиях диспансера первично выполнена односторонняя аднексэктомия с резекцией контралатерального яичника и резекцией большого сальника, остальным были выполнены повторные операции. 4 женщинам произведено только оперативное вмешательство, а 9 – операция дополнена химиотерапией в адьювантном режиме.

Выживаемость за период 2005-2010 годов составила 100%. Рецидив у одной больной. В заключение следует отметить, что хирургическое вмешательство остается основным методом лечения начальных форм пограничных опухолей яичников и высокодифференцированной аденокарциномы яичников. Органосохраняющее хирургическое лечение позволяет реализовать специфические функции женского организма, способствует полноценной социальной реабилитации женщин, не ухудшая прогноза заболевания.

Нагуло Светлана Анатольевна:

Почтовый адрес: 454021 г. Челябинск, ул. 250 лет Челябинска, дом 1, корпус Б, квартира 72.

Эл. адрес: nagulo_s@mail.ru.

Телефон: 8-351-231-02-49 (факс: 8-351-794-05-81).

Чернова Людмила Федоровна:

Почтовый адрес: 454048 г. Челябинск, ул. Воровского, дом 61, корпус Б, квартира 57.

Телефон: 8-351-261-35-26.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ – ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ.

Нуриева Н.С.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Актуальность: Восстановление дефектов челюстных костей, и зубных рядов, после хирургического лечения опухолей оро-фарингеальной зоны, является задачей ортопедической стоматологии. В качестве формирующих и замещающих протезов часто используются частичные пластиночные протезы, которые имеют множество положительных свойств, просты в изготовлении, но могут не очень надежно фиксироваться в следствие нарушенной анатомии протезного ложа, и зачастую малого количества оставшихся зубов. Возможность использовать мини – дентальные имплантаты в качестве фиксаторов и стабилизаторов для формирующих и замещающих протезов применена нами у пациентов с послеоперационными дефектами челюстных костей.

Материалы и методы: фиксация и стабилизация замещающих протезов мини дентальными имплантатами осуществлена у 3 пациентов. 2 с частичной резекцией нижней челюсти, и 1 с резекцией верхней челюсти справа. При полном отсутствии зубов на оставшейся части.

Результаты и обсуждения: все пациенты перенесли установку мини дентальных имплантатов удовлетворительно. Установка производилась под местной анестезией, в условиях стоматологической поликлиники. Все мини дентальные имплантаты, в этот же день введены в функцию. Фиксация замещающих протезов пациентами отмечается как «хорошая». В настоящее время изучаются варианты установки мини имплантатов, непосредственно в ходе операции.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта ros_chel@mail.ru. IV онкологическое отделение (опухоли головы и шеи). Нуриева Наталья Сергеевна.

АНТИГЕН ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Орнер И.Ю., Батурина И.Л., Абрамовских О. С., Телешева Л. Ф., Зотова М.А.

НИИ иммунологии ЧелГМА

Для диагностики рака шейки матки (РШМ), в основном, используются достаточно информативные методы морфологической и эндоскопической диагностики: цитологический, кольпоскопический, биопсия шейки матки, флуоресцентная спектрография, оптическая когерентная томография (ОКТ), обследование на ИППП, определение уровня онкомаркера (SCCA) в сыворотке крови. Одним из современных направлений развития диагностики онкологических заболеваний стало определение в сыворотке крови опухолевых маркеров (ОМ), которые ранее использовали только для контроля эффективности терапии и обнаружения рецидивов и метастазов опухоли.

Онкомаркером называется биологический индикатор опухоли, который может быть выявлен в сыворотке крови и другой жидкой среде организма. Для диагностики и контроля эффективности терапии РШМ используется антиген плоскоклеточной карциномы (SCCA). Анти-

ген плоскоклеточной карциномы (SCCA) относится к группе гликопротеинов с молекулярной массой 45 kDa. Доказано участие SCCA в процессах клеточной адгезии, что позволяет отнести этот антиген к семейству молекул клеточной адгезии. В этом случае, повышение содержания SCCA в сыворотке крови у онкологических больных может быть одним из факторов, способствующих метастазированию. SCCA относится к ингибиторам сывороточных протеаз, которые принимают участие в регуляции и осуществлении апоптоза. В связи с этим можно предположить, что в здоровом организме SCC вовлечен в регуляцию ороговения нормального многослойного плоского эпителия, а в пораженных клетках является активатором опухоли.

Цель исследования: Оценить информативность метода определения уровня SCCA в сыворотке крови у женщин с тяжелой цервикальной интраэпителиальной неоплазией и РШМ I-III стадий.

На базе НИИ иммунологии Челябинской государственной медицинской академии и гинекологического отделения Челябинского областного онкологического диспансера, нами было обследовано 110 женщин, в возрасте от 23 до 55 лет. Всем обследуемым проводилось общее гинекологическое обследование и расширенная кольпоскопия с прицельной биопсией шейки матки для проведения патогистологического исследования.

Обследованные нами женщины в соответствии с характером и уровнем поражения тканей шейки матки были разделены на 6 групп, согласно клинической классификации TNM. Первую группу составили пациентки с тяжелой цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CINIII) (n=30), во вторую группу вошли женщины с преинвазивным раком (Cr in situ) (n=20), в третьей группе были пациентки с РШМ I стадии (n=20), в четвертую группу вошли женщины с РШМ II стадии (n=20), пятую группу составили женщины РШМ III стадии (n=20), в шестую группу вошли женщины с РШМ II- III стадий через 3 месяца после комплексной терапии (n=20). Контрольную группу составили 20 женщин, у которых при клиническом, кольпоскопическом и морфологическом исследованиях не были выявлены изменения в шейке матки. Средний возраст женщин с CINIII составил $31,1 \pm 1,6$ лет, с Cr in situ – $28,9 \pm 2,5$ лет, с РШМ I стадии – $39,4 \pm 0,7$ лет, с РШМ II стадии – $35,4 \pm 1,5$ года, с РШМ III стадии – $38,1 \pm 1,8$ лет, с РШМ II- III стадий после лечения – $35,7 \pm 1,9$ лет. Средний возраст контрольной группы составил $30,6 \pm 1,2$ года.

У обследуемых женщин определяли содержание онкомаркера SCCA в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы CanAg SCC EIA. Забор, хранение и исследование сыворотки производилось в соответствии с требованиями производителя тест-системы. Полученные результаты подвергали стандартным статистическим методам исследования с помощью программы Statistica 6.0.

Уровень SCCA в сыворотке крови женщин с CINIII был ниже уровня порогового значения указанного в тест-системе (1,6мг/л) и приближался по своему значению к уровню SCCA у здоровых женщин. В группе женщин с преинвазивным раком, также, не было выявлено существенного повышения уровня онкомаркера, по сравнению с предыдущими группами. Наиболее резкое повышение уровня SCCA было выявлено при РШМ I стадии, повышение уровня онкомаркера выше порогового значения наблюдалось у 13 пациенток (65%). В группе с РШМ II стадии уровень онкомаркера преобладал над показателями группы пациенток с I стадией и был повышен у 11 женщин (55%). В следующей группе (РШМ III стадии) нами не было выявлено существенных отличий в показателях уровня SCCA по сравнению с предыдущей группой. Повышение SCCA было зафиксировано у 10 пациенток (50%). После лечения у больных РШМ II- III стадий наблюдалось резкое снижение уровня онкомаркера, показатели этой группы приближались к значениям контрольной группы.

Таким образом, при определении SCCA в сыворотке крови, нами выявлена 100% специфичность метода (доля здоровых лиц, которые признаны здоровыми в результате применения метода диагностики). Также было обнаружено, что чувствительность SCCA (доля больных,

которые признаны больными в результате применения метода диагностики) составляет в среднем 52,5% для больных II- III стадий РШМ, для первой стадии – 65%, которая относится к ранним проявлениям неопластического процесса шейки матки. Повышение уровня онкомаркера при инвазивных формах РШМ связано с поражением базальной мембраны эпителиальных клеток шейки матки и проникновением антигена плоскоклеточной карциномы в кровеносное русло. Необходимо отметить высокую информативность SCCA после лечения заболевания.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА С МУЛЬТИЦЕНТРИЧНЫМ РОСТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Панова И.Е., Сусло И.С., Семёнова Л.Е., Важенина Д.А., Усова Р.А

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. г. Челябинск, Российская Федерация

Целью данного исследования явилось изучение вариантов лечения различных форм базально-клеточного рака с мультицентричным ростом с вовлечением органа зрения.

Материалы и методы. С мультицентричным ростом базально-клеточным раком (БКР) было пролечено 52 пациента (74 опухоли). Женщин – 31 (59,6%), мужчин – 21 (40,4%), средний возраст 58 ± 0.2 лет.

Результаты. С плоскостной формой с преимущественной локализацией на коже головы, параорбитальной области пролечено 7 (13,5%) пациентов, с язвенной формой – 8 (15,4%), с узловой – 10 (19,2%) больных. С различными формами БКР пролечено 27 (51,9%) пациентов, из них плоскостная форма в сочетании с узловой наблюдалась у 15 (55,6%) пациентов, плоскостная и язвенная у 7 (25,9%) больных, язвенная и узловая – у 5 (18,5%) пациентов. Сочетанная терапия применялась у 21 (40,4%) пациента, хирургическое лечение у 19 (36,5%) больных, лазерная фотодеструкция у 5 (9,6%) пациентов, комбинированное лечение проводилось у 4 (7,7%) больных, КДРТ у 2 (3,8%) пациентов. Эффективными методами лечения преимущественно поверхностных форм явились лазерная фотодеструкция (95,3%), комбинированное лечение (84,3%) у пациентов с плоскостной в сочетании с узловой формой и хирургическое лечение (75,2%) у пациентов с язвенной и в сочетании с узловой формами роста.

Выводы. Применение лазерной фотодеструкции, хирургического и комбинированного методов лечения БКР с мультицентричным ростом способствует увеличению безрецидивного периода.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта gos_chel@mail.ru. IX онкологическое отделение (офтальмоонкологии). Семенова Людмила Евгеньевна.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛУЧЕВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ «БОЛЬШИХ» МЕЛАНОМ ХОРИОИДЕИ

Панова И.Е., Важенин А.В., Кардава Т.Р., Семенова Л.Е., Пилат А.В., Важенина Д.А., Гюнтнер Е.И.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер – клиническая база ФГУ РНЦРР Росздрава. Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Радиационная онкология и ангиология» ЮУНЦ РАМН

Меланома хориоидеи (МХ), наиболее частая внутриглазная опухоль, в 63% случаев диагностируется в стадии T2aN0M0, при этом, нередко определяются показания к выполнению оргоаноуносящей операции. Основным направлением лечения МХ является органосохранное с применением брахитерапией, транспупиллярной термотерапии, фотодинамической терапии. Наиболее перспективным представляется комбинация выше указанных методик для расширения показаний и повышения эффективности органосохранной терапии МХ «больших» размеров.

Цель. Оценка эффективности многокомпонентного органосохранного лечения «больших» меланом хориоидеи на основе комбинированного воздействия на опухоль.

Материалы и методы. За период с 2001-2009 гг. в офтальмоонкологическом центре пролечено 289 больных с МХ. Органосохранное лечение получили 62,3% пациентов. У 34 больных с «большой» МХ (элевацией опухоли 5,2 мм и более) изучены результаты многокомпонентного органосохранного лечения. Средний возраст больных составил $54,8 \pm 12,8$ лет, мужчин – 17 (50%), женщин – 17 (50%); элевация опухоли составила $8,1 \pm 0,9$ мм., сроки наблюдения – $18,7 \pm 9,5$ мес. Лечение начиналось проведением радиомодификации препаратами платины (цисплатин 10 мг/м^2 внутривенно капельно), затем, производилась транспупиллярная термотерапия (ТТТ) опухоли под местной анестезией (Sol. Inocaini 0,4%), на офтальмокоагуляторе фирмы АЛОД АЛКОМ (Санкт-Петербург) с длиной волны 810 нм, размером пятна 2,0 – 3,0 мм. Мощность излучения подбиралась индивидуально и варьировала в диапазоне 400 – 800 мВт, экспозиция в каждой точке воздействия составила 60 секунд. Через 24-72 часов после лечения, в ряде случаев под интраоперационным ультразвуковым контролем, выполнялась брахитерапия с использованием офтальмоаппликаторов Ru/Rh 106 (ФЭИ ГНЦ РФ г. Обнинска), СОД $137,7 \pm 7,3$ Гр. Оценка эффективности лечения проводилась по стандартам ВОЗ (2001 г.), на основе клинической картины и комплексного ультрасонографического исследования с цветовым доплеровским картированием, выполнявшийся на аппарате «Logic9» (США) микроконвексным линейным датчиком 5 – 13 МГц.

Результаты. После лечения у пациентов преобладала высокая степень лучевых реакции (64,7% – 22 пациента), проявляющиеся хемозом, выраженной экссудативной и клеточной реакцией, офтальмогипертензией, высокой отслойкой сетчатки, отслойкой сосудистой оболочки. У 9 больных (26,5%) отмечалась средняя, у 3 пациентов (8,8%) – легкая степень лучевых реакций. К 12 месяцу от начало лечения полный эффект наблюдался у 75% пациентов, у остальных, в равной степени стабилизация процесса и частичный эффект.

Выводы. Многокомпонентное органосохранное лечение с применением препаратов платины, ТТТ и последующей брахитерапией, в лечении «больших» меланом хориоидеи высоко эффективно в плане локального контроля, и требует продолжения исследований.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА

Панова И.Е., Сусло И.С., Семёнова Л.Е

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. г. Челябинск, Российская Федерация

Целью данного исследования явилось изучение эпидемиологических особенностей первично-множественных опухолей в сочетании с поражением сосудистой оболочки глаза.

Материалы и методы: Исследование проводилось на основе ретроспективного анализа историй болезни пациентов за период с 2004 по 2007 гг. С первично-множественным поражением в сочетании с меланомой хориоидеи было пролечено 13 пациентов (27 опухолей). Женщин – 10 (76,9%), мужчин – 3 (23,1%). Средний возраст мужчин $59 \pm 1,6$ лет, женщин – $63 \pm 1,9$ лет.

Результаты: Исследование структуры вторых опухолей при первично-множественном поражении органа зрения показало, что на первом месте находится рак молочной железы – 3 пациента, на втором месте базально – клеточный рак кожи – 2 пациента – узловая и язвенно-узловая формы. У 8 пациентов выявлены опухоли различной локализации: рак матки и яичника, рак нижней губы, меланоз Дюбрея, неходжкинская лимфома с поражением паховых лимфоузлов, рак мочевого пузыря, рак прямой кишки, щитовидной железы, бинокулярное поражение хориоидеи у 1 пациента. В данной когорте больных выявлен значительный удельный вес метастазно возникших опухолей 76,9% (10 пациентов), синхронное поражение наблюдалось у 3 пациентов.

С плоскостной формой меланомы хориоидеи пролечено 5 пациента, с узловой – 6 больных, с грибовидной формой меланомы сосудистой оболочки глаза – 2 пациента. Исследования по распространенности увеальной меланомы по классификации TNM показали, что у пациентов с первично-множественными злокачественными опухолями органа зрения чаще диагностировалась третья стадия процесса (T3) – у 53,8% больных, первая стадия (T1) составила 23,1% пациентов, T2 – у 15,4%, Tx – у 7,7% больных.

Выводы: На основании проведенных исследований установлено, что наиболее часто меланома хориоидеи сочетается с опухолью молочной железы – 3 пациента, наиболее часто диагностировалась третья стадия процесса (T3) – 53,8% больных; узловая форма меланомы диагностировалась чаще – у 6 пациентов. Значительный удельный вес метастазно выявленных опухолей в структуре первично-множественных опухолей с поражением сосудистой оболочки глаза диктует необходимость динамического наблюдения за больными, излеченными от злокачественного новообразования.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ.

Пащенко А.С., Важенин А.В., Воронин М.И.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Челябинская Государственная Медицинская Академия

Введение: В последние годы стандарты лечения пациентов с онкологической патологией включает в себя, прежде всего комплексные и комбинированные методики, позволяющие существенно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения. Одним из методов дополняющим лечение являются интервенционные радиологические вмешательства.

Цель исследования: Улучшение непосредственных результатов лечения пациенток с опухолями шейки матки осложненными кровотечением с использованием эмболизации артерий (ЭА) малого таза.

Материалы и методы: Всего с 2006 года нами было выполнено 94 операции у пациенток по поводу кровотечений из опухоли шейки матки. Средний возраст пациенток исследуемой группы 46 лет. Распределение по стадиям произошло следующим образом: II – 2 (2.1%), III – 86 (91.4%), IV – 6 (6.3%). По гистологическому строению преимущественно нам встретился плоскоклеточный рак умеренной степени дифференцировки – 58 (71.6%), аденокарцинома в 16 случаях (9.7%), железисто- плоскоклеточный рак в 7 случаях (8.6%). По формам роста распределение произошло следующим образом: экзофитная форма -25 (26.5%), эндофитная форма -17 (18%), смешанные формы – 39 (41.4%). Из всех пациенток кровотечение в анамнезе с признаками анемии имели 32.9% пациенток, кровотечение развившееся при поступлении 21.2%, у 31.9% пациенток кровотечение развилось в процессе специального лечения в условиях ЧОКОД. До проведенного эндоваскулярного вмешательства все пациенток получали консервативную гемостатическую терапию (лекарственное лечение, тампонирование), которая имела четкий эффект только в 6 случаях. До эпизода кровотечения из опухоли 41 пациентка получала курс индукционной ПХТ, 10 пациенток получали курс ДГТ, 2 пациентки находились в процессе лечения ВПГТ, проходили подготовку к специальному лечению 28 женщин.

Непосредственные результаты: Всем пациенткам исследуемой группы была выполнена ЭА малого таза. По структуре операций – экстренные составили 56,3%, плановые – 43,7%. Среднее время операции составило 24 минуты. В 60 (63.8%) случаях была выполнена двусторонняя эмболизация маточных артерий, комбинированная эмболизация маточных артерий и внутренних подвздошных артерий была выполнена в 24 (25.5%) случаях, изолировано внутренние подвздошные артерии были эмболизированы 5 (5.3%) случаях. В 2 случаях было выполнено одностороннее вмешательство и в 3 случаях мы ограничились диагностическим вмешательством по причине анатомических особенностей при опухолевом поражении органов малого таза. Среднее время продолжительности постэмболизационной гипертермии составило 3 дня. Постэмболизационный болевой синдром 1 степени нам встретился в 38.2% случаев, 2 степени в 40%, в остальных случаях болевого синдрома не отмечалось. Среднее время продолжительности болевого синдрома 2,2 дня. Постэмболизационная гипертермия развилась в 72,5% случаев и была купирована назначением антибактериальных и дезинтоксикационных средств, средняя продолжительность составила 4,4 дня. Из осложнений операции можем отметить два случая гематом на месте пункции. Рецидивов кровотечения у исследуемой группы отмечено не было. У двух пациенток которым была выполнена ЭА по поводу кровотечения по жизненным показаниям при наличии вращающегося в мочевого пузыря и

прямую кишку были диагностированы мочепузырно-вагинальный и ректовагинальный свищи при наличии стойкого гемостатического эффекта. После проведения операции АЭ начало дальнейшего специального лечения пришлось на 4 сутки. Наряду с этим, часть пациенток (12 человек), которым ранее проводилось симптоматическое лечение (по тяжести состояния), при стабилизации гемодинамики и лабораторных показателей смогли получить курсы паллиативного лечения включающие ПХТ и ДГТ.

Выводы: С учетом полученных данных можно сделать вывод об эффективности артериальной эмболизации в коррекции лечения осложненных форм распространенного рака шейки матки. Использование эмболизации русла внутренних подвздошных артерий приводит к стойкому купированию кровотечения, и возможности в минимальные сроки продолжать специальное лечение пациенток данной группы. Наряду с этим применение ЭА перевести значительную группу пациенток из разряда симптоматических, в группы получающие радикальное и паллиативное лечение.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.

Петракова Е.И., Варенников А.И., Смирнов В.В., Шмунк В.А.

Негосударственное учреждение здравоохранения Дорожная клиническая больница, 2 онкологическое отделение.

Результаты лечения местнораспространенного рака шейки матки остаются неудовлетворительными. Рак шейки матки (РШМ) в настоящее время остается одной из наиболее частых злокачественных опухолей женских гениталий. Ежегодно в мире впервые выявляется около 400 000 больных, из которых почти половина умирает в течение первого года в связи с поздней диагностикой в III – IV стадиях. Отмечается также нарастание случаев РШМ среди женщин моложе 30 лет. На сегодняшний день лучевая терапия (ЛТ) и химиотерапевтический метод лечения (ХТ) местнораспространенных форм РШМ считаются стандартными. Основной причиной неэффективности ЛТ и ХТ являются регионарные метастазы и невозможность подведения достаточных доз при большой массе опухоли, а также наличие резистентных опухолей. В РФ остается высокой летальность в течение первого года с момента постановки диагноза (20,3%). Хирургическое лечение является основным на ранних стадиях заболевания (IA-IB), в то время как ЛТ и ХТ широко используются при лечении местнораспространенного РШМ. Выбор метода лечения больных РШМ II – IV а стадии составляет предмет многолетних дискуссий. Возможно, использование хирургического компонента в комплексном лечении РШМ II – IVа ст. является неоправданно ограниченным.

Пятилетняя выживаемость среди больных РШМ, получивших химиолучевую терапию как самостоятельный метод лечения, по данным разных авторов, составляет при II b стадии от 42 до 64,2%. при III стадии – от 23 до 44,4%. Наиболее частой причиной смерти больных распространенным РШМ является прогрессирование процесса в области малого таза, развитие почечной недостаточности за счет обструкции и сдавления мочеточников, примерно у 4,4% больных определяются отдаленные метастазы. Неудовлетворенность результатами лучевого и химиолучевого лечения вызвали попытки дополнения этих методов хирургическим лечением.

Преимущества хирургического вмешательства:

1. Возможность адекватного стадирования, что позволяет адекватно планировать адъювантную терапию (как ЛТ, так и ХТ);
2. Возможность транспозиции яичников у молодых женщин;

3. Снижение количества рецидивов в малом тазу (по данным литературы);
4. Возможность оценки патоморфоза опухоли;
5. Увеличение безрецидивной и общей выживаемости, снижение смертности (по данным литературы);
6. Улучшение качества жизни (при наличии мочевых свищей, кровоточащих опухолей);

Во 2 онкологическом отделении НУЗ ДКБ хирургическое лечение пациенток местнораспространенными формами РШМ начато в 2009 году. За это время прооперировано 13 пациенток от 34 до 64 лет. До операции 12 из них получили 2-3 курса ПХТ по схемам LFP и FP, четверо – также и предоперационное сочетанное лучевое лечение, одна – полное комплексное лечение.

Распределение по стадиям:

	IIa	IIб	IIIa	IIIб	IVa
Рак шейки матки	-	3	-	3	1
Рак культи шейки матки	-	4	-	1	-
Рецидив РШМ	1	-	-	-	-

Распределение по гистологическому варианту: плоскоклеточный рак – 12 пациенток, железисто-плоскоклеточный – 1

Выполненные операции: 1. Расширенная экстирпация матки с придатками по Вертгейму (экстирпация матки с придатками, околоматочной клетчаткой, верхней третью влагалища, двусторонняя тазовая лимфаденэктомия).

2. Расширенная экстирпация культи шейки матки (экстирпация культи шейки матки с верхней третью влагалища, клетчаткой, двусторонняя тазовая лимфаденэктомия, в случае оставленных придатков – одно- или двусторонняя аднексэктомия).

3. У молодой пациентки 37 лет была выполнена транспозиция яичников в латеральные каналы после срочного интраоперационного гистологического исследования.

4. У пациентки 34 лет с рецидивом РШМ II а ст. после комплексного лечения в 2004г. и формированием пузырно – влагалищного свища была произведена резекция верхней трети влагалища, задней стенки мочевого пузыря, дистальной части правого мочеточника, уретероцистостомия справа.

5. У пациентки 49 лет с прорастанием РШМ в мочевой пузырь и практически тотальным его поражением была выполнена передняя экзентерация малого таза.

Все операции выполнялись с техническими сложностями из-за постлучевых и лекарственных изменений тканей (фиброз, склероз), спаечного процесса в малом тазу после перенесенных операций, ожирения II ст. у 4 пациенток и III ст. у 1 пациентки.

В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: формирование лимфатических кист – у 2 пациенток, воспалительный прикультиевой инфильтрат в малом тазу у 1 пациентки. Лечение консервативное с положительной динамикой. Всем выписанным пациенткам было продолжено специальное лечение (ХТ, ЛТ). Полгода и более живы 6 пациенток.

Рецидивов у них не выявлено.

Показания к хирургическому лечению местнораспространенного РШМ:

1. Положительная динамика на ХТ или химиолучевое лечение у пациенток достаточно молодого возраста, то есть достижение подвижности опухоли и технической возможности ее удаления.

2.Отсутствие тяжелых соматических заболеваний и значительных степеней ожирения.

3.Отсутствие отдаленных метастазов.

Стоит также отметить то, что четверо из этих больных (32, 40, 49 и 64 лет) не подлежали дальнейшему специальному лечению из-за поражения мочевого пузыря, наличия пузырно-влагалищного свища или высокого риска его формирования. Благодаря выполненному хирургическому вмешательству стало возможно проведение ЛТ и ХТ. Двое из них после операции получили сочетанное лучевое лечение в полном объеме, одна – 2 курса ПХТ, одна

прооперирована недавно и находится в стационаре. Трое живы полгода и более, рецидива у них не выявлено. Жалоб при контрольном осмотре они не предъявляют.

В настоящее время все пациентки живы и находятся под наблюдением.

Таким образом, включение хирургического компонента в комплексном лечении местнораспространенного РШМ приводит к улучшению ближайшего результата лечения, качества жизни пациенток, а также позволяет шире использовать специальные методы лечения у пациенток с наличием или высоким риском формирования мочевого свища.

Литература: 1. А.М. Муллагалиева с соавторами. Комплексное лечение больных раком шейки матки с высоким риском прогрессирования с применением неoadъювантной химиолучевой терапии. Казанская государственная медицинская академия, 2010 г.

2. Максимов С.Я., Гусейнов К.Д. Комбинированное лечение рака шейки матки. НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова. С.-Петербург, 2002г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЗАПУЩЕННОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ЮЖНО-УРАЛЬСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГЕ.

Поздеев Н.А., Жевлакова И.А Гетманенко В.Л.

НУЗ ДКБ ст. Челябинск.

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее частых причин смерти женщин, по сравнению с другими формами злокачественных новообразований. По уровню смертности от рака этой локализации первые три места занимают Дания, Ирландия и Нидерланды (25,5 – 26,9 на 100 тыс. населения). В странах Западной Европы и Северной Америки он является ведущей причиной смерти женщин 35-54 лет (20%), а после 55 лет – второй причиной после сердечно-сосудистых заболеваний.

Россия в этом списке находится на 28-ом ранговом месте. По данным различных авторов отмечен четырехкратный рост заболеваемости и смертности РМЖ за 30 лет (1). Так с 1970 по 2003г заболеваемость РМЖ увеличилась с 9,6 до 38,7, а смертность с 4,2 до 17,4 на 100 тыс. населения.

Несмотря на то, что в России в течение 20-летнего периода ведутся многочисленные исследования по поиску и разработке рациональных скрининговых программ по выявлению РМЖ на ранних стадиях, доля лиц с III-IV стадиями заболевания составляет более 40% (4)

Е.А. Кваша и соавторы провели анализ связи запущенности при раке молочной железы и, выполняемых в разных регионах России, маммографических исследований. По их данным прямой связи между количеством выполненных маммографий и уменьшением смертности от РМЖ нет (3).

Исходя из актуальности обсуждаемой проблемы, нам показалось интересным оценить влияние маммографии на запущенность при РМЖ по материалам Южно-Уральской железной дороге (ЮУЖД).

Цель: оценить демографические показатели заболеваемости, смертности и запущенности при раке молочной железы на ЮУЖД, а также влияние частоты проведения рентгеновской маммографии на показатель запущенности при РМЖ.

Материалы и методы: проведен анализ данных отчетных форм по НУЗ ДКБ ст. Челябинск ОАО «РЖД», по Южно-Уральской железной дороге и рентгенологической службы ЮУЖД за период 2004 – 2008 годов.

Результаты: При анализе данных по ЮУЖД за последние 5 лет отмечена стабилизация заболеваемости раком молочной железы среди женщин. Данные представлены на рис.1.

Заболеваемость раком молочной железы по ЮУЖД 2004-2008 гг.
на 100 тыс. населения

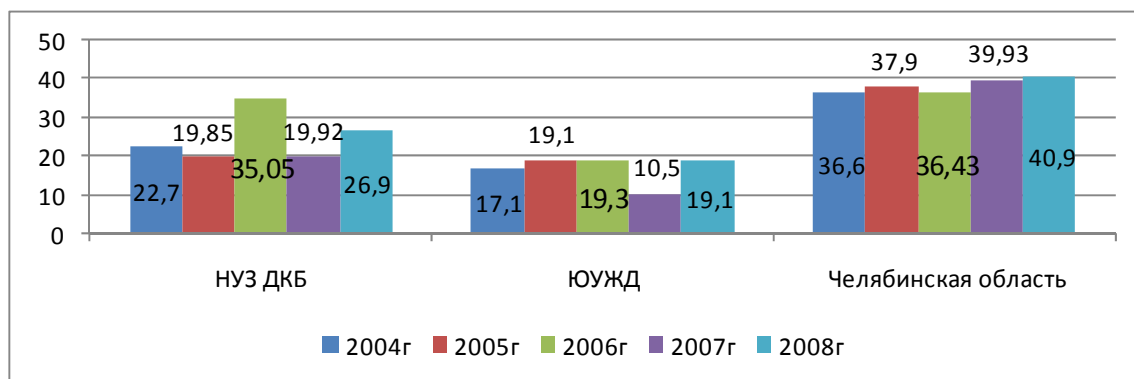


Рис.1

По данным диаграммы заболеваемость по ЮУЖД колеблется от 10,5 до 19,3 на 100 тысяч населения. По Дорожной клинической больнице ст. Челябинск, она почти в 2 раза выше и составляет от 19,85 до 35,05 на 100 тыс. населения. Это подтверждает общую тенденцию повышенного уровня заболеваемости РМЖ населения промышленно развитых территорий. Описанные показатели ниже аналогичных по Челябинской области в целом. Анализ смертности по ЮУЖД представлен на рис. 2

Смертность от РМЖ по ЮУЖД 2004-2008 гг.
на 100 тыс. населения

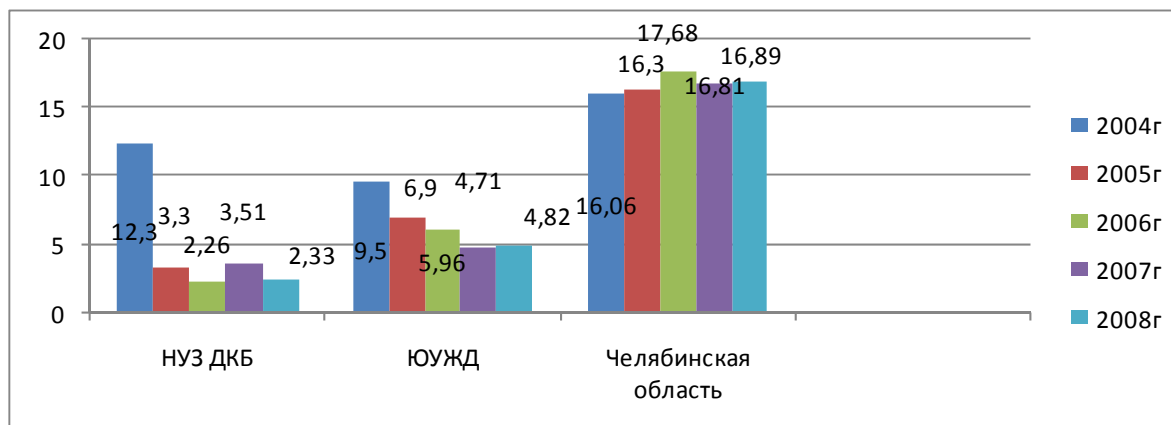


Рис.2

Смертность от рака молочной железы на ЮУЖД снизилась в 2 раза с 9,5 до 4,82 на 100 тыс. населения. По НУЗ ДКБ на ст. Челябинск снижение смертности от РМЖ произошло в 6 раз. Аналогичные показатели по Челябинской области выше и не имеют тенденции к снижению за рассматриваемый период времени.

Смертность от РМЖ в основном связана с местнораспространенными и метастатическими формами рака. Динамика запущенности представлена на рис.3

Динамика запущенности (3-4 ст) при РМЖ на ЮУЖД 2004-2008 гг.

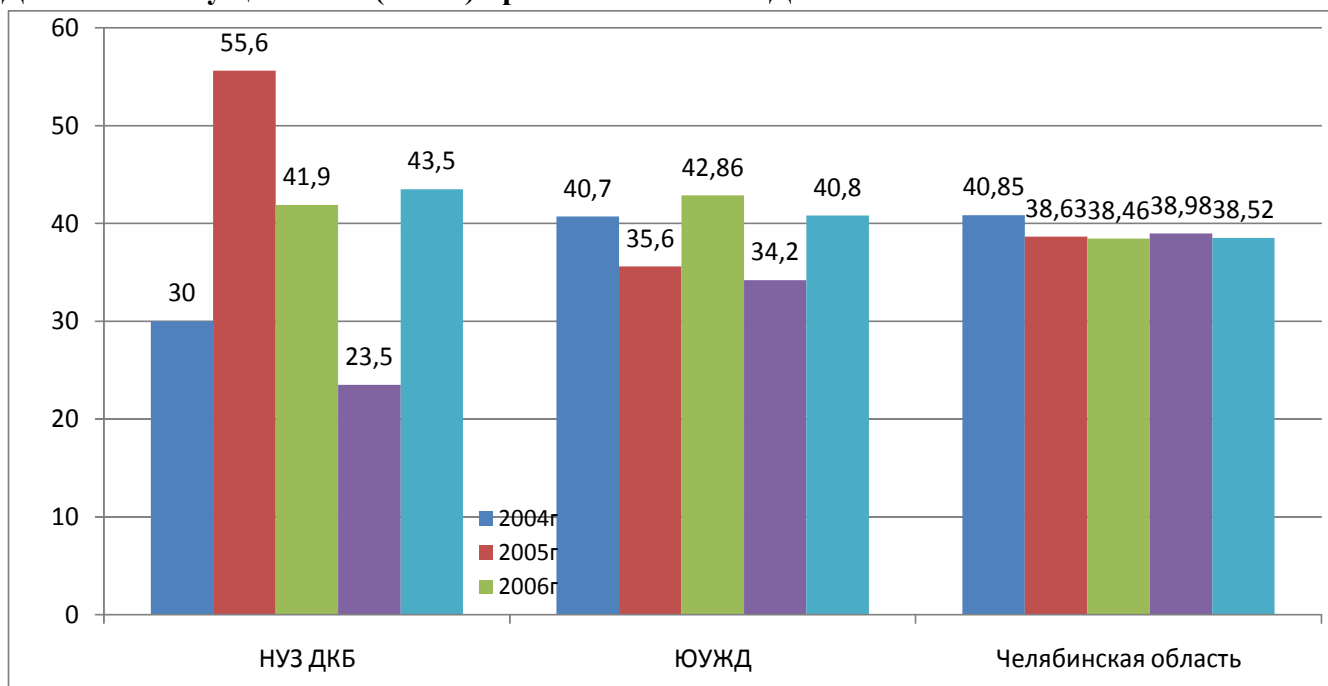


Рис.3

Снижение количества местнораспространенных и метастатических форм рака молочной железы за 5 лет ни в ДКБ, ни на ЮУЖД, ни по Челябинской области не отмечено.

Причины запущенности можно разделить на две большие группы: связанные с работой медицинских учреждений (дефекты работы врачебных кадров, недостаточная оснащенность диагностической аппаратурой, недостаточная разрешающая возможность последней) и несвоевременным обращением пациента за помощью (по религиозным, социальным, личностным мотивам).

Общепризнанным инструментальным методом ранней диагностики рака молочной железы является рентгеновская маммография. Данные по анализу частоты ее применения на изменение показателя запущенности по опыту НУЗ ДКБ ст. Челябинск ОАО «РЖД» представлены на рис.4.

Динамика маммографий по НУЗ ДКБ

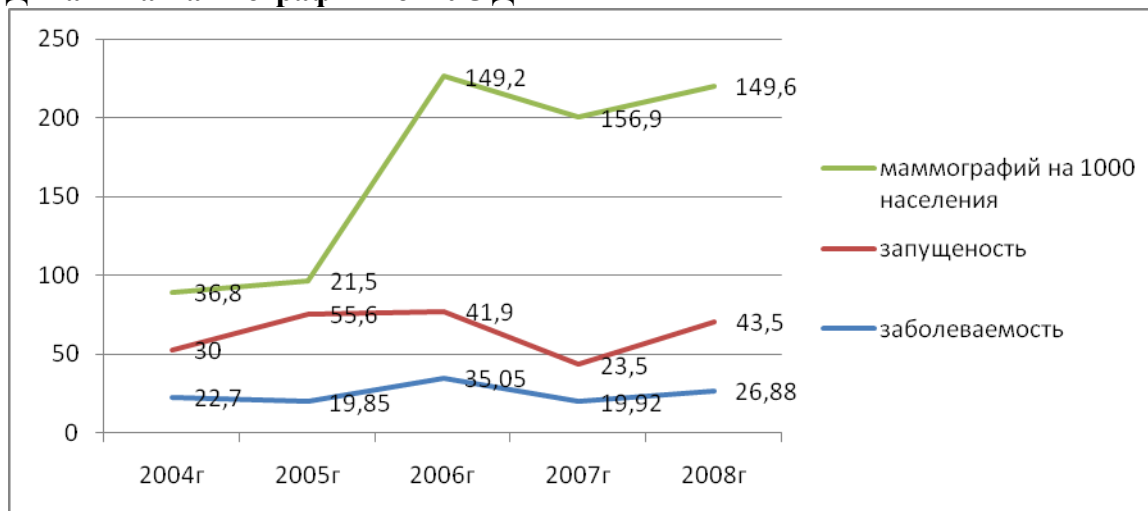


Рис.4

При анализе диаграммы за пять лет число маммографий увеличилось более, чем в 5 раз. Однако увеличение количества выполненных маммографических исследований не привело к уменьшению запущенных форм болезни, что соответствует данным литературы (3).

При анализе причин запущенности РМЖ по ЮУЖД, выяснено, что только у 27% пациентов причиной запущенности явились «медицинские проблемы». В то время как у 73% запоздалая диагностика явилась результатом несвоевременного обращения женщин за помощью.

Выводы: 1. Уровень заболеваемости РМЖ среди работников ЮУЖД за 2004 – 2008годы стабилизировался.

2. Запущенность и смертность при РМЖ на ЮУЖД находится ниже уровня аналогичных показателей по Челябинской области.

3. Скрининговое исследование – рентгеновская маммография – не позволяет снизить выявляемость рака молочной железы в 3-4 стадии.

4. Необходимо повышать санитарную грамотность населения для своевременной диагностики рака молочной железы.

Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. – М., 2002.

2. В.И. Чисов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. Злокачественные новообразования в России в 2006 году. (заболеваемость и смертность). М. 2008

3. Е.А. Кваша, Т.Л. Харькова Статистико-демографический анализ смертности от рака молочной железы в России. Вопросы статистики, 2006, №8, с. 25-33.

4. Аркадьева Т.В. Пути улучшения ранней выявляемости рака молочной железы (опыт Краснодарского городского онкологического диспансера). Современная онкология. 1999. Т. 1. № 2.

ТЕМПЕРАТУРНАЯ РАДИОМОДИФИКАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.

Привалова Е.С., Васильева Т.А., Ивахно М.Н., Бочарникова Н.Б., Квеладзе В.В., Бехтерева С.А., Рахманова Н.Д.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Цель исследования: анализ непосредственных и отдаленных результатов сочетания лучевого лечения с трансцервикальной термотерапией (ТЦТТ) на аппарате «Радиотерм Ч», частоты местных реакций.

Материалы и методы:

Исследуемая группа: (N 39) III стадия (T3NxM0). Средний возраст 46 лет.

Группа контроля: (N 41) III стадия заболевания (T3NxM0). Средний возраст 48 лет.

Все пациентки исследуемой группы и группы контроля были условно разделены на 2 подгруппы на основании гистологической структуры опухоли и, соответственно, различного протокола ведения.

Исследуемая группа, 1 подгруппа: (N 13) аденокарцинома. С индукционной целью с интервалом 3 недели проводилось 2 курса НАПХТ по схеме CAP. Затем радикальная программа сочетанно-лучевого лечения по расщепленному курсу. На втором этапе лучевого лечения внутрисполостная гамма-терапия на аппарате «Агат ВУ» проводилась в сочетании с ТЦТТ. Ритм облучения 1 раз в неделю РОД в т.А 10 Гр. до СОД 50 Гр.

2 подгруппа: (N 26) плоскоклеточный рак G1-3. Пациенткам с индукционной целью с интервалом 3 недели проводилось 2 курса НАПХТ по схеме LFP. Затем радикальная программа сочетанно-лучевого лечения по расщепленному курсу. На втором этапе лучевого лечения внутриволостная гамма-терапия на аппарате «Агат ВУ» проводилась в сочетании с ТЦТТ (через 1 сеанс). Ритм облучения 1 раз в неделю РОД в т.А 5 Гр. до СОД 50 Гр.

Группа контроля, 1 подгруппа: (N 5) аденокарцинома. Методика лечения аналогична 1 подгруппе исследуемой группы, но без проведения ТЦТТ.

Группа контроля, 2 подгруппа: (N 36) плоскоклеточный рак G1-3. Методика лечения аналогична 2 подгруппе исследуемой группы, но без проведения ТЦТТ.

Результаты: всеми больными отмечена удовлетворительная переносимость лечения. Местные реакции в исследуемой группе представлены: пленчатый эпителиит шейки матки у 24 больных, серозометра – 4 пациентки, пиометра – 2 пациентки. Местные реакции в группе контроля: пленчатый эпителиит – 14 человек, серозометра – 4 человека. Местные реакции успешно купировались мазевыми обработками слизистой и проведением соответствующей противовоспалительной терапии.

Для непосредственной оценки эффекта ТЦТТ, проводилась УЗДГ шейки матки. Расшифровка данных УЗДГ говорит о несомненном увеличении скорости кровотока в сосудах, питающих шейку матки после сеанса ТЦТТ и постепенном его снижении после сеанса и в последующие сутки после проведения лечения.

Непосредственные результаты лечения в исследуемой группе: полная резорбция – 61,5%, частичный эффект – 30,8%, стабилизация – 7,7%, прогрессирования не выявлено ни у одной пациентки.

Непосредственные результаты лечения в группе контроля: полная резорбция – 39,1%, частичный эффект – 29,3%, стабилизация – 26,8%, прогрессирование заболевания – 4,8%.

Сроки наблюдения за больными исследуемой группы составили, в среднем, 5 лет. Общая пятилетняя выживаемость в исследуемой группе составила 60,8%, в контрольной 49,5%. При оценке поздних лучевых повреждений существенных различий между группами выявлено не было.

Выводы: сочетание лучевого лечения с ТЦТТ достоверно повышает частоту полных резорбций (на 22%), $P < 0,05$, пятилетняя выживаемость в исследуемой группе выше на 11,3%. Частота местных реакций при проведении ТЦТТ достоверно выше в исследуемой группе (на 33%), $P < 0,05$. ТЦТТ не увеличивает частоту поздних лучевых повреждений.

ИНВАЗИВНЫЕ И НЕИНВАЗИВНЫЕ РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Рожкова Н.И., Фролов И.М.

ФГУ «Российский научный центр рентгенодиагностики Минздравсоцразвития», Маммологический Центр Минздравсоцразвития.

В последние десятилетия отмечается рост частоты встречаемости первично-множественного рака молочной железы (ПМРМЖ), в связи с чем возникает необходимость в более пристальном анализе его проявлений.

Развитие лучевых методов диагностики, интервенционной радиологии, молекулярной биологии позитивно сказывается на уточненной дооперационной диагностике заболевания и возможности оптимизации щадящего лечения.

Целью проведенного исследования являлось изучение особенностей клинических, лучевых и патоморфологических методов диагностики и проявлений различных вариантов ПМРМЖ. Комплексное обследование ПМРМЖ включало: клиническое обследование, лучевые методы исследования с инвазивными и неинвазивными технологиями маммографии, УЗИ, усовершенствованные методики биопсий и предоперационной внутритканевой маркерówki непальпируемых образований, патоморфологическое, иммуногистохимическое и радионуклидное исследования костей скелета, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки.

В основу работы положены результаты комплексного лучевого и патоморфологического обследования 120 больных ПМРМЖ и 6 пациентов с метастатическим поражением молочной железы. Для выявления особенностей проявления и сравнения диагностической эффективности клинического метода, лучевых и патоморфологического методов исследования было проанализировано 100 больных раком молочной железы со сроком наблюдения более 10 лет (контрольная группа).

Использование радиологической информационной системы "ИнтеГРИС" (цифровая маммография, ЦМ) у 27 чел. ПМРМЖ (22,5%) позволило выявить непальпируемые формы опухоли, из них у 3 чел. – с обеих сторон (синхронный рак). Чаще женщины ПМРМЖ были в возрасте от 40-49 лет (30,2%) и старше 60 лет (33,3%). В контрольной группе доминировали женщины 40-59 лет (65%).

По характеру роста и срокам появления опухоли больные ПМРМЖ распределились на 3 группы: с синхронным раком (СРМЖ) – 24 чел. (20%), с метахронным раком (МРМЖ) – 46 чел. (38,4%), с мультицентрическим ростом рака (МРРМЖ) – 50 чел. (41,6%).

СРМЖ пальпаторно диагностировался в 38% случаев в обеих молочных железах, в 50% – только в одной, в 12% СРМЖ клинически не выявлен. ЦМ выявила рак в 92% случаев (из них в 62% – непальпируемые формы). Прицельная пункционная биопсия под "Цитогайдом" позволила получить раковые клетки в 80% случаев. Гистологическое строение опухолей в обеих молочных железах совпадало лишь в 33% случаев. СРМЖ визуализировался в форме узла с нечеткими контурами. В 48,8% случаев рак обнаружен на фоне жировой инволюции. Зеркальность поражения встречалась в 14% случаев.

МРМЖ, диагностированный в 41% случаев через 2-5 лет после первой операции, не пальпировался в 26% случаев и был выявлен при ЦМ. В 95% случаев цитологическое исследование пунктата лимфатических узлов с выявлением уровня экспрессии цитокератина 19 позволило выявить их метастатическое поражение. Идентичность гистологического строения первого и второго рака установлено в 36% случаев. В 9% случаев МРМЖ проявлялся в виде отека и перестройки структуры ткани железы, в 18% – в виде нескольких узлов. Ни в одном случае рак не проявлялся в виде микрокальцинатов. В 50% процесс локализовался в наружных квадрантах. В 79% случаев при УЗИ диагностированы метастатические подмышечные лимфатические узлы.

При пальпации точная оценка степени распространенности процесса при МРРМЖ достигалась в 22% случаев. Применение ЦМ позволило выявить МРРМЖ в 96% случаев. Прицельная пункционная биопсия под контролем рентгенографии и УЗИ в 73% подтвердила злокачественный процесс. В 68% случаев опухоли имели одинаковое гистологическое строение. Преобладал инвазивный протоковый рак (71%). Опухоли локализовались в разных квадрантах в 46% случаев, в пределах одного квадранта – в 54% случаев. Рядом расположенные узлы в 82% случаев были связаны тяжами, что свидетельствует о внутриорганном метастазировании. Метастазы в подмышечных лимфатических узлах выявлены в 82% случаев, что значительно чаще, чем в контрольной группе и у больных с СРМЖ и МРМЖ.

В 6 наблюдениях у пациентов с метастатическим поражением молочной железы, возникшим в первые 2 года после операции, клинико-лучевая картина проявлялась в виде диффузного отека и утолщения кожи с перестройкой структуры ткани молочной железы. Также были об-

наружены метастазы в послеоперационном рубце, регионарных лимфатических узлах, внутренних органах.

В результате исследования определены объективные критерии различных форм ПМРМЖ при комплексном подходе к обследованию, проводимому одним специалистом, владеющим широким спектром современных технологий, ориентирующимся в возможностях смежных специальностей. Показана необходимость профилактического скрининга и мониторинга женщин для раннего выявления ПМРМЖ.

ОЗОНОТЕРАПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ.

Рожкова Н. И., Запирова С. Б.

ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии Минздравсоцразвития», Маммологический Центр Минздравсоцразвития.

Кисты встречаются в 26,4% наблюдений среди женщин с мастопатией. Возникновение кист чаще связывают с дисгормональными процессами в результате чрезмерного роста соединительной ткани протоков и окружающей стромы, что приводит к застою секрета в расширенных протоках, количество которого со временем увеличивается, и они начинают расти. Дифференциальная диагностика кист не представляет трудностей т.к. ультразвуковое исследование внесло существенное дополнение в информационную картину. Чувствительность и специфичность метода приближается к 100%. Важным достоинством инвазивных лучевых методик, позволяющих аспирировать содержимое кисты, является их терапевтическое воздействие.

Нами предлагается методика склерозирования кист с использованием озон – кислородной смеси. Озонотерапия – высокоэффективный немедикаментозный лечебный метод, находящий в последние годы все более широкое применение в клинической практике. Озон – О₃, аллотропная форма кислорода, являющаяся значительно более сильным окислителем, чем сам кислород – газ с резким характерным запахом. Озон обладает большим разнообразием лечебных эффектов, оказывает антибактериальное, противовирусное, противовоспалительное и иммуномодулирующее действие, усиливает микрогемодинамику, содействует коррекции нарушений перекисного окисления липидов и повышает активность системы антиоксидантной защиты. Все это дало возможность использовать метод озонотерапии при лечении целого ряда заболеваний. При данном методе лечения отмечается хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных действий.

При внутрикистозном введении озона происходит активизация целого каскада биохимических процессов, одним из которых является нормализация антиоксидантной защиты. Терапевтические дозы озона существенно усиливают микроциркуляцию и улучшает трофические процессы в тканях, обладают выраженным противовоспалительным, иммуномодулирующим, анальгезирующим эффектом, способствует резкой активизации детоксикационной системы. При использовании высоких концентраций озона отмечается склеивание стенок кистозной полости.

В нашем центре произведено 119 исследований с использованием озон – кислородной смеси в высоких концентрациях 40 – 80 мкг/мл. Озон – кислородная газовая смесь при высоких концентрациях в ней озона особенно эффективна при выраженных воспалительных процессах в кисте. В эту группу были включены пациенты с одиночной кистой с ровными четкими контурами -36 чел., многокамерные кисты – 41, кисты с воспалением – 23, киста с нагноением – 11, серомы в зоне послеоперационного рубца – 8.

Динамическое наблюдение за 119 пациентками, подвергшимся консервативному лечению кист молочной железы с использованием озона в течении 3 месяцев выявило рецидив в 2 наблюдениях при многокамерной кисте и в 1 случае при толстостенной однокамерной кисте. После повторного введения озона при динамическом наблюдении рецидива не выявлено. В одном наблюдении через неделю после склерозирования кисты сохранился рубец в зоне кисты обусловленный спаившимися стенками кисты. При контрольном исследовании через 1 месяц рубцовые изменения в данной зоне отсутствовали. В 2 наблюдениях при кистах с густым гнойным содержимым не удалось полностью опорожнить полость, ввели озono – кислородную смесь в концентрации 80 мкг/мл. При контрольном исследовании через 1 неделю размеры кисты уменьшились вдвое, а через 3 недели в интересующей зоне патологических изменений не выявлено. Данное лечение легко переносится больными и проводится амбулаторно. На поверхности кожи и в тканях молочной железы не оставляет рубцовых изменений. Проведенный анализ результатов исследования позволяет сделать вывод, что консервативное лечение кист молочной железы с использованием пункции молочной железы под контролем УЗИ и одномоментным введением в полость озono-кислородной смеси в концентрациях 40 – 80 мкг/мл – это высокоэффективная методика позволяющая избежать в ряде случаев применение антибиотиков, а так же хирургического вмешательства.

ОПЫТ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Ручкин В.Н., Муфазалов Ф.Ф., Халиков Р.А.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ, г. Уфа

На базе отдела радиационной онкологии ГУЗ РКОД МЗ РБ в 2009 году внедрен метод перкутанной чреспростатной имплантации источников радиоактивного I-125 при раке предстательной железы под ультразвуковым контролем.

Данный вид лечения получили шесть пациентов, в числе которых 4 – жители города Уфы, двое – районов РБ. Средний возраст больных составил 66 лет (± 11 лет). У всех пациентов определена II стадия заболевания ($T_2N_0M_0$). Длительность диспансерного наблюдения в РКОД до момента процедуры составила от 2 до 14 месяцев. Один пациент получал антиандрогенную терапию в режиме МАБ более 6 месяцев.

Морфологически у 4 пациентов определен мелкоацинарный рак, у 2 – аденокарцинома. Индекс Глисона от 4 до 7. Уровень PSA колебался от 0,2 (у больного после МАБ) до 19,5 нг/мл. Объем предстательной железы в среднем составил 45,84 куб.см.

Суммарная имплантированная активность колебалась в зависимости от объема простаты от 14,75 до 42,38 мКю; Суммарная очаговая доза составила от 142,5 до 155,2 Гр. Критические органы (уретра, прямая кишка) получили лучевую нагрузку в пределах допустимых уровней. Из лучевых реакций и повреждений на первое место вышли лучевой простатит и уретрит. 100% пациентов отмечали дизурические расстройства, развившиеся в сроки от 3 до 5 недель после процедуры. Лучевой ректит был зафиксирован у 2 больных. Иных осложнений не наблюдалось. Медикаментозное консервативное лечение позволило достаточно эффективно купировать эти явления. Сроки пребывания пациентов в стационаре составили 7-8 дней.

Таким образом, данный начальный опыт применения брахитерапии радиоактивным I-125 при локализованном раке предстательной железы свидетельствует о достаточной простоте реализации метода даже на этапе его освоения при наличии соответствующего оборудования и подготовленного персонала. Малая травматичность, безопасность процедур при небольших сроках пребывания пациента в стационаре и их высокая эффективность, судя по мировому

опыту, позволяют рассчитывать на хорошую альтернативу обширным хирургическим вмешательствам.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРЕВЕНТИВНОЙ ОНКОМАММОЛОГИИ.

Сабиров А.Х.¹, Н.М. Федоров¹, Н.А. Шаназаров¹, Р.Д. Хуснутдинов¹, А.П. Барышников², А.Ю. Барышников³, А.А. Важенина⁴, М.В. Антонов⁴.

¹Кафедра онкологии ГОУ ВПО ТюмГМА; ²Тюменский областной онкологический диспансер; ³НИИЭДиТО РОНЦ им. Блохина Н.Н.; ⁴Салехардская окружная больница.

Введение: Несмотря на достижения и успехи последних лет в области диагностики и лечения злокачественных новообразований растет заболеваемость и смертность от этих причин. Особенно это касается злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы (молочная железа, шейка матки, тело матки, яичники).

В связи с этим становится актуальной проблема профилактики и превентивного лечения предраковых заболеваний этих органов.

Клиническим проявлениям рака предшествуют многочисленные нарушения в физиологии клетки, т.е. совокупности процессов, превращающих нормальные клетки в трансформированные. Одними из главных предшественников опухолевой трансформации являются гиперпластические или пролиферативные процессы, а неконтролируемое клеточное деление приводит к развитию рака. Поэтому мы должны диагностировать эти процессы на ранних стадиях, останавливать их развитие, чтобы не допустить их превращения в злокачественные новообразования.

На сегодняшний день установлены молекулярные механизмы возникновения злокачественных новообразований молочной железы и других гормонзависимых опухолей человека (Киселев В.И., Лященко А.А.).

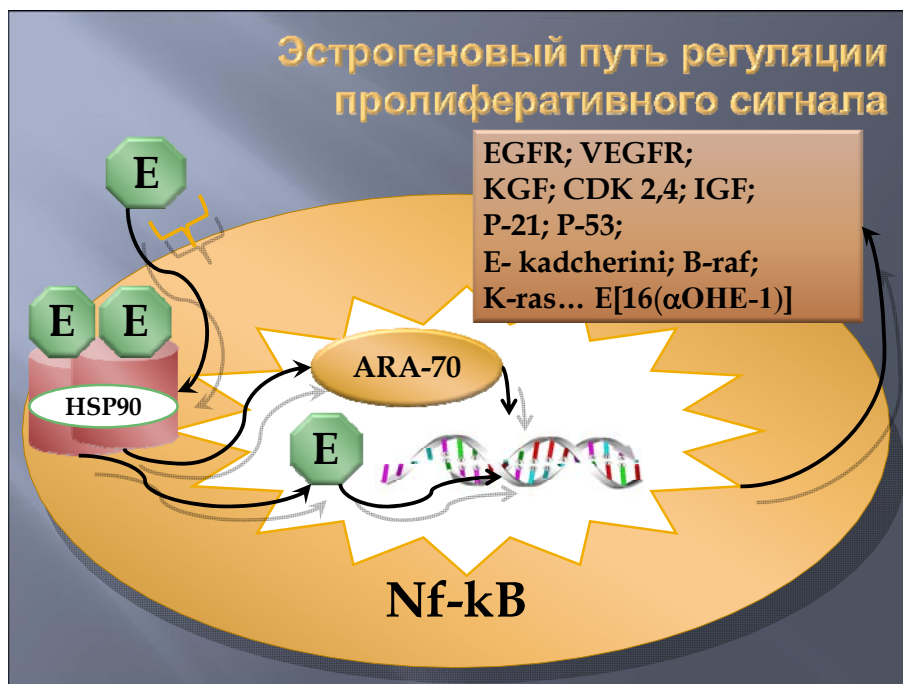


Рис.1. Эстрогеновый путь регуляции пролиферативного сигнала.

Первый путь – эстрогензависимый механизм, когда эстроген через пути сигнальной трансдукции попадает в ядро и стимулирует через фактор ядерной транскрипции NF-KB

экспрессию, так называемых эстрогензависимых генов. К ним, прежде всего относятся рецептор к эпидермальному фактору роста EGFR, фактор роста кератиноцитов KGF, циклинзависимая киназа CDK, фактор роста эндотелия сосудов VEGF и множество других белков. Далее появляются мутации p-21; p-53; гиперметилование промоторной зоны гена p-16. Все эти белки повышают чувствительность клеток молочной железы к факторам, индуцирующим гиперпластические процессы. В случае, если в организме женщины имеется повышенное содержание одного из метаболитов эстрогенов, а именно 16 α -гидроксиэстерона (16 α ONE-1), эти процессы многократно усиливаются. Именно поэтому повышенное содержание 16 α ONE-1) в настоящее время рассматривается как фактор риска рака молочной железы.

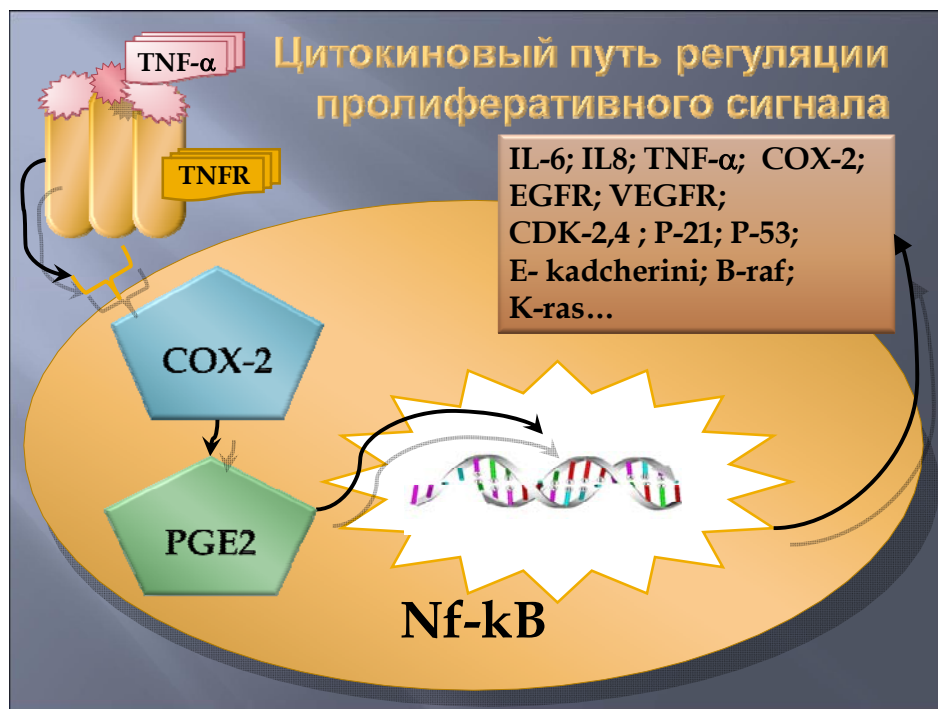


Рис.2. Цитокиновый путь регуляции пролиферативного сигнала.

Второй путь – цитокиновый путь регуляции, связан с фактором некроза опухоли (TNF α) и противовоспалительными интерлейкинами IL₆; IL₈. В больших концентрациях этот цитокин (TNF α) активирует проапоптотические (рецептор-опосредованное) сигнальные каскады, то есть останавливает процессы клеточного деления и вызывает физиологическую гибель клеток. Однако в малых дозах – действует как фактор выживания и пролиферации. При этом стимулируется активность циклооксигеназы-2 (COX-2) – основного фермента, участвующего в биосинтезе простагландинов (PGE-2), последние являются активаторами ядерного фактора NFkB, который включает экспрессию генов эпидермального роста (EGFR), фактора роста кератиноцитов (KGF), циклин-зависимой киназы (CDK), фактора роста эндотелия (VEGF). Все эти белки стимулируют клеточное деление.



Рис. 3. Механизм регуляции пролиферативного сигнала ростовыми факторами.

И наконец, третий путь, через который происходит активация клеточного деления в молочных железах, – это сигнальные каскады, стимулируемые ростовыми факторами. Для опухолей молочной железы, а также опухолей шейки, тела матки и яичников это, чаще всего эпидермальный фактор роста (EGFR), который способен активировать ядерный фактор NF-κB и через него стимулировать пролиферацию и клеточное деление.

Возможно ли каким-то образом прервать патологический сигнал от ростовых факторов, метаболитов эстрогенов и провоспалительных цитокинов, чтобы не запускать активацию фактора ядерной транскрипции и безудержное клеточное деление? Учитывая патогенез в формировании фиброзно-кистозной мастопатии нужен препарат, который воздействует на все эти звенья. Из литературных источников и сообщений в научной печати известны работы д.м.н. профессора Рожковой Н.И. и д.б.н. профессора Киселева В.И., посвященные препарату «Индинол» при лечении фиброзно-кистозной мастопатии.

Материалы и методы: Мы провели исследования уровней рецепторов эпидермального (EGFR) и сосудистого эндотелиального факторов роста (VEGFR), метаболитов эстрогенов 2(OH-E1) и 16(αOH-E1), ПЦР на ВПЧ 16, 18; ДНК-диагностику по плазме крови женщин, страдающих фиброзно-кистозной мастопатией (n=25) до лечения, в ходе лечения и после полных курсов лечения.

В группах с ФКМ (n=25) вошли женщины с доказанной цитологическим, маммологическим и ультразвуковым исследованиями в возрасте 30-55 лет. У всех пациенток болезнь сопровождалась болевыми ощущениями, особенно перед началом менструаций, уплотнением молочных желез и их набуханием. При пальпации определялись плотные, диффузно расположенные узлы и тяжесть в ткани молочных желез, мелкая зернистость. В анамнезе у больных имели место хронические заболевания – эрозия, полипы шейки матки, фибромиома матки.

На маммограммах на фоне неоднородного рисунка видны округлые, с вдавлениями от соседних кист, уплотнения разных размеров с четкими и ровными контурами, отмечались множественные тени и просветления овальной формы, которые сочетались плотными фиброзными тяжами.

По данным маммографии у 80% больных получены данные о наличии выраженной пролиферации клеток.

Результаты: Выборка больных проводилась по мере их поступления и оказалось, что 21 женщина из 25 инфицирована ВПЧ 16, 18 (доказано ПЦР), и, что интересно, у 8 больных из этой группы при дальнейшем обследовании выявлено 14 мутаций в генах p-53, p-16, K-ras, B-raf.

У всех пациентов выявлена гиперэкспрессия свободнорастворимых форм EGFR (рецептор эпидермального фактора роста). Среднее значение составило 5,2 fmol/ml при N 0,8-3,6 fmol/ml / ИФА в модификации ELISA.

При определении метаболитов эстрогенов (ИФА в модификации ELISA тест Estramet²), оказалось, что у всех женщин имеет место гиперэкспрессия «агрессивного» метаболита эстрогена 16(αONE-1), обладающего высокой пролиферативной активностью, среднее значение составило 7,4 ng/ml, а уровень функционального метаболита 2(ONE-1) – составил 3,3 ng/ml (в норме это соотношение 2:1, является свидетельством гормонального баланса).

Полученные данные свидетельствуют о гиперэкспрессии ростовых факторов и гиперэстрогеническом синдроме.

Всем женщинам назначен препарат «Индинол» 400 mg в дозе 2 капсулы x 2 раза в день в течение 3 месяцев и после 30-дневного перерыва назначен 2-ой такой же курс.

Индинол – это фитонутриент, содержащийся в крестоцветных овощах.

Активное вещество – индол-3 карбинол оказывает антиэстрогенное действие; блокирует синтез онкобелков в эпителиальных клетках, инфицированных вирусом папилломы человека, останавливает злокачественные процессы; индуцирует «апоптоз» – программируемую гибель опухолевых клеток эпителиального происхождения; блокирует действие ростовых факторов и цитокинов, стимулирующих развитие эпителиальных опухолей; оказывает антиоксидантное действие;

Таблица 1.

Молекулярно-генетические маркеры до, в ходе, после лечения:

Название маркера	До лечения	После I курса лечения	После II курса лечения
EGFR	5,2 fmol/ml	4,9 fmol/ml	3,5 fmol/ml
2(ONE-1)	3,3 ng/ml	3,4 ng/ml	2,8 ng/ml
16(αONE-1)	7,4 ng/ml	4,8 ng/ml	1,86 ng/ml
ВПЧ 16,18	21 чел.	18 чел.	2 чел.
Мутации генов	14 случ.	9 случ.	3 случ.
p-53 5ex	2	1	0
p-53 6ex	-	-	-
p-53 7ex	3	2	0
p-53 8ex	2	2	1 (ВПЧ 16,18)
p-16	4	1	1 (ВПЧ 16,18)
K-ras	2	2	0
B-raf	1	-	-
E-kadherini	-	1	1

К концу 2-го курса лечения практически у всех больных нормализовался уровень метаболитов эстрогена, снизился уровень EGFR, хотя ВПЧ 16, 18 методом ПЦР определяли у 2 больных, у них также определялись мутации генов p-53; p-16; через 4 месяца практически у всех женщин исчез болевой синдром, 23 пациентки отметили уменьшение размеров молочных желез в виде снятия напряжения и их нагрубания, нормализовался менструальный цикл, у 15 женщин из этой группы уменьшилась пролиферация эндометрия – данные УЗИ, уменьшились миоматозные узлы.

По УЗИ молочных желез отмечалось уменьшение количества кист, при контрольных маммологических обследованиях наблюдается положительная динамика в виде уменьшения и исчезновения (n=14 случ.) кистозного компонента и пролиферации клеток.

Выводы: При фиброзно-кистозной мастопатии определяется гиперэкспрессия эпидермального фактора роста – EGFR, нарушается соотношение метаболитов эстрогенов в сторону гиперэкспрессии агрессивного метаболита эстрогена – 16 (α ONE-1). При ПЦР в ДНК, выделенной из плазмы крови, у этих больных выявлены мутации генов p-53; p-16; E-kadherini; V-gaf; K-ras; что является признаком генетической нестабильности и трансформации клетки.

Применение фитонутриента «Индинол» при лечении фиброзно-кистозной мастопатии приводит к нормализации молекулярно-генетического статуса пациентов, предотвращая дальнейшее развитие заболевания и должно быть обязательным.

Полученные результаты четко свидетельствуют об эффективности диагностических и лечебных мер при предраковых заболеваниях молочных желез (ФКМ) и должны использоваться в повседневной деятельности врачей, занимающихся профилактикой и лечением предраковых и онкологических заболеваний.

Применение методов оценки состояния клетки с использованием общебиологических маркёров, методов определения рецепторов ростовых факторов (ИГХ, ПЦР, ИСА), а также химиопрофилактика перерождения трансформированной клетки в раковую специальными препаратами (химически синтезированными или растительного происхождения) являются одними из наиболее важных подходов превентивной онкологии.

Литература.

Берштейн Л.М. «Гормональный канцерогенез» // Наука. – СПб., 2000.

Божок А.А., Петрова Н.Н. «Прогностические и предсказующие факторы при раке молочной железы» // IV международная ежегодная конференция «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы». – СПб., 2007. – С. 25-29.

Зборовская И.Б., Ельчева И.А., Татосян А.Г. «Молекулярно-генетические исследования рака молочной железы: онкогены и гены супрессоры» // Новое в терапии рака молочной железы. – М., 1998. – С. 5-17.

Киселев В.И., Ляшенко А.А. «Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов» // Изд-во Димитрейд График Групп. – М., 2005. С. 348.

Копнин Б.П. «Мишени действия онкогенов и опухолевых супрессоров: ключ к пониманию базовых механизмов канцерогенеза» // Журнал: «Биохимия». 2000, № 65., С. 5-33.

Рожкова Н.И. «Возможности применения Индинола в лечении доброкачественных заболеваний молочной железы» // Журнал: «Опухоли репродуктивной системы», 2007, № 4.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.

Семикопов К.В., Важенин А.В., Надвикова Е.А., Лукина Е.Ю.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Задачи исследования. Оценить результаты комплексного лечения местнораспространенного рака прямой кишки (МРРПК).

Материал и методы. Материалом исследования стали 46 пациентов с МРРПК (ампулярный отдел), получивших в 2004 – 2008 г.г. комплексное лечение. При этом 24 больным проведен пролонгированный предоперационный курс лучевой терапии (СОД 44 – 46 Гр) с химиомодификацией 5 фторурацилом (1 группа) и 22 – пролонгированный курс лучевой терапии с модификацией 5 фторурацилом и гипертермией (аппарат «Радиотерм Ч», 40 МГц) – (2 группа). Через 3-4 недели после термохимиолучевой терапии осуществлялось хирургическое вмешательство. В дальнейшем, при выявлении метастазов в регионарных лимфоузлах, проводилась адъювантная химиотерапия по схеме Мейо. Наиболее частой гистологической формой опухоли являлась умереннодифференцированная аденокарцинома: 82,9% в первой группе и 88,8% во второй. Обе группы были сопоставимы по основным прогностическим признакам.

Результаты. Лучевые реакции отмечены в 37,1% случаев в первой группе и в 29,6% во второй. Рецидивы опухоли возникли у 3 больных в первой группе (12,5%) и 3 во второй (13,6%). Общая трехлетняя выживаемость в первой группе составила 82%, во второй – 63,9%; $p > 0,05$ (разница не достоверна). Безрецидивная выживаемость: 1 год – 90,7% (1 группа) и 90,5% (2 группа); 2 года – 83,7% (1 группа) и 62,6% (2 группа); 3 года – 69,8% (1 группа) и 52,2% (2 группа), $p > 0,05$ (разница не достоверна).

Выводы. Использование гипертермии (в предложенной нами схеме) не дало достоверного улучшения отдаленных результатов комбинированного лечения.

СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Семина А. В. (РНЦРР)

Представлены данные проведенного анализа радикальной программы сочетанной лучевой терапии с использованием радиоактивных источников I-125 впервые примененной в Российском Научном Центре Рентгенорадиологии и проводимой с 2006г. В работе показано достоверное отличие в частоте и выраженности как ранних, так и поздних лучевых изменений в группе сочетанной лучевой терапии и фотонной лучевой терапии. Для, впервые примененного, метода сочетанной лучевой терапии изучено влияние на ранние и поздние лучевые осложнения таких факторов, как объем предстательной железы, объем остаточной мочи и пиковой скорости мочеиспускания. Разработаны критерии прогноза ранних и поздних лучевых изменений для пациентов группы сочетанной лучевой терапии. Разработана система оценки критериев с помощью шкалы прогноза развития осложнений. Данная методика проста, нетрудоемка и в то же время показала свою эффективность. По результатам нашего исследования можно с уверенностью сказать о высокой предсказательной ценности шкалы прогноза развития ранних и поздних лучевых изменений со стороны нижних мочевых путей. Также, разработаны дополнительные критерии отбора пациентов для сочетанной лучевой терапии, на основе шкалы прогноза развития осложнений. В качестве противопоказания для проведения сочетанной лучевой терапии определен суммарный балл по шкале прогноза осложнений более 3, так как пациенты этой группы имеют весьма значительный риск развития как ранних, так и поздних лучевых изменений второй степени и выше.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Серов О.В., Муфазалов Ф.Ф., Алтынова А.Ф., Хушмурадова Д.Д.,
Шишигин А.В., Мамина А.Г.**

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», ГУЗ «Республиканская клиническая больница им.Г.Г.Куватова» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа

Современная диагностика большинства заболеваний при полномасштабном применении высокоточных и информативных методов исследований может быть достигнута на высоком уровне и в короткие сроки с гарантированным положительным результатом. Однако технические и организационные сложности в их использовании, дороговизна оборудования и неравномерная оснащенность разных медицинских учреждений заставляют использовать с полной отдачей имеющуюся аппаратуру и находить оптимальные схемы ее применения.

Кроме того, ежегодный прирост числа выполняемых лучевых исследований, в том числе высокотехнологических, не дает прямо пропорционального улучшения результатов их применения из-за множества малых субъективных факторов, которые в совокупности в итоге искажают конечный результат.

Одним из путей повышения эффективности комплексного применения методов диагностики разнообразных патологических процессов является их интеграция. Мы различаем 5 основных видов интеграции в зависимости от особенностей ее достижения. Это: 1) симультанная – одномоментное использование разнородных лечебно-диагностических процедур (к их числу можно отнести всю интервенционную радиологию или рентгенохирургическую диапевтику (рентгенодиапевтику) и рентгеноэндоскопию); 2) гибридная – применение совмещенных аппаратов, конструктивно объединяющих в себе принципиально разные приборы (например, позитронно-эмиссионная и компьютерная томография – ПЭТ/КТ, КТ с опцией ангиографии и иные сочетания); 3) консольная (мониторная) – концентрация и сопоставление визуальных данных от различных аппаратов на компьютерных станциях и автоматизированных рабочих местах, в том числе с совмещением изображений; 4) сетевая (экспертно-информационная) – выполнение последовательного обмена данными с виртуальной обработкой на основе использования экспертных систем, различные варианты телемедицины; 5) аналитическая – применение интегрированного анализа совокупных данных с выделением дополнительных дифференциально-диагностических критериев, возникающих на стыке информации, извлекаемой разными методами обследования, с получением синергического эффекта.

Нами было проведено сравнение эффективности применения традиционной комплексной диагностики и той же модели с включением интегрированного анализа совокупных данных, полученных при обследовании 964 больных с центральным (489 больных; 50,7%) и периферическим (112; 11,6%) раком легкого, с раком пищевода (97 10,1%), с раком трахеи (13; 1,4%), с опухолями средостения (39; 4,0%), с опухолями плевры (32; 3,3%), с метастатическим раком (118; 12,2%) и с циррозом (43; 4,5%) печени, с легочными осложнениями при геморрагической лихорадке (21; 2,2%) с почечным синдромом (ГЛПС). Оценивались результаты первичной нозологической диагностики, правильность сведений о локализации и распространенности патологического процесса.

Основной целью исследования было уменьшение доли итоговых заключений, выносимых в сомнительной и неопределенной форме, получение результата без «эффекта угадывания» патологического процесса. Вынесение диагноза предварялось формулированием интегрированного результата обследования (ИРО). Интегрированный анализ проводился на основе изучения синдромов, составляемых из отдельных симптомов, выявляемых лучевыми и эндо-

скопическими методами. Контроль за правильностью диагностики осуществлялся при сопоставлении с хирургическими находками и данными динамического наблюдения.

Общее число наблюдений, при которых в результате комплексного обследования больной продолжал нуждаться в уточнении диагноза из-за расплывчатых формулировок, составило 153 (15,9%). Из оставшегося числа (811; 84,1%) количество истинно положительных результатов составило 783 (81,2%), число ложноотрицательных – 28 (2,9%). Сделанные при интегрированном анализе умозаключения позволили сократить число ответов в сомнительной и неопределенной форме до 31 (3,2%) без применения дополнительных исследований, а число ложноотрицательных результатов – до 11 (1,1%). Вследствие этого общая точность диагностики на указанном этапе составила 95,6%. Предпринятое дообследование, решение о котором принималось на основании соответствующих алгоритмов, привело к тому, что точность диагностики достигла 97,4%.

Таким образом, одним из способов повышения уровня лучевой и эндоскопической диагностики является выполнение дополнительного анализа совокупных данных, извлеченных посредством различных методов исследований, с получением интегрированного результата обследования, являющегося основой для вынесения клинического диагноза.

НЕЙРОТОМОГРАФИЯ ПРИ ВЕГЕТОЦЕРЕБРАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Серов О.В., Муфазалов Ф.Ф., Алтынова А.Ф., Шишигин А.В., Габбасов Р.А.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» ГУЗ «Республиканская клиническая больница им.Г.Г.Куватова» МЗ РБ, г.Уфа

Современное понимание паранеопластических синдромов связано с избыточной выработкой гормонов и продуцированием гормоноподобных субстанций кортикотропного, антидиуретического, паратиреоидного ряда, а также эстрогенов и серотонина, вызывающих определённые сдвиги в организме. Естественно, что больные раком легкого также страдают от всего комплекса болезненных синдромов, чаще всего связанных с функцией дыхания и с болезненными ощущениями вследствие непосредственного роста опухоли. Особую роль играет астеническое состояние центральной нервной системы больных, обеспокоенных проявлениями основной болезни, вызывающее появление или обострение вегетоцеребрального синдрома, пожизненно сопровождающего течение основного заболевания.

Нами были проанализированы данные за 13 лет о 750 больных различными формами верифицированного рака легкого с общемозговыми жалобами без неврологического дефицита в возрасте от 39 до 78 лет, из которых 659 (87,9%) были мужчинами, 91 (12,1%) – женщинами. У 542 (72,3%) пациентов имелся центральный рак легкого, у 183 (24,4%) – периферический, у 25 (3,3%) – атипичные формы роста данного новообразования. В 167 (22,3%) случаях имелся мелкоклеточный рак, в 583 (77,7%) – немелкоклеточный, в том числе с малой дифференцировкой клеток – 99 (13,2%). 413 (55,1%) больных были оперированы, 337 (44,9%) – прошли другие виды лечения.

По степени выраженности вегетоцеребрального синдрома более яркие проявления встречались при мелкоклеточном раке (большинство – 147 человек, 88,0% больных данной формой рака легкого) и при низко- и недифференцированных гистотипах немелкоклеточного рака (у 48 больных, в 48,5% случаях этих форм опухоли).

С целью уточнения состояния головного мозга всем больным была выполнена КТ, выборочно с учётом её результатов – МРТ – у 71 (9,5%). В 32 (4,3%) наблюдениях картина была связана с истинным крупноузловым метастатическим распространением первичной опухоли, в

21 (2,8%) – мелкоочаговым, в 467 (62,2%) – с дисциркуляторной энцефалопатией, в 14 (1,9%) – с разными формами острого нарушения мозгового кровообращения, в 216 (28,8%) случаях патологических изменений в головном мозге выявлено не было. Позднее при динамическом наблюдении было выяснено, что в 29 (3,9%) случаях под маской дисциркуляторной энцефалопатии или нормальной томографической картины скрывались мелко диссеминированные метастазы.

Каждый вид патологических изменений был представлен типичными нейрорентгенологическими признаками. Дисциркуляторная энцефалопатия как хроническое ишемическое заболевание головного мозга клинически и томографически имела характер давно приобретенных изменений в 399 (85,4% от числа данной патологии) случаях, в остальных 68 (14,6%) наблюдениях проявилась в процесс обследования и лечения в условиях специализированного онкологического учреждения. Во всех наблюдениях имелась взаимосвязь с системными изменениями кровеносных сосудов при атеросклеротическом поражении или при гипертонической болезни. Все острые нарушения мозгового кровообращения проявились неожиданно в манифестной форме на фоне психоэмоциональных переживаний и либо не были связаны с хирургическим лечением, либо возникли в послеоперационном периоде как одно из осложнений сосудистого характера.

Применение нейротомографических методов исследования при появлении вегетоцеребрального синдрома у больных раком легкого является необходимым и обоснованным диагностическим мероприятием. Своевременное обнаружение органической основы и причин его развития позволяет обоснованно провести этиотропную лечебную коррекцию.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Соколова В.А., Важенин А.В., Соколова Л.В.

*НУЗ ДКБ ОАО РЖД (Негосударственное учреждение здравоохранения дорожная клиническая больница открытое акционерное общество Российские железные дороги)г. Челябинск
ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия,
г. Челябинск
МУЗ ГКБ №1 г. Челябинск*

Проблема оказания паллиативной помощи онкологическим больным является одной из важных проблем фундаментальной и клинической онкологии и чаще всего связана с выраженным болевым синдромом, который обусловлен метастатическим поражением позвоночника. Значительный прогресс в развитии диагностических методов и современных подходов к лечению МПП позволяет своевременно выявить вторичное опухолевое поражение скелета и определить оптимальную тактику лечения. Целью любой комплексной лечебно-диагностической программы является улучшение качества жизни больного, что актуально при организации помощи тяжелой категории пациентов, у которых основной задачей является поддержание качества жизни. Метастазы – это самое частое злокачественное поражение скелета, встречающееся в 3 раза чаще, чем первичные опухоли. Метастатические опухоли являются одной из наиболее распространенных форм опухолей скелета вообще, а позвоночника в частности и встречаются у 69% больных. Особенно остеотропными следует считать рак молочной железы, рак предстательной железы, злокачественные опухоли почек и надпо-

чечников, рак щитовидной железы, яичников и рак легкого. Из них у 70-80% пациентов наблюдается болевой синдром, который плохо поддается лечению и является наиболее значимой причиной снижения качества жизни. При использовании метода традиционной спондилографии рентгенокартина в 54% – 63% наблюдений негативна. Наличие выраженного болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями и отсутствие рентгенологических признаков МПП подтверждает целесообразность применения высокотехнологичных методов исследования – компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томография (МРТ), радионуклидной диагностики. Для определения тактики и вида лечения существенное значение имеет уточнение локализации метастатического очага и распространенности процесса, а так же выявление осложнений метастатического поражения костной системы, таких как патологические переломы, поражение мягких тканей, компрессия спинного мозга и ликворный блок, которые не только ухудшают качество жизни больного, но и сужают круг специальных методов воздействия при оказании паллиативной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Проанализированы данные МРТ у 139 пациентов с подозрением на метастатическое поражение позвоночника.

Из них было 71 мужчин (51%) и 68 женщин (49%). Первичной опухолью у 58 (42%) человек был рак молочной железы, у 32 человек (23%) – рак предстательной железы, у 15 человек (11%) рак легкого, у 13 человек (9,4%) рак почки, у 12 человек (8,6%) – первичный очаг не выявлен.

У 9 человек (6,5%) МПП обнаружено не было, выявлены дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника с дискогенным болевым синдромом. По локализации метастатические очаги визуализировались в шейном отделе в 17 случаях, в грудном – в 76, в поясничном – в 76, в крестцовом – в 27 и в копчиковом – в 2 случаях. У 88 человек (85%) метастазы были множественными.

Распространение процесса в мягкие ткани наблюдалось у 13 человек (12%), компрессия и деформация дурального мешка – у 84 (76%). Отек дуральных воронок с компрессией корешка отмечался у 77 (70%) пациентов, ликворный блок – у 13 (12%), прорастание в спинной мозг – у 3 (3%).

С целью купирования болевого синдрома 89 пациентам (63%) из 139 была проведена лучевая терапия. Наибольший процент выраженного обезболивающего эффекта был достигнут при проведении лучевой терапии в режиме среднего фракционирования, у 72,7% больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Возможность раннего выявления МПП высокотехнологичными методами, в частности МРТ, обладающей рядом преимуществ перед традиционной спондилографией в выявлении метастазов на более ранних этапах и определении их распространенности, позволяет достигнуть наибольшей эффективности при применении различных методов паллиативного лечения. Кроме того, это обеспечивает индивидуальный подход к пациенту, а так же способствует выбору метода лечения и выявлению истинной причины болей, наблюдающихся у онкологических больных.

МР – визуализация МПП имеет решающее значение для определения тактики и вида лечения на современном уровне развития хирургических, а так же неинвазивных, высоко эффективных методов комплексного лучевого лечения.

ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ НА ЭТАПАХ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ.

Суровцев И.Ю., Королев В.Н., Кулаев К.И., Шарифуллина Е.Г.

ГЛПУ Окружной клинический онкологический диспансер. ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. г. Челябинск, Россия

С внедрением в практику современного видеэндоскопического оборудования с использованием режима увеличения и осмотра в узком спектре (Narrow-Band Imaging – NBI) с возможностью видеодокументирования и дальнейшей цифровой обработки получаемой информации, появляются новые возможности для планирования и оценки лечения. В чистом виде эндоскопическое исследование не может использоваться для объективной оценки распространенности процесса, глубины инвазии в окружающие ткани, и самое главное объективной оценки эффективности лечения, тогда как сочетание эндоскопических и лучевых (КТ, МРТ) методов диагностики в полной мере отвечают этой задаче.

С целью оптимизации алгоритма объективной диагностики рака гортани на этапах лучевого и химиолучевого лечения и учитывая важность проблемы объективной оценки степени регрессии первичной опухоли на фоне проводимой терапии, нами была разработана методика, позволяющая эффективно использовать сочетание эндоскопического и лучевого методов диагностики. Результаты: На базе Челябинского областного клинического онкологического диспансера проводится проспективное исследование, в рамках которого обследовано по данной методике 54 больным раком гортани, проходившим органосохраняющее лечение в 2008-2010 гг. Полученные данные позволили адекватно оценить непосредственные результаты терапии и в ряде случаев своевременно изменить тактику специального лечения.

Выводы: Предложенная методика позволяет объективизировать оценку динамики регрессии опухоли на каждом этапе лучевого или химиолучевого лечения.

Адрес для корреспонденции:

Россия. 454048 г. Челябинск, Блюхера, 42. ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер». Эл. почта ros_chel@mail.ru. отделение эндоскопии. Суровцев Илья Юрьевич.

ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ

Титова В.А., Крейнина Ю.М., Добровольская Н.Ю., Шевченко Л.Н., Петровский В.Ю., Шпилова А.Н., Сергеев Н.И

Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий Москва, Россия

Задачи исследования: оптимизировать варианты органосохраняющего лечения рака вульвы (РВ) благодаря усовершенствованию технологий лучевой терапии с сокращением продолжительности курса, привлечением локальной и системной полихимиотерапии (ПХТ) в режиме РТ (платина+таксаны); лазерной гипертермии (ЛГ) и фотодинамической терапии (ФДТ) на базе вирусной и антигенной идентификации опухоли и учета факторов прогноза.

Материал, методы: лечили 286 больных РВ I-V стадии ФИГО, возрастной диапазон 28-78 лет. С 1989 по 1993 г.г. – сочетанная лучевая терапия с внутритканевой низкоэнергетической гамма-терапией simple afterloading источниками кобальт-60 -194 больных; с 1994 по 2006 г.г.

– сочетанная лучевая терапия с автоматизированной среднемошностной гамма-терапией источниками цезия-137 или только дистанционная лучевая терапия с результирующими дозами 70Гр в первичной опухоли и 40-60Гр в лимфатических узлах паховой группы -72 больных. Живы 5 лет – 43% леченных. С 2007 г. – комплексное лечение (КЛ) с неоадьювантной полихимиотерапией (ПХТ)- РТ и сочетанием дистанционной гамма-терапии с локальной лазерной гипертермией или фотодинамической терапией -20 больных РВ II-IV стадии. КЛ включало на 1 этапе 2 курса неоадьювантной ПХТ (цисплатин 80 мг/м² 1-й день; паклитаксел 175 мг/м² 2-й день или доцетаксел 75 мг/м²) с интервалом 3 недели. Размеры первичной опухоли и визуализированных на УЗИ, РКТ и МРТ лимфатических узлов определяли в динамике по системе RECIST, 2000. Объем первичной опухоли до лечения составил у больных РВ II стадии -11±6 куб.см; III стадии -28±6 см; IV стадии -18±7 куб. см.

II этап – дистанционная гамма-терапия /ЛУЭ 6Мэв на первичную опухоль и лимфатические узлы РОД 3 Гр, СОД на вульварное поле–30 Гр, на лимфоузлы без метастазов 40 Гр; при подтвержденных метастазах -60 Гр. Для профилактики и быстрого купирования осложнений химиолучевого лечения и снижения частоты и длительности перерывов в лечении был использован разработанный нами высоко эффективный комплекс реабилитационных мероприятий -системная/локальная озонотерапия; лейкоцитим/неулоцитим, эритропоэтин при гематологической токсичности II-III степени в сочетании с гепатопротектором гептралом на фоне облучения. Суммарные дозы от автоматизированной внутритканевой гамма-терапии не превышали 30 Гр по терапевтическому контуру. Для локальной ЛГ использовали излучение универсального лазера «Лазон-ФТ» с длиной волны 1,06 мкм с глубоким проникновением в ткани; для фотодинамической терапии (ФДТ) – излучение красного лазера с длиной волны 0,67 мкм, обеспечивающего работу с фотосенсибилизаторами, разрешенными к клиническому применению. Для гипертермии были разработаны диффузные, торцевые и боковые световоды. Показанием к проведению ГВ был объем первичной опухоли/рецидива, превышающий 5 куб. см или резистентность к лучевой или цитостатической терапии. ФДТ с гипертермией применяли при противопоказаниях к контактной лучевой терапии. Результаты и выводы.

Применение неоадьювантной ПХТ в комбинации РТ целесообразно при местнораспространенном РВ. Лазерная ЛГ и ФДТ в сочетании с дистанционным облучением – альтернативный метод у больных с противопоказаниями к внутритканевой гамма-терапии. 3 года живы 70% леченных.

Несмотря на повышение эффективности высокотехнологичного консервативного лечения, целесообразность проведения радикальных операций с пластикой вульвы очевидна.

ВОЗМОЖНОСТИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Туменбаева Ж. С., Антоненко Л. А., Арыбжанов Д.Т.

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент

Биохемилюминесценция (БХЛ) – это излучение сверхслабого света за счет биохимических процессов протекающих как в клетках в целостном живом организме, так и биологических субстратах (сыворотка, моча, слюна и др.). Основным показателем уровня биохемилюминесценции является состояние перекисного окисления липоидов (ПОЛ) в клетках и биосубстратах. Принято различать спонтанную хемилюминесценцию (СХЛ)- происходящую за счет эндогенных биохимических процессов и индуцированную хемилюминесценцию (ИХЛ)

– происходящую при воздействии из вне (ультразвук, ультрафиолетовые лучи, ионизирующая радиация, химические окислители и др.).

Свободнорадикальные процессы (ПОЛ) в организме отражает постоянство физико-химических процессов, т.е. гомеостаз. Следовательно, их интенсификация или ослабления свидетельствует о наличии в организме патологического процесса. В связи с этим актуальным является включение БХЛ биосубстратах человека в арсенал исследований.

Закарян А.Е. и Митрофанов А.И. В 1967 г. показали, что свечение сыворотки крыс с первитыми опухолями понижено по сравнению с нормой при диапазоне температур 35-38⁰С. Исследования больных выявили аналогичную закономерность, а именно: уровень хемилюминесценции (ХЛ) сыворотки крови больных злокачественными болезнями оказался пониженным по сравнению со свечением сыворотки крови здоровых людей. Дальнейшие исследования показали зависимость ХЛ от фазы опухолевого роста. В фазе роста (инвазии) опухоли и в фазе распада ХЛ выше, чем в фазе роста и развития опухоли. В ряде исследований доказано, что различные опухоли имеют разные показатели ХЛ, что дает возможность применения ХЛ для дифференциальной диагностики ЗНО. Кроме того, ХЛ может быть специфическим клиническим тестом только для отдельных патологий, для которых характерным являются ее интенсивность и форма кинетической кривой. В настоящее время в клинической практике широко используют систему многоэтапного выявления различных заболеваний шейки матки. В исследовании применен хемилюминесцентный анализ плазмы крови больных раком молочной железы в качестве дополнительного диагностического теста.

Проведено сравнительное изучение спонтанной хемилюминесценции (СХЛ) и индуцированной перекисью водорода (H₂O₂) хемилюминесценции (ИХЛ) регистрируемой аппаратом ХЛМЦ-01-свет за пять минут (300 секунд). В качестве детектора сверхслабого свечения использовали фотоэлектрический умножитель (ФЭУ-130). Для анализа брали плазму крови 95 больных с раком молочной железы и 50 здоровых женщин. У здоровых женщин СХЛ колебалась от 8 до 15 импульсов в секунду, в среднем 9,1±0,22, а светосумма иницированной хемилюминесценции H₂O₂ за пять минут была в пределах 45000-56000. Средняя интенсивность колебания в секунду составила 188,9±2,1. У больных раком молочной железы колебания СХЛ составили 3-5 в секунду, в среднем 3,15±0,12. Светосумма иницированной H₂O₂ хемилюминесценции за пять минут была в пределах 3450-8850. Средняя интенсивность колебания в секунду составила 35,0±0,11. Вышеописанные изменения были характерны для всех исследуемых образцов плазмы крови в обеих группах женщин и явились специфичными для группы женщин раком молочной железы.

Таким образом, изучение СХЛ и ИХЛ плазмы крови здоровых женщин и больных раком молочной железы показывают, что СХЛ при раке молочной железы 3-3,5 раза снижается, а ИХЛ на 6,5 раза ниже, чем у здоровых женщин. Проводимые исследования позволяют рекомендовать методику в качестве дополнительного теста в диагностике рака молочной железы. Метод является доступным, легко выполнимым и не требует больших материальных затрат и специальных реактивов. Методика может применяться при скрининговом отборе женщин и формировании группы риска больных раком молочной железы.

АВТОРЫ

1. Туменбаева Жанар Сапархановна, врач химиотерапевт ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
2. Антоненко Лариса Александровна врач-лаборант клинической лаборатории ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
3. Арыбжанов Дауранбек турсункулович, к.м.н., зав. отделением химиотерапии ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.

E-mail: davran_a@mail.ru

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 1997 ПО 2008ГГ.

Удовиченко И.В., Терешин О.С., Булынский Д.Н., Мальцева С.А.

ГГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Ежегодно в мире регистрируется 10 миллионов новых случаев злокачественных опухолей. 1,2 миллиона (12%) приходится на рак молочной железы, 50% всех случаев РМЖ приходится на США, Канаду и страны Западной Европы, где проживает лишь 18% женского населения планеты. Более 6 миллионов больных ежегодно умирают от злокачественных опухолей, из них 377 тысяч (6,3%) погибают от рака молочной железы. К 2020 году прогнозируется увеличение ежегодной заболеваемости раком молочной железы до 2 миллионов.

Цель нашего исследования: провести ретроспективную оценку уровня и динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований молочных желез среди женского населения в Челябинской области с 1997 по 2008гг.

В общей структуре заболеваемости по Челябинской области РМЖ в 1997г составлял 8.8% и занимал 4 место, в 2008г 10,3% находится на 3 месте. В структуре женского населения по Ч.О. РМЖ сохраняет лидирующие позиции и на протяжении всего исследуемого периода занимает первые места 1997г. 17,8%; 2008г. 19.23%;

Интенсивные показатели заболеваемости с 1997-2008гг. составили от 53,3 до 75,65 на 100 000 женского населения. Стандартизованные показатели (к мировому стандарту по возрасту) заболеваемости составили, в среднем от 36.04 до 46,43 на 100 000 женского населения. Среди областей УРФО Челябинская область находится на 1 месте.

В динамике заболеваемости РМЖ отмечена неравномерность распределения заболеваемости по годам. Годы подъема – 2005(43,72), 2007(45,9)гг., наименьшая заболеваемость в 1997 г. (36,32).

Для выявления достоверности имеющихся колебаний мы построили линейную регрессию по годам, она оказалась адекватна. Получена статистически достоверная связь между показателями заболеваемости РМЖ и динамикой по годам ($p=0,000141$). Необходимо отметить, что тенденция к росту заболеваемости в этот же временной период (1997-2006 гг.) в Челябинской области среди женского населения, наблюдалась со злокачественными новообразованиями ободочной кишки, прямой кишки, тела матки, кожи. У мужчин больных ЗНО предстательной железы, прямой, ободочной кишки.

К 2008 году число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ выявленных в I-II стадии увеличилось и составило 61,3%, уменьшилось в III стадии – 27.8%, IV стадия заболевания – 10,7%. Данную ситуацию можно объяснить: увеличением количества смотровых кабинетов, повышением настороженности врачей первичного звена, санитарной грамотности населения.

В соответствии с приоритетом национального проекта здоровье ЛПУ области значительно пополнились парком цифровых МГ, что позволило провести массовый скрининг исследований МЖ.

Высокие показатели заболеваемости в 2008г. в таких городах, как Снежинск (59,37); Магнитогорск (50,82); Кыштым(58,42); Челябинск (54,59); Карабаш (64,62). Среди сельских районов: Еткульский (74.1); Коркинский(63,5); Варненский (60.2); Ашинский (54,05); Саткинский (56,13).

Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 50-59 лет в 2008г. Возросла заболеваемость в группе пациенток до 30 лет.

Статистически достоверной связи между показателями заболеваемости до 30 лет РМЖ и динамикой по годам не получено. $P=0,087$

Не стандартизованные показатели смертности за 10 летний период составили от 26,2 до 29,3 на 100тыс населения. Стандартизованные показатели (к мировому стандарту по возрасту) составили от 16,9 (1997г.) до 16,7(2008г). В 2008г. стандартизованные показатели смертности снизились, однако статистически не достоверно ($P=0,534$). Пик смертности в 2008г. приходится на возрастную группу 80 лет и старше. Возросла в группах 60-69лет, 70-79 лет.

Показатель одногодичной летальности наиболее объективно характеризует потери онкобольных, связанные непосредственно с неопластическим процессом, и напрямую зависит от стадийной структуры. В Челябинской области за исследуемый период летальность на первом году жизни с момента установления диагноза РМЖ снизилась с 14,7% до 11,9% в 1997 и 2008гг. соответственно. Однако статистически не значимо ($p=0,249$). На основании статистической обработки были получены некоторые закономерности, которые вероятно, в дальнейшем позволят нам выявить взаимосвязь распространения РМЖ на территории Челябинской области с различными экологическими факторами

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТАКСАНОВ

Умарова К.Р., Кулакеев О.К., Орманов Н.К., Арыбжанов Д.Т.

Областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан

Рак молочной железы (РМЖ) в настоящее время является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием среди женщин, с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости. В Южно-Казахстанской области ежегодно выявляется 240-250 новых случаев РМЖ, из них до 40% случаев составляют больные с III стадией процесса, зачастую в этой группе больных уже при первичном обращении имеется местнораспространенный процесс (наличие N1-2).

Целью настоящей работы является изучение непосредственных результатов неoadьювантной полихимиотерапии местно распространенного РМЖ с применением таксанов в условиях Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера за 2005-2008гг.

Материал и методы: нами проанализированы непосредственные результаты неoadьювантной полихимиотерапии 60 пациенток с местно распространенным РМЖ в возрасте 28-65 лет получивших лечение в ООД ЮКО за период 2005-2008гг. У 38 (63,3%) больных была IIIa стадия заболевания (T2-3N1-2M0), у 22 (36,7%) больных IIIb стадия (T4N1-2M0). Все больные получили по 4 курса неoadьювантной химиотерапии по схеме TAC (Таксотер 75мг/м², Доксорубин 50мг/м², Циклофосфан 600мг/м²) в 1й день, с интервалом 21 день. Нами изучены непосредственные результаты 2х и 4х курсов неoadьювантной химиотерапии. При развитии гематологической токсичности применяли Нейпоген 30млн. МЕ подкожно 2-3 инъекции.

Результаты: при контрольном осмотре после 2-х курсов химиотерапии у 4 (6,7%) отмечена значительная регрессия опухоли, у 25 (41,6%) больных частичная регрессия процесса и у 31 (51,7%) больных отмечена стабилизация процесса. После 4х курсов химиотерапии полная регрессия отмечена у 7 (11,7%) больных, частичная регрессия отмечена 41 (68,3%) больных,

стабилизация процесса у 7 (11,7%) больных, у 5 (8,3%) больных отмечено прогрессирующее в виде вторичного процесса – метастазы в кости 3 больных, метастазы в легких 2 больных. Анализ комплексной оценки результатов 4х курсов неoadьювантной химиотерапии показал, что резорбция опухоли и метастазов в регионарных лимфоузлах была отмечена у 48 (80%) больных, а также в 11,7% случаев отмечена полная регрессия опухоли. Прогрессирующее процесс отмечена у 8,3% больных ($p < 0,05$).

Выводы: таким образом, основой неoadьювантной химиотерапии больных РМЖ на сегодняшний день являются схемы включающие таксаны. Опыт клинической работы и данные многочисленных публикаций еще раз показывают, что схема химиотерапии ТАС имеет преимущество перед стандартными комбинациями не содержащими таксаны с точки зрения частоты объективных эффектов. Рандомизированные исследования подтверждают эти результаты, и комбинация таксанов может быть рекомендована в качестве первой линии химиотерапии больных РМЖ III стадии, особенно у женщин молодого возраста.

АВТОРЫ

1. Умарова Карлыгаш Раушановна, врач химиотерапевт ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
2. Орманов Нургали Керимбекович, к.м.н., главный врач ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
3. Кулакеев Онласбек Кудайбергенович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней №2 МКТУ им. Х.А. Яссави, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
4. Арыбжанов Дауранбек турсункулович, к.м.н., зав. отделением химиотерапии ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
E-mail: davran_a@mail.ru

ЧРЕСКАТЕТЕРНАЯ ЭНДОАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОИНФУЗИЯ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Умарова К.Р., Орманов Н.К., Кулакеев О.К., Арыбжанов Д.Т.

Областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан

В республике Казахстан и Южно-Казахстанской области растет заболеваемость злокачественными новообразованиями, и лечение их является важной и актуальной задачей современной онкологии и медицины. Лечение местно-распространённого РМЖ (или первично иноперабельного РМЖ) складывается из предоперационной химиотерапии, местного лечения (операция или лучевая терапия (ЛТ), или сочетание ЛТ с операцией) и адьювантной терапии. Химиотерапия (ХТ) является одним из основных методов лечения больных раком молочной железы.

Одним из новых, перспективных и миниинвазивных направлений является неoadьювантная внутриартериальная полихимиотерапия (ВАПХТ). Это обусловлено возможностью оптимальной доставки препаратов к опухоли через неизмененные в результате лучевой терапии или хирургического вмешательства артериальные сосуды в более высоких концентрациях, что повышает эффективность, как самой химиотерапии, так и последующих методов терапии при раке молочной железы.

Цель исследования изучить непосредственные результаты ВАПХТ у пациенток раком молочной железы за период 2005-2008гг.

Материал и методы. Начиная с 2005г. мы имеем опыт применения ВАПХТ в неоадьювантном режиме по различным схемам при комбинированной терапии злокачественных новообразований у более 150 больных, в том числе у 50 пациенток раком молочной железы в возрасте 35-58 лет. В основном это были больные с III стадией процесса (T3-4N1-2M0). У большинства больных (80%) преобладал местно распространенный процесс. У всех больных имелась морфологическая верификация диагноза, при этом у 27 (54%) больных отмечен инфильтративно-протоковый рак, у 18 (36%) аденокарцинома, у 5 (10%) скirroзная аденокарцинома молочной железы.

ВАПХТ проводили путем катетеризации одной из бедренных артерий по Селдингеру специальными внутриартериальными катетерами и селективной катетеризацией внутренней грудной артерии (а. Thoracica interna) кровоснабжающей зону опухолевого поражения молочной железы. В 2-х случаях (при билатеральном раке молочной железы) применили одномоментную катетеризацию обеих бедренных артерий с селективной одномоментной катетеризацией обеих внутренних грудных артерий. Дозатором лекарственных веществ фирмы «В. Braun – FM» вводили цитостатики (скорость инфузии составил 800-1000 мл в час). В основном применялась схема химиотерапии – Таксотер 75мг/м² + Доксорубицин 60мг/м², дозы химиопрепаратов рассчитывались по номограмме в тех же дозировках, что и для внутривенного введения. Предварительно проводили прегидратацию и премедикацию, для снятия побочных явлений. Последовательное внутриартериальное введение химиопрепаратов занимала 3-4 часа. Предоперационная химиотерапия состояла из 4 курсов. Интервал между курсами составлял 3 недели.

Результаты и их обсуждение. При динамическом наблюдении после 2-х курсов ВАПХТ у 29 (58%) больных отмечена частичная регрессия процесса, у 21 (42%) отмечена стабилизация процесса. Прогрессирования процесса не отмечено. После 4х курсов химиотерапии значительная регрессия отмечена у 23 (46%) больных, частичная регрессия отмечена у 22 (44%) больных и стабилизация процесса у 5 (10%) больных. Осложнений связанных с процедурой проведения ВАПХТ не отмечено, из осложнений связанных с проведенной химиотерапией наиболее часто отмечены тошнота и рвота у 37 (74%), которая поддавалась медикаментозной терапии и снималась на 2-3 сутки после ВАПХТ, лейкопения 2-3 степени отмечена у 9 (18%) больных, которая коррегировалась применением Нейпогена 30 млн. МЕ подкожно, 2-3 инъекции. В результате проведенного лечения у 45 (90%) больных удалось перевести опухолевый процесс из условно неоперабельного состояния, в операбельное, что позволило им в последующем осуществить радикальное хирургическое вмешательство – мастэктомию.

Выводы. Таким образом, применение ВАПХТ в качестве начального этапа комбинированного лечения местнораспространенного рака молочной железы позволяет завершение радикальной терапии у большинства больных (90%). Ее применение у больных в поздних IIIа, IIIб стадиях рака позволяет уже после 2-х курсов терапии способствовать достижению частичной регрессии. Несмотря на эффективность ВАПХТ, она является лишь этапом, предшествующим лучевому или хирургическому лечению, поэтому метод должен применяться как начальное, важное звено комплексного лечения рака молочной железы.

АВТОРЫ

1. Умарова Карлыгаш Раушановна, врач химиотерапевт ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.
2. Орманов Нургали Керимбекович, к.м.н., главный врач ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.

3. Кулакеев Онласбек Кудайбергенович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней №2 МКТУ им. Х.А. Яссави, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.

4. Арыбжанов Дауранбек турсункулович, к.м.н., зав. отделением химиотерапии ООД ЮКО, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова б/н, тел. 8 (7252) 22-19-54, факс. 22-19-55.

E-mail: davran_a@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ПРОЖЕСТОЖЕЛЬ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Фатуев О.Э., Утин К.Г., Гридин А.В.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер, Россия

Муниципальное учреждение здравоохранения ГКБ №8, г. Челябинск, Россия

В настоящее время нет сомнения, что фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) молочных желез, вызванная нейроэндокринными нарушениями, требуют дифференцированного подхода к лечению. Именно этот контингент больных является моделью для выявления ранних форм рака молочной железы и, следовательно, требует тщательного наблюдения и выбора метода лечения.

Чаще всего, у данной категории пациенток, фоном для развития патологических процессов в молочных железах являются заболевания щитовидной железы (в основном связанных с развитием гипотиреоза) и воспалительные заболевания гениталий. Доказано, что гипотиреоз ведет к увеличению выработки тиреотропин-релизинг гормона, который косвенно увеличивает выработку пролактина. Пролактин же, угнетает выработку гонадотропных гормонов. Хронические воспалительные процессы гениталий за счет гипофункции желтого тела приводят к снижению продукции прогестерона.

Считается доказанным, что физиологические концентрации пролактина стимулируют секрецию прогестерона, в то время как гиперпролактинемия снижает ее. Возникновение истинной, либо относительной, прогестиновой недостаточности в ткани молочной железы, ведет к развитию диспластических изменений. Увеличение числа рецепторов эстрадиола в ткани молочной железы, под воздействием гиперпролактинемии, усугубляет эти процессы.

Совершенно ясно, что любые лечебные мероприятия при данной форме фиброзно-кистозной болезни, должны сопровождаться, как стабилизацией функции щитовидной железы (особенно в эндемичных районах), так и лечением имеющейся патологии гениталий.

Доказанная прогестиновая недостаточность в ткани молочной железы, несомненно, требует применения препаратов гестагенового ряда. Одним из наиболее перспективных трансдермальных гестагенов является препарат «Прожестожел» («Ф.И.К. Медикаль», Франция). Активным компонентом препарата является прогестерон. Действие прогестерона основано на блокировании рецепторов эстрогенов и прогестерона, что ведет к снижению лактопоэза и улучшению всасывания жидкости из тканей. Прогестерон уменьшает локальный уровень активных эстрогенов, ограничивая, таким образом, их пролиферативное действие на ткань молочной железы. Трансдермальный способ введения позволяет достичь высокой концентрации в зоне применения, практически не изменяя уровень прогестина в плазме крови (соотношение концентрации «ткань/плазма» = 10/1), что позволяет избежать побочных эффектов пероральных гестагенов.

Нами проведено наблюдение за 118 пациентками, получавшими «Прожестожел» в течение 3-х месяцев. Выборка пациенток специально не проводилась. «Прожестожел» был назначен

всем обследованным женщинам, не зависимо от варианта фиброзно-кистозной болезни. Схема применения была следующей: 2,5 г геля (1 доза аппликатора) на кожу молочной железы 2 раза в день во 2-ой половине цикла в течение 2-х недель вплоть до начала menses. Возраст пациенток от 15 до 54 лет. Были представлены следующие варианты ФКБ: кисты – 45 пациенток; фиброаденомы – 18 (в 6 случаях в сочетании с кистами); локализованный фиброаденоматоз – 13 (в 4 случаях с кистозным компонентом); мастодиния – 34 (в 26 случаях на фоне предменструального синдрома и в 8 на фоне аденоза). Контроль проводился с помощью ультразвукографии (УСГ): перед началом лечения и через 3 – 6 – 12 мес. Так же, в качестве контроля, у всех пациенток была использована радиотермометрия (РТМ) молочных желез.

У 18 пациенток полностью купировались боли при предменструальном синдроме, у 4 – уменьшился. У 4 пациенток боли не изменились. Из 8 пациенток с болевым синдромом на фоне аденоза боли полностью купированы у 6, у 2 уменьшились. В 9 случаях локализованного фиброаденоматоза, по данным УСГ и субъективно, отмечена положительная динамика. У 8 пациенток, с формирующимися фиброаденомами, отмечено их достоверное уменьшение, подтвержденное данными УСГ.

По данным РТМ при применении «Прожестожель» происходит снижение интенсивности пролиферативных процессов в ткани молочной железы. У части пациенток терапия «Прожестожель» была продлена до 6 мес., что позволило добиться полного эффекта.

В то же время, нами отмечен и отрицательный результат от применения препарата, не описанный ранее в литературе – у 32 пациенток отмечено увеличение размера кист, а в 6 случаях трансформация кистознорасширенных протоков в кисты. Выводы:

1. «Прожестожель» является эффективным методом лечения мастодинии, развивающейся на фоне предменструального синдрома и аденоза.
2. Применение «Прожестожель» позволяет, в части случаев, сократить показания к оперативному лечению, особенно при формирующихся фиброаденомах.
3. По результатам радиотермометрии молочных желез, отмечено снижение интенсивности пролиферации, при применении «Прожестожель».
4. «Прожестожель» не следует применять или применять с осторожностью при наличии кист и/или кистозного компонента.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАСПОЗНОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ СВОБОДНЫМ ГЕЛЕМ.

Федоров Н.М., Шаназаров Н.А., Левина Е.С., Ясков Н.М., Сабиров А.Х., Нохрин Д.Д.

*ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия.
Областной онкологический диспансер. Тюмень.*

В начале девяностых годов в Российской Федерации, а также в Тюменской области, для увеличения размеров молочных желез достаточно широко использовались операции с инъекционным введением геля интерфала в ретромаммарное пространство. Данная методика увеличивающей гелевой маммопластики в 20-35% случаев приводила к различным осложнениям (Рожкова Н.И., Бурдина И.И., 2007). Одним из самых частых из них являлась миграция геля из ретромаммарного пространства в паренхиму молочных желез с образованием гелеом. Причиной этого являлось повреждение заднего листка расщепленной грудной фасции при введении интерфала. Наличие содержащих гель полостей в паренхиме молочных желез приводит в ряде случаев к сложностям в дифференциальной диагностике с различными новооб-

разованиями и кистами органа (Заболотская Н.В., Заболотский В.С., 2005; Фисенко Е.П., 2007).

Цель исследования: определить ультразвуковые критерии при дифференциальной диагностике осложнений гелевой маммопластики и заболеваний молочных желез.

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 48 женщин, которым ранее была проведена маммопластика интерфалом. Всем пациенткам в плане комплексного исследования выполнена эхография молочных желез, у 33 из них проведена маммография. У 23 из 48 (47,9%) женщин в различные сроки после гелевой маммопластики выявлены очаговые изменения молочных желез. Прицельная пункционная аспирационная биопсия выявленных патологических изменений молочных желез выполнена всем – 23 больным.

Результаты и обсуждение.

Нами проанализированы результаты обследования 23 женщин с выявленными очаговыми изменениями молочных желез. Возраст больных варьировал в пределах 28-45 лет. Срок после проведения маммопластики до обследования составил у 5 женщин от 3 до 5 лет, у 10 – 6-10 и у 8- более 11 лет.

У 15 (65,2%) из 23 пациенток выявлены узловые образования в обеих молочных железах. При этом у 5 женщин диагностированы единичные, а у 18 – множественные очаговые поражения органа. Размеры гелеом составили от 0,7 до 4 см. При ультразвуковом исследовании гелеомы имели вид жидкостьсодержащих образований округлой или овальной формы с четкими ровными контурами, располагавшихся ближе к задней поверхности молочных желез. У 18 (78,3%) пациенток определяли наличие капсулы, у 5 (21,7%) – ободка пониженной эхогенности по периферии гелеом. Эхогенность образований характеризовалась выраженной вариабельностью. В 5 наблюдениях выявлены аэхогенные, в 8 – гипоэхогенные, в 6 – изоэхогенные и у 4 пациенток установлены гелеомы смешанной эхогенности. В 12 случаях отмечена однородная и в 11 неоднородная эхоструктура образований. По эхоскопической картине гелеомы имели сходные признаки с серозными кистами, галактоцеле, папиллярными цистоаденомами и фиброаденомами молочных желез. При пункционной биопсии выявленных образований кроме гелеом у одной пациентки обнаружена серозная киста и у 2 больных – фиброаденома.

Выводы:

1. Эхоскопическая картина гелеом многообразна, что вызывает трудности дифференциальной диагностики с опухолями и молочных желез.
2. При обследовании женщин, перенесших ранее гелевую маммопластику, с целью дифференциальной диагностики гелеом и опухолей молочных желез необходимо использовать прицельную пункционную биопсию под контролем УЗИ.

ЗНАЧЕНИЕ ПРИЦЕЛЬНОЙ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В РАСПОЗНАВАНИИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.

Федоров Н.М.¹, Левина Е.С.¹, Ясков Н.М.², Нохрин Д.Д.²

¹*Кафедра онкологии Тюменской государственной медицинской академии,*

²*Тюменский областной онкологический диспансер, г. Тюмень, Россия.*

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. По предварительным оценкам, в 2010 году, раком молочной железы в мире заболеют около полутора миллионов человек (Parkin D.M., Bray с соавт., 2002). В России рак молочной железы находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. С 1995 по 2000 г. прирост стандартизированных показателей заболеваемости составил 16,1% (Корженкова Г.П., Блинов Н.Н., 2005). Болезнь на том или ином этапе жизни поражает каждую девятую женщину (Летягин В.П., 2006).

В Тюменской области, по данным Тюменского ООД, в 2008 году заболеваемость раком молочной железы составила 51,9 на сто тысяч женского населения, что превышает суммарную заболеваемость опухолями яичников, шейки и тела матки (49,7 на сто тысяч женского населения).

К сожалению, в области по-прежнему высокими остаются показатели запущенности и смертности от данной патологии. В 2008 году они составили 29,46 и 18,73 на сто тысяч женского населения соответственно (суммарная смертность от рака женской половой сферы 15,89). Одногодичная летальность составила 6,18%.

В то же время, по данным международных исследований, при выявлении злокачественного образования молочной железы объемом менее 1,0 см³ (опухоль до 1,0 см в диаметре) 12-летняя выживаемость составляет более 95% (Корженкова Г.П., Блинов Н.Н., 2005; Rosen P.R., 1993). Таким образом, для снижения смертности и улучшения результатов лечения необходимо выявление заболевания на ранних стадиях. Оптимальным для этого является диагностика и лечение на доклиническом этапе. Последнее стало возможным благодаря развитию лучевых методов диагностики. Однако, теперь перед врачами стоят новые тактические проблемы. Одним из самых важных является вопрос морфологической верификации диагноза при непальпируемых образованиях молочной железы.

Открытая хирургическая биопсия, считавшаяся в течение многих лет «золотым стандартом», в случаях непальпируемых очагов поражения. Выявленных с помощью маммографии или сонографии, непригодна, т.к. при «слепом» удалении квадрантов и сегментов молочной железы наблюдается большой процент ошибок. За последнее десятилетие разработаны эффективные методы чрезкожной биопсии. К таковым относится прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ПТАПБ) под контролем ультразвука.

Мы располагаем шестилетним опытом применения прицельной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии в диагностике непальпируемых опухолей молочных желез. Исследование проводилось в первую декаду менструального цикла с использованием ультразвукового аппарата Logiq Book XR. Пункция выполнялась сухим стерильным десятиграммовым шприцем и иглой 0,8 мм. Анестезия не применялась.

Исследование выполнено у 603 пациенток в возрасте от 25 до 65 лет; средний возраст обследованных – 47,6 года. Из указанного числа женщин (603), 265 человек (43,9%) находились в репродуктивном возрасте и 338 (56,1%) – в менопаузе.

У 180 (29,9%) пациенток размеры образований составляли от 0,5 до 1,0 см, у 290 (48,1%) – 1,1-1,5 см, и у 133 (22%) – 1,6-2,0 см.

Из 603 выполненных ПТАПБ информативный клеточный материал получен в 91,04% случаев. Рак молочной железы морфологически верифицирован почти у трети обследованных (173 женщины, т.е. 28,7%). У 25,5% обследованных (154 пациентки) при морфологическом исследовании пунктата была выявлена пролиферация протокового эпителия, при этом в 35 случаях наблюдалась атипия последнего. Фиброаденома молочной железы была диагностирована у 14,8% обследованных женщин (89 человек), папиллярная цистаденома – у 11,8% (60 пациенток). У остальных 54 человек (8,9%) цитологический диагноз трактовался как киста, галактоцеле или липома.

Из 603 пациенток, вошедших в исследование, хирургическое лечение было выполнено у 496 (83,2%). Гистологическое исследование удаленного препарата в 476 случаях из 496 (96%) оказалось аналогичным с данными цитологического исследования материала, полученного при ПТАПБ.

Таким образом, прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под ультразвуковым наведением, будучи в исполнении простой и малозатратной, является высокоинформативным диагностическим методом, позволяющим морфологически верифицировать заболевания молочной железы на этапе непальпируемой опухоли.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федоров Н.М.¹, Левина Е.С.¹, Ясков Н.М.², Нохрин Д.Д.², Вахер Я.Н.³.

Кафедра онкологии Тюменской медицинской академии, областной онкологический диспансер, г. Тюмень. Лечебно-диагностический центр «Здоровье», г. Мегион ХМАО

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. По предварительным оценкам, в 2010 году, раком молочной железы в мире заболеют около полутора миллионов человек (Parkin D.M., Bray с соавт., 2002). В России рак молочной железы находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. Болезнь на том или ином этапе жизни поражает каждую девятую женщину (Летягин В.П., 2006).

В Тюменской области, по данным Тюменского ООД, в 2008 году заболеваемость раком молочной железы составила 51,9 на сто тысяч женского населения.

В последние годы для диагностики патологии молочной железы наряду с рентгеновским исследованием широкое применение нашла сонография (ультразвуковое исследование, УЗИ). Метод не имеет противопоказаний, не дает лучевой нагрузки и позволяет проводить прицельную пункционную биопсию опухолей молочной железы.

Цель:

Вместе с тем, остается недостаточно исследованным место УЗИ в комплексном исследовании больных с подозрением на рак молочной железы, противоречивы данные о диагностической ценности сонографии.

Нами проанализированы результаты обследования 457 больных с узловым раком молочных желез, находившихся на лечении в Тюменском областном онкологическом диспансере в период с 2004 – 2008 г.г.

Из них злокачественные опухоли первой стадии выявлены у 95 (25,3% от числа больных раком), второй – 231 (48,8%) и третьей – 127 (35,5%) пациенток.

Возраст пациенток варьировал в пределах 24-77 лет (средний возраст составил 52,3 года). У 57(12.4%) больных опухоль была выявлена при профилактическом осмотре. Рентгенологическое исследование молочных желез первично проведено у 330 (72,1%) ультразвуковое – у 127 (27,7%) пациенток.

Ультразвуковое исследование выполняли в масштабе реального времени с помощью датчиков 7.5-10 МГц. Серошкальная эхография проводилась в сочетании с цветовым доплеровским картированием кровотока. Обязательно исследовали обе молочные железы в горизонтальном положении, в положении на боку, с поднятой рукой на исследуемой стороне. Сканирование разных квадрантов желез производили последовательно, в разных плоскостях, при различных углах наклона датчика. Степени компрессии железы и интенсивности ультразвука. При нахождении узлового образования обязательным было его полипозиционное исследование.

Средний размер злокачественных опухолей молочной железы составил $2,1 \pm 0,52$ см. Опухолевые узлы размером до 1 см. выявлены у 41 (8,9%), от 1 до 1,9 см.- 54 (11,8%), от 2 до 4.9 – 231 (50,8%) и выше 5 см. – 127(27,8%) больных.

Таблица 1. Ультразвуковые признаки рака молочной железы

Ультразвуковой критерий	Число наблюдений	
	абс.	%
Гипоэхогенность	410	89
Неровный контур	306	69
Нечеткий контур	257	57,3
Неоднородность внутренней структуры	402	89,8
Дорсальная акустическая тень	210	48,7
Дорсальное усиление	43	9
Несоответствие ультразвуковых и пальпаторных размеров	260	52,2
Всего	457	100

При злокачественных новообразованиях молочных желез опухолевый узел сонографически выявлен у всех 457 больных, при этом заключение о раке сделано у 408 (89,8%) пациенток. Наиболее частыми эхографическими признаками опухоли являлись пониженная эхогенность (89%) и неоднородность внутренней структуры узла (89,8%), а также его неровные (69%) и нечеткие (57,3%) контуры. Реже – у 52,2% определяли несоответствие ультразвуковых и пальпаторных размеров опухоли, а также – дорсальную акустическую тень (48,7%).

Наличие микро- и макро обызвествлений был выявлен нами у 45 (9.8%) больных. При цветовом доплеровском картировании васкуляризация опухоли обнаружена у 252 (55,3%) пациенток.

Чувствительность УЗИ в выявлении рака молочной железы составила 89.8%. Использование в сложных для диагностики случаях доплерографии и пункционной биопсии опухолей под контролем УЗИ позволило установить правильный диагноз у 437 (97%) больных.

Таким образом, ультразвуковое исследование является высоко эффективным методом распознавания рака молочной железы. Применение прицельной пункционной биопсии и доплерографии дают возможность повысить чувствительность сонографии с 89.8% до 97%.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЛОТНОСТИ СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА В ТИПИЧНОМ И АТИПИЧНОМ МЕДУЛЛЯРНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федяева Л.М.

Кафедра патологической анатомии с секционным курсом ГОУВПО «Челябинская Государственная медицинская академия».

Введение

Медулярный рак молочной железы – это группа особого по гистологическому строению рака молочной железы, отличающаяся высокой степенью анаплазии и пролиферации опухолевых клеток, которые соответствуют 2-ой и 3-ей степени злокачественности по системе Elston and Ellis [1]. Без применения иммуногистохимических методов исследования разграничить между собой типичный и атипичный варианты медулярного рака молочной железы практически невозможно. Уровень безрецидивной 10-летней выживаемости по данным литературы в группе типичной медулярной карциномы составляет 90% [3, 4, 6], в группе атипичного медулярного рака – 74% [5]. Что является причиной их различного биологического поведения при схожей гистологической картине является неизвестным.

Цель работы – оценить плотность сосудов микроциркуляторного русла в типичном и атипичном медулярном раке молочной железы.

Материалы и методы

Было отобрано 10 случаев типичного и 10 случаев атипичного медулярного рака, диагностированных с использованием классификационной схемы Ridolfi R.L. et al. (1977) с учетом морфологических и иммуногистохимических критериев, предложенных по результатам наших исследований ранее [7]. Во всех этих случаях для выявления сосудов микроциркуляторного русла была проведена иммуногистохимическая реакция с антителами к CD 34 («LabVision Corporation», USA). Все исследования были проведены на формалин-фиксированных и залитых в парафин архивных тканях. В каждом случае при увеличении микроскопа $\times 400$ методом точечного счета была определена относительная доля сосудов микроциркуляторного русла на участке опухолевой ткани площадью $0,274 \text{ мм}^2$. Параллельно с этим в тех же полях зрения была подсчитана суммарная длина сосудов микроциркуляторного русла с использованием объект-микрометра при увеличении микроскопа $\times 400$.

Результаты

Методом морфометрического анализа установлено, что относительная доля сосудов микроциркуляторного русла на участке опухолевой ткани площадью $0,274 \text{ мм}^2$ в типичном и атипичном медулярном раке составляет $6,66\% \pm 3,06\%$ ($p < 0,05$) и $7,85\% \pm 2,94\%$ ($p < 0,05$) соответственно. Суммарная длина сосудов микроциркуляторного русла в этих же полях зрения при проведении гистометрии в типичной медулярной карциноме составила $0,428 \text{ мм} \pm 0,206 \text{ мм}$ ($p < 0,05$), в атипичной медулярной карциноме – $0,541 \text{ мм} + 0,140 \text{ мм}$ ($p < 0,05$). Для статистического анализа полученных морфометрических данных были применены формулы, характеризующие малые вариационные ряды ($n < 30$), с использованием стандартных значений критерия Стьюдента. По обоим показателям атипичная медулярная карцинома незначительно превышает типичный медулярный рак. Разница в степени развития сосудов микроциркуляторного русла между этими вариантами рака является статистически не достоверной. Таким образом, на исследованном материале не была прослежена связь между вариантом медулярного рака и степенью развития сосудов микроциркуляторного русла в опухолевой ткани. Полученный результат нашего исследования совпадает с данными других авторов, которые в своих работах также не выявили связи между различными гистологическими типами рака молочной железы и внутриопухолевой микрососудистой плотностью [8], а также

не установили зависимость между показателями безрецидивной и общей выживаемости и плотностью сосудов в раке молочной железы [2].

Выводы

Оценка ангиогенеза в различных вариантах медуллярного рака не может служить морфологическим критерием их диагностики и не объясняет различное биологическое поведение типичной и атипичной медуллярной карциномы молочной железы.

Литература

1. Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. *Histopathology*, 1991; 19:403-410.
2. Guidi A.J., Berry D. A., Broadwater G. et al. Association of Angiogenesis and Disease Outcome in Node-Positive Breast Cancer Patients Treated With Adjuvant Cyclophosphamide, Doxorubicin, and Fluorouracil: A Cancer and Leukemia Group B Correlative Science Study From Protocols 8541/8869. *J. Clin. Oncol.*, 2002; 3:732-740.
3. Jensen M.L., Kiaer H., Andersen J., Jensen J., Melsen F. Prognostic comparison of three classifications for medullary carcinomas of the breast. *Histopathology*, 1997; 30:523-532.
4. Rapin V., Contesso G., Mouriesse H. et al. Medullary breast carcinoma: reevaluation of 95 cases of breast cancer with inflammatory stroma. *Cancer*, 1988; 61:2503-2510.
5. Ridolfi R.L., Rosen P.P., Port A., Kinne D. et al. Medullary carcinoma of the breast: a clinicopathologic study with 10 year follow-up. *Cancer*, 1977; 40:1365-1385.
6. Wargotz E.S., Silverberg S.G. Medullary carcinoma of the breast: a clinicopathologic study with appraisal of current diagnostic criteria. *Hum Pathol.*, 1988; 9 (11):1340-1346.
7. Коваленко В.Л., Федяева Л.М. Сравнительный анализ различных классификационных схем морфологических вариантов медуллярного рака молочной железы. *Уральский медицинский журнал*, 2009; 4(58): 49-51.
8. Сидоренко Ю.С., Непомнящая Е.М., Новикова И.А., Гудцова Т.Н. Способ оценки ангиогенных факторов при химиотерапии рака молочной железы. Патент Российской Федерации RU2341198, ФГУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росздрава.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Чернова Л.Ф., Нагуло С.А., Важенин А.В., Шимоткина И.Г., Васильева Т.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Современный этап развития здравоохранения характеризуется повышенным вниманием к клинической онкологии, что обусловлено ростом онкологической заболеваемости. А в структуре смертности по РФ онкологические заболевания занимают второе место, составляя 13.7%. Одной из затратных статей бюджета являются расходы на лечение больных III-IV стадии (60% от впервые зарегистрированных случаев ЗНО) и по инвалидности (13.5% от общего числа инвалидов).

Важным событием явилось принятие федеральной программы «Предупреждение и борьба с социальнозначимыми заболеваниями (2007-2011г.г.)», подпрограммой которой является «Онкология». Реализация мероприятий онкологических программ в рамках национального проекта «Здоровье» позволяет активизировать работу по раннему выявлению ЗНО, сформиро-

вать новые методологические подходы к их профилактике и повысить доступность и качество специализированной онкологической помощи населению. Порядок оказания медицинской помощи населению предусматривает ее этапность и объемы в соответствии с федеральными стандартами.

Расширилась возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным не только в федеральных, но и в территориальных онкологических учреждениях. Мероприятия по реализации Национальной онкологической программы являются существенным шагом на пути оптимизации совместной работы учреждений общелечебной сети и онкологической службы и повышения качества оказания онкологической помощи населению.

Внедрение новых эффективных высокотехнологичных методов диагностики, лечения ЗНО, обеспечение полного объема комбинированного и комплексного лечения с применением адекватных объемов технологий хирургического, лучевого и лекарственного лечения.

В диспансере имеется два онкогинекологических отделения: хирургическое на 60 коек и радиологическое на 80 коек.

Отделения созданы в 1968 году. Госпитализация пациенток проводится на бюджетной основе, возможна госпитализация по квотам. В отделении оснащены 1 и 2-местные палаты повышенной комфортности.

На базе отделений работают сотрудники кафедр двух медицинских академий.

Отделения оснащены современным диагностическим оборудованием, позволяющим на высоком уровне производить обследование и специальное лечение всех опухолевых заболеваний женских половых органов. Высокая квалификация врачей позволяет осуществлять все диагностические манипуляции и онкогинекологические операции в полном объеме.

В отделении онкогинекологии разработаны и внедрены в клиническую практику методы лечения с применением передовых технологий по всем основным локализациям, что позволило выйти на новый, качественно высший, уровень терапии онкогинекологических больных. Современные возможности отделения позволяют оказывать специализированную помощь пациентам даже при случаях, эффективное лечение которых считалось невозможным и бесперспективным.

Особое внимание уделяется обследованию и щадящему лечению молодых пациенток с предраковыми и начальными формами опухолевого процесса шейки матки.

Применение НАПХТ, эмболизация и химиоэмболизация маточных артерий в лечении больных раком шейки матки II-III стадий заболевания проводить лечение по радикальной программе, включающий хирургический компонент.

Основываясь на морфологической структуре опухоли и вариантах клинического течения рака тела матки, с учетом различных прогностических факторов применяются индивидуальные методы лечения, включающие обусловленный в каждом конкретном случае объем хирургического вмешательства, химиотерапии, лучевой и гормонотерапии.

Применение эмболизации и химиоэмболизации маточных артерий при распространенном процессе рака тела матки позволяет остановить кровотечение, уменьшить размеры опухоли и в дальнейшем провести хирургическое вмешательство в полном объеме.

Приоритетным направлением отделения являются органосохраняющие операции при ранних стадиях онкологических заболеваний яичников. Данные операции позволяют сохранить репродуктивную функцию женщин и вернуть к полноценной жизни.

Внедрены научно обоснованные подходы выбора тактики лечения больных распространенными формами злокачественных опухолей яичников и их рецидивов.

Разработан и внедрен в практику метод многокомпонентного лечения больных ЗОЯ, с включением СТОТ и ДГТ на малый таз.

Впервые в России разработаны и внедрены в практику пластические операции у пациенток со злокачественными новообразованиями вульвы. Пластический компонент позволяет повысить радикальность оперативного лечения, снизить % послеоперационных осложнений и ре-

цидивов заболевания, сократить сроки пребывания в стационаре, увеличить продолжительность жизни пациенток. Что не мало важно достигнутый хороший косметический эффект значительно улучшает качество жизни пациенток.

Для улучшения оказания специализированной помощи больным используется следующая схема маршрутизации (пр. № 944 от 13.12.2009г. МЗ и соц.развития РФ)

1 этап – ФАП

2 этап – амбулатория, участковая больница

3 этап – городская поликлиника, ГБ, ЦРБ

4 этап – областные больницы, ГБ общего профиля с наличием онкологических коек

5 этап – специализированные учреждения, диспансеры

6 этап – специализированные учреждения федерального уровня, оказывающие высокотехнологическую помощь.

Сотрудниками отделения осуществляется консультативная помощь по планированию и выбору тактики лечения онкогинекологическим больным онкологического центра дорожной клинической больницы. Проводится курация онкологической службы Октябрьского и Кунашакского районов Челябинской области.

Оказывается консультативная помощь гинекологам общей лечебной сети в уточнении диагноза и определения тактики ведения и лечения больных.

Проводятся лекции для фельдшеров и акушерок смотровых кабинетов, и для врачей поликлиник.

Проводятся совместные конференции и анализ запущенных форм ЗНО с врачами акушерами-гинекологами города.

Для информированности и онкологической настороженности у населения проводится активная работа в средствах массовой информации: печатные статьи в «Семейном журнале», журнале «Челябинск», выступление по радио и телевидению.

Сотрудники отделения онкогинекологии постоянно повышают уровень своей квалификации, проходят стажировки и учебу на базах ведущих клиник; являются членами Европейской ассоциации онкологов (ESGO), Европейской ассоциации медицинских онкологов (ESMO).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ РАКА ВУЛЬВЫ

Чернова Л.Ф., Жаров А.В., Шимоткина И.Г., Васильева Т.А.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

Лечение рецидивов рака вульвы является сложной проблемой. Сложность обусловлена тем, что предшествующее лечение в значительной мере затрудняет проведение каких-либо лечебных мероприятий.

При лечении рецидивов заболевания мы не выделяли больных в отдельные группы сравнения в зависимости от методов предшествующей терапии, поскольку пациенткам проводились различные варианты хирургического, лучевого или комбинированного лечения, в зависимости от локализации и размеров рецидивного поражения, а также от общего состояния больной.

Выбор лечебно-тактических мероприятий зависел, прежде всего, от локализации рецидива, его размеров и связи со смежными анатомическими структурами.

Из 148 больных с рецидивом заболевания, находившихся под нашим наблюдением, 63 (42,6%) пациенткам было отказано в проведении специальных методов лечения. 4 больных

отказались от предложенного лечения. Наибольшее число отказов больным в лечении наблюдалось после лучевой терапии. Это обусловлено тем, что 45,7% больных были с распространенным опухолевым процессом. Наименьшее число отказов в лечении отмечено при рецидивах опухоли в регионарных лимфатических узлах.

Наиболее часто рецидивы наблюдаются после лучевого лечения – 69,3%, и все-таки у 38,7% больных отмечено стойкое излечение, что, мы считаем неплохим результатом. После хирургического и комбинированного методов лечения рецидивы заболевания наблюдаются в 34,6% и 39,7% соответственно.

На локализацию рецидива в первую очередь оказывало влияние стадия заболевания и радикальность проведенного лечения. Так при I и II стадиях заболевания, более чем у 70% больных отмечены местные рецидивы, что связано с неадекватным объемом иссекаемых тканей, казалось бы, при небольшом объеме опухоли. При III стадии заболевания преобладали регионарные и смешанные рецидивы. Частота возникновения рецидивов в регионарных лимфатических узлах колеблется от 17 до 30%.

Местный рецидив заболевания из 81 больной, был выявлен у 39 пациенток, что составило 48,1%. Были проведены различные варианты лечения местных рецидивов, которые зависели от размеров и локализации рецидивной опухоли. Сложность выбора метода лечения заключалась в том, что после лечения первичной опухоли в области вульвы рецидив развивался на фоне рубцовых и склеротически измененных тканей, часто в непосредственной близости со смежными органами.

Лечение больных с рецидивами в регионарных лимфатических узлах было проведено 29 больным. Из них хирургическое лечение получили 20 (69%), комбинированное – 3, лучевое лечение – 6 больных. Высокий процент хирургического лечения регионарных рецидивов обусловлен тем, что этим больным, необоснованно ранее было отказано в пахово-бедренно-подвздошной лимфаденэктомии. При лечении регионарных рецидивов прогрессирование процесса и возникновение повторного рецидива отмечено у 20 больных, что составило 69%.

Одним из наиболее сложных проблем является лечение смешанных рецидивов рака вульвы. При смешанных рецидивах у всех пациенток был отмечен местно-распространенный процесс с переходом на смежные органы и наличием неудаляемых метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Лечение смешанных рецидивов нами было проведено 13 больным. Для лечения мы применяли хирургический метод, лучевую терапию и их комбинации. Несмотря на то, что это лечение в основном носило паллиативный характер, необходимо отметить, что оно значительно улучшало качество жизни пациенток.

Таким образом, наилучшие результаты были отмечены при лечении местных и регионарных рецидивов заболевания, 5-летняя выживаемость в этих группах составила соответственно 23,1% и 24,1%, что можно оценить, как вполне удовлетворительные. При наличии смешанного рецидива при отказе больным в лечении до 1 года дожило 3,7%, до 1,5 лет не дожила ни одна больная. После проведенного лечения, независимо от метода, до 1 года безрецидивный период отмечен у 30,8% больных, до 2 лет – у 7,7%, до 3 лет дожила 1 больная. Наиболее неблагоприятными в прогностическом отношении являются смешанные рецидивы.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ХРОМОСКОПИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Шадринцев А.Н., Хабарова О.Н.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»

В настоящее время колоноскопия является основным методом объективной диагностики опухолей толстой кишки, средством для динамического наблюдения за больными этой категории. Эндоскопическое исследование толстой кишки широко используется в качестве основного средства диагностики, динамического наблюдения за больными в процессе лечения и профилактического обследования. За 2009 год на базе эндоскопического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» выполнено 1326 исследований толстой кишки: 936 колоноскопий, 390 ректороманоскопий. Исследования выполнялись 4 колоноскопами, двумя ректоскопическими наборами. В 2009 году произведена модернизация двух колоноскопов в эндовидеосистемы, что привело к увеличению разрешающей способности эндоскопов. Показанием к колоноскопии служит появление или манифестация клинических признаков, прямо или косвенно указывающих на поражение толстой кишки, анемии, а также наличие известных факторов риска по развитию злокачественных заболеваний, включающих, помимо прочих, возраст больных, превышающий 50 лет. Поликлинические пациенты в 65-75% случаев обследуются в порядке диспансерного наблюдения. Залогом полноценного осмотра является качественная подготовка толстой кишки. До последнего времени подготовка кишки к исследованию традиционно сводилась к приему слабительных средств (касторового масла) и очистительных клизм. С учетом мирового опыта стали применяться альтернативная методика очистки кишечника, к которому относится лаважный способ препаратами «Фортранс» или «Флит». В лечебных учреждениях препараты «Фортранс» и «Флит» являются средством выбора для подготовки к колоноскопии и широко применяются в повседневной практике. Более 75% пациентов предпочитают данный способ подготовки толстой кишки.

Удельный вес исследований с забором биопсийного материала составил 97,1%. Гистологическое подтверждение рака толстой кишки получено у 45 больных. Среди пациентов с раком толстой кишки было 54% мужчин и 46% женщин в возрасте от 38 до 89 лет. Рак, включая малые формы, обнаружен в левых отделах в 62% случаев. У 44% пациентов заболевание раком толстой кишки выявлено «активно», при проведении диспансерного наблюдения, таким образом, ко времени выявления у половины пациентов заболевание протекало латентно.

Эндоскопические полипэктомии произведены у 84 пациентов, удалено 129 образований. Эндоскопические полипэктомии выполняются сразу в момент выявления образований, без дополнительной записи на исследование. Амбулаторные пациенты после эндоскопической полипэктомии госпитализируются на колопроктологические койки на базе отделения хирургической инфекции. У 31% пациентов удалено более одного полипа. Средний возраст пациентов с полипами толстой кишки составил 65,3 года. Большая часть полипов (85%) представлена тубулярными аденомами. Аденомы сложной гистологической структуры в 79% случаев выявлялись в левых отделах толстой кишки. Контрольные эндоскопические исследования после удаления одиночных или множественных гиперпластических полипов, одиночных тубулярных аденом проводились не менее 1 раза в год. После удаления ворсинчатых опухолей повторные исследования выполнялись каждые 6 месяцев, а если удаленная ворсинчатая опухоль имела высокую степень дисплазии дисплазии или признаки атипии, то в первый год проводились контрольные исследования каждые три месяца и далее каждые шесть месяцев. Обязательным условием являлось выполнение хромоэндоскопии с целью оценки эффективности полипэктомии и исключения рецидивного роста образований.

Хромоскопия прямым методом метиленовым синим и индиго кармином выполнялась в 35% случаев. Метиленовый синий использовался для уточнения природы мелкий новообразований – аденом и рака, индиго кармин – для контрастирование рельефа слизистой. Неизменная слизистая оболочка приобретает голубоватый цвет и зернистый вид. Такую эндоскопическую картину не удастся увидеть без окрашивания. Атрофически измененные участки слизистой оболочки, доброкачественные полипы и язвы не окрашиваются метиленовым синим, четко определяются на голубом фоне окрашенной слизистой оболочки. При язвенном колите интенсивность окрашивания уменьшается или слизистая оболочка вовсе не окрашивается. Злокачественные поражения (малигнизированные полипы, язвенные и полиповидные формы рака) окрашиваются в интенсивный синий цвет, который не исчезает при отмывании водой. Индиго кармин, особенно при использовании аппаратуры высокого разрешения, в толстой кишке может быть использован для изучения поверхностных различий между гиперпластическими и аденоматозными полипами, повышает вероятность выявления раннего рака. Гиперпластические полипы имеют типичную форму, гладкую поверхность, аденоматозные полипы – дольчатую, пересеченную поверхность. Применение метода хромоскопии при раке толстой кишки позволяет локализовать распространенность процесса с определением границ. Границы протяженности злокачественной инфильтрации при обычной колоноскопии менее выражены, чем после выполнения хромоскопии.

Таким образом, хромоскопия – это простой, доступный и безопасный метод исследования, который является вспомогательным и необходимым методом ранней диагностики заболеваний толстой кишки и, прежде всего, ранних форм рака. Использование красителей повышает возможность выявления мелких ранних поражений слизистой оболочки, детализирует их протяженность, распространенность, уточняет границы и структурные особенности патологического участка. Показания для применения хромоскопии могут быть расширены у группы пациентов с визуально неизменным характером слизистой оболочки. Эндоскопическое исследование с хромоскопией имеет большую продолжительность по времени, а оценка результатов окрашивания требует определенных навыков от врача-эндоскописта. Хромоскопия является высокоэффективным методом дифференциальной диагностики патологического процесса толстой кишки, которая может определять выбор метода лечения.

1. Вашакмадзе Л.А., Хомяков В.Н., Сидоров Д.В. Диагностика и лечение рака прямой кишки: современное состояние проблемы// Российский онкологический журнал, 1999.- №6.- С.47-54.

2. Мяукина Л.М., Филин А.В., Орлов О.Ю., Ткаченко О.Б., Филин А.А. Применение методов хромоскопии при эндоскопических исследованиях желудочно-кишечного тракта// Клиническая эндоскопия, 2006.-№3(9).-С.6-14.

ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шарабура Т.М., Важенин А.В., Гладков О.А., Бломквист Н.В.

ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» – Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ и СР РФ, Россия, г. Челябинск

ГОУ ВПО «Челябинская Государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Заболеваемость новообразованиями центральной нервной системы в Челябинской области в 2007г составила 5,8 случаев на 100 000 населения. Более половины заболевших имели злока-

чественные глиомы, отличающиеся резистентностью к стандартным методам терапии. Новые перспективы в лечении больных с глиомами IV степени злокачественности связаны с включением в схему многокомпонентной терапии препарата темодал.

Цель исследования заключалась в оценке эффективности применения темодала у больных с глиобластомами головного мозга.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 34 больных с первично установленным диагнозом глиобластомы головного мозга. Медиана возраста составила 56 лет. Общий статус по шкале ECOG составил от 2 до 4 баллов. Все больные были оперированы в нейрохирургических отделениях г. Челябинска. Лучевую терапию (ЛТ) проводили во 2 радиологическом отделении ЧОКОД через 2-4 недели после операции с разовой дозой 2,0Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 60Гр. 8 больных одновременно с ЛТ принимали Темодал в дозе 75 мг/м² ежедневно в течение 40 дней. 26 больных получили облучение без темодала. Всем больным после завершения ЛТ назначали адьювантную химиотерапию (АХТ) препаратом темодал в дозе 150-200мг/м² с 1 по 5 дни каждые 28 дней до 6 циклов.

Результаты исследования. Положительный эффект, выразившийся в регрессе очаговой неврологической симптоматики, отмечен в 23% случаев. Наиболее заметная динамика в неврологическом статусе зафиксирована в течение первых 4 недель облучения. Стабилизация процесса отмечена в 54% случаев. У 23% больных отмечено прогрессирование, наиболее часто развивавшееся в процессе АХТ.

Токсических реакций в процессе ЛТ, в том числе с одновременным приемом темодала, не отмечено. Токсические реакции в процессе АХТ проявлялись тошнотой и рвотой 1-2 степени в 80% случаев, лейкопенией 1-2 степени в 45% случаев.

Анализ полученных результатов показал, что эффективность лечения выше у больных с тотальным удалением опухоли, получивших ЛТ одновременно с темодалом и последующей АХТ. У 75% больных отмечено нарушение схемы лечения, в виде несоблюдения рекомендованных интервалов лечения или доз темодала, что снизило эффективность лечения. Вместе с тем, за период с 2005 по 2009 годы благодаря созданию системы организации нейроонкологической помощи количество больных с глиобластомами, получивших лечение по радикальной схеме, увеличилось в несколько раз.

Таким образом, стандартом лечения больных с глиобластома на сегодняшний день является многокомпонентная терапия, включающая оперативное вмешательство и химиолучевую терапию с темодалом. Условием достижения максимального эффекта при этом является обеспечение преемственности и мультидисциплинарного подхода при участии многопрофильной бригады специалистов. С целью реализации данной программы в Челябинской области, в условиях территориальной разобщенности медицинских учреждений, при участии ЧОКОД создана эффективная система оказания помощи нейроонкологическим больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ И ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НА БАЗЕ 2 ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Шмунк В.А., Варенников А.И, Смирнов В.В., Петракова Е.И.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»

В настоящее время отмечается тенденция роста больных с онкопатологией. Проблемы, связанные с лечением распространённых форм рака, всё более нуждаются в разработках, т.к. пациенты с заболеванием, приобретшим уже такое тяжёлое течение, всё чаще оказываются в

лечебном учреждении. Анализ литературных данных свидетельствует, что почти у 50% больных раком устанавливают III и IV стадии заболевания, у каждого третьего больного из числа оперированных диагностируют отдаленные метастазы, преимущественно в печень. В таких случаях хирургический метод очень часто носит, как правило, паллиативную и симптоматическую направленность – формирование колостомы, устранение кишечной непроходимости, формированию обходного анастомоза, устранение перифокального воспаления и удаление первичного очага. Целесообразность выполнения комбинированных и паллиативных операций оправдана. Удаление первичного очага позволяет избежать тяжелых осложнений опухолевого процесса (кровотечение из распадающейся опухоли, кишечная непроходимость, раковая интоксикация). Это позволяет предупредить или снизить темп дальнейшей диссеминации опухолевого процесса и открывает возможности для других методов лечения, при этом улучшается и «качество жизни» пациентов. Не менее важным обстоятельством, определяющим интерес к разбираемой проблеме, является успешное развитие хирургии, анестезиологии и химиотерапии в целом, что дает возможность достаточно широко применять комплексное лечение.

За период с 2007 по 2009 год проведено обследование и оперативное лечение пациентам с патологией: яичников, тела и шейки матки, маточной трубы, вульвы, желудка, ободочной и прямой кишки, предстательной железы, мочевого пузыря. Из общего числа прооперированных больных по поводу злокачественных новообразований, комбинированное и паллиативное хирургическое лечение получили 85 пациентов, из них: комбинированные операции 55 (субтотальная проксимальная резекция желудка с резекцией левой доли печени, гастрэктомия с резекцией хвоста и тела поджелудочной железы, гастрэктомия с резекцией печеночного угла ободочной кишки, гастрэктомия с экстирпацией матки с придатками, субтотальная дистальная резекция желудка с резекцией поперечной ободочной кишки, субтотальная колэктомия с резекцией хвоста и тела поджелудочной железы, левосторонняя гемиколэктомия с резекцией хвоста и тела поджелудочной железы и проксимальной резекцией желудка, передняя резекция прямой кишки с экстирпацией матки с придатками, передняя резекция прямой кишки с субтотальной резекцией мочевого пузыря, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с экстирпацией матки с придатками), паллиативные операции 30 (резекция сигмовидной кишки, резекция сигмовидной кишки с атипичной резекцией левой доли печени, передняя резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, резекция поперечно-ободочной кишки, гастрэктомия, циторедуктивные операции на матке и яичниках).

Средний возраст больных составляет 65 лет (55-75 лет). По гистологической структуре преобладали – аденокарцинома средней степени дифференцировки. В послеоперационном периоде 1 больной умер в результате прогрессирования опухолевого процесса, остальным больным в послеоперационном периоде была назначена и проведена полихимиотерапия по стандартной схеме.

Таким образом, паллиативное и комбинированное хирургическое лечение больных со злокачественными новообразованиями может применяться шире, так как это позволяет избежать в дальнейшем развитие тяжелых, часто фатальных осложнений – перфорации и развитие кровотечений, ликвидируются отягощающие симптомы заболевания, не увеличивают послеоперационную летальность, создают реальные предпосылки для применения специфических методов противоопухолевого лечения (химиотерапия, лучевая терапия). и значительно улучшается качество жизни, которое включает в себя, кроме психологического, эмоционального и социального функционирования человека, также физическое состояние организма больного.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ЯИЧНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Шимоткина И.Г., Важенин А.В., Чернова Л.Ф., Васильева Т.А., Кондакова Е.Ю.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Радиационная онкология» ЮУНЦ РАМН, Челябинский областной онкологический центр, Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. Челябинская государственная медицинская академия

Нами проведен анализ результатов лечения 74 больных раком яичников III b-c и IV стадиями заболевания, получивших в плане комплексного лечения лучевую терапию в Челябинском онкологическом центре с 1996 год по 2001 год. Из них с III стадией заболевания 60 больных и с IV стадией – 14. Средний возраст составил 52,7 года.

В исследуемую группу были включены пациентки только с эпителиальными опухолями различной степени дифференцировки.

Больные получали лечение по двум вариантам: операция, лучевая терапия, ПХТ (39 пациенток); неоадьювантная ПХТ, операция, лучевая терапия, ПХТ (35 пациенток).

Всем больным проведено оперативное лечение в различных объемах. Объем остаточной опухоли в 30 случаях более 2 см в наибольшем размере.

Неoadьювантная ПХТ проводилась по схемам CMF, CP, CAP с расчетом доз препаратов на m^2 , 2-4 курса, с интервалом 3-4 недели.

Лучевая терапия включала: субтотальное облучение от купола диафрагмы до средней трети бедра по 1,2 ГР, СОД 12 ГР. Дистанционная гамматерапия локально на малый таз по 2 ГР, СОД 30 ГР.

Всем больным, через 3-4 недели после окончания лучевой терапии была проведена (или продолжена) ПХТ по выше указанным схемам 6-8 курсов.

Нами проводилась оценка результатов лечения в зависимости от стадии заболевания, дифференцировки опухоли и объема остаточной опухоли.

По нашим данным 3-х и 5-ти летняя выживаемость при III стадии заболевания составила 65% и 35.7%. При IV стадии 3-х летняя выживаемость – 33.3%, 5 лет не прожила ни одна больная. Зависимости одногодичной выживаемости от стадии заболевания мы не выявили.

После анализа полученных результатов установлено, что одногодичная выживаемость не зависит от дифференцировки опухоли. 5-ти летняя выживаемость при высокой степени дифференцировки опухоли составила 100%, при умеренной и низкой степени дифференцировки 5-ти летняя выживаемость одинаковая – 16.7% и 16.6%.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что выживаемость больных зависит от объема остаточной опухоли. Так, одногодичная выживаемость при отсутствии опухоли и остаточной опухоли менее 2 см составляет 100%, тогда как при опухоли более 2 см – 86.6%. 3-х летняя выживаемость при остаточной опухоли более 2 см ниже в 2 раза, чем у больных с остаточной опухолью менее 2 см и составляет 33.3% против 76.9%. 5-ти летняя выживаемость ниже более чем в 5 раз и составляет 8.3% против 50%.

Таким образом, лучевая терапия улучшает результаты лечения распространенных форм рака яичников. На эффективность лечения значительное влияние оказывает стадия заболевания, дифференцировка и объем остаточной опухоли.

ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ В РЕЖИМЕ УСКОРЕННОГО ГИПЕРФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ДОЗЫ.

Штефанн, Д.Д. Сакаева, Ф.Ф. Муфазалов

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа

Паллиативная лучевая терапия местнораспространенных злокачественных опухолей и/или их метастазов проводится, как правило, средними фракциями за небольшое число сеансов (5-10). Однако, в силу тяжести общего состояния этого контингента больных, данное распределение дозы ионизирующей радиации во времени не всегда оказывается толерантным.

Целью настоящего сообщения явилось изучение переносимости и результативности паллиативной лучевой терапии в режиме равномерного дробления суточной дозы в 3 Гр у больных с местнораспространенными и метастатическими злокачественными опухолями.

Всего пролечено 16 больных с 3-4 стадиями заболевания, их общий статус по шкале ECOG составил 1-2 балла. Из них 7 больных страдали злокачественной лимфомой (ЗЛ) (неходжкинская лимфома у 4 и лимфома Ходжкина у 3), с рефрактерными формами, после 4-6 курсов полихимиотерапии по поводу первичной и рецидивной опухоли. У 5 больных была местно-распространенная форма немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ), у – 2 мелкоклеточного рака легкого (МРЛ). Еще у 2 больных облучали метастазы в головной мозг рака легкого и рака молочной железы.

Всем больным в зависимости от локализации опухоли с паллиативной целью проводили наружное облучение в режиме равномерного дробления суточной дозы, РОД 1,5 Гр 2 раза в день, через 4 часа, до СОД 30 Гр (метастазы в головной мозг и пораженные лимфоузлы при ЗЛ) и СОД- 45Гр (НМРЛ и МРЛ).

Первичные и метастатические опухоли резорбировались на 40-80% от первоначального объема, клинически у всех пациентов отмечалась положительная динамика – уменьшились или полностью купировались боли. Зарегистрированная эффективность противоопухолевой терапии обусловлена достижением целевого уровня суммарной дозы радиации в мишени, которая при раке легкого даже трансформировалась из паллиативной в условно-радикальную. Больные хорошо перенесли лечение, абсолютно всем удалось провести курс лучевой терапии без вынужденных перерывов. Отмечались общие и местные лучевые реакции, частота и тяжесть которых не требовала специальной коррекции и не препятствовала реализации намеченного плана лечения.

Таким образом, анализ непосредственных результатов показал, что представленный вариант лучевой терапии вполне толерантен и может расширить границы эффективной паллиативной курабельности больных с местнораспространенными и метастатическими злокачественными опухолями.

ЛУЧЕВАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МОНОФОКУСНОЙ ОЧАГОВОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Яценко Т.Г., Муфазалов Ф.Ф., Серов О.В., Мухамедрахимов Р.Р., Алтынова А.Ф.

ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова» Минздрава Республики Башкортостан, г.Уфа

В современной онкологии выявление и определение природы очаговых изменений печени имеет большое значение для выбора тактики ведения пациентов. Несмотря на известные успехи, достигнутые в диагностике диффузных и очаговых поражений печени на современном этапе, дифференциальная диагностика заболеваний печени во многих случаях остаётся сложной проблемой. Наиболее трудной задачей является распознавание гемангиом, первичных и вторичных злокачественных опухолей печени, особенно при наличии единственного очага.

Нами было обследовано 147 больных от 18 до 77 лет с подозрением на опухоль печени. Одиночное поражение имелось у 37 (25,2%) пациентов, у остальных 110 (74,8%) количество очагов было от 2 до 7. В результате комплексного клинического и лучевого исследования диагноз гемангиомы печени был установлен у 77 (52,4%) больных, метастазы в печени – у 49 (33,3%), первичный рак печени – у 21 (14,3%).

Диагностические методы включали ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), радионуклидное исследование с мечеными эритроцитами (РНИ с МЭ). Эритроциты метились «in vivo» отдельным введением растворов пирфотеха и натрия пертехнетата Tc-99m. Исследование проводили в 3 этапа: на первом оценивали сосудистую фазу (непосредственно после внутривенной инъекции), затем через 30 мин выполняли планарную сцинтиграфию в 4 проекциях, и через 2 часа однофотонную эмиссионную компьютерную томографию.

В разработанном нами аналитическом алгоритме если на УЗИ предполагается гемангиома, но сонографическая картина недостаточно характерна, то в качестве доказательного метода применялась сцинтиграфия с мечеными эритроцитами. Если результаты этого исследования отрицательны, то наличие гемангиомы печени маловероятно. В этом случае применялась компьютерная томография с ручным или болюсным внутривенным контрастным «усилением» для определения природы опухоли.

Достоверные данные о наличии метастазов в печени при типичной УЗИ-картине (множественность поражения, гипо- или изоэхогенная структура, нечеткие контуры, наличие гипоехогенного ободка) при установленной первичной опухоли позволяет ограничиться этим этапом исследования.

При выявлении признаков злокачественного процесса по данным УЗИ рекомендуется КТ с внутривенным контрастированием. По показаниям можно рекомендовать РНИ с МЭ для оценки кровоснабжения паренхимы печени.

Если КТ-картина сомнительная, а среди предполагаемых заболеваний не исключается гемангиома, рекомендуется выполнение РНИ с МЭ. Оно позволяет подтвердить гемангиому при высоком накоплении РФП в патологическом очаге при ОФЭКТ, либо исключить ее и предположить злокачественное новообразование при сочетании повышенного накопления РФП в динамическую фазу и сниженного накопления при ОФЭКТ.

По результатам применения данного комплекса исследований удалось получить позитивный результат без динамического наблюдения в 107 (97,3%) случаях двух- и многоочаговой патологии и в 34 (91,9%) наблюдениях – при монофокусном поражении. В 3 (9,1%) случаях одиночного очага дифференциальная диагностика была усложнена малыми размерами образования (менее 15 мм).

Данный алгоритм позволил повысить результативность диагностики опухолей печени за счет уменьшения числа случаев с неоднозначными и сомнительными диагностическими результатами, выявить очаговую патологию печени в ранние сроки, визуализировать патологические очаги менее 2 см в диаметре, проследить динамику развития заболевания.