



## Эффективность.<sup>1,2</sup> Надежность.<sup>3</sup> Новый подход

- **НЕКСАВАР** – первый препарат, увеличивающий общую выживаемость пациентов с неоперабельной гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК) по сравнению с плацебо

В двух исследованиях III фазы увеличение общей выживаемости по сравнению с плацебо составило от 44% до 47%<sup>1,2</sup>

- Стандарт лечения пациентов с неоперабельной гепатоцеллюлярной карциномой<sup>4</sup>

**Нексавар продлевает жизнь  
Вашим пациентам**

**НЕКСАВАР (NEXAVAR).** Международное непатентованное название: сорафениб (sorafenib). Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка содержит: сорафенибазолат – 274 мг (эквивалентно 200 мг сорафениба основного вещества). Показания: Метастатический почечно-клеточный рак. Печеночно-клеточный рак. Противопоказания: Повышенная чувствительность к сорафенибу или к любому другому компоненту препарата. Беременность и период кормления грудью. Детский возраст (эффективность и безопасность применения не установлены). С осторожностью: при кожных заболеваниях, при артериальной гипертензии, при повышенной кровоточивости или кровотечениях в анамнезе, при нестабильной стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда, при терапии совместно с иринотеканом и диэтикселом. Способ применения и дозы: Рекомендуемая суточная доза сорафениба составляет 800 мг (4 таблетки по 200 мг). Суточная доза назначается в два приема (2 таблетки 2 раза в сутки), либо в промежутках между приемами пищи, либо вместе с пищей содержащей низкое или умеренное количество жира. Таблетки проглатывают, запивая стаканом воды. Лечение продолжают до тех пор, пока сохраняется клиническая эффективность препарата или до появления его непримлемого токсического действия. Побочное действие: очень часто, часто – лимфопения, лейкопения, нейтропения, анемия, тромбоцитопения, кровотечения (включая кровотечения из желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей и кровоизлияние в головной мозг), повышение артериального давления, застойная сердечная недостаточность, ишемия миокарда и/или инфаркт миокарда, охриплость, ринорея, явления, сходные с интерстициальными заболеваниями легких (включая пневмонит, лучевой пневмонит, острый респираторный дистресс-синдром, интерстициальная пневмония, пульмонит, воспаление легких), кожная сыпь, алоpecia, ладонно-подошвенная эритродизестезия, эритема, кожный зуд, эксфолиативный дерматит, акне, сухость кожи, шелушение кожи, диарея, тошнота, рвота, стоматит (включая сухость слизистой оболочки полости рта и глоссит), диспепсия, дисфагия, анорексия, запор, периферическая сенсорная нейропатия, депрессия, звон в ушах, артралгия, миалгия, рабдомиолиз, почечная недостаточность, протеинурия, эректильная дисфункция, гипофосфатемия, увеличение концентрации липазы и амилазы, транзитное повышение активности трансаминаз (АСТ, АЛТ), гипокальциемия, гипокалиемия, повышенная утомляемость, болевой синдром различной локализации (в том числе боль в ротовой полости, боль в животе, боль в костях, боль в области опухоли, головная боль), астения, гриппоподобный синдром, повышение температуры тела, снижение массы тела, повышение уровней липазы и амилазы. Регистрационный номер: ЛСР-000093, актуальная версия инструкции от 29.05.2013 г. Производитель: Байер Фарма АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

1. Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, et al; for the SHARP Investigators Study Group. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med.* 2008;359:378-390.  
2. Cheng A-L, Kang Y-K, Chen Z, et al. Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Oncol.* 2009;10(1):25-34.  
3. Marrero J, et al. Final analysis of GIDEON (Global Investigation of therapeutic Decisions in hepatocellular carcinoma and Of its treatment with sorafenib) in >3000 sorafenib-treated patients: clinical findings in patients with liver dysfunction. *ASCO 2013 abs 4126.*  
4. Bruix J, Sherman M; American Association for the Study of Liver Diseases. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology.* 2011;53(3):1020-1022.

ЗАО "БАЙЕР" 107113 Москва,  
3-я Рыбинская ул., д. 18 стр. 2  
Тел.: +7 (495) 231 12 00  
Факс: +7 (495) 231 12 02  
[www.bayerpharma.ru](http://www.bayerpharma.ru)

**Нексавар®**  
(сорафениб) таблетки

VIII Всероссийский съезд онкологов.  
Санкт-Петербург. 2013

Том II

# ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Материалы VII Всероссийского  
съезда онкологов

Том II

приложение  
к № 3-2013  
TOM 59 VOL. 59

# PROBLEMS IN ONCOLOGY

# VOPROSY ONKOLOGII

# Партнёры съезда

## Золотые спонсоры



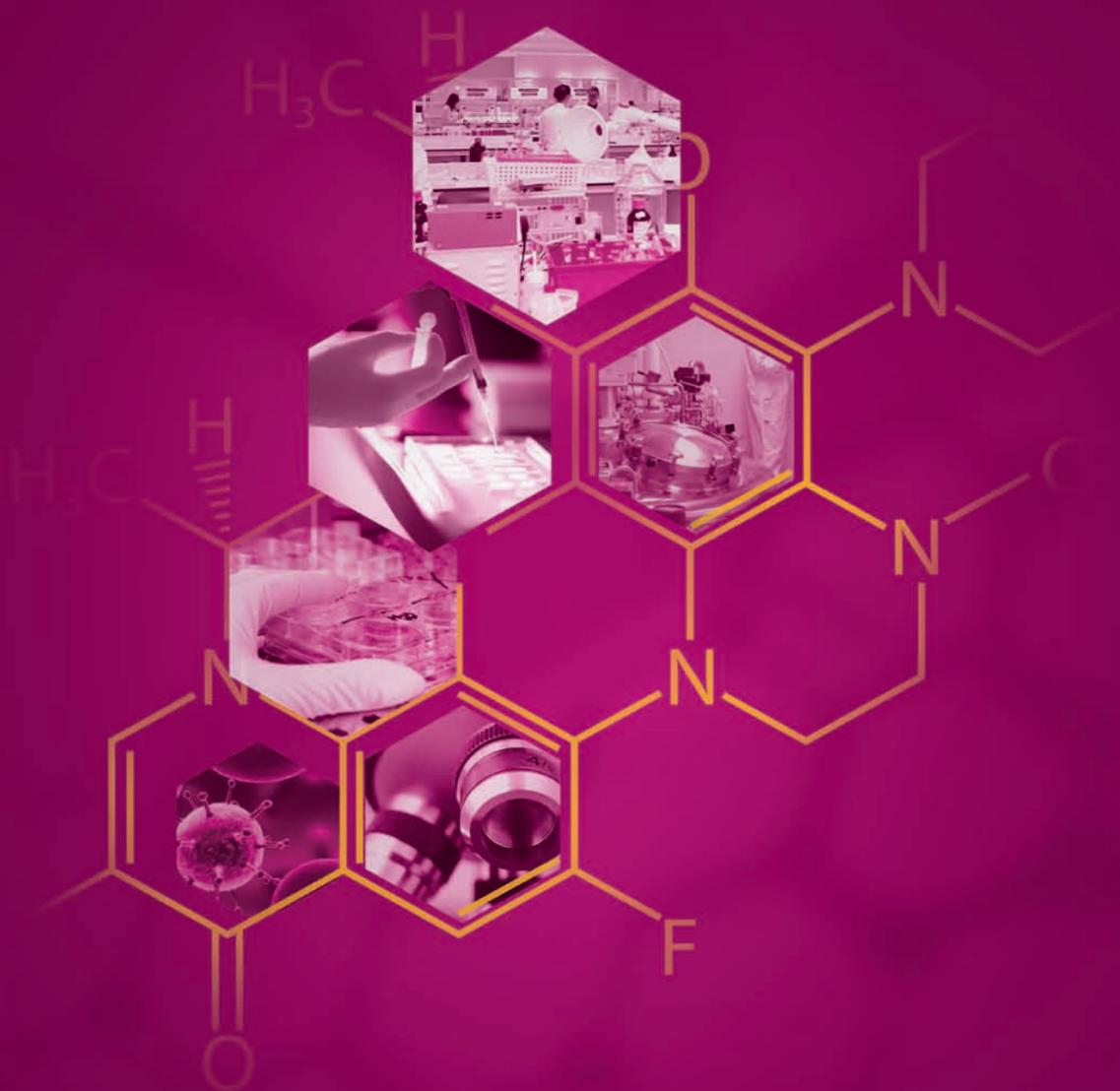
**150 Years**  
**Science For A Better Life**

## Серебряные спонсоры



АстраЗенека   
**ОНКОЛОГИЯ**

## ПРОГРЕСС НАУКИ – В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ



Для получения дополнительной информации о компании и препаратах обращайтесь в ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»,  
125284, Москва, ул. Беговая, д. 3, стр. 1. Тел.: +7 (495) 799 5699, факс: +7 (495) 799 5698  
[www.astrazeneca.ru](http://www.astrazeneca.ru)



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Ассоциация онкологов России

Российская Академия медицинских наук

# ОНКОЛОГИЯ XXI ВЕКА: ОТ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ — В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Материалы VIII Всероссийского съезда онкологов

Том II

11—13 сентября 2013 г.

Санкт-Петербург

Ministry of Health of Russian Federation  
Association of Oncologists of Russia  
Russian Academy of Medical Sciences

**ONCOLOGY  
OF XXI CENTURY —  
FROM RESEARCH  
INTO CLINICAL  
PRACTICE**

Proceedings of VIII All-Russia Congress of Oncologists

**Volume II**

11-13 September 2013  
St. Petersburg

НЗ5 «Онкология XXI века—от научных исследований в клиническую практику». Материалы VIII съезда онкологов России 11—13 сентября 2013 г. В 3-х томах. СПб.: 2013. — Т. II. — 460 с.

Сборник содержит результаты научных исследований, клинических и экспериментальных наблюдений, вопросы организации онкологической помощи, профилактики и скрининга по различным аспектам онкологии. В рамках VIII съезда онкологов проводится научно-практическая конференция по фундаментальным проблемам онкологии («Петровские чтения»).

Работа съезда посвящена дальнейшей реализации Национальной онкологической программы в рамках национального проекта «Здоровье».

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

Проведение съезда вызвало большой интерес отечественных и зарубежных ученых, онкологов, радиологов, онкогинекологов, онкогематологов, онкопедиатров и других специалистов. Материалы для публикации присланы практически из 50 научно-исследовательских центров, включая зарубежные, более чем из 80 кафедр онкологии и научно-практических центров. Заявку на участие в работе съезда и материалы для публикации представили сотрудники более 100 онкологических диспансеров и больничных учреждений различного профиля. В материалы сборника включены итоги работы онкологов Белоруссии, Украины, Казахстана, Молдовы и Латвии, а также представителей Франции, США, Швеции, Швейцарии, Болгарии и Японии.

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

---

© ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова Минздрава России», 2013

H35 “Oncology of XXI century – from research into clinical practice”. Proceedings of VIII All-Russia Congress of Oncologists 11-13 September 2013.

In 3 volumes. SPb.: 2013. — V. II. — 460 p.

The current edition contains results of scientific investigations and clinical and experimental observations as well as problems of cancer control, prophylaxis and screening on different aspects of oncology. Besides, the scientific-practical conference on fundamental problems of oncology (“Petrov’s readings”) will be held in the frames of this Congress.

The Congress is devoted to further realization of the National oncological program within the national project “Health”.

The National oncological program is designed toward an improvement of the quality of specialized care to cancer patients on the basis of introduction of new technologies in practice, diagnostics and treatment for malignant tumors.

Holding the Congress was of great interest of domestic and foreign scholars, oncologists, radiologists, oncogynecologists, oncohematologists, oncopediatricians and other specialists. Materials for publication have been obtained practically from 50 research centers, including foreign organization, and from more than 80 chairs of oncology and scientific-practical institutions. Applications to participate in the Congress and abstracts were presented by employees of over 100 oncological dispensaries and hospitals of various profiles. These proceedings include outcomes of work of oncologists from Belorussia, Ukraine, Kazakhstan, Moldova and Latvia, and also from France, USA, Sweden, Switzerland, Bulgaria and Japan.

This edition is aimed at oncologists, radiologists, surgeons and doctors of related specialties.

---

© The N.N. Petrov Research Institute of  
Oncology of Russian Ministry of Health,  
2013



## **ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

---

---

## Относительные риски развития злокачественных опухолей при полинеоплазиях с поражением щитовидной железы у женщин

З.А. Афанасьева, С.Ф. Бакунин

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Казань

Цель исследования: определение относительных рисков (ОР) развития других злокачественных опухолей при полинеоплазиях с поражением щитовидной железы (ЩЖ) у женщин.

Материалы и методы исследования. За период с 1973 по 2010 год располагаем наблюдениями над 2365 женщинами, больными раком ЩЖ, из которых 98 имели полинеоплазии. Возраст больных от 18 до 83 лет.

Результаты исследования. Синхронные опухоли были у 28 (28,6%) больных, метакронные — у 70 (71,4%): у 44 (62,9%) — рак в ЩЖ был диагностирован первым, у 26 (37,1%) — вторым. Все больные были разделены на три группы: I — больные метакронными опухолями, где рак ЩЖ выявлен первым, II — с метакронными опухолями, где рак ЩЖ был выявлен вторым, III — с синхронными злокачественными опухолями. В первой группе выявлен высокий риск развития лимфом (ОР = 31,7), рака почки (ОР = 18,5), легкого и бронхов (ОР = 18,8), меланомы (ОР = 17,1), рака ободочной кишки (ОР = 16,7), шейки матки (ОР = 15,8), тела матки (ОР = 11,8), молочной железы (ОР = 11,5), кожи (ОР = 9,5). Во второй группе определен высокий риск развития рака ЩЖ у женщин, больных меланомой (ОР = 50,4), лимфомами (ОР = 40,8), раком тела матки (ОР = 11,8), кожи (ОР = 8,7), молочной железы (ОР = 8,0). В группе больных с синхронными полинеоплазиями с поражением ЩЖ у женщин определили высокий относительный риск развития рака почки (ОР = 46,3), меланомы (ОР = 20,6), рака пищевода (ОР = 17,8).

Таким образом, у женщин с полинеоплазиями с поражением ЩЖ мы определили двунаправленные ассоциации для лимфомы, меланомы, рака тела матки, молочной железы, кожи, что позволяет думать об общности генетических или этиологических факторов риска или потенциально канцерогенных методах лечения, используемых для обоих злокачественных новообразований.

## Диагностика узловых образований щитовидной железы с использованием магнитно-резонансной томографии

Е.Е. Боберь, И.Г. Фролова, Е.Л. Чойнзонов

ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Актуальность. Клиническая значимость узловых патологий щитовидной железы определяется высокой распространенностью рака в выявленных узловых образованиях, который встречается по данным разных авторов в 4—10% случаев. Злокачественные опухоли щитовидной железы в среднем составляют 1—1,5% в общей структуре онкологической патологии. Одной из важных задач в планировании лечебных мероприятий на дооперационном этапе является поиск признаков, позволяющих провести дифференциальную диагностику между доброкачественными узловыми об-



разованиями и раком щитовидной железы, что в свою очередь ведет к определению рациональности и радикальности объема хирургического вмешательства.

Цель исследования. Изучить возможности высокопольной магнитно-резонансной томографии (МРТ) с динамическим контрастированием в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 51 пациента, из которых у 33 пациентов морфологически верифицированы доброкачественные образования, у 18 пациентов — рак щитовидной железы (T1-4N0-3M0). Исследование проводилось на 1,5Т МР—томографе Magnetom Essenza (Siemens, Германия) с использованием поверхностной шейной катушки. Протокол исследования включал T1-взвешанные изображения (ВИ), T2-ВИ, DWI, методику подавления сигнала от жира, в аксиальной, коронарной, сагиттальной проекциях, с толщиной срезов 3 мм. МРТ с динамическим контрастированием выполнялась в аксиальной проекции с получением T1-ВИ в последовательности VIBE 3D. Постпроцессорный анализ осуществлялся в виде математической обработки полученных данных с использованием методики цифровой субтракции и построении графиков захвата и выведения контрастного вещества.

Результаты. Общие размеры образований составляли от 8 мм до 83 мм. При узловом зобе образования в 64,3% имели четкие и ровные контуры, в 46,4% прослеживалась капсула. Структура узловых образований была преимущественно неоднородной на T1 и T2 ВИ, с наличием как гипоинтенсивных, так и гиперинтенсивных включений. Аденомы (9,8%) имели гетерогенную структуру как на T1, так и на T2 ВИ, с гиперинтенсивными включениями глыбчатого характера на T1 и T2 ВИ, всегда прослеживалась капсула. При анализе кривых «интенсивность сигнала—время» выявлено, что для доброкачественных образований (в том числе и аденом) в щитовидной железе преобладали процессы усиления интенсивности сигнала с последующим постепенным пологим снижением и наличием плато. При раке щитовидной железы в 83,4% опухоль имела нечеткие, неровные контуры. Неоднородность сигнала была обусловлена гипоинтенсивными включениями линейного и глыбчатого характера на T2 ВИ. При распространении за пределы капсулы отмечался инфильтративный характер роста с вовлечением в патологический процесс окружающих структур. Злокачественные опухоли щитовидной железы при анализе кривых «интенсивность сигнала—время» характеризовались наличием раннего усиления интенсивности сигнала с формированием более раннего острого пика (в сравнении с доброкачественными образованиями), с последующим преобладанием фазы выведения контрастного вещества.

Выводы. Включение МРТ с динамическим контрастированием в алгоритм обследования больных с узловыми образованиями щитовидной железы позволяет решать вопросы дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы, а также отвечает на вопрос о распространенности патологического процесса.

## Современные возможности лекарственной противоопухолевой терапии рака носоглотки

Л. В. Болотина, А. Л. Корниецкая  
ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Рак носоглотки является одной из немногих опухолей, для которых в силу ее биологических особенностей и высокой чувствительности к лучевой терапии (ЛТ) данный вид лечения при начальных формах позволяет достичь значимых онкологических результатов. Вместе с тем, при местно-распространенных формах заболевания с массивным интракраниальным ростом, вовлечением в процесс черепно-мозговых нервов и вещества головного мозга, при обширном лимфогенном метастазировании, диагностируемых более чем у 80% больных, ситуация меняется кардинальным образом. В подобных случаях проведение ЛТ или химиолучевой терапии (ХЛТ) не приводит к существенному улучшению общей и безрецидивной выживаемости, а в ряде случаев является невозможным, в связи с чем пациенты признаются инкурабельными. Предложен вариант лечения с проведением на первом этапе 6—8 курсов индукционной химиотерапии (ХТ).

С 2004 по 2010 гг. в исследование включено 50 больных с местно-распространенным раком носоглотки (МРРН) в возрасте от 20 до 71 года (средний возраст 42 года), 33 мужчины и 17 женщин. Носоглоточный рак диагностирован у 29 пациентов, плоскоклеточный рак G2-3 у 21. Распределение по TNM было следующим: T2N2M0—3 человека, T3N2M0—1 больной, T4N0-2M0—36 и T2-4N3M0—10 больных. ХТ проводилась каждые 3 недели по схеме: доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup>—1 день, цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup>—1 день, доксорубин 45 мг/м<sup>2</sup>—1 день. Общий ответ (ВОЗ) на лечение составил 88%—44 человека (ПР зарегистрирована в 48% случаев—24 больных, в том числе и при T4N2M0, ЧР в 40%—20), которым в последующем проведена ЛТ и ЛАЭ при исходном N2-N3 поражением регионарных лимфатических узлов. Стабилизация опухолевого процесса отмечена у 3 (6%) и прогрессирование болезни, в процессе ПХТ, у 3 (6%) человек, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости составила 32 мес., медиана общей выживаемости 37,5 мес.

В августе 2011 года начат набор группы больных, получающих ХТ по схеме: доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup>—1 день, цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup>—1 день. Межкурсовой интервал 21 день. На данный момент включено 15 человек—5 женщин и 10 мужчин, в возрасте от 19 до 73 лет (средний возраст 48,8 лет). Плоскоклеточный рак G2-3 диагностирован у 8 больных, недифференцированный носоглоточный у 7. Распределение по стадии процесса было следующим: T3N1-2M0 и T1-3N3M0 по 3 человека, T4N0-2M0—6 и T4N3M0—3 пациента, соответственно. Общий ответ (ВОЗ) после проведения ХТ составил 87%—13 человек, однако ПР опухоли зарегистрирована только в 3 случаях, что составило 20%, а ЧР у 10 пациентов—66%. В дальнейшем этим больным проведена ЛТ и ЛАЭ. Продолженный рост опухоли после завершения 6 курсов ХТ отмечен у 2 больных. Сроки наблюдения во второй группе составили от 3 до 18 мес.

Таким образом, индукционная ХТ при МРРН, несомненно, обладает высокой непосредственной эффективностью и позволяет в дальнейшем провести ЛТ у этой категории больных, что существенно улучшает результаты лечения. Тем не менее, вопрос выбора оптимальной схемы лекарственного лечения, по-прежнему, остается дискуссионным и требует дальнейшего изучения.



## Предварительная оценка эффективности индукционной химиотерапии в рамках комбинированного лечения рака гортаноглотки

Л. В. Болотина, А. Л. Корниецкая, С. А. Кравцов, А. В. Бойко  
ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Рак гортаноглотки представляет собой одну из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных патологий. Данный факт сопряжен с неудовлетворительными результатами как хирургического, так и комбинированного лечения и необходимостью выполнения обширных калечащих операций, что приводит к значительному ухудшению качества жизни (инвалидизации) этих больных. Основные перспективы лечения местно-распространенного рака гортаноглотки напрямую связаны с совершенствованием комбинированного подхода, включающего проведение индукционной химиотерапии (ХТ) и ее сочетанием с лучевой терапией (ЛТ).

Предложен вариант комбинированного лечения местно-распространенного рака гортаноглотки. В первом этапе пациентам проводится 3 курса индукционной ХТ. Если резорбция опухоли составит 50% и более, лечение будет продолжено до 6 курсов с последующей ЛТ по радикальной программе и лимфаденэктомией при исходном метастатическом поражении регионарных лимфоузлов.

В исследование включено 16 человек (2 женщины, 14 мужчин), в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст 59 лет). У всех больных диагностирован плоскоклеточный рак гортаноглотки. Распределение по стадиям в соответствии с классификацией TNM было следующим: III ст. T3N1M0—2 пациента, IV ст.—14 больных (T1-3N3M0 и T4N0-3M0—6 и 8 человек, соответственно). Индукционная ХТ по схеме цисплатин 80 мг/м<sup>2</sup>—1 д.; гемцитабин 1250 мг/м<sup>2</sup>—1 и 8 д. проведена 10 больным. Полная резорбция (ПР) опухоли отмечена в 1 случае, частичная резорбция (ЧР) зарегистрирована у 4 человек. Среди этих больных длительность безрецидивного периода составила от 10 до 37 мес., при этом—местный рецидив и генерализация опухолевого процесса диагностированы у 2 пациентов через 32 мес. и 10 мес., соответственно, 1 больной умер от сопутствующей патологии через 11 месяцев. Стабилизация и прогрессирование заболевания выявлены у 4-х и 1 больного, соответственно. Индукционная ХТ по схеме цисплатин 75—100 мг/м<sup>2</sup>—1 д., доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup>—1 д., 5-фторурацил 1000 мг/м<sup>2</sup>—непрерывная инфузия 1—4 д. реализована у 6 человек. ЧР опухоли зарегистрирована у 2 пациентов, стабилизация и прогрессирование процесса по 1 больному, соответственно. Выбыли из протокола—2 человека. Оценка отдаленных результатов лечения в данной группе в настоящий момент не представляется возможной, поскольку набор в нее начат с ноября 2011 года.

Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют о том, что проведение индукционной ХТ при местно-распространенных формах плоскоклеточного рака гортаноглотки, в том числе и при массивном опухолевом поражении (T4), в ряде случаев позволяет реализовать план органно-сохранного лечения. При невозможности последнего комбинированный подход, включающий проведение лекарственного лечения, позволяет обеспечить удовлетворительные онкологические результаты.

## Динамика тиреоглобулина и ТТГ к 3 неделе после экстирпации при высокодифференцированном раке щитовидной железы в группах низкого и высокого риска

Д.А. Васильев, З.А.Г. Раджабова, Т.Е. Порошина, Л.М. Берштейн  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург,

Повышенный уровень тиреоглобулина (ТГ) в отдаленные сроки после тиреоидэктомии по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы (ВДРЩЖ) рассматривается как ранний маркер метастазов или местного рецидива заболевания. Период полужизни ТГ составляет от 6 до 96 часов и, следовательно, необходимо от 7 до 10 циклов полураспада, т.е. в среднем 14—25 дней, чтобы оценить адекватный уровень ТГ после экстирпации органа. В связи с этим, заслуживает внимания работа 10-летней давности, в которой у 42 больных ВДРЩЖ концентрация ТГ определялась через 3 нед после тиреоидэктомии, и при тиреоглобулинемии более 3,4 нг/мл отмечалось повышение риска обнаружения пораженных регионарных лимфатических узлов (в 37,5% случаев), а при уровне ТГ выше 33,0 нг/мл— и отдаленных метастазов (в 100% наблюдений) [N. Lima et al., 2002]. К этому следует добавить, что лечение радиоактивным йодом после тиреоидэктомии в Российской Федерации пока еще малодоступно вследствие малого числа специализированных центров, что обуславливает необходимость поиска дополнительных ранних критериев реальной необходимости подобной терапии. В настоящей работе обследовано 42 пациента (33 женщины и 9 мужчин в возрасте 22—73 лет) с ВДРЩЖ (35 папиллярных и 7 фолликулярных опухолей) без повышенного титра антител к ТГ. 15 из 42 больных были прооперированы из-за рецидива заболевания. В дополнение к исследованию уровня ТГ до и через 3 нед после тиреоидэктомии у всех больных оценивался тиреоидный статус с помощью ИФА методов. Показано, что послеоперационный уровень ТГ к 3 нед после экстирпации (ТГ\_3нед) варьировал между 0,001 и 78,2/157,7 нг/мл и оказался достоверно более высоким ( $U=51,0$ ,  $p<0,05$ ) в группах с высоким риском рецидива заболевания (наличие инвазии опухоли и/или пораженных лимфатических узлов шеи, более далеко зашедшая стадия заболевания). Впервые выявлено, что величина коэффициента ТТМ (соотношение послеоперационного уровня ТГ к суточной дозе тироксина, деленное на кг массы тела) имела явную тенденцию к повышению в этой же группе по сравнению с больными с клинико-морфологическими признаками принадлежности к группе низкого риска,  $p<0,05$ . Уровень ТГ\_3нед у больных с впервые выявленной опухолью и рецидивом заболевания, по средним данным, между собой не различался. Уровень ТТГ не был ассоциирован с клинико-морфологическими особенностями опухоли, однако, соотношение ТТГ\_3нед./ТГ\_3 нед. имело явную тенденцию к снижению в группе высокого риска ( $Me=0,54$  (0,03; 1,64)) в противоположность группе с низким риском рецидива заболевания ( $Me=18,9$  (2,37; 291,0),  $p<0,06$ ). Предоперационный уровень ТГ не был связан ни с одним из предсказателей прогноза течения заболевания, но его значение было достоверно выше у больных, у которых через 3 нед после операции тиреоглобулинемия превышала 2 нг/мл. При этом, по полученным данным, уровень ТГ\_3нед более 2 нг/мл и 3 нг/мл был отмечен и в группе низкого риска, соответственно, в 27% (4 из 15) и 20% (3 из 15) случаев. Это вынуждает проводить более тщательное и частое обследование таких пациентов и, не исключено, ставить в отношении них вопрос о необходимости назначения после оперативного вмешательства терапии радиоактивным йодом, что нуждается в изучении на большей группе больных и оценке отдаленных результатов.



**Комбинированное лечение злокачественных образований полости носа и околоносовых пазух с применением предоперационно-концентрированного облучения**

С. Н. Вдовина, В. Г. Андреев, М. Е. Буякова, В. А. Панкратов, В. А. Рожнов, Э. Д. Акки, Н. И. Подлесных  
*ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, Обнинск*

Цель исследования: повышение эффективности комбинированного лечения больных опухолями полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП) путем совершенствования методов предоперационного облучения.

Материалы и методы. Изучены результаты комбинированного лечения 215 больных злокачественными опухолями ПН и ОНП. Все больные получали предоперационный курс лучевой терапии с различными режимами фракционирования дозы до СОД 24—40 Гр. На II этапе лечения, после 2-х недельного перерыва, выполнялось хирургическое вмешательство. В зависимости от режима лучевой терапии больные были распределены на следующие группы. I группа больных (n=57) получали лучевую терапию традиционным фракционированием дозы. Во II группе (n=91) применялось условно-динамическое фракционирование. Больные получавшие предоперационно-концентрированное облучение с последующим неотсроченным хирургическим вмешательством составили III группу. Которым (n=51) производилась неотсроченная операция при режиме облучения 4 Гр через день до СОД 24Гр. Пациентам четвертой группы (n=10) облучение проводилось методом суперфракционирования (путем дробления дневной дозы 1+1 Гр с интервалами между фракциями 4—5 ч.). Больным V группы (n=6) осуществлялась гамма-нейтронная терапия.

Результаты исследования. При сроках наблюдения в течение 3 лет наиболее высокие результаты получены в III группе, где безрецидивная выживаемость пациентов составила 70,8%, а общая—81,3%. Во II группе эти показатели составили 56,8% и 70,4% соответственно. Ниже показатели наблюдались в I группе больных, где безрецидивная выживаемость—38,0%, а общая—56,0%. В IV группе 33,3% и 55,6 соответственно. И в V—безрецидивная выживаемость равняется 40%, общая—60%. При анализе результатов достоверные различия получены в III группе.

Выводы. Применение предоперационно-концентрированного облучения с последующим неотсроченным хирургическим вмешательством (III группа) повышает эффективность лечения больных с местнораспространенными злокачественными новообразованиями ПН и ОНП и более чем в 2 раза сокращает срок проведения полного курса лечения.

---

## Химиолучевая терапия больных местнораспространенным раком головы и шеи

Ю.А. Винник, Г.С. Ефимова, М.В. Садчикова, Е.В. Немальцова  
*Харьковский областной клинический онкологический центр*

В последние десятилетия достигнуты определенные успехи в совершенствовании традиционных и разработке новых методов лечения больных местно-распространенным раком головы и шеи (МРРГШ). До недавнего времени основным методом лечения неоперабельных больных МРРГШ была лучевая терапия (ЛТ) в монорежиме с предшествующей или последующей химиотерапией (ХТ). С конца двадцатого века стандартом лечения таких больных стала химиолучевая терапия. В этом случае применялись один или два компонента ХТ (препараты платины с или без 5-фторурацила).

С целью улучшения результатов лечения с 2011г. нами начато исследование по определению эффективности препарата паклитаксел. В сочетании с ЛТ нами было пролечено 32 больных с диагнозом МРРГШ (8 больных раком гортаноглотки, 8 больных раком ротоглотки, 8 больных раком гортани, 8 больных раком полости рта). Общее состояние оценивалось ECOG 0-1. Схема химиолучевого лечения включала: облучение первичного очага и зон регионарного метастазирования РОД 2 Гр до СОД на первичный очаг 70 Гр, зоны пораженных лимфоузлов 50—60 Гр с еженедельным введением препарата паклитаксел в дозе 100 мг в/в с обязательной пред- и постмедикацией. Эффективность лечения оценивалась через 2 недели после окончания лечения по шкале RECIST: у 31% (10) пациентов—отмечается полный эффект, у 60% (19) пациентов—частичный эффект, у 9% (3) пациентов—стабилизация процесса. У всех пациентов в процессе лечения отмечались острые лучевые реакции в виде мукозитов и дерматитов. Всем больным проводилась сопроводительная терапия, только у 2-х пациентов был вынужденный перерыв в лечение из-за выраженной токсичности лечения.

Полученные результаты дают нам основания продолжать исследование в данном направлении.

## Внедрение лазерной вапоризации опухолей гортани в Клиническом онкодиспансере № 1 Краснодарского края

А.Д. Гащенко, О.Н. Нефедов, П.И. Абоян, Р.Е. Костюк, Г.А. Забунян, П.Г. Овсиенко  
*ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края*

Введение. Ежегодно в Краснодарском крае более, чем у 240 человек впервые диагностируется рак гортани. За последние 5 лет заболеваемость данной онкопатологией выросла на 21,7%, что обусловлено как хорошей выявляемостью при профосмотрах, так и истинным увеличением количества заболевших в связи с распространенностью курения. Выявляемость в ранних стадиях (I—II ст.) за последние 3 года выросла с 31,9% до 36,9% в 2012 г. Это обусловлено широким проведением профилактических акций врачами-онкологами Клинического онкодиспансера № 1 и всех межтер-



риториальных онкодиспансеров края совместно с врачами районов края по раннему выявлению предопухолевых и злокачественных заболеваний в рамках Губернаторской стратегии «Будьте здоровы!»—Онкопатруль, Дни здоровья, Дни открытых дверей. При III—IV стадиях заболевания используется комбинированный метод лечения, включающий и полное удаление гортани, и последующее проведение лучевой терапии. Причем, операция носит калечащий характер, что связано с нарушением двух основных жизненно важных функций органа—дыхательной и голосообразовательной. Если заболевание выявляется в начальных стадиях развития (I—II ст.), то до недавнего времени в Клиническом онкодиспансере № 1 проводилось хирургическое удаление части гортани, что вызывало изменение голоса, затруднение дыхания, послеоперационные перихондриты.

Материалы и результаты. В последние годы достигнуты существенные успехи в лечении рака гортани, что в первую очередь связано с тенденцией к широкому внедрению малоинвазивных, органосохраняющих методов лечения рака гортани. Появление новой эндоскопической и лазерной аппаратуры позволяет расширить показания к органосохраняющим вмешательствам при раке гортани, к числу которых относится и эндоларингеальное лазерное удаление опухоли. Лазерное выпаривание опухоли гортани—это радикальное лечение опухолей при начальных стадиях, которое используется во всем мире. Этому методу присущи высокая точность манипуляции, позволяющая избежать повреждения соседних структур, быстрое и бескровное проведение хирургических вмешательств, минимальная реакция окружающих тканей на лазерное воздействие, отсутствие интенсивной воспалительной реакции в краевой зоне операционной раны, что способствует процессам быстрой и полноценной регенерации, предупреждению грубой рубцовой деформации. И, наконец, абластичность лазерного излучения предупреждает диссеминацию опухолевых клеток, обладающих инвазивным ростом, что особенно важно при лечении рака начальных стадий.

Данный вид радикального лечения с успехом начал применяться у больных с ограниченным раком (в I—II стадиях) гортани в ведущем онкологическом учреждении Кубани—ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1». Применение лазерной вапоризации опухолей гортани в онкологическом отделении опухолей головы и шеи стало реальным благодаря приобретению лазерного хирургического аппарата «Ланцет-2» на базе волноводного СО<sub>2</sub>-лазера в рамках программы модернизации здравоохранения. В течение 3-х месяцев 2012г. пролечено с помощью лазерного хирургического аппарата, совмещенного с операционным микроскопом, 8 пациентов со злокачественными опухолями гортани I—II стадий. На данный момент все пациенты живы, признаков прогрессирования заболевания нет.

Выводы. Эндоскопическая лазерная деструкция с успехом начала применяться для радикального лечения больных с ограниченным раком (в I—II стадиях) среднего отдела гортани в ведущем онкологическом учреждении Кубани—Клиническом онкологическом диспансере № 1.

---

## Морфологическая оценка эффективности лучевой терапии в лечении рака языка

А.Р. Геворков, А.В. Бойко, Л.Э. Завалишина, А.В. Черниченко, Р.Н. Плавник, И.В. Дрошнева, А.К. Смирнов, В.А. Герасимов, И.В. Решетов, Н.А. Рубцова, О.А. Малышева, В.В. Соколов, А.А. Гладышев, С.О. Степанов  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Оценка степени патоморфоза при гистологическом исследовании является одним из наиболее точных критериев эффективности лучевой терапии рака. В то же время, при анализе радиочувствительности опухоли следует учитывать условия и сроки проведения противоопухолевого лечения, а также индивидуальное состояние пациентов. Целью исследования является оценка эффективности лучевой терапии больных раком языка. В период с 2003 по 2012 гг. в МНИОИ им. П.А. Герцена получило лечение 148 пациентов с новообразованиями корня (26%) и подвижной части языка (74%). В исследование включено 88 (59%) мужчин и 60 (41%) женщин. Большинство составляли опухоли III и IV стадий (36% и 35% соответственно). Новообразования преимущественно имели значительное местное распространение (T4—27%, T3—35%, T2—30%, T1—8%) и инвазивный характер роста (87%), а также регионарные метастазы (49%). Предоперационные дозы облучения варьировали от 22 до 50Гр, а при облучении по радикальной программе составляли 62—70Гр. Лекарственная радиомодификация была проведена 112 (76%) пациентам. Хирургическому лечению на втором этапе подверглись 85 (78%) больных раком подвижной части языка: 83 (76%)—на первичном очаге и регионарных лимфоколлекторах, 2 (2%)—только на лимфоколлекторах. У пациентов с опухолями корня языка эти показатели составили 27 (69%): 12 (31%) и 15 (39%) больных соответственно. При изучении результатов морфологического исследования послеоперационного материала обращает на себя внимание высокая гетерогенность морфологических ответов, зачастую не связанных с уровнем суммарных доз облучения. В целом, лечебный патоморфоз 3—4 ст. в первичном очаге отмечен у 48% и 76%; в регионарных лимфоузлах—у 40% и 70% больных раком подвижной части и корня языка соответственно. Полученные данные свидетельствуют о различной эффективности лучевого воздействия на опухоли, локализующиеся в различных отделах языка, а также о дифференцированном ответе на облучение со стороны новообразований одной и той же локализации. Обращает на себя внимание связь слабого патоморфоза с удлинёнными сроками от начала облучения до операции; а также с проведением лучевой терапии без радиомодификации и у больных с выраженной сопутствующей патологией, в том числе, анемией. Также определяется корреляция с другими факторами, в том числе, методиками облучения. В то же время необходимо отметить большое число наблюдений с выраженной резорбцией первичной опухоли (более 50%) при патоморфозе I—II ст. Возможно, это связано с гетерогенностью опухоли и гибелью чувствительных к облучению опухолевых клеток, составлявших большую часть массива новообразования. Таким образом, оценка радиочувствительности опухолей требует многофакторного анализа. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего поиска предикторов радиочувствительности с целью оптимизации алгоритма лечения.



**Видеоэндоларингеальная хирургия и фотодинамическая терапия при предраковых заболеваниях и раннем раке гортани**

А. А. Гладышев, Л. В. Телегина, В. В. Соколов, И. В. Решетов, А. К. Голубцов  
ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Цель: совершенствование и оценка эффективности функционально-щадящего метода комбинированного видеоэндоларингеального лечения больных предраком (папилломатоз и дискератоз) и ранним раком гортани (РРГ) с использованием ригидной и гибкой эндоскопической техники, аргонеплазменной коагуляции (АПК), электро-лазерной хирургии и фотодинамической терапии (ФДТ).

Материал и методы: в ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» за период с 1987 по 2013 гг. эндоскопическое лечение проведено у 151 больного: при вирусассоциированном рецидивирующем папилломатозе у 45, при дискератозе гортани с очагами дисплазии I—III у 27; при РРГ стадии 0—I (Tis-1NoMo) у 43; по поводу резидуального /17/ и рецидивного /19/ рака среднего отдела гортани (T1-2NoMo) после лучевой терапии у 36 больных. Мужчин было—114 (75%), женщин—37 (25%). Возраст пациентов колебался от 17 до 80 лет, средний возраст составил 52 года.

Лечение проводили в два этапа: на первом этапе выполнялось эндоскопическое удаление папилломы, очагов дискератоза, первичного, резидуального или рецидивного рака гортани с помощью Nd:YAG-лазерной деструкции в 34%, АПК—в 23%, при комбинации Nd:YAG-лазера, АПК и электрорезекции—в 43% наблюдений. После завершения электро-лазерного удаления и АПК опухоли на втором этапе лечения всем больным была проведена ФДТ.

Результаты: полная регрессия (ПР), клиническая ремиссия и эрадикация вируса папилломы человека при рецидивирующем папилломатозе получена в 75% наблюдений. В сроки от 6 до 19 мес. рецидив папилломы выявлен у 28% больных с увеличением межрецидивного периода в 2,5 раза. При дискератозе гортани ПР достигнута в 96% наблюдений. При РРГ полная регрессия констатирована у 39 (91%) из 43 больных со сроком безрецидивного наблюдения до 9 лет. Рецидив РРГ выявлен у 3 больных: двум выполнена повторная эндоларингеальная операция, одному—резекция гортани. Во всех случаях было отмечено полное восстановление голосовой и дыхательной функции. В группе больных с остаточной и рецидивной опухолью гортани /36/ ПР удалось достичь у 29 (80,5%) из 36 больных. Осложнения (4%): перфорация передней стенки гортани при проведении лазерной деструкции—у 2 и рубцовое сращение голосовых складок в области передней комиссуры—у 4 больных.

Заключение: комбинированное эндоларингеальное лечение с индивидуальным выбором методик удаления опухоли голосовых складок является органосохраняющим и функционально-щадящим методом лечения больных с предраком и ранним раком гортани.

---

## Особенности лучевой диагностики рака щитовидной железы

В. Ф. Горобец, Г. А. Давыдов, Н. А. Олейник  
ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, Обнинск

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост заболеваемости болезнями щитовидной железы (ЩЖ), в том числе ее злокачественными новообразованиями. В настоящее время диагностика рака ЩЖ представляет собой комплексный процесс, включающий применение различных диагностических технологий, при этом наиболее часто используются ультразвуковой (УЗИ), радионуклидный и цитологический методы исследования. В клинике МРНЦ комплексная диагностика новообразований ЩЖ включает ультразвуковое исследование железы и регионарных лимфоузлов, тонкоигольную аспирационную биопсию (ТИАБ) узловых образований под контролем ультразвуковой визуализации с последующим цитологическим исследованием биоптатов, методики радионуклидной диагностики с использованием тиреотропного РФП  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетата и туморотропного РФП  $^{99m}\text{Tc}$ -технетрила, рентгенографию органов грудной клетки. При необходимости, диагностический комплекс дополняется рентгеновской компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией и другими соответствующими конкретной ситуации исследованиями.

Настоящая работа посвящена анализу данных дооперационного обследования 131 больного раком ЩЖ (33 мужского и 98 женского пола) в возрасте от 11 до 78 лет, причем 64,1% от общего количества этих пациентов находились в возрасте от 11 до 50 лет. Папиллярный рак ЩЖ диагностирован у 113 больных (86,3%), фолликулярный — у 7 пациентов (5,3%), медуллярный — у 11 человек (8,4%). При УЗИ наиболее частыми признаками были: гипозехогенность ракового узла, неровность и нечеткость контуров узлового образования (это обусловлено инвазией опухоли в окружающую ткань ЩЖ), наличие в узле кальцинатов, усиленная патологическая васкуляризация ракового узла при цветовом доплеровском картировании. В случае прорастания опухоли за пределы железы обычно хорошо прослеживалась прерывистость капсулы ЩЖ. При радионуклидном исследовании «классическим» вариантом визуализации ракового узла было сниженное накопление  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетата и повышенное накопление  $^{99m}\text{Tc}$ -технетрила. При этом ведущим признаком, указывающим на злокачественность процесса, является патологически высокое накопление  $^{99m}\text{Tc}$ -технетрила. У 91,8% больных раком ЩЖ при исследовании с  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом узловые образования были «холодными», а повышенное накопление  $^{99m}\text{Tc}$ -технетрила наблюдалось у 79,7% больных. В целом, показатели информативности радионуклидного метода при дооперационной диагностике опухолей ЩЖ были следующими: чувствительность — 79,7%; специфичность — 68,8%, общая точность — 74,8%. При этом не было установлено зависимости диагностической эффективности от гистологической формы рака ЩЖ. Наибольшие трудности для выявления раковой опухоли и при УЗИ, и при радионуклидном исследовании представляли микрокарциномы ввиду их малого объема. Также трудно было проводить дифференциальную диагностику между дифференцированными формами рака ЩЖ и фолликулярными аденомами. Диагностическая эффективность по выявлению рака ЩЖ значительно повышалась при комплексном обследовании больного. Так, например, при пер-



вичном обследовании пациентов с опухолями ЩЖ информативность комплексной диагностики по сравнению с результатами только радионуклидного исследования была достоверно выше: чувствительность диагностики возросла с 79,7% до 91,9% ( $p=0,05$ ), специфичность — с 68,8% до 96,7% ( $p<0,001$ ).

### **Результаты комбинированного и лучевого лечения злокачественных новообразований слюнных желез и прогностически неблагоприятного рака щитовидной железы с применением быстрых нейтронов 6,3 МэВ**

О.В. Грибова, Л.И. Мусабаева, Е.Л. Чойнзонов, В.А. Лисин  
*ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск*

Цель: анализ результатов комбинированного и лучевого лечения злокачественных новообразований слюнных желез и прогностически неблагоприятных форм рака щитовидной железы с применением быстрых нейтронов 6,3 МэВ.

Материалы и методы: в исследование включено 139 больных ЗНО слюнных и щитовидной желез, которые получали комбинированное и лучевое лечение. Основную группу составили 74 больных ЗНО слюнных желез (77% от общего количества составили ЗНО околоушной слюнной железы), 33 больных ЗНО щитовидной железы, которым проведено лечение с применением быстрых нейтронов 6,3 МэВ циклотрона У-120 при Томском политехническом Университете. В группу контроля включены 32 больных ЗНО слюнных желез, которым применялась стандартная лучевая терапия.

Результаты: общая пятилетняя выживаемость у больных раком слюнных желез с послеоперационным курсом нейтронной терапии составила  $70,4 \pm 7,8\%$ , десятилетняя —  $32,2 \pm 16,8\%$ , безрецидивная —  $72,4 \pm 9,8\%$  за пяти- и десятилетний период наблюдения; в контрольной группе показатели пятилетней общей и безрецидивной выживаемости —  $25,6 \pm 19,1\%$  и  $42,4 \pm 18,6\%$ , соответственно ( $p<0,05$ ). Трехлетняя общая выживаемость в группе больных с неоперабельными ЗНО слюнных желез, которые получили радикальный курс ЛТ с применением быстрых нейтронов —  $60,6 \pm 13,6\%$ , пятилетняя —  $48,5 \pm 15,3\%$ , в контрольной группе —  $30 \pm 16,9\%$  и  $0\%$ , соответственно ( $p<0,05$ ). Общая пятилетняя выживаемость больных с анапластическим и плоскоклеточным РЩЖ при комбинированном лечении с послеоперационным курсом нейтронно-фотонной терапии составила  $58,3 \pm 14,2\%$ , безрецидивная —  $62,5 \pm 19,8\%$ . Общая выживаемость за пятилетний период наблюдения после радикального курса НФТ —  $40 \pm 28,3\%$ .

Выводы: комбинированное и лучевое лечение больных ЗНО слюнных и щитовидной желез с применением быстрых нейтронов позволяет добиться удовлетворительных отдаленных результатов.

---

## К тактике лечения рака гортани

В.А. Дарий

*Институт Онкологии, Кишинев, Республика Молдова*

В Республике Молдова ежегодно выявляют порядка 150—170 первичных больных раком гортани. В 75—85% случаев выявляется III—IV стадия процесса. Вопросами лечения рака гортани сотрудники отделения опухолей головы и шеи занимаются со дня основания клиники (1977 г.) В результате проведенных исследований был выработан комбинированный метод лечения (хирургический + лучевая терапия в различной последовательности). В 1990 году была защищена кандидатская диссертация на тему «К тактике комбинированного метода лечения рака вестибулярного отдела гортани III стадии в Институте онкологии им. Н.Н. Петрова.

Исследования в данном направлении были продолжены. С 2001 по 2010 год сотрудники отделения работали над темами: «Лечение рака гортани с дыхательной недостаточностью» и «Профилактика послеоперационных осложнений после ларингэктомии» В основу данных работ положено клиническое наблюдение и анализ результатов лечения 1125 больных раком гортани, которые лечились в нашем институте. Из них I ст.—65 больных (5,8%); II ст.—298 больных (26,5%); III ст.—709 больных (63%); IV ст.—53 больных (4,7%). При ограниченных формах (I—II ст.) проводили лучевую терапию, криодиструкцию и лазеродиструкцию опухоли. Лучевую терапию по радикальной программе (60 Гр) было проведено 237 больным. Пятилетняя выживаемость достигнута у 85% больных. Криодиструкция была проведена у 80 больных. Пятилетняя выживаемость составляет 88%. Лазеродиструкция опухоли была проведена 46 больным. Пятилетняя выживаемость—87,9%. 762 (67,7%) больных поступили на лечение в III—IV ст. заболевания. У 182 (25%) больных при первичном обращении были выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи. 152 (20%) больных обратились с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом гортани. Проанализированы результаты лечения 334 больных с IIIа и IIIб ст., которые согласно вариантов лечения были распределены на восемь групп наблюдения: I гр.—42 больных; было проведено облучение первичного очага + операция на первичном очаге (ларингэктомия). Пятилетняя выживаемость составляет 64,5%. II гр.—33 больных, было проведено операция на первичном очаге + облучение первичного очага. Пятилетняя выживаемость составляет 49,6%. Больным III и IV гр. было проведено комбинированное лечение первичного очага и комбинированное воздействие на путях лимфооттока шеи с профилактической целью. III гр.—39 больных—облучение первичного очага и регионарных зон шеи + операция на первичном очаге и регионарных зонах. Пятилетняя выживаемость достигнута у 74,7%. IV гр.—41 больной—операция на первичном очаге и регионарных зонах + облучение первичного очага и зон регионарного метастазирования. Пятилетняя выживаемость составляет 69,8%. Больные с III б ст. составляли V—VI гр. наблюдения. V гр.—41 больной—было проведено облучение первичного очага и регионарных зон лимфогенного метастазирования + операция на первичном очаге и регионарных зонах. Пятилетняя выживаемость—37,1%. VI гр.—43 больных—операция на первичном очаге и регионарных зонах + облучение первичного очага и регионарных зонах. Пятилетняя выживаемость—32,2%. VII гр.—55 больных—срочная ларингэктомия + облучение. VIII группа—40 больных—трахеостомия, облучение + ларингэктомия. Пятилетняя выживаемость в последних группах—38–42%.



## Предварительные результаты химиолучевой терапии местнораспространенного рака слизистой полости рта

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ  
И ШЕИ

Ф.Р. Джабаров, Л.Я. Розенко, А.К. Донская, Ю.Н. Крохмаль  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
Рос-тов-на-Дону

Проблема лечения рака слизистой полости рта (РСПР) остается актуальной в связи с повышенной заболеваемостью и низкой востребованностью хирургического пособия. Основным методом лечения нерезектабельных процессов РСПР является дистанционная гамматерапия (ДГТ) и полихимиотерапия, 5-летняя выживаемость которых не превышает, соответственно 13,4% и 27,8%. Среди причин низкой эффективности ДГТ указывают на высокое (до 72%) число случаев лучевых реакций и токсичность цитостатиков. Определенное улучшение результатов химиолучевого лечения (ХЛ) наблюдается при использовании вариантов нетрадиционных способов введения цитостатиков и фракционирования при ДГТ. Целью исследования оценка эффективности лечения больных местно-распространенного РСПР при химиолучевой терапии. Клинический материал касался 28 больных РСПР Т3-4N0-3M0 стадий с очагами опухоли на языке в 21,4%; дне ПР 57,1% и сочетанным поражением в 21,5% случаях наблюдения. По морфологической структуре: плоскоклеточный рак с ороговением установлен в 28,6%, без ороговения—71,4%. Больные распределялись на 2 сопоставимые группы по 14 человек в каждой. Основным методом лечения являлась ДГТ в режиме гиперфракционирования разовой очаговой дозой (РОД) равной 2,4 Гр, подводимой по 1,2 Гр 2 раза в день с интервалом 5 часов до суммарной очаговой дозы СОД 40 изоГр. Запланированное расщепление курса ДГТ проводилось после СОД 40 изоГр на 2 недели, после чего завершалась ДГТ с СОД на уровне 60 изоГр. На I этапе всем больным проводилась неоадьювантная химиотерапия по схеме: для основной группы больных таксотер 75 мг/м<sup>2</sup>+цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup>, а для контрольной группы—таксотер 75 мг/м<sup>2</sup> + цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup>. В основной группе дополнительно через день в интервале между фракциями РОД ДГТ локально к опухоли подвели 5 мг сухого платидиума, разведенного с 1мл актовегин-геля и осуществляли воздействие УЗ терапии интенсивностью 0,4 Вт/см<sup>2</sup> и частотой 880 кГц в течение 5 минут (Аппарат УЗТ-1.03У, сертификат соответствия № РООС RU.ИМ 18.ВО1660). После 2-х недельного запланированного перерыва схема лечения повторялась до СОД 60 изоГр. Все больные основной группы завершили оба этапа запланированного курса лечения без перерыва и нарушения ритма. В контрольной группе вынужденный перерыв в процессе ДГТ и длительности восстановительного перерыва составил, в среднем, 11,6±4,1 дней. У всех пациентов контрольной группы явления эпителиита носили характер островкового с переходом в сливной, а при дополнительном УЗ воздействии эпителиит носил катаральный характер в у 11 из 15 (73,3%) больных

Ближайшие результаты в основной и контрольной группах прослежены в сроки 3, 6 и 9 месяцев. В основной группе больных с проведением УЗ терапии соответственно по срокам наблюдения 1 (3,5%), 1 (3,5%) и 3 (10,7%) пациентов имели продолженный рост первичной опухоли и в регионарных лимфоузлах, случаев смертельных исходов не наблюдалось. В контрольной группе продолженный рост опухолевого процесса зарегистрированы по срокам наблюдения соответственно у 3 (10,7%), 2 (7,1%), 1 (3,5%), из них умер 1 (3,5%) больной через 6 месяцев наблюдения. Об-

---

щая 9 месячная выживаемость в основной и контрольной группе составила 100% и 92,8% соответственно.

Таким образом, УЗ терапия в сочетании с местным воздействием платидиама на этапах ДГТ способствует улучшению ближайших результатов ХЛ лечения и обладает, по-видимому, радиопротекторным влиянием.

## **Изменения активности компонентов калликреин-кининовой системы у больных раком носоглотки при дистанционной гамматерапии в режиме ускоренного гиперфракционирования**

Ф.Р. Джабаров, Л.Я. Розенко, Е.М. Франциянц, Л.С. Козлова, Е.В. Колычева  
ФГБУ «Ростовский НИИ онкологии» МЗ РФ, Ростов-на-Дону

Лечение рака носоглотки остается актуальным вопросом современной онкологии в связи с тем, что 85—90% пациентов с данной патологией поступают на специализированное лечение в запущенных стадиях (III—IV). Дистанционная гамматерапия (ДГТ) является основным методом лечения таких больных, обеспечивая 3-летнюю выживаемость при конвенциональном фракционировании разовой очаговой дозы (РОД) на уровне 53%. Варианты гиперфракционирования, способствуют повышению эффективности лучевого лечения рака носоглотки, в среднем, на 15—20% и при этом сопровождаются невысокой частотой лучевых повреждений. Остаются неисследованными механизмы защитных систем организма и их взаимосвязи с результативностью проводимой терапии.

Цель исследования. Изучение роли калликреин-кининовой системы (ККС) при различных режимах фракционирования ДГТ. Материалы и методы. Объектом исследования были 34 пациента с местно-распространенным раком носоглотки (T1-4N2-3M0-x), из них основную группу (ОГ) составили 12 больных, которым проводилась ДГТ на органы мишени в режиме ускоренного гиперфракционирования РОД 1,5+1,5 Гр с интервалом 5 часов до суммарной очаговой дозы (СОД) 65,0±5,2 Гр. В клинически сопоставимую контрольную группу (КГ) вошли 22 человека, получивших ДГТ РОД по 2 Гр до СОД 64,0±4,8 Гр. Через 1 месяц после лечения всем проведены адьювантные курсы стандартной полихимиотерапии. В основной группе вынужденные перерывы в ДГТ, случаи развития постлучевых мукозитов и дерматитов отмечены соответственно в 7 раз; 1,5 и 1,6 раз реже, чем в КГ. Общий положительный эффект достигнут у 10 из 12 (83,3%) пациентов ОГ, и у 12 больных из 22 (54,5%-  $p < 0,1$ ) в КГ. При этом, единичные метастазы в регионарных лимфоузлах визуализировались соответственно по группам у 2 (16,6%) и у 10 (45,5%-  $p < 0,05$ ). Плазму крови больных исследовали в динамике: до лечения, в 1 день по окончании ДГТ и через 1 месяц после ее завершения. В плазме крови проведено определение ККС: активности калликреина (К), содержания прекалликреина (ПК), активности карбоксипептидазы N (КОП), активности сериновых протеиназ без учёта калликреина (АСП). Результаты. После лечения показатели обеих групп достоверно отличались от фона ( $p < 0,01$ ). Сразу по окончании классической ДГТ К\КОП, К\α-2М, АСП\α-2М и АСП\α-1ПИ были достоверно выше, чем в ОГ, а ПК\К—ниже, чем в ОГ



( $p < 0,01$ ). Через 1 месяц ПК/К не изменился, остальные коэффициенты увеличились ( $p < 0,01$ ). Коэффициенты К\α-2М, АСП\α-2М, АСП\α-1ПИ увеличились в 2,4; 2,3 раза и на 83,4%, что свидетельствует об искажении нормальной активности изучаемых систем, развитии неконтролируемого протеолиза, отражающихся на реализации защитной реакции. После ДГТ в режиме ускоренного гиперфракционирования установлено, что в плазме крови пациентов ОГ коэффициенты ПК/К, К\КОП, К\α-2М, АСП\α-2М и АСП\α-1ПИ достоверно снижались ( $p < 0,01$ ), что соответствовало адекватной реакции. Через 1 месяц при изучении тех же показателей обнаружено, что в плазме крови больных ОГ ПК/К и К\КОП не изменились, а К\α-2М, АСП\α-2М и АСП\α-1ПИ достоверно снижались ( $p < 0,01$ ), по отношению к периоду окончания лечения. Клинически состояние больных ОГ улучшалось как объективно, так и субъективно, лучевые повреждения были менее выражены, чем в КГ.

Вывод: улучшение результатов лечения и лабораторных показателей в плазме крови больных основной группы, при менее выраженных осложнениях, обусловлено применением ДГТ в режиме ускоренного гиперфракционирования.

## Особенности патогенетических факторов в этиопатогенезе рака полости рта

Ф.Р. Джабаров, Л.Я. Розенко, А.К. Донская, Ю.Н. Крохмаль  
ФГБУ «РНИОИ МЗ РФ», Ростов-на-Дону

Во всем мире и в России отмечается рост заболеваемости раком слизистой оболочки полости рта (РСПР) При визуальности локализации у 70% больных первично регистрируется III—IV стадия распространенности процесса. Среди причин запущенности выводится ряд провоцирующих факторов возможно, имеющих доминирующее значение для отдельных регионов проживания. Цель исследования проведение многофакторного анализа (внешние факторы воздействий: профессиональные, личностные, вредные привычки) для выявления причин запущенности РСПР в регионе Ростовской области (РО) и ЮФО. Материалы и методы. Данные исследования базируются на анализе анамнестических данных 30 больных с морфологически верифицированным РСПР Т3-4N0-3M0.

Результаты. Выявлено преобладание—5:1 случаев РСПР среди мужского населения. Заболевших мужчин было—83,3%, (25), женщин—16,6%. Соотношение по месту проживания оказалось одинаково (1:1)—городских и сельских жителей соответственно по 50% человек. Средний возраст мужчин—52+5,8 лет, женщин—48,5+5,1 лет. В подавляющем большинстве случаев—24 из 30 (80%) больные РСПР были связаны с различными профессиональными вредностями, а именно: использование горючесмачочных материалов (трактористы, шофера, бульдозеристы, газоэлектросварщики); работники легкой (вязальщицы) и нефтяной промышленности, а среди сельского населения работники птицефабрики (пух, перо) или лица, связанные с распылением удобрений Наблюдалась также прямая связь с употреблением вредных привычек: курили больше 1 пачки сигарет в день более 10 лет 80% женщин с РСПР и 92% больных мужчин, из которых 73,3 % употребляли к тому же алкогольные напитки В результате анализа установлено, что только у 16,6% (5) больных РСПР диагноз был поставлен случайно, при полном отсутствии жалоб на ранних стадиях

заболевания. 7 (23,3%) пациентов имели определенный дискомфорт в полости рта или боли при глотании, но по разным причинам откладывали обращение к врачам. У остальных 18 из 30 (60%) человек первично имелась длительно незаживающая хроническая трофическая язва в полости рта. При этом у 11 из 18 (61,1%) изъязвление было спровоцировано травмой разрушенной коронкой зуба, острым краем пломбы или некачественно изготовленным протезом, а 38,8% не имели патологию зубов, но, страдая ИБС и артериальной гипертензией, часто употребляли лекарственные средства (кардафлекс, изокет, нитроглицерин, глицин и др.), которые по назначению рассасываются под языком. Тем не менее, все 18 (60%) больных наблюдались у врача в сроки от 3 до 6 месяцев, получали противовоспалительное лечение с диагнозами стоматит, гингивит, тонзиллит и были направлены к онкологу только при манифестированном РСРП. 14 из 30 (47%) человек имели в анамнезе сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта причем, удивило, что большее число — 12 из 14 (85,7%) пациентов имели заболевание именно печени. Явной зависимости указанных анамнестических данных в морфологической структуре опухоли РСРП нами не выявлено. Таким образом, при всей многофакторности и полиэтиологичности воздействия бластомогенных факторов существенных отличий в патогенетических факторах в развитии запущенности процессов РСРП среди проживающих на юге РО. и ЮФО не найдено. Ведущую этиопатогенетическую роль, по нашим предварительным данным, играют производственные вредности, зависимость от частоты стоматологической патологии и отсутствие онкологической настороженности как больных, так и врачей общей лечебной сети.

## Определение соматической мутации V600E гена BRAF и ее применение в диагностике узловых образований щитовидной железы

В. С. Дорошенко<sup>1</sup>, Е. Ю. Кирс<sup>2</sup>, Ю. Н. Зоркина<sup>1</sup>, И. В. Вихлянов<sup>1</sup>, А. А. Иванов<sup>1</sup>, А. Ф. Лазарев<sup>1</sup>, М. Л. Филипенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> КГБ УЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Алтайский филиал РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Барнаул;

<sup>2</sup> Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск

Введение: высока медико-социальная актуальность рака щитовидной железы для Алтайского края. Папиллярный рак щитовидной железы (ПРЩЖ) является преобладающей морфологической формой. Активирующие точечные мутации гена BRAF составляют 40—45% среди прочих генетических повреждений в ПРЩЖ и, в 98—99% случаев, представлены соматической трансверсией T1799A в 15 экзоне, которая является причиной замены аминокислот валина на глутамат (Val600Glu) в белке BRAF. Все точечные замены и перестановки приводят к активации киназы BRAF и постоянной стимуляции MAPK сигнального пути. Рядом недавних исследований продемонстрировано, что ПРЩЖ, в котором определяется мутация BRAF, характеризуется более агрессивным течением. Уточняется использование статуса BRAF для предоперационной дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы. Также рассматривается возможность фармакологического воздействия на данные молекулярные мишени, измененные в результате мутаций гена BRAF.



Цель: сравнительный анализ метода выявления соматической мутации гена BRAF(V600E) при папиллярной карциноме щитовидной железы в материале, полученном при тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) и в операционном материале и сопоставление с клинико-морфологическими характеристиками опухоли.

Материал для определения BRAF T1799A (V600E) — ДНК, выделенная из парафиновых блоков 65 пациентов с ПРЩЖ, в 10 случаях дополнительно — из пунктов при ТАБ, контроль — ткань неизменённой ЩЖ. Метод — аллель-специфичная ПЦР-«real time», специфичность оценивалась при помощи кривых плавления.

Результаты. В 47 наблюдениях (72,3%) определена мутация BRAF T1799A(V600E). Во всех 10 случаях сравнения результатов анализа ДНК, полученной из материала ТАБ и из операционного материала отмечено совпадение статуса гена BRAF. Не удалось проследить взаимосвязь этой молекулярной патологии с полом пациентов. Женщин было 60 (92,3%), мужчин — 5 (7,7%). У пациентов с T2 мутация детектировалась чаще, однако различия были статистически не значимые. У 30 (46,2%) больных диагностированы метастазы в регионарные лимфатические узлы, из них N1a — у 22 больных (73,3%), N1b — у 8 больных (26,7%). В 4 (6,1%) из 65 случаях ПРЩЖ был диагностирован рецидив заболевания, у всех 4-х пациентов выявлена мутация гена BRAF. Отдаленных метастазов у пациентов анализируемой группы выявлено не было.

Выводы: соматическая мутация BRAF T1799A (V600E) у данной группы больных ПРЩЖ выявлена в 72,3% случаев. Показано, что метод выявления мутации с помощью «real-time» ПЦР обладает высокой специфичностью и сопоставимостью результатов выявления в материале, полученном при ТАБ и в операционном материале, что позволяет использовать результаты исследования для дополнительного прогнозирования течения заболевания, для более адекватного выбора лечения, а также может быть полезным вспомогательным методом предоперационной дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы.

## Анализ количества случаев рака щитовидной железы на фоне диффузного токсического зоба

С.А. Дутчин, Е.В. Журавель, Р.В. Кагоянц  
ГБУЗ СК «СККОД», Ставрополь

Цель: проанализировать количество случаев рака щитовидной железы на фоне диффузного токсического зоба.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ, болезнь Грейвса, болезнь Базедова) — системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ), клинически проявляющееся поражением ЩЖ с развитием синдрома тиреотоксикоза в сочетании с экстращитовидной патологией: эндокринной офтальмопатией, претибеальной микседемой, акропатией. Частота новых случаев ДТЗ — 3 на 1000 женщин в год. Женщины болеют в 8—10 раз чаще, в большинстве случаев между 30 и 50 годами. Заболеваемость ДТЗ одинакова среди представителей европейской и азиатской расы, но ниже среди негроидной расы. У детей и пожилых людей заболевание встречается достаточно редко. РЩЖ диагностируется у 2—4% с болезнью Грейвса. В подавляющем большинстве случаев, до 95% диагностируется папилляр-

---

ный рак щитовидной железы. У небольшого количества больных выявляется ФРЦЖ и МРЦЖ. Заболевание значительно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин, соотношение составляет 7:1. Средний возраст больных—36 лет. Почти 80% выявляемых опухолей имеют размеры менее 1 см. По данным некоторых авторов до 67% случаев, РЦЖ у больных с ДТЗ диагностируется только по результатам гистологического исследования удалённой ЩЖ. По данным Belfiore A. et al. (1990), множественные опухоли диагностированы у 46% больных, метастазы в регионарные лимфатические узлы—у 61%, а рецидив заболевания возник у 30% пациентов.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению абсолютных цифр операций проводимых в ОХО №3 ГБУЗ СК «СККОД» по поводу ДТЗ.

В год выполняется 740 операций по поводу заболеваний щитовидной железы. Из них на ДТЗ приходится 70, что составляет 9,5%. Количество случаев РЦЖ на фоне ДТЗ составляет 15 (21,4%). До операции в 100% случаев диагноз ДТЗ ставился на основе клинических данных и результатов цитологического исследования. Диагноз РЦЖ ставился на основе результатов послеоперационного гистологического исследования.

Вывод: учитывая тенденцию увеличения случаев РЦЖ на фоне ДТЗ, необходим мониторинг больных с ДТЗ с целью раннего выявления РЦЖ.

## Лечение рецидивов рака гортани

В.Г. Ежов, А.А. Подоскин, Е.Д. Панов, Е.А. Карапетян  
БУЗ ВО ВОКОД, Вологда

Фактором снижающим эффективность лечения больных раком гортани являются рецидивы, которые можно разделить на 2 группы: 1—после лучевой терапии; 2—после комбинированного лечения.

Для определения тактики лечения рецидивов рака гортани были проанализированы результаты лечения больных с данной патологией за 10 лет.

Рецидивы рака гортани, после дистанционной гамма-терапии (ДГТ) в СОД 60—70 Гр. выявлены в основном в сроки от 2 до 5 лет после ее окончания.

У 59 больных с рецидивами после лучевого лечения проведена полихимиотерапия по схеме: 5Fu—1000 мг I, 2, 3 день, Pt—150 мг 4 день. После 2—3 курсов полной регрессии опухоли не было. Повторные курсы ДГТ до СОД 40 Гр у 153 больных. В сроках от 2 до 10 лет полной регрессии рецидивной опухоли не было, в последующем больные, как после полихимиотерапии, так и после повторного лучевого лечения были оперированы.

Полная регрессия опухоли была у 5 из 7 больных в сроке от 10 до 20 лет после предшествующего лучевого лечения в СОД 60-70 Гр.

Комбинированное лечение рака гортани проведено у 408 больных, причем у 49 с I—II стадиями заболевания выполнены органосохраняющие операции. У 359 больных с III—IV стадиями ларингэктомии, в том числе у 42—с формированием фарингостомы, а у 66—с одномоментной операцией на зонах метастазирования. После органосохраняющих операций у 2 больных были в течение 1 года выявлены рецидивы.



Среди 359 больных после удаления гортани у 58 были выявлены рецидивы, в течение 1 года, причем у 26 они локализованы в области послеоперационного шва, у 28—в области трахеостомы, а у 6 в области фарингостомы.

Проведенное химиолучевое лечение этим больным было не эффективным.

Таким образом, альтернативы оперативному лечению у больных с рецидивами гортани нет. Химиолучевое лечение у больных с рецидивами рака гортани после комбинированного лечения может быть использовано только с симптоматической и паллиативной целью.

### Применение локальной модифицированной термохимиотерапии в клинической практике

М.А. Енгибарян

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
Ростов-на-Дону*

В последние годы важная роль в лечении онкологических больных отводится гипертермии. Особого внимания заслуживают исследования, подтверждающие возможность модифицировать резистентность клеток опухоли и их способность к репарации химиолучевых повреждений путем изменения в условиях локальной гипертермии микроциркуляции. Нами изучена возможность применения модификатора перитуморального кровотока способного повысить избирательность действия локальной гипертермии при лечении больных с нерезектабельными регионарными метастазами опухолей органов головы и шеи. В основу клинического исследования положены наблюдения за 115 пациентами с местно-распространенными регионарными метастазами опухолей органов головы и шеи, ранее подвергавшимися хирургическому, лучевому и химиолучевому лечению. Основную группу составили 55 больных, которым была проведена локальная модифицированная термохимиотерапия. 60 пациентов от лечения отказались и были включены в контрольную группу. На первом этапе в течение двух недель проводили термохимиотерапию, по завершении которой, через 2—3 недели оценивались непосредственные результаты лечения. При резектабельности, вторым этапом производилась операция. Химиопрепарат вводился интратуморально с предварительным перитуморальным ведением раствора окситоцина, затем проводилась локальная гипертермия. В результате проведенного лечения у 21 (38,2%) больного удалось выполнить оперативное удаление метастатической опухоли. Средняя продолжительность жизни в контрольной группе составила 4,0 мес. Среди той части больных, у которых после завершения первого курса модифицированной термохимиотерапии метастазы не были признаны резектабельными—9,0 мес. Продолжительность жизни больных, у которых удалось достичь резектабельности метастатической опухоли и осуществить ее удаление, составила 18,5 мес. Таким образом, эффект модифицированной термохимиотерапии не сводится только к повышению шансов резектабельности метастазов, но и проявляется достоверным увеличением продолжительности жизни в «нерезектабельной» группе примерно в 2,5 раза, а при условии оперативного удаления метастазов продолжительность жизни возрастает в 4,5 раза по сравнению с контрольной группой.

---

## Реконструкция мягких тканей нижней зоны лица

М.А. Енгибарян, Ю.В. Ульянова, М.А. Черкес

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава РФ, Ростов-на-Дону*

Проблема поиска наиболее оптимальных способов восстановления дефектов после удаления местно-распространенных злокачественных опухолей головы и шеи остается актуальной до настоящего времени. В отделении опухолей головы и шеи Ростовского научно-исследовательского онкологического института разработан и внедрен в практику способ удаления местно-распространенных опухолей нижней губы с одномоментным замещением тканей нижней зоны лица. Новизна разработанного способа заключается в возможности одномоментного удаления злокачественной опухоли и восстановлении анатомической и функциональной целостности пораженной области. Способ не требует дополнительных разрезов и осуществляется следующим образом: производят разрез кожи параллельно нижней челюсти от правого до левого угла, отступив вниз на 1—1,5 см. В едином блоке удаляют клетчатку и лимфатические узлы поднижнечелюстных и сонных треугольников, подчелюстные слюнные железы с обеих сторон. Затем удаляют опухоль нижней губы в пределах здоровых тканей. Образовавшийся дефект нижней губы и мягких тканей подбородка восстанавливают кожно-жировым лоскутом шириной 2,5—3 см на контралатеральных питающих ножках подбородочно-подчелюстной области, который подшивают к слизистой преддверия полости рта. Отсепаровывают кожу по нижнему краю разреза кожно-жирового лоскута, дефект закрывают, перемещая отсепарованную кожу к нижнему краю кожно-жирового лоскута, внутреннюю выстилку формируют из слизистой щек. Хирургическое лечение по предлагаемому способу было проведено у 15 пациентов. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением отмечалось у 13 (86,7%) больных. В двух случаях (13,3%) наблюдался краевой некроз перемещенного лоскута. В течение 10 суток после операции 14 (93,3%) больных переведены на питание естественным путем. Все пациенты находятся на диспансерном наблюдении, сроки которого варьируют от 2 до 5 лет, рецидив заболевания выявлен лишь в одном случае и в двух случаях обнаружены метастазы в надключичные лимфатические узлы (проведено хирургическое лечение). Таким образом, проведение хирургического лечения при местно—распространенном раке нижней губы по разработанному способу позволяет одномоментно выполнить радикальное удаление злокачественной опухоли и восстановить анатомическую и функциональную целостность нижней зоны лица, улучшив тем самым качество жизни и сократив сроки социальной реабилитации пациентов.



**Восстановление контуров лицевого отдела головы и шеи у пациентов после лучевого и комбинированного лечения злокачественных новообразований**

П. А. Исаев, В. С. Медведев, Б. М. Втюрин, В. В. Пасов, Д. Ю. Семин, В. В. Польшкин, Д. Н. Дербуггов  
*ФГБУ МРНЦ МЗ РФ, Обнинск*

Восстановление контуров лицевого отдела головы и шеи, утраченных в результате лучевого и комбинированного лечения злокачественных новообразований, до сих пор остается одной из актуальных задач реконструктивной хирургии. В клинике МРНЦ (г. Обнинск) до 2012 года пластические операции проведены у 346 больных. В зависимости от локализации и размеров дефектов применялись дельтопекторальный лоскут у 151 (44%) больного, шейный лоскут—у 39 (11%), грудной лоскут—у 10 (3%), различные комбинации вышеуказанных лоскутов—у 55 (16%), височно-теменной лоскут—у 25 (7%), лоскут со щеки—у 24 (6,9%), тороко-дорсальный лоскут еще у 24 (6,9%), лобный лоскут у 6 (1,7%) и свободный кожный лоскут—у 5 (1,5%) пациентов. Свободная микрохирургическая пересадка аутоотрансплантата выполнена у 7 (2%) больных.

Первичное приживление отмечено у 249 (72%) больных, у 97 (28%)—наблюдался краевой или частичный некроз дистального отдела лоскута.

В результате лечения восстановлена целостность таких сложных, с точки зрения архитектоники, анатомических образований как средняя, нижняя зоны лица и шея у 298 (86%) больных. У всех пациентов получены удовлетворительные функциональные и косметические результаты пластики с восстановлением анатомической формы и функции удаленных органов.

В случаях поздних лучевых повреждений и послеоперационных дефектов челюстно-лицевой области и шеи возможно использование различных реконструктивных методов, но в каждом конкретном случае необходимо выбирать наиболее адекватное решение в зависимости от размеров, вида и места дефекта.

**Наш опыт лечения смешанных гемангиом**

З. С. Исламов, Б. Ю. Юсупов, Ж. И. Бердикулов, Д. Т. Рахматуллаева  
*РОНЦ МЗ РУз, Ташкент*

Гемангиомы век и периорбитальной области от гемангиом других локализаций особо выделяются тем, что кожа век очень тонкая, почти нет подкожно-жировой ткани, и она очень рыхлая, обычные методы лечения гемангиом применяемые в других участках тела, здесь неприемлемы.

В связи с этим актуальна разработка адекватных методов лечения гемангиом век и периорбитальной области. Так, в доступной нам литературе мы не нашли информации о методах лечения, решающих вышеуказанные проблемы.

Целью нашего исследования является разработка новых подходов системного и дифференцированного подхода при лечении обширных смешанных гемангиом век и периорбитальной области.

Материалы и методы: в онкоофтальмологическом отделении РОНЦ за последний год пролечено 14 детей со смешанными гемангиомами периорбитальной области, из них 8 девочек и 6 мальчика. Возраст детей колебался от 3 месяцев до 1 года. Диагноз выставлялся на основании клинических исследований, УЗИ, УЗДГ, МСКТ. Лечение заболевания у всех больных детей начинали с назначений кортикостероидов по схеме в амбулаторных условиях. В стационаре проводили 2-х этапные операции: 1 этап — диатермокоагуляция вокруг опухоли с целью коагуляции приводящих сосудов, для предупреждения роста опухоли и уменьшения возможной кровопотери при втором этапе, и диатермокоагуляция каждой части гемангиомы для создания кожного рубца, то есть — превращение смешанной гемангиомы в обычную подкожную; 2 этап проводили спустя 2—3 месяца после первой, когда на месте опухоли формировался нежный кожный покров, через разрез которого проводится удаление подкожной части опухоли. Всех больных фотографировали до лечения и на этапах, и после лечения.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали клиническим осмотром, контрольным УЗИ, УЗДГ, а также проверкой функций *m.levator palpebrae* и *m.orbicularis oculi*, спустя 1, 3, 6 месяцев после последнего вмешательства. Ни у одного больного нарушения функции этих мышц не отмечено, то есть, птоза или лагофтальма не отмечено. Через 1 месяц после первого этапа операции выявлено что у всех пациентов уменьшение размеров опухоли и образование на её поверхности нежного кожного рубца. Через 2 месяца на втором этапе этим больным произведено удаление гемангиомы через разрез кожного рубца. У всех больных отмечен хороший клинический результат в плане излечения от опухоли и достижения косметического эффекта — на месте операции образовался незаметный нежный кожный рубец

Вывод: внедрение разработанного нами 2-этапного хирургического метода лечения при обширных смешанных гемангиомах век и периорбитальной области показало эффективность предложенных операций, их безопасность (минимальная кровопотеря) возможность излечения детей от опухоли с хорошим физиологическим и косметическим эффектом, а в конечном итоге улучшением качества жизни больных.

## **Возможности прицельной диагностической пункции под контролем ультразвукового исследования при распространении в средостение опухолей щитовидной железы**

В.И. Казакевич, С.С. Степанов  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Диагностика опухолей средостения до сегодняшнего дня остается сложной задачей. До 19% объемных образований средостения занимает загрудинный зоб. Отдельные публикации посвящены возможностям ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике загрудинного зоба и метастатического (МТС) поражения лимфатических узлов (ЛУ) средостения у больных раком щитовидной железы. Работы, посвященные изучению возможностей прицельной диагностической пункции под контролем УЗИ при распространении опухолей щитовидной железы в средостения, в доступной литературе нами не найдены.



Цель исследования: определить возможности прицельной диагностической пункции под контролем УЗИ при распространении опухолей щитовидной железы в средостения.

Материалы и методы: за период с 1992 года у 87 (мужчин—22, женщин—65) пациентов с патологическими изменениями щитовидной железы выявлено поражение средостения. Из них у 43 (49,4%) пациентов имелся внутригрудной компонент опухоли щитовидной железы, у 44 (50,6%)—МТС в ЛУ средостения. У 62 (71,3%) больных (26 с внутригрудным компонентом опухоли щитовидной железы, 36—с МТС поражением ЛУ средостения) произведена прицельная тонкоигольная диагностическая пункция патологического очага под контролем УЗИ. Пункцию выполняли из яремного или надключичных доступов по стандартной методике, с использованием стандартных аппаратов для УЗИ (АЛОКА 650, Сименс Сонолайн Элегра и Антарес, Тошиба Эплио).

Результаты: визуализировать процесс в средостении удалось у всех пациентов. Морфологическая верификация диагноза получена у 59 (95,2%) больных, в т.ч. у всех больных с внутригрудным компонентом опухоли. МТС рака щитовидной железы в ЛУ средостения не удалось верифицировать у 3 (4,8%) больных, что не повлияло на тактику лечения. Серьезных осложнений при выполнении процедуры не было. У одной больной (1,6%) после пункции возникла острая боль в левой половине грудной клетки при дыхании, купированная внутривенным введением 5 мл баралгина.

Заключение: прицельная диагностическая пункция под контролем УЗИ при распространении опухоли щитовидной железы в средостение является эффективным методом дооперационной морфологической верификации процесса, что дает существенную информацию клиницистам для планирования тактики лечения этих больных.

## **Изменение сывороточного протеома при плоскоклеточных карциномах головы и шеи**

Г.В. Какурина, И.В. Кондакова, Е.Л. Чойнзонов, О.В. Черемисина, Д.А. Шишкин  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Актуальность: в настоящее время данные о характере изменения протеома относительно клинико-морфологических характеристик опухолевого процесса при плоскоклеточных карциномах головы и шеи (ПКГШ) в литературе малочисленны и противоречивы. Поэтому это направление исследований является одним из актуальных в онкопротеомике.

Задачи исследования: провести сравнительный анализ протеома сыворотки крови здоровых и больных ПКГШ, выявить белки, связанные с прогрессией заболевания.

Материал и методы. Материалом для исследования явилась сыворотка крови 9 здоровых (контрольная группа) и 19 больных ПКГШ (10 человек T2-4N1-2M0, 9 человек T1-2N0M0), до лечения. Средний возраст больных  $53 \pm 5,3$  года. Протеазную активность сыворотки крови ингибировали с помощью набора Protease Inhibitor Cocktail (Sigma, USA), затем очищали от мажорных белков на колонках Albumin & IgG Depletion SpinTrap (GE Healthcare, США). Очищенная сыворотка крови подвер-

гальса денатурирующему гель-электрофорезу в градиентном ПААГ с последующей окраской Coomassie R-250. Вырезанные участки ПААГ-геля, подвергали протеолизу по методу Rosenfeld J. Смесь пептидов элюировали с микроколонок C18 ZipTIPS (Millipore Corporation, MA) на мишень приборной пластины масс-спектрометра UltraFlexIII TOF/TOF (Bruker, США). Идентификацию полученных спектров проводили с использованием алгоритма Mascot, Biotoools 3.2 (BrukerDaltonics, Германия).

Результаты. Сравнительный анализ электрофореграмм сыворотки крови в группах здоровых и больных ПКГШ без метастазов выявил различия в интенсивности белковых полос массой 10, 25, 50, 75 кДа, и в группах больных с метастазами и без метастазов. Масс-спектрометрический анализ белков из выделенных бендов идентифицировал аполипопротеины A1 и A2 (Apo1, Apo2), транстирретин, серотрансферрин, протеинфосфатаза 1B, комплемент C3, субъединицы гемоглобина  $\alpha$  и  $\beta$ , матриксный экстрацеллюлярный фосфогликопротеин (MEPE), сывороточный амилоид A (САА),  $\alpha$ 2-макроглобулин, аденилилциклаза-ассоциированный белок-1. Увеличение уровня Apo1, Apo2, транстирретина, серотрансферрина, САА и комплемента C3 при опухолях различной локализации подтверждается литературными данными и отражает реакцию организма на развитие патологического процесса. САА предлагается для дифференциальной диагностики рака различных локализаций [Dowling P, 2012], возможно через интерлейкин-10 — опосредованное подавление Т-клеточного иммунитета [Мошковский С.А., 2012]. Белок MEPE, участвует в минерализации костей и является членом семейства белков SIBLING, участвующих в модуляции адгезии клеток, в регуляции металлопротеиназ ММП 2, 3, 9, что коррелирует с плохим прогнозом заболевания [Fisher L.W., 2004]. Высокая экспрессия MEPE наблюдается в опухолях, вызывающих онкогенную остеопороз [Imanishi Y., 2012]. Протеинфосфатаза 1B (PPM1B, PP2CB) участвует в MAPK-киназном сигнальном пути регуляции многих клеточных процессов, включающих регуляцию пролиферации (TAK1→NF $\kappa$ B путь), транскрипции и апоптоза (WNT-сигнальный путь) (<http://www.genome.jp>).

Выводы. Полученные результаты показали, что протеом сыворотки крови в группах здоровых и больных ПКГШ с метастазами и без метастазов различен. В сывороточном протеоме больных ПКГШ представлены белки, участвующие в различных клеточных процессах, изучение которых может быть продолжено в качестве потенциальных маркеров опухолевой прогрессии.

## Применение антиконвульсантов у онкопациентов с болью

А.Е. Карелов, С.А. Кулева, А.А. Рязанкина, Е.Г. Кремзель  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Течение онкологического заболевания может сопровождаться развитием болевого синдрома, при этом его лечение нередко представляет собой трудную задачу. Одним из современных направлений терапии боли у онкологических пациентов является назначение антиконвульсантов. Целью этого исследования является анализ когортной эффективности различных антиконвульсантов у онкопациентов с болью.

Материалы и методы. В работе оценивалась эффективность трех антиконвульсантов: карбамазепина, прегабалина и аденозинтрифосфата натрия (АТФ-Na). Карбамазепин назначали в дозе 10 мг/кг/сут. в 3 приема перорально, прегабалин — 75 мг



## РАЗДЕЛ 6

### ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

2 р./сут. перорально, АТФ-На—35—45 мкг/кг/мин. внутривенно шприцевым дозатором в течение 120 мин.

В настоящее исследование вошли 54 онкологических пациента, которые страдали от боли высокой или средней степени интенсивности. Болевые ощущения наблюдались в регионах роста опухоли и/или метастазов, которые локализовались в грудной и брюшной полостях, забрюшинном пространстве, полости таза, конечностях. В 4 случаях пациенты жаловались на боль в отсутствующей части тела, т.е. были не связаны с новообразованиями.

Среди пациентов было 4 ребенка в возрасте от 7 до 16 лет, кому был назначен карбамазепин; троем из них была проведена инфузия АТФ-На. Из 50 взрослых пациентов 43 была осуществлена инфузия АТФ-На, но все они стали принимать прегабалин.

Интенсивность боли оценивали с помощью вербальной цифровой шкалы с диапазоном от 0 (нет боли) до 10 (максимальная боль) баллов. Действие антиконвульсанта считали положительным, если интенсивность боли снижалась на 2 и более баллов. Эффективность АТФ-На оценивали через 120 мин инфузии, карбамазепина—через 6 дней, прегабалина—через 3 сут.

Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Результаты. Эффективность инфузии АТФ-На была констатирована у 42 (91,3%) из 46 пациентов (у 2 детей из 3). Эффективным оказалось действие карбамазепина у 3 из 4 детей, а прегабалина—у 46 (92%) из 50 больных.

Вывод: внутривенная инфузия АТФ-На и пероральный прием прегабалина у взрослых онкологических пациентов могут быть расценены как эффективные терапевтические интервенции; для анализа эффективности антиконвульсантов у детей с онкологической патологией необходимо проведение дальнейших исследований.

## Микрохирургическая аутотрансплантация с использованием бедренных лоскутов для пластики дефектов головы и шеи

А.В. Карпенко, Р.Р. Сибгатуллин, Е.Н. Белова, Д.Н. Джалилов, Л.Д. Роман  
*Ленинградский областной онкологический диспансер, Санкт-Петербург*

Перфораторные лоскуты в настоящее время являются наиболее оптимальным способом пластики различных дефектов с точки зрения минимальной травматизации донорского места. Последнее обстоятельство обусловило все меньшее применение традиционных лоскутов (лучевой, торакодорсальный и т.д.). Данная работа анализирует опыт применения перфораторных лоскутов из наиболее популярного донорского места—бедр. С мая 2011 года по февраль 2013 года прооперирован 21 пациент (17 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 36 до 78 лет (средний возраст—56,7). Анатомическая локализация дефекта: ротовая полость—17 пациентов, ротоглотка—3, дефект кожи и мягких тканей лица—1. Один пациент прооперирован по поводу продолженного роста опухоли после курса лучевой терапии в дозе 70 Гр, у всех остальных пациентов диагностирована III-IV стадии заболевания. Переднелатеральный бедренный лоскут использовался 19 раз, переднемедиальный—2. В 6 случаях лоскут состоял только из кожной порции, в остальных случаях особенности дефекта

обусловили необходимость включения в него мышечной порции боковой широкой мышцы бедра (14 случаев) и прямой мышцы бедра (1). В 13 случаях лоскут питался одним перфораторным сосудом, отходившим от основного ствола, в 7 — количество перфорантов, включенных в лоскут, было равно 2, в 1 одном случае — 3. Реципиентными сосудами служили: лицевая артерия — 11 случаев, язычная — 6, наружная сонная — 3, верхняя щитовидная — 1, приток внутренней яремной вены — 15, внутренняя яремная вена (конец в бок) — 5, наружная яремная вена — 1. В послеоперационном периоде потерял 1 лоскут на 4-е сутки после операции из-за артериального тромбоза. В одном случае произошел тотальный некроз кожной порции лоскута, которая была удалена. Мышечная порция оказалась полностью жизнеспособной, что обусловило адекватный результат реконструкции. Еще в одном случае отмечен некроз 30% кожной порции лоскута. Слюнной свищ в послеоперационном периоде образовался в 2 из 20 случаев реконструкции пищеварительного тракта (10%). Суммарный успех в этой серии пациентов составил 95,2%. Донорская рана ушивалась первично во всех случаях. В 5 случаях отмечено формирование серомы, что потребовало консервативного лечения в течение 1 месяца. В отдаленном периоде никаких серьезных последствий со стороны функции бедра отмечено не было. Наш опыт показывает, что применение бедренных лоскутов для пластики дефектов головы и шеи является эффективным и надежным способом пластики.

## Мутация BRAFV600E и клинико-морфологические характеристики папиллярного рака у пациентов Западно-Сибирского региона России

Е. Ю. Кирс<sup>1</sup>, Е. А. Храпов<sup>1</sup>, В. С. Дорошенко<sup>2</sup>, Д. В. Морозов<sup>3</sup>, Е. С. Малахина<sup>1</sup>, С. П. Шевченко<sup>3</sup>, М. Л. Филипенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск;

<sup>2</sup> Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Барнаул

<sup>3</sup> Городская клиническая больница № 1, Новосибирск

Медико-социальная актуальность рака щитовидной железы (РЩЖ) для Западно-Сибирского региона не снижается с течением времени. Преобладающей морфологической формой РЩЖ является папиллярная карцинома, которая характеризуется значительным разнообразием клинического течения. Часть опухолей — это медленно растущие локализованные новообразования, другие отличаются агрессивным течением с внутриорганный инвазией, мультицентричным характером роста, регионарным и дистантным метастазированием. Значительные результаты достигнуты в понимании канцерогенеза этой опухоли. Наиболее часто встречаются активирующие точечные мутации генов семейства RAS (10—20%) и BRAF (40—45%), а также структурные перестройки RET/PTC (10—20%) и NTRK1 (<5%). Мутации в гене BRAF присутствуют и в опухолях иной локализации: опухолях меланомы в ~50%, яичников ~30%, колоректальных опухолях ~10%, опухолях простаты ~10%. Мутация гена BRAF в папиллярном раке щитовидной железы характеризуется соматической трансверсией T1799A в 15 экзоне, которая является причиной замены аминокислот валина на глутамат (Val600Glu) в белке BRAF. Этот вариант мутации составляет 98—99% от всех BRAF мутаций найденных в раке щитовидной железы. Иные изменения в данном гене, включая Lys601Glu, инсерции, делеции вокруг 600 кодона встречаются реже. Замена Val600Glu обычно определяется в опухолях, которые гис-



тологически классифицируются, как классический вариант папиллярного рака, либо высококлеточный вариант. Все точечные замены и перестановки приводят к активации киназы BRAF и постоянной стимуляции MAPK-пути. Цель нашей работы — исследовать частоту, оценить прогностическую и диагностическую значимость соматической мутации гена BRAFV600E при папиллярной карциноме щитовидной железы в Западно-Сибирском регионе России. Материалом для исследования послужили 102 образца опухолевой ткани (гистологические блоки, интраоперационные биоптаты), аспираты из узловых образований ЩЖ (107), полученные при тонкоигольной биопсии. В группе больных преобладали женщины: 92,3% женщины, 7,7% — мужчины. Средний возраст пациентов  $51 \pm 3$  лет. Мутацию определяли методом аллель-специфичной амплификации в режиме реального времени. Частота мутации BRAFV600E в опытной группе (пациенты с гистологически подтвержденным диагнозом папиллярный рак) составила 45—72,3%, аналогичные показатели характерны для европейской популяции со спорадической заболеваемостью папиллярным раком. В контрольной группе (иные варианты узлового зоба) не определена. Установлено, что у пациентов с T2 категорией в соответствии с TNM-классификацией РЩЖ мутация детектировалась чаще. В 8 (7,8%) из 102 случаев ПРЩЖ был диагностирован рецидив заболевания, у всех пациентов выявлена мутация гена BRAF. Определение мутации BRAF как на дооперационном, так и послеоперационном этапах может быть использовано для более точного установления окончательного диагноза и выбора адекватного метода лечения.

### **Комплексный метод лечения рака слизистой органов полости рта**

А.И. Клипка, Г.А. Цыбырнэ, В.А. Чорич, И.И. Клипка  
*Институт онкологии Республики Молдова, Кишинев*

В Республике Молдова ежегодно выявляют 250—270 больных раком слизистой полости рта и глотки, около 100—110 из них — первичные больные раком слизистой полости рта. Несмотря на то что данная патология доступна выявлению при осмотре, около 75% пациентов поступают в запущенных стадиях (T3—4). С 2011 года в начном отделении опухолей головы и шеи Института Онкологии Молдовы ведутся работы по теме комплексного метода лечения опухолей органов полости рта. В результате проведенных исследований разработан план комплексного лечения больных раком слизистой полости рта, в котором хирургический метод имеет основополагающую роль. Вопреки установившегося мнения что методом выбора в лечении данных больных имеет лучевая терапия, нами определена тактика лечения при которой на первом этапе проводится хирургическое вмешательство с последующим курсом дистанционной гамма-терапии. Также нами разработаны органосохраняющие операции позволяющие сохранить непрерывность дуги нижней челюсти, что является весьма важным для скорейшей реабилитации этих больных. На протяжении последних 3-х лет нами произведены порядка 20-ти операций у больных раком слизистой дна полости рта, слизистой боковых отделов корня языка и слизистой альвеолярного края. В результате проведенного лечения у наблюдаемых больных местного рецидива опухоли не выявлено. У 1 пациента зарегистрировано прогрессирование заболевания по типу регионарного метастазирования.

---

При поражении слизистой языка даже с вовлечением тканей дна полости рта неплохие результаты получены при регионарной внутриартериальной химиотерапии. Основной применяемый при этом препарат — блеомицин. Также, располагаем неплохими результатами при комбинации с Цисплатином или Метотрексатом. Методом регионарной химиотерапии было излечено 13 больных. Необходимо отметить что при регионарной химиотерапии нами еще не определены четкие показания и противопоказания лечения. При локализованных процессах, а также при остаточных опухолях после лучевой терапии с успехом применяли специальную методику криодеструкции опухоли.

Необходимо отметить что проведение хирургического лечения требует выполнения процедур и вмешательств по обеспечению свободного самостоятельного дыхания (наложение временной трахеостомы), а также адекватного питания (через назогастральный зонд). В плане комбинированного лечения, в постоперационном периоде, больные проходят курс ДГТ в СОД — 40 Грей. Хорошие результаты получены при проведении лучевой терапии на линейном ускорителе «Clinac DHX». В стадии разработки и внедрения в клиническую практику являются операции по одномоментному либо отсроченному замещению дефекта кости искусственным протезом или металлической шиной. Также разрабатываются типы оперативных вмешательств по замещению дефектов мягких тканей, приоритетными являясь лоскуты на питающей ножке либо с микрохирургическим анастомозом.

Накопление значительного числа наблюдений и анализ полученных результатов позволят оптимизировать лечение больных злокачественными опухолями слизистой органов полости рта.

## **Полностью имплантируемые системы (Порты) — состояние проблемы в регионах Российской Федерации на примере Ставропольского края**

А.А. Койчуев, И.М. Гридасов, И.С. Правдин  
*ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»;  
ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»*

Актуальность. Без долговременного доступа к венозной системе сегодня невозможно реализация лечебных программ курации значительного количества патологических состояний: лечение критических состояний, тотальное парентеральное питание, гравитационная хирургия крови, трансплантация костного мозга, длительная интенсивная инфузионная терапия в комбустиологии, длительное системное лекарственное воздействие в онкологии и др..

В зарубежной клинической практике уже более десяти лет используется специальная имплантируемая конструкция, условно названная портом. При еженедельных инфузиях порт может функционировать в течение многих лет.

Объем продаж порт-систем в Северной Америке достигает 1 млн. штук в год, в Европе — около 800 000 приборов. В России ежегодно продаётся менее 5 000 штук, а на долю Ставропольского края приходится объём продаж менее 100 порт-систем в год.

Наш опыт. В СККОД впервые порт-система была установлена в 2011 году. С 2011 по 2013 гг. нами было установлено 36 портов 35 больным (1 больному



порт устанавливался дважды). По половому признаку все пациенты распределились следующим образом: 16 (59,3%) — мужчины, 11 (40,7%) — женщины. Средний возраст пациентов, которым был установлен порт — 57,8 лет. Все пациенты находились в процессе полихимиотерапии. Установка порта производится в асептических условиях под местной анестезией. Уже в этот же день порт использовался для проведения инфузий. Внешне порт не виден, в месте установки остается лишь небольшой рубец.

После установки порта мы всегда проводим рентгенологический контроль.

Осложнения: в 2 случаях (5,6%) мы наблюдали окклюзию катетера, в 2 случаях (5,6%) — отрыв дистальной части катетера с его миграцией в полость правого предсердия (push off синдром).

Выводы:

1) Применение порт-систем в СККОД привело к существенное уменьшение числа инфекционных осложнений у пациентов, получающих системную полихимиотерапию; 2) Постоянный и надежный центральный венозный доступ; 3) Отсутствие косметических дефектов; 4) улучшение качества жизни пациентов.

## **Возможности соноэластографии в диагностике метастатических поражений шейных лимфатических узлов**

Е. В. Костромина, Е. А. Бусько, А. В. Мищенко, О. С. Фролова  
*ФБГУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Цель исследования. Оценка эффективности применения ультразвуковой эластографии в диагностике метастатического и реактивного увеличения шейных лимфатических узлов (ЛУ).

Материалы и методы. Обследовано 352 пациентов (средний возраст  $54,0 \pm 8,3$  лет), пациенты распределены на 2 группы с реактивными (233) и метастатическими (129) изменениями, при раке щитовидной железы, рото — носоглотки, легкого, пищевода, меланоме. Выполнялись компрессионная соноэластография (СЭГ) и доплерография датчиком 12 МГц. Результаты исследования были сопоставлены с данными гистологического исследований у 129 (37,0%) и магнитно-резонансной томографии — 98 (28,0%).

Результаты. Всем пациентам была проведена оценка ЛУ по степени распространения и соотношению её жесткости к референтной ткани (подкожно-жировая клетчатка шеи). Для качественной оценки жесткости образований использовалась модифицированная классификация Ueno (университета Tsukuba, Япония), в которой 2 первых типа плотности отображал доброкачественную природу ЛУ, 3 тип — пограничный тип, требующий тонкоигольной биопсии, 4 — тип злокачественный, 5 — трехцветный тип, возможно злокачественный процесс, но с элементами некроза узла, содержащие преимущественно жидкость. Коэффициент жесткости у первых 2 типов составил  $2,3 \pm 1,3$ , 3 тип —  $2,9 \pm 2,1$ , при злокачественном процессе (типы 4,5) —  $4,4 \pm 8,6$ . Значения чувствительности, специфичности и точность (соотношение достоверноположительных и достоверноотрицательных наблюдений) были определены, как 79,6%, 84,9%, 81,0% соответственно.

Выводы. Ультразвуковая эластография имеет высокую эффективность в диагностике метастатического поражения ЛУ шейных групп. СЭГ позволяет в некоторых случаях исключить злокачественный характер измененных ЛУ и отказаться от выполнения повторных биопсий.

---

## Лечебнодиагностическая тактика у больных с непальпируемыми опухолями щитовидной железы

О.П. Крехно, А.С. Фролов, У.Ю. Крехно, А.В. Фазилов  
Городская клиническая больница № 5, Тольятти

**Обоснование.** Микрокарцинома щитовидной железы-рак щитовидной железы размерами до 1,5 см. Для этой опухоли характерны отсутствие клинических симптомов, трудности верификации диагноза и отсутствие единой тактики лечения.

**Цель.** Разработать алгоритм УЗИ щитовидной железы, определить показания к аспирационной пункционной биопсии микроузлов щитовидной железы и разработать тактику лечения микрокарциномы щитовидной железы.

**Материалы и методы.** С 2002 по 2012г. в клинике находилось 115 больных (18 мужчин и 97 женщин) с непальпируемыми узлами щитовидной железы. У 84,5% женщин помимо микроузлов щитовидной железы выявлены различные заболевания репродуктивной системы. Отмечено, что в 59% случаев микрокарцинома протекала на фоне различной патологии щитовидной железы. Всем больным выполнена аспирационная пункционная биопсия под контролем УЗИ.

**Результаты.** Не выявлено специфических ультразвуковых признаков отдельных морфологических форм рака щитовидной железы. Точность цитологического исследования составила 95,7%. При плановом гистологическом исследовании у 107 больных выявлен папиллярный рак, у 5—фолликулярный, у 3—медуллярный. Объем хирургических вмешательств был разным. В 83% случаев была выполнена тиреоидэктомия, обусловленная множеством фокусов опухоли.

**Выводы.** Всем пациенткам с заболеваниями репродуктивной системы необходимо проводить УЗИ щитовидной железы, а при обнаружении в ней микроузлов независимо от их размера выполнять аспирационную пункционную биопсию. При верификации диагноза «рак щитовидной железы» следует выполнять тиреоидэктомию и центральную лимфаденэктомию с обязательной интраоперационной ревизией зон регионарного метастазирования.

## Экспрессия Вах в плоскоклеточном раке гортани

Р.Н. Кулагин, С.В. Петров, А.Р. Уткузов  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ;  
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Казань

Апоптоз и его нарушения лежат в основе многих патологических процессов, включая опухолевый. Это сложный процесс, включающий в себя как ингибиторов, так и активаторов. Целью нашего исследования явилось исследовать экспрессию Вах, белка, ускоряющего клеточную смерть, и изучить ее связь с некоторыми клинико-морфологическими показателями и прогнозом заболевания. Использовались парафиновые блоки архивного материала, полученного от 123-х больных за период с 2003 по 2007 гг., с дальнейшим изготовлением четырех ТМА-мультблоков (технология tissue microarray) и оцифровкой микропрепаратов на сканере Mirax MIDI (Karl Ziess). Распределение по клиническим стадиям следующее: I-я—6 случаев,



II—24, III—51, IV—42. Больных с опухолями, имеющими степень дифференцировки G1, было 43, G2—27, G3—53. Метастазы в регионарные лимфатические узлы отмечены в 31 случае (25,2%). Для иммуногистохимического исследования использовалось антитело против *bacl* (клон 2D2, разведение 1:50, LabVision Corp.). Для визуализации применяли систему детекции UltraVision с DAB Plus хромогеном (LabVision Corp.). Экспрессия *bacl* обнаружена в 82,9% (в 102-х случаях). Пятилетняя выживаемость составила 52,8% (65 случаев), а рецидивы обнаружены в 9,8% (12 случаев). У больных с рецидивами и метастазами в регионарные лимфатические узлы средние значения экспрессии маркера апоптоза были ниже ( $6,8 \pm 4,1$  и  $8,2 \pm 1,9$ ;  $5,4 \pm 1,1$  и  $9,0 \pm 2,1$  соответственно), однако без статистических различий ( $p > 0,05$ ). Нами обнаружено, что в группе опухолей с высокой степенью дифференцировки (G1), по сравнению с низкой (G3), а также у больных с I клинической стадией, по сравнению с IV-ой, экспрессия *bacl* выше ( $p > 0,05$ ). Мы не выявили связи между локализацией опухоли в гортани, возрастом и экспрессией *bacl*. Таким образом, экспрессия исследуемого маркера не может использоваться в качестве прогностического маркера в течении плоскоклеточного рака гортани.

## Особенности хирургической тактики при раке щитовидной железы на фоне многоузлового зоба

М.Н. Куликова, Т.Н. Попова

ГУЗ «Областной онкологический диспансер №2», г. Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ, Саратов

Рак щитовидной железы в 55% случаев выявляется на фоне многоузлового зоба. Выбор объема оперативного вмешательства в данной ситуации затруднен и однозначно не определен.

Цель исследования: уточнить особенности выбора объема оперативного вмешательства при раке щитовидной железы на фоне многоузлового зоба.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 106 больных раком щитовидной железы на фоне многоузлового зоба, прооперированных в отделении онкохирургии ГУЗ «Областной онкологический диспансер №2» и НУЗ «ДКБ» г. Саратова за 2005—2008 гг. Преобладали женщины (90,5%). Возраст до 45 лет имел место у 60 человек (43,4%), старше 45 лет у 46 (56,6%).

Результаты. Анамнез заболевания у большинства больных (59,4%) был более года. Многоузловое поражение щитовидной железы обнаружено до операции у 100 пациентов (94,3%), во время операции установлено у 6 больных (5,7%).

Всем больным перед оперативным вмешательством выполнялась пункционно-аспирационная биопсия (у 14% из них под контролем ультразвукового исследования) с последующим цитологическим исследованием. В 101 случае проведено интраоперационное цитологическое исследование, в 69 случаях проводилось интраоперационное гистологическое исследование. Все удаленные препараты исследованы гистологически в плановом порядке.

При плановом гистологическом исследовании получены следующие результаты: папиллярный рак—26,4%, фолликулярный рак—54,7%, фолликулярно-папиллярный рак—16,1%, медуллярный рак—1,9%, анапластический рак—0,9%. Диагноз рака установлен до операции у 31 больного (29,2%). Во время оперативного вме-

---

шательства рак установлен у 64 человек (60,4%), у 11 человек (10,4%) диагноз рака поставлен только после планового гистологического исследования. Первая и вторая стадии рака щитовидной железы установлены 102 пациентам (96,3%), у 4 человек—3-4 стадии. Многоузловое поражение одной доли щитовидной железы выявлено у 18 человек (17%), в остальных случаях имело место поражение обеих долей (88 чел). У 2-х больных имелись метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Пациентам выполнены следующие оперативные вмешательства: гемитиреоидэктомия с истмусэктомией—19,8%, субтотальная резекция щитовидной железы—34,9%, тиреоидэктомия—45,3%. Резекция доли с перешейком выполнена 21 пациенту с поражением одной доли преимущественно 2 узлами диаметром до 2 см. Субтотальная резекция щитовидной железы выполнена 37 пациентам, из них у 35 человек были поражены обе доли, при этом у большинства из них имели место множественные узлы до 2 см в диаметре. Тиреоидэктомия произведена 48 пациентам, все они имели поражение обеих долей, при этом в большинстве случаев множественными узлами более 2 см в диаметре.

Таким образом, объем хирургического вмешательства при раке щитовидной железы на фоне многоузлового зоба определяется помимо гистологической формы опухоли, степени её распространения, еще и наличием доброкачественных узловых образований. При этом необходимо исходить из принципов онкологического радикализма и функционального эффекта.

## Термохимиотерапия местнораспространенного рака гортани

О.К. Курпешев, В.Г. Андреев, В.А. Панкратов, И.А. Гулидов, А.В. Орлова  
ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, Обнинск

Основными методами лечения местнораспространенного рака гортани является комбинированный с расширенным удалением органа, что позволяет достичь 5-летней безрецидивной выживаемости у 60—80% пациентов. Вместе с тем, такой подход значительно ухудшает перспективы социальной реабилитации и качество жизни больных. Поэтому возможность сохранения функции гортани при соблюдении радикализма делает необходимым дальнейшее совершенствование метода лечения данной категории пациентов. Дальнейшее улучшение результатов лучевого лечения местно-распространенного рака гортани возможен при использовании локальной гипертермии являющееся как радио- так и химиомодификатором.

Лучевое лечение в сочетании с локальной гипертермией и полихимиотерапией проведена 31 больному местно-распространенным раком гортани (Т3-4N0-3M0). Лучевую терапию проводили в 2 этапа по схеме 1 Гр+1 Гр (с интервалом 4—5 ч), 5 раз в неделю до СОД 50—52 Гр с 2-х недельным перерывом после СОД 30—32 Гр (1-й этап). Локальную гипертермию, осуществляли 2 раза в неделю перед второй фракцией лучевой терапией в количестве 3—6 сеансов. В дни проведения локальной гипертермии вторая фракция лучевой терапии повышалась до 3 Гр. Курсы полихимиотерапии сочетали с лучевой терапией и локальной гипертермией в начале каждого этапа лечения.

В целом по группе полный ответ первичной опухоли диагностирован у 25 (80,6%) пациентов, частичный—у 6 (19,3%). Из 12 больных с N1-3 полная регрессия мета-



стазов развилась у 5 (41,7%), частичная—у 5 (41,7%). Пятилетняя общая выживаемость при T3N0 составила 88,2%, T4N1-3—62,1%. Локальный контроль первичной опухоли в эти сроки при T3 выявлен у 88,2%, T4—77,8%, регионарный контроль при метастазах с N1-3—у 33,3%. Поздний отек слизистой оболочки гортани развился у 4 (12,9%) больных, перихондрит—у 3 (9,7%).

Таким образом, термохимиолучевое лечение местно-распространенного рака гортани позволяет получить достаточно высокие результаты, сопоставимые с результатами комбинированного лечения.

### **Некоторые аспекты патогенеза плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта**

С.И. Кутукова, Г.М. Манихас, А.И. Яременко, А.Б. Чухловин, С.С. Божор, Р.К. Дибиров, Т.С. Ермакова

*СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург;  
ГБОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Прогностической значимости различных факторов при стандартном комбинированном методе лечения ПРГШ посвящено большое число исследований (Мардалейшвили К.М., 1988; Паршикова С.М., 1983; Вержбицкий В.Ж., 1983; Матякин Е.Г., 1988; Уваров А.А., 1997; Зими́на Н.А., 1999).

Задачи исследования. Выявить основные патогенетические звенья развития ПРГШ и оценить прогностическую значимость следующих факторов: локализация процесса, гистологический тип опухоли, динамика сывороточных онкомаркеров (РЭА, SCC-Ag) и показателей периферической крови; экспрессия Caspase-3, Ki-67, ERCC1. Уточнить роль HPV 6, 11, 16 и 18, CMV, EBV и HSV I и II в развитии плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. С января 2009 по май 2012 под наблюдением находилось 259 пациентов, госпитализированных в СПб ГУЗ ГКОД с ПРГШ. С целью определения частоты выявления онкогенных типов вирусов в нормальном эпителии слизистой оболочки полости рта была сформирована группа контроля из 35 здоровых добровольцев. Всем пациентам на этапах комплексного лечения (ПХТ, оперативное лечение, лучевая терапия) проводилось стандартное обследование, определение опухолевых маркеров: РЭА и SCC-Ag. У всех пациентов произведен забор опухолевой ткани, у здоровых испытуемых—ткань слизистой оболочки полости рта с последующим иммуногистохимическим исследованием для определения значений экспрессии Caspase-3, Ki-67, ERCC1; качественного и количественного определения вирусов в ткани методом real-time-ПЦР.

Результаты. Из 259 находившихся под наблюдением пациентов рецидив опухоли был зарегистрирован у 189. Плохой прогноз и возникновение ранних рецидивов коррелировало с низкой дифференцировкой гистологической структуры опухоли, локализацией опухолевого процесса в области языка и дна полости рта, одновременным высоким уровнем сывороточных онкомаркеров (РЭА и SCC-Ag) и повышенным уровнем гематологических показателей (лейкоцитов, нейтрофилов и тромбоцитов).

Высокая экспрессия Ki-67 во время лечения, высокая экспрессия Caspase-3, низкая экспрессия ERCC-1 ассоциирована с хорошим прогнозом результатов стандарт-

ного лечения. Низкая экспрессия Caspase-3, снижение экспрессии Ki-67 во время лечения ассоциированы с плохим прогнозом.

При проведении ПЦР вирус Эпштейн-Барр выявлен в 59,25 % образцов опухолевой ткани и в 20 % образцов неповрежденной слизистой оболочке полости рта. HPV 6, 11, HPV 16 и HPV 18 у пациентов с ПРГШ составила в среднем 6,8 %, у здоровых — 40 %. CMV был выявлен в 3 % случаев у пациентов и не был зарегистрирован у здоровых добровольцев. Вирус герпеса I и II типа был выявлен у 2 % пациентов и 1 % здоровых добровольцев.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности прогнозирования течения данной патологии и выбора оптимального комплекса лечебных мероприятий у этой категории пациентов на основе комплексного анализа патогенетических факторов.

## **Конформная внутритканевая высокомогущная брахитерпия с использованием изотопа кобальта-60 и данных КТ, совмещенных с МРТ в лечении рака головы и шеи**

А.А. Ложков, А.В. Важенин, Т.М. Шарабура, А.С. Аладин, А.В. Турбина,  
Е.Я. Мозерова, О.Н. Давыдова

*ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер»;  
Клиническая база ФГУ «Российского научного центра рентгенорадиологии» Росздрава РФ;  
ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия», Челябинск*

Цель: брахитерапия (БТ) является методом выбора при лечении опухолей головы и шеи. Наиболее часто используемым изотопом в мировой практике для автоматизированного афтелодинга является иридия-192, который обеспечивает резкое снижение градиента дозы за пределами мишени. В связи с коротким периодом полураспада иридия-192, источник необходимо заменять каждые 3 месяца. Кобальт-60 имеет период полураспада около 5 лет и является более выгодным в практическом плане. Различия параметров изотопов кобальта-60 и иридия-192 можно нивелировать за счет оптимизации дозного распределения при трёхмерном планировании. При этом основной проблемой является визуализация целевого объема и обеспечение качества оптимизации дозного распределения. Целью данного исследования является оценка эффективности и безопасности конформной внутритканевой высокомогущной (HDR) брахитерпии с использованием изотопа кобальта-60 и данных компьютерной томографии совмещенных с данными магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы: в период с февраля 2010 по ноябрь 2011 года двенадцать пациентов с плоскоклеточным раком головы и шеи (I—1, II—5, III—4, IV—2) получили дистанционную лучевую терапию на первичный очаг и лимфоузлы шеи до суммарной очаговой дозы (СОД) — 50 Гр. Через 3—4 недели в качестве буста проводилась внутритканевая HDR-брахитерапия. Перед началом лечения все пациенты прошли МРТ исследование с контрастированием для визуализации первичной опухоли и предварительного планирования с определением количества и расположения пластиковых игл, необходимых для внедрения. Установка пластиковых игл проводилась под общим наркозом в операционной, согласно правилам Парижской системы. Затем выполнялось КТ исследование, полученные данные формате DICOM заносились в систему планирования, где происходило совмещение МРТ и КТ изображений. Объем облучения включал первичную опухоль, визуализируемую при МРТ, плюс



5—10 мм в зависимости от положения опухоли по отношению к нижней челюсти. Для расчета дозы использовались алгоритмы инверсного планирования. СОД от брахитерапии составила 24 Гр, которая доставлялась за восемь фракций с интервалом не менее 6 часов.

Результаты: явлений острого лучевого мукозита 3 степени не было зафиксировано ни у одного пациента. В трёх случаях понадобилось наложение превентивной трахеостомии. Оценка одногодичной безрецидивной выживаемости проведена у 12 человек. Так, полный эффект в течение года был достигнут у 50% пациентов, стабилизация достигнута у 30% пациентов. У одного пациента зафиксирован рецидив в первичном очаге и лимфоузлах шеи через 4 месяцев и у одного пациента зафиксировано поражение лимфоузла при излеченном первичном очаге через 9 месяцев.

Выводы: Применение конформной внутритканевой высокомошной (HDR) брахитерапии с использованием изотопа кобальта-60 и данных компьютерной томографии совмещенных с данными магнитно-резонансной томографии позволяет снизить токсичность и повысить эффективность лучевой терапии рака головы и шеи.

## **Проблемы диагностики и предоперационной коррекции сопутствующей терапевтической патологии у онкологических больных**

Г.М. Манихас, М.Д. Ханевич, А.Г. Обрезан, С.М. Вашкуров, Н.В. Лагошняк, А.В. Хазов  
*СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург;  
СПбГУ, Медицинский факультет, Кафедра госпитальной терапии, Санкт-Петербург*

Абсолютное число пациентов с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями (ЗНО) в 2011 году составило 522 410 человек, что на 15,8% больше, чем в 2001 г. Смертность от злокачественных новообразований уверенно занимает второе место среди всех причин смертности и также неуклонно растёт. Средний возраст пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО составляет 63,4 года. В данном возрасте большая часть пациентов имеет сопутствующую патологию. Наличие клинически значимой сопутствующей патологии сказывается на выборе тактики лечения конкретного больного, требует дополнительных временных, интеллектуальных и материальных затрат.

Мы провели анализ 500 отобранных случайным образом историй болезни пациентов, проходивших хирургическое лечение в отделении общей онкологии (9 онкохирургическое отделение) СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». Средний возраст пациентов, проходивших хирургическое лечение, составил 62,5 года. Основными опухолевыми нозологиями являлись: ЗНО кожи и её придатков, саркомы мягких тканей, опухоли ЖКТ, лимфопролиферативные заболевания.

У 456 (91,2%) пациентов в заключительном клиническом диагнозе имела место сопутствующая патология.

Лидирующее место по частоте встречаемости занимала патология сердечно-сосудистой системы. Она уже имелась или была впервые диагностирована при предоперационном дообследовании у 308 (61,2%) пациентов. На втором месте (104 (20,8%) человек) были заболевания органов ЖКТ (язвенная болезнь желудка и ДПК, гастриты, холециститы и др.). У 112 (22,4%) пациентов были установлены различные

---

нарушения углеводного обмена (сахарный диабет, нарушение толерантности к углеводам). Далее следовали заболевания дыхательной системы (52 (10,4%) человек), включавшие в основном ХОБЛ и бронхиальную астму различной степени тяжести.

Следует особо отметить, что у 229 (45,8%) пациентов сопутствующие заболевания были впервые выявлены за время нахождения в стационаре. У 156 (31,2%) пациентов потребовалось проведение дополнительных, не входящих в «стандарты», диагностических исследований и предоперационной коррекции сопутствующей патологии, что более чем в 2 раза увеличило предоперационный койко-день. При этом 9 (1,8%) пациентов были выписаны или переведены в стационары терапевтического профиля без специализированной (онкологической) помощи ввиду наличия декомпенсированной сопутствующей патологии со стороны жизненно важных органов и систем организма.

Исходя из вышеизложенного, становятся очевидными вопросы несовершенства организации медицинской помощи онкологическим пациентам на догоспитальном этапе, которые требуют дальнейшего изучения и подготовки рекомендаций по совершенствованию.

## Особенности проведения обезболивающей терапии в условиях хосписа

Э.В. Москалев, Е.И. Гуло, Г.В. Голованова, Н.М. Москалева, С.В. Цокова  
СПб ГКУЗ «Хоспис №4», Санкт-Петербург

Заболеемость и смертность от онкологических заболеваний продолжает неуклонно расти как в нашей стране, так и за рубежом. По данным ВОЗ, в мире выявляется 7 млн. онкологических больных, из них 5 млн. умирают от прогрессирования заболевания. В России регистрируют более 450 тыс. больных злокачественными образованиями ежегодно, в течении года в связи с запущенностью заболевания погибают 40% больных.

Так как болевой синдром отмечается у 70% пациентов терминальной стадии, проблема купирования боли, сохранение достойного качества жизни являются одной из важнейших задач при оказании паллиативной терапии в условиях хосписа.

С 2005 по 2012 год включительно на отделение круглосуточного стационара СПб ГКУЗ «Хоспис №4» поступило 4537 пациентов с IV стадий онкологического заболевания.

Из них, у 3539 (78%) пациентов имелся болевой синдром, требующий подбора обезболивающей терапии. В 22 % наблюдений (у 1002 пациентов) для снятия болевого синдрома назначались наркотические анальгетики. По локализациям опухолевого процесса больные распределялись следующим образом: у 18% пациентов отмечена опухоль молочной железы, у 14% — опухоль легких, в 11% случаях опухоль желудка, 5% — опухоль толстой кишки, другие локализации опухолей составили от 3% до 0,5%.

Средний возраст пациентов составил 61,7 лет.

Из поступивших на отделение больных 998 (21,9 %) не испытывали боли и не требовали применения обезболивающих препаратов.

При выборе тактики лечения болевого синдрома у госпитализированных больных оценивались следующие факторы: причина, давность, интенсивность, локализа-



ция, тип боли, факторы усиливающие или уменьшающие боль и их эффективность. Дополнительно уточнялся характер распространения опухолевого процесса, физический и психический статус пациента, объективные данные клинического осмотра. В зависимости от оценки этих факторов врачи отделения для купирования болевого синдрома назначали: неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адъювантные препараты, подбирая способ введения, дозу и схему приема. Как только определялась оптимальная суточная доза, анальгетики назначались в непрерывном режиме, иногда между регулярными введениями, на «прорыв» боли дополнительно назначалась коррегирующая терапия.

Из общего количества 3539 пациентов, которые нуждались в проведении обезболивающей терапии, для снятия боли, которая не купировалась неопиоидными анальгетиками, в 75,2% наблюдений назначались слабые опиоиды. 3255 пациентов получали инъекционные и 284—таблетированные формы препаратов (стадол, трамадол). При максимальной дозе 6,0 мг и 400 мг в сутки соответственно, при частичном купировании боли, даже в сочетании с применением сопутствующей терапии в течение 2—7 дней, больным назначались сильнодействующие опиоидные препараты (омнопон, морфин или фентанил).

Из 1002 пациентов, которые получали наркотические анальгетики, у 210 (21%) применялся МСТ континус в разных дозировках. 88% пациентов получали МСТ континус 30мг, 4%—МСТ-континус 60мг и 8% пациентов—МСТ-континус 100 мг.

У 376 больных (37,6%) с целью купирования болевого синдрома применялся Морфин 1% 1,0мл, у 67 (6,7%)—омнопон 2% 1,0мл и у 92 пациентов (9,2%)—ТТДС Дюрогезик в дозе 25—50 мкг/ч.

В 29% случаях, в связи с усилением болевого синдрома, потребовалось увеличение дозировки или переход на другой препарат, также дополнительно назначались нейролептики, малые транквилизаторы и антидепрессанты (галоперидол, дроперидол, диазепам, сибазон, седуксен, реланиум, аминотриптилин).

## **Применение различных вариантов абляции опухолей паренхиматозных органов и метастазов в кости**

*И. П. Мошуров, А. А. Михайлов, М. С. Фонштейн, Л. В. Ниникашвили  
БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»*

Радиочастотная абляция активно используются в лечении новообразований печени, почек, легких, костей и ряда других органов. Данный метод применяется, в основном, у больных, неизлечимых радикальным хирургическим путем. Особые успехи отмечены в лечении одиночных (до 5 очагов) опухолей печени. По данным статистики, лишь небольшая часть (до 20% первичных и до 40% метастатических) опухолевых поражений печени радикально операбельны. Для остальных больных выживаемость невелика из-за большой частоты осложнений (19-43%). РЧА метастазов в печени позволяет увеличить сроки выживаемости.

С начала 2012 года выполняется транскутальная радиочастотная абляция опухолей печени, почек, метастазов в кости. Нескольким больным, имевшим противопоказания к проведению радиочастотной абляции, а именно расположение опухоли ближе 1 см к печёночным венам и долевым желчным протокам, проведена микроволновая абляция опухолей. В ранних сроках после малоинвазивных вмешательств

---

отмечалась незначительная болезненность в зоне вмешательства, умеренная тошнота, субфебрилитет. Выше перечисленные явления купировались в течение двух суток, других осложнений не отмечалось.

Обращает на себя внимание более широкий диапазон использования и простота применения приборов для микроволновой транскутальной абляции. При транскутальной радиочастотной абляции метастазов в трубчатые кости голени удалось избежать травматичной операции у ослабленной больной. В раннем периоде после вмешательства на костных опухолях отмечался выраженный болевой эффект, который купировался на протяжении пяти суток применением наркотических и ненаркотических анальгетиков в комплексе с нестероидными противовоспалительными препаратами, в дальнейшем пациенты выраженных болей не отмечалось. Радиочастотная абляция опухоли почки выполняется при выраженной сопутствующей патологии, которая лимитирует выполнение радикальной операции. Осложнений не отмечено.

Опыт проведения радиочастотной и микроволновой абляции, малое количество осложнений позволяет с оптимизмом смотреть на использование данных методов в дальнейшем для оказания помощи инкурабельным больным. Планируется использование радиочастотной и микроволновой абляции опухолей предстательной, щитовидной и молочной желез, а также периферических опухолей легких.

## Вариант органосохраняющего лечения местнораспространенного рака гортани

И. П. Мошуров, Э. В. Савенок, Н. А. Знаткова, М. С. Ольшанский, Т. А. Машкова,  
Ю. М. Овсянников  
*БУЗ ВО «ВОКОД», Воронеж*  
*БУЗ ВО «ВОКБ №1», Воронеж*  
*ВГМА им. Н. Н. Бурденко, Воронеж*

Химиолучевое лечение в настоящее время является стандартом органосохраняющего лечения при местнораспространенном раке гортани. Акроним RADPLAT используется для предложенной К. Т. Robbins и соавт. процедуры, включающей комбинацию таргетной внутриартериальной химиотерапии и предусматривающей введение больших доз цисплатина в верхние щитовидные артерии, внутривенным введением 5-фторурацила и лучевой терапией. Успехи в достижении локального контроля при использовании данной технологии велики. Но высока смертность, обусловленная химиотерапией, и отмечается большое число побочных эффектов. Актуальна разработка менее агрессивной, но не уступающей по эффективности RADPLAT технологии. Целью настоящего сообщения является анализ собственных результатов органосохраняющего лечения местнораспространенного рака гортани с использованием таргетных внутриартериальных эндоваскулярных вмешательств и лучевой терапии.

За период с декабря 2010г. по март 2013г. пролечено 32 пациента с III ст. T3-4N0-1M0 (n=25) и IVст. T4N2M1 (n=7) рака гортани. Химиотерапию проводили путем селективного введения цисплатина (50мг/м<sup>2</sup>) и 5-фторурацила (1000мг/м<sup>2</sup>) непосредственно в верхние щитовидные артерии. Методика введения препаратов



была следующей: медленно болюсно вводили 35 мг. цисплатина, затем 250 мг. 5-фторурацила, далее продолжали медленное чередующееся внутриаартериальное введение препаратов (в дозах: цисплатин 5 мг., 5-фторурацил 250 мг.) до достижения расчетной дозы. Продолжительность введения каждого болюса была не менее 45 минут. У 27 больных выполнено суперселективное введение препаратов в обе верхние щитовидные артерии, у 5 пациентов суперселективно в одну из щитовидных артерий и полуселективно с контрлатеральной стороны. Лучевая терапия в режиме мультифракционирования проводилась начиная со следующих суток после эндоваскулярного вмешательства (1,1 Гр. фракция x 2 раза в день, 5 дней в неделю, до достижения суммарной дозы 74-78 Гр. через 8-9 недель). Повторные эндоваскулярные процедуры повторялись у всех больных во время коротких перерывов в лучевой терапии по достижении СОД 26-30 Гр. и 50 Гр. У 18 пациентов во время второй эндоваскулярной процедуры после химиоинфузии осуществили эмболизацию дистальных мелких ветвей верхних щитовидных артерий с использованием частиц ПВА, или коллагеновой губки. Средний срок наблюдения за больными — 15,6 мес. Летальность составила 3,1%. Умер единственный больной с T4N2M1. Острых токсических эффектов и нейтропении не наблюдалось. Лучевой мукозит отмечен в одном случае. Улучшение дыхания и глотания отмечался у всех больных через 24 ч. после процедуры. Уменьшение опухоли на 30—50% отмечалось через 24—48 ч. после первого курса таргетной химиотерапии. При СОД 26—30 Гр. полный ответ получен у 27 (90,6%) пациентов. Полный ответ по окончании всего курса таргетной химиолучевой терапии был отмечен у 30 (93,8%) пациентов. У всех больных с III стадией гортань сохранена в течение первого года и признаков рецидива не отмечено. Ларингэктомия выполнена через 6 мес. только одному пациенту. Таким образом, предложенная методика органосохраняющего лечения является эффективной и обеспечивает высокую частоту локорегионарного контроля без снижения выживаемости.

## **Клиникоморфологические особенности меланомы кожи головы и шеи в Республике Марий Эл**

Л.Х. Мухаматгалеева, З.А. Афанасьева, В.В. Поляков  
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Казань  
ГБУ РМЭ «Республиканский онкологический диспансер», Йошкар-Ола

Меланома кожи головы и шеи составляют около 11—12% от меланом кожи всех локализаций и отличаются наиболее низкой выживаемостью, ранним регионарным и отдаленным метастазированием.

Цель исследования: изучить клинико-морфологические особенности меланомы кожи головы и шеи в Республике Марий Эл.

Материалы и методы.

Осуществлен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с диагнозом злокачественной меланомы кожи головы и шеи, находившихся на стационарном лечении в ГБУ РМЭ «Республиканский онкологический диспансер» с 2003 по 2012 гг.

Результаты. Специализированное лечение в ГБУ РМЭ «Республиканский онкологический диспансер» с 2003 по 2012 год получили 251 человек с диагнозом злокачественная меланома кожи. Распределение по локализации первичной опухоли была следующая: туловище — 41,8%, верхняя конечность — 14,3%, нижняя ко-

нечность—27,5%, голова и шея—10,8% и другие—5,6%. У 27 (10,8%) пациентов меланома располагалась на коже головы и шеи. Распределение больных меланомой кожи головы и шеи по сублокализации была следующей: волосистая часть головы—2 (7,4%) человека, щечная область—9 (33,3%), лобная область—2 (7,4%), ушная раковина—5 (18,5%), слизистая носа—1 (3,7%), височная область—3 (11,1%), шея—5 человек (18,5%).

В структуре заболеваемости меланомой кожи головы и шеи 14 человек (51,9%) приходится на жителей столицы, т.е. г.Йошкар-Олы, остальные 13 человек (48,1%) распределены по 14 муниципальным районам республики Марий Эл. При этом женщины составили 81,5% (22 больных), мужчины—18,5% (5 больных). Больные распределились по возрасту следующим образом: 30-40 лет—3 человека (11,1%), 41-50 лет—4 (14,8%), 51-60 лет—2 (7,4%), 61-70 лет—7 человек (25,9%). Максимальное число случаев приходилось на возрастную группу 71 год и старше—11 человек (40,7%). Патогистологически у 18 (66,7%) больных была диагностирована пигментная, у 4 больных (14,8%)—беспигментная меланома. У 5 (18,5%) больных патогистологическое заключение было «меланома» (без уточнения количества пигмента). По степени инвазии по Кларку больные распределились следующим образом: II уровень инвазии—у 3 больных (11,1%), III уровень—у 18 (66,7%), IV уровень—у 6 (22,2%) больных. У 21 чел (77,8%) была I стадия, у 5 (18,5%)—II стадия, у 1 человека (3,7%)—III стадия заболевания.

Широкое иссечение опухоли, в том числе и удаление ушной раковины, было выполнено у 25 больных (92,6%), широкое иссечение с лимфоаденэктомией—у 2 (7,4%). Комбинированное и комплексное лечение получили 5 (18,5%) из 27 больных.

Таким образом, в республике Марий Эл меланома кожи головы и шеи составляет 10,8%. Частота и структура данной патологии определяется возрастными особенностями—наиболее часто она встречается у женщин в возрасте старше 60-70 лет. У двух трети больных имела место пигментная меланома. Выявленные гендерно-возрастные и патоморфологические особенности меланомы кожи головы и шеи должны учитываться врачами общей лечебной сети для ранней диагностики заболевания.

## Использование сверхэластичных имплантатов из никелида титана в органосохраняющем лечении у больных раком гортани

М.Р. Мухамедов, Д.Е. Кульбакин, Е.Л. Чойнзонов, О.В. Черемисина, Н.В. Васильев, И.О. Спивакова  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН», Томск

В наше исследование включены больные раком гортани T2-3 N0-1M0, которым проведено комбинированное лечение с использованием на хирургическом этапе имплантатов из никелида титана. Органосохраняющее хирургическое лечение с эндопротезированием гортани включало в себя удаление опухоли гортани вместе с фрагментом щитовидного хряща с последующим замещением образовавшегося дефекта хряща имплантатом из пористого никелида титана и ушиванием операционной раны наглухо. Эндопротез в зависимости от дефекта щитовидного хряща гортани, моделируется ножницами, после чего производится восстановление каркаса гортани путем замещения ее резецированного фрагмента. После завершения установки, эн-



## РАЗДЕЛ 6

### ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕЙ

допротез по периметру укрывался отсепарованной ранее надхрящницей. Операция завершается ушиванием наружных мышц гортани и кожной раны наглухо. Всего по данной методике прооперировано 120 больных из них 118 (98,3 %) мужчин и 2 (1,7%) женщины.

В основу методики комбинированной реконструкции гортани положено создание каркасной основы гортани (при помощи конструкций из никелида титана) и создание внутренней выстилки реконструируемой гортани. Конструкции изготавливались на основе сверхэластичной ткани из никелида титана с формированием дубликатур, а также при помощи армирования рамкой из нанопроницаемой проволоки из никелида титана. По разрабатываемым методикам пролечено 19 больных раком гортани Т2-Т3 стадиями. Всем больным выполнялись различные виды органосохраняющих операций (от переднебоковой до субтотальной резекции) с реконструкцией эндопротезами из тканевого никелида титана.

Результаты. Во всех случаях отмечено точное соответствие конструкции из никелида титана объему и конфигурации возникшему дефекту гортани. Во всех случаях, по данным СКТ гортани, отмечено правильное стояние конструкции, без смещения. Внутренняя выстилка гортани во всех случаях была состоятельна. По данным эндоскопического исследования и СКТ гортани отмечена интеграция и воссоздание каркасной функции гортани при помощи созданной конструкции из никелида титана. Интеграция никелид титановой конструкции подтверждена результатами морфологического исследования. Средний срок деканюляции — 30 дней после операции. Оценка адекватности кровоснабжения реконструируемой стенки гортани осуществлялась при помощи доплеровского картирования зоны анастомозов и области реконструкции гортани (в раннем послеоперационном периоде). В позднем послеоперационном периоде (после месяца) и в плане динамического наблюдения за адекватностью кровотока выполнялось сцинтиграфическое исследование, с последующим совмещением данных СКТ гортани. Во всех случаях отмечена адекватность кровоснабжения. У двух больных (реконструкция при помощи префабрицированного мышечного аутотрансплантата) отмечено избыточное разрастание ткани по внутреннему контуру лоскута. Данным больным проведены корригирующие операции по восстановлению адекватного просвета гортани. Самостоятельное питание полностью восстанавливалось к 5-7 суткам после операции. Голосовая функция сохранена у 12 больных. В двух случаях отмечался продолженный рост опухоли, что потребовало выполнение ларингоэктомии.

Выводы. Импланты на основе никелида титана способны адекватно восстановить каркасную функцию гортани, без утяжеления послеоперационного периода. В создании внутренней выстилки реконструируемой гортани возможно применение, как местных, так и перемещенных (метод префабрикации) тканей. Необходим тщательный отбор больных и метода реконструкции для выполнения подобных органосохраняющих операций.

---

## Опыт выполнения реконструктивных операций при хирургическом лечении орофарингеального рака

О.Н. Нефедов, А.Д. Гащенко, П.И. Абоян, Р.Е. Костюк, Г.А. Забунян, П.Г. Овсиенко  
ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения  
Краснодарского края

**Введение.** Злокачественные опухоли орофарингеальной области представляют собой одну из сложнейших медико-социальных проблем современной онкологии и относятся к группе социально-значимых заболеваний, являясь одной из причин инвалидизации и смертности преимущественно трудоспособного населения. При местно-распространенных опухолевых процессах орофарингеальной зоны возможности стандартного комбинированного метода лечения, а также только лучевого или хирургического лечения ограничены. Радикальные операции связаны с высокой травматичностью и косметическими дефектами. Реабилитация данного контингента онкологических больных имеет не только морально-этическое, но и социально-экономическое значение, так как среди этих больных процент людей трудоспособного возраста достигает 40%. Поэтому в последние годы большое внимание уделяется ранней медицинской и социальной реабилитации больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и глотки, подвергшихся комбинированному лечению с выраженным калечащим хирургическим этапом. С целью повышения качества жизни этих пациентов активно разрабатываются новые методы хирургического лечения с реконструктивно-пластическим компонентом.

Целью данной работы является расширение возможностей хирургического лечения и улучшение качества жизни больных с местно-распространенным раком орофарингеальной зоны.

**Методика исследования и результаты.** В отделении опухолей головы и шеи за 3 последних года по поводу местно-распространенного рака орофарингеальной зоны выполнено 22 хирургических вмешательства с использованием одномоментной реконструктивной техники. У 8 (36%) пациентов использовался перемещенный кожно-мышечный лоскут с большой грудной мышцей, у 6 (27%) больных использовался перемещенный кожно-мышечный лоскут с грудинно-ключично-сосцевидной мышцей, у 2 (9%) пациентов — перемещенный кожно-мышечный лоскут с подкожной мышцей, у 5 (23%) — свободный кожно-фасциальный лучевой лоскут с микрососудистым анастомозом и у 1 (5%) реконструкция глотки и шейного отдела пищевода толстокишечно-брыжеечным аутоотрансплантатом на микрососудистом анастомозе. Для пластического закрытия послеоперационных дефектов орофарингеальной области нами применялись следующие аутоотрансплантаты: кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы; кожно-мышечный лоскут с включением грудинно-ключично-сосцевидной мышцы; кожно-мышечный лоскут с подкожной мышцей; свободный кожно-фасциальный лучевой лоскут с микрососудистым анастомозом.

Полная адаптация лоскута отмечена у 18-ти больных (81% от всех оперативных вмешательств), во всех случаях достигнуто заживление ран первичным натяжением. У 3-х пациентов (14%) развился краевой некроз перемещенного лоскута, что потребовало некрэктомии. У 1-го больного (5%) произошел тромбоз сосудистой ножки, лоскут был удален. У 3-х пациентов развилась несостоятельность кожно-слизистого шва с последующим вторичным заживлением, что составляет 14%. Хорошие функциональные и косметические результаты позволили вернуться к трудовой деятельности всем 22-ум больным. Функции глотания и речи восстановились полностью. Полученные результаты позволяют считать разработанную методику ме-



тодом первого выбора для пластики обширных дефектов орофарингеальной зоны у больных раком полости рта и глотки.

Выводы. Оптимальным решением хирургического лечения орофарингеального рака можно признать одноэтапную резекцию с реконструкцией. Кожно-мышечные и кожно-фасциальные лоскуты надежны, объемные и дают возможность выполнения одноэтапной реконструкции. Использование лоскутов с осевым типом кровоснабжения расширяет возможности выполнения органосохраняющих операций при обширных местно-распространенных опухолевых процессах орофарингеальной области, способствует достижению социальной адаптации пациентов, дает хорошие косметические и функциональные результаты. Следовательно, разработанные способы хирургических вмешательств позволяют избежать грубых нарушений в анатомо-топографических соотношениях тканей челюстно-лицевой области и сохранить основные функции дыхания и глотания, не нарушая онкологические принципы радикализма.

### **Применение метода ПЦР в режиме реального времени для выявления частоты встречаемости ВПЧ высокого онкогенного риска среди больных раком гортани**

Е. Г. Никитина, М. К. Мерзлякова, В. А. Бычков, Д. Е. Кульбакин, О. В. Черемисина,  
Л. Н. Уразова  
*ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск*

Выявление вирусносительства является весьма важным для определения тактики лечения пациента, прогнозирования течения заболевания, а также выживаемости. В настоящее время отмечается рост частоты встречаемости папилломавирус-позитивных опухолей области головы и шеи, что широко обсуждается в литературе (Gillison M., 2000; Шилова О.Ю., 2008; D'Souza et al., 2011). Отмечается тот факт, что если вирус и присутствует, то в очень малых количествах и весьма важным моментом является выбор метода и параметров проведения анализа (Singhi A.D. and Westra W.H., 2010). Для выявления ВПЧ в клетках ткани используют несколько методов — иммуноферментный анализ, иммуногистохимический метод определения уровня экспрессии p16 или для обнаружения вирусных белков E6 и E7, *in situ* гибридизация, но наиболее чувствительным методом в настоящее время является ПЦР (разные его варианты — классическая, в режиме реального времени, nested ПЦР). Однако, несмотря на высокую чувствительность этого метода, актуальными остаются такие вопросы как выбор праймеров, режим проведения реакции и количество повторов для проб. Цель исследования: анализ частоты встречаемости широкого спектра типов вируса папилломы человека высокого онкогенного риска (ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) в опухолевой и прилежащей нормальной ткани больных раком гортани. Работа проведена с использованием сертифицированных коммерческих наборов «АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин-титр-FL» и «АмплиСенс ВПЧ ВКР генотип-FL» (Россия) и метода ПЦР в режиме реального времени.

Для определения распространенности наиболее часто встречающихся при раке шейки матки типов вируса папилломы человека высокого онкогенного риска (ВПЧ ВКР) было проанализировано 25 парных образцов опухолей гортани (опухолевая и прилежащая нормальная ткань). Все пациенты имели верифицированный пер-

вичный диагноз злокачественного новообразования гортани T1-4NoMo. Средний возраст пациентов данной группы составил  $53,11 \pm 2,58$  года. Реакция ПЦР по определению вирусносительства проводилась в триplete, образцы, позитивные даже в 1 варианте, считались позитивными. Среди образцов опухолевой ткани уровень инфицированности ВПЧ ВКР составил 44%, что согласуется с данными литературы (Шилова О.Ю., 2008; Goon P.K.C., et al. 2009). При генотипировании вирус-позитивных образцов, ВПЧ удалось выявить только в 32% случаях (72,3% от вирус-позитивных при первой ПЦР). Причем образцы, позитивные в 1 из 3 пробирок при постановке первой ПЦР, подтверждались только в 40% случаев. При анализе прилежащей нормальной ткани позитивными являлись 8 образцов (32%), однако генотипирование подтвердило присутствие ВПЧ только в 20% из них (62,5% от вирус-позитивных при первой ПЦР). Спектр типов папилломавируса в ткани новообразований головы и шеи представлен тремя типами: ВПЧ16, ВПЧ33 и ВПЧ51. Наличие ДНК ВПЧ одного типа в опухолевой и нормальной тканях выявлено только в двух случаях, в остальных же вирус присутствовал либо в той, либо другой ткани, преимущественно в опухолевой. При использовании такого высокочувствительного метода, как ПЦР в режиме реального времени оправданным является проведение реакции в триplete, что позволяет снизить частоту ложноотрицательных результатов. Актуальным также является и подтверждение вирус-позитивных образцов другими методами, такими как nested ПЦР (имеющий более высокую чувствительность) или определение уровня экспрессии p16.

## **Наркоз Ксеноном при операциях на щитовидной железе. Характеристика клинических наблюдений и методика исследования**

Л.Л. Николаев, Н.Е. Буров, И.В. Молчанов, С.М. Федотова, Е.В. Кижаяев, С.Ф. Козеев, К.А. Тетерин

*Кафедра радиологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва*

Комплексные исследования проведены у 323 пациентов, находящихся на плановом лечении в клинике ГОУ ДПО РМАПО Росздрава за период с 2008 по 2012 гг. Распределение больных по характеру заболевания, возраста и риску анестезии. У всех больных применялась комбинированная эндотрахеальная ксенон-сберегающая анестезия.

Исследования проводились в динамике на 4-5 этапах анестезии. Изучались: показатели КОС и газового состава крови, гормоны (кортизол, инсулин, пролактин, ДГА-сульфат), электролитный состав крови, проводился мониторинг гемодинамики и транспорта O<sub>2</sub>, газового состава наркотической смеси, электрофизиологические исследования ЦНС (ЭЭГ и BIS- спектральный индекс), основные параметры метаболизма, КОС и газов, полученные при проведении анестезии ксеноном по закрытому контуру. Все показатели, как и при других режимах низкотоковой анестезии носили устойчивый характер. И отражались на стабильности ксеноновой анестезии при всех режимах низкотоковой анестезии. В целях оценки адекватности ксеноновой анестезии был исследован гормональный уровень кортизола, пролактина, инсулина и ДГА-сульфата.



Потенцирующий эффект фентанила был сильнее, чем налбуфина. Но при этом уровень кортизола не выходил за пределы физиологических колебаний и не было статистически достоверных различий в содержании кортизола в крови на этапах исследования. Это дало нам основание отказаться от применения наркотических анальгетиков, как компонента ксенонной анестезии, в пользу ненаркотических анальгетиков при операциях на поверхности тела. Отмечены тенденции к различию в подгруппах фентанила и налбуфина в показателях пролактина и ДГА-сульфата, которые могут свидетельствовать о более выраженном наркотическом потенциале фентанила. Исследования показали, что налбуфин потенцирует эффект ксенона, а это указывает на то, что действие ксенона не связано с блокадой опиатных систем. Если бы у ксенона были признаки действия на опиат-рецепторы, то налбуфин, как и налоксон, были бы антагонистами к ксенону. Клинико-биохимические, гемодинамические, гормональные, функциональные и электрофизиологические критерии свидетельствуют о надежной анестезиологической защите организма при различных режимах низкочастотной анестезии ксенонном.

### **Интраоперационная лучевая терапия в комбинированном лечении больных злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух**

В.А. Новиков, Е.Л. Чойнзонов, О.В. Грибова, Л.И. Мусабаева  
*ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск*

Интраоперационная лучевая терапия, проводимая в НИИ онкологии СО РАМН г. Томска с 1989 года при комбинированном лечении злокачественных новообразований, в преобладающем большинстве случаев дополняется дистанционной гамма-терапией (ДГТ). Проведение предоперационного курса ДГТ на первом этапе комбинированного лечения с последующей операцией и ИОЛТ чаще осуществляется у больных с местно-распространёнными формами злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы. Интраоперационная лучевая терапия проводится в специальном операционном блоке, где расположен малогабаритный, импульсный бетатрон МИБ—6Э с выведенным пучком электронов средней энергией 6 МэВ. Облучение проводилось «ложа» удаленной опухоли или зоны наибольшего риска возникновения рецидивов. В исследование было включено 67 больных. Средний возраст 50,0 ± 2,1 лет. Основная группа: 47 больных с местно-распространёнными злокачественными новообразованиями получали на первом этапе предоперационную дистанционную гамма—терапию в режиме: РОД 3,0 Гр, 5 фракций в неделю, 10—12 фракций, СОД 38—44 Гр по изоэффекту стандартного курса облучения. Через 3—20 суток после окончания курса ДГТ больным выполнялось оперативное вмешательство с ИОЛТ в однократной дозе 8—12 Гр. Таким образом, курсовая доза смешанного облучения составляла 60—76 изоГр. Контрольная группа: 20 больным проводили стандартную послеоперационную ДГТ в СОД 40—45 Гр.

Результаты и выводы. В основной группе пятилетняя выживаемость составила 70,9 % ± 3,6 (32 из 47 больных), в контрольной группе после операции и стандартной послеоперационной лучевой терапии в дозе 40 Гр—51,5 % ± 2,1 % (9 из 20 пациентов). Данные статистически достоверны (p=0,05). Показатели пятилетней

---

безрецидивной выживаемости: в основной группе, пять лет без признаков местного рецидива живы (32 из 47) больных, что составило  $69,8 \% \pm 4,2$  в группе контроля— $45,3 \% \pm 4,7 \%$  (7 из 20 больных). Различия статистически значимы ( $p=0,05$ ). Внешне видимых лучевых повреждений кожи и подкожной клетчатки у больных с опухолями полости носа и околоносовых пазух основной группы за пятилетний срок наблюдения выявлено не было. Таким образом, разработанный метод комбинированного лечения опухолей полости носа и околоносовых пазух, включающий предоперационную дистанционную гамма терапию, оперативное вмешательство, интраоперационную лучевую терапию пучком электронов 6 МэВ стенка послеоперационной полости позволил повысить суммарную дозу в патологическом очаге до 65—75 Гр и провести реабилитационные мероприятия. Дополнительное облучение электронным пучком зон наиболее вероятного рецидивирования позволяет снизить частоту рецидивов и увеличить продолжительность жизни больных. При этом поверхностно расположенные здоровые ткани (кожа, подкожная жировая клетчатка, мышцы и некоторые костные структуры) выводятся из поля дополнительного облучения быстрыми электронами, избегают переоблучения и сохраняют способность к регенерации и интеграции с никелидтитановыми имплантатами.

## Методики улучшения качества речи у больных после ларингэктомии с голосовыми протезами

Е. Н. Новожилова, А. П. Федотов, И. Ф. Чумаков.  
*Московская городская онкологическая больница № 62*

Качество голоса у ларингэктомированных больных с голосовыми протезами в первую очередь, зависит от возможности свободного прохождения воздуха по глоточно-пищеводному сегменту. Основным препятствием для свободного голосообразования является фарингоспазм. Он характеризуется тем, что несмотря на наличие голосового протеза, больной либо совсем не может разговаривать, либо делает это с большим усилием. Качество такой речи не удовлетворяет ни больного, ни врача.

Наиболее часто мы наблюдаем фарингоспазм у больных, оперированных нами много лет назад или в др. лечебных учреждениях (до применения голосового протезирования).. Со временем в глоточно-пищеводном сегменте сформировался плотный каркас рубцовых тканей, который как «песочные часы», образовал препятствие для прохождения воздуха. При этом удивительно, но кандидаты на протезирование, имеющие фарингоспазм, как правило, не отмечают явлений дисфагии. При рентгенологическом исследовании и эзофагоскопии в глотке и пищеводе не определяется рубцовых сужений.

Наиболее надежным для диагностики фарингоспазма мы считаем инсuffляционный тест (с вдуванием воздуха в пищевод).

При оценке этой пробы различают 3 категории ответов:

а) положительная проба характеризуется нормальным тонусом констрикторов глотки. б) отрицательная проба характеризуется спазмом констрикторов глотки. Больной не может продуть воздух из пищевода в глотку. Фоная отсутствует. Показана миотомия.

в) сомнительная проба-воздух проходит из пищевода в глотку. Больной произносит отдельные слова, но с большим напряжением. Нами было установлено, что



в сомнительных случаях (при гипертонусе) целесообразно применять пищеводную манометрию. Если давление в фаринго-эзофагальном сегменте превышает 60 мм.вд. ст.- миотомия абсолютно показана.

Предложено несколько путей купирования фарингоспазма: 1) отказ от сшивания сжимателей глотки (M. Clevens et al.1993); но, как указывают авторы этой методики, при этом существенно возрастает частота формирования глоточных свищей.

2) Разрушение нервов, иннервирующих глоточно-пищеводный сегмент и сжиматели глотки-нейрэктомия. Однако, эта методика не дала ожидаемого результата, так как этот нерв иннервирует обычно не все сжиматели глотки и нередко имеет разветвленный тип, что затрудняет его выделение.

3) «Химическая нейротомия» предполагает введение в область глоточного сплетения бутулинического нейротоксина («ботокса»). Однако, эта методика дорогостоящая, а продолжительность действия препарата не превышает 6 месяцев.

Нами была разработана методика миотомии констрикторов глотки, которая позволяет надежно купировать фарингоспзм и гипертонус. Техника этой операции различна при первичном и отсроченном протезировании (патент РФ на изобретение № 2305507). Методика отсроченной миотомии (применена у 97 больных) предполагает боковой доступ к глотке и пищеводу и рассечение констрикторов по задне-боковой линии на всем протяжении (от уровня основания языка до входа в пищевод).

При интраоперационном протезировании (147 больных) миотомия производится «на открытой глотке»; рассечение констрикторов проводят по средней линии. В этом случае имеется хороший доступ к глотке и не нарушены анатомические взаимоотношения тканей. При этом мы не получили увеличения числа осложнений в виде глоточных свищей.

## Рак щитовидной железы у больных с многоузловым зобом

*О. С. Олифирова, С. В. Кналян*

*ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск*

Рак щитовидной железы (РЩЖ) у больных с многоузловым зобом (МУЗ) встречается в 2,4—31,4% наблюдений. Однако из-за гетерогенности поражения щитовидной железы (ЩЖ) верификация рака значительно сложнее, чем у больных солитарными узлами РЩЖ.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и хирургического лечения 1006 больных с МУЗ. Для диагностики были использованы УЗИ ЩЖ, ЦДК (цветное доплеровское картирование) тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) с цитологическим исследованием, исследование гормонов ЩЖ и ТТГ, МРТ (по показаниям).

Результаты. РЩЖ установлен у 94 (8,8%) среди всех больных с МУЗ, причем преимущественно—у женщин (94,7%) в возрасте от 41 до 60 лет. По сравнению с солитарным РЩЖ у этих больных был более продолжительный анамнестический период (выше 3 лет) и наличие компрессионного синдрома. Чаще наблюдали солитарный РЩЖ среди множества узлов доброкачественного характера. Преобладал РЩЖ I—II стадии. Более чем в 90% были высокодифференцированные формы РЩЖ, из них—фолликулярный РЩЖ в 51,1%. Дооперационные диагностические ошибки у этой группы больных составили 18%. Трудности в дифференциальной диагностике возникали при

идентификации фокуса рака среди множественных образований различной гистоструктуры. На основании характерных сонографических признаков РЩЖ у больных МУЗ установлен лишь в 54,3%, причем чувствительность УЗИ составила 54,3%, а специфичность—90,6%. Диагностические показатели УЗИ в оценке РЩЖ у больных МУЗ оказались самыми низкими из всех оцениваемых вариантов патологии ЩЖ. Для более точного выбора пункции узлов использовали ЦДК. Применение ЦДК позволило на фоне многоузловой патологии выделять узловые образования с интранодулярным и смешанным типами кровотока и с учетом других ультразвуковых признаков считать их маркерами локусов для ТАПБ. В результате ЦДК чувствительность возросла до 72,7%, а специфичность—92,5%. Кроме того, у больных МУЗ считали показанными тиреоидэктомию и предельно-субтотальную резекцию ЩЖ. В случаях послеоперационного выявления РЩЖ эти объемы операций являлись адекватными и, как правило, не требовали дополнительных оперативных вмешательств.

**Заключение.** Применение ЦДК расширяет возможности ультразвуковой диагностики РЩЖ у больных МУЗ и способствует более точному выполнению ТАПБ. Выполнение тиреоидэктомии и предельно-субтотальной резекции ЩЖ у больных МУЗ является адекватным объемом оперативного лечения при РЩЖ и профилактикой рецидива заболевания.

## Результаты исследования онкомаркера у больных с фолликулярной опухолью щитовидной железы

О.С. Олифирова, С.В. Кналян

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

**Цель исследования:** оценка возможности применения онкомаркера (галектин-3) методом ИФА в дифференциальной диагностике у больных с фолликулярной опухолью щитовидной железы (ЩЖ).

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов обследования 17 больных с предоперационным диагнозом фолликулярная опухоль ЩЖ. Из них 16 (97,7%) женщины и 1 (2,3%) мужчина. Средний возраст—51,5 ± 2,1 лет. Диагностические методы: исследование гормонов ЩЖ, тиреоглобулина, УЗИ ЩЖ, цветное доплеровское картирование (ЦДК) ЩЖ, тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) под контролем УЗИ, сканирование ЩЖ при тиреотоксикозе, послеоперационное гистологическое исследование ЩЖ. Галектин-3 определяли в сыворотке крови и клеточном аспирате, полученном при ТАБ из узлов ЩЖ методом ИФА.

**Результаты.** В результате послеоперационного гистологического исследования у 7 больных был верифицирован рак ЩЖ, а у 10—доброкачественные заболевания ЩЖ (ДЗЩЖ). Оказалось, что содержание галектина-3 у больных раком ЩЖ в сыворотке крови (0,78 ± 0,03 нг/мл) и смывах из узловых образований (4,6 ± 2,1 нг/мл) превышало аналогичные показатели больных ДЗЩЖ (0,31 ± 0,1 нг/мл и 0,65 ± 0,1 нг/мл, соответственно). Причем средний уровень галектина-3 в смывах из злокачественных узловых образований был выше, чем в сыворотке крови этих же больных. Полученные результаты исследования позволяют предполагать возможность использования метода ИФА с определением галектина-3 в качестве дополнительного параметра для комплексной дифференциальной диагностики у больных с неопределенным цитологическим диагнозом «фолликулярная опухоль» ЩЖ.



Заключение. Проведенные исследования выявили различия в количественном содержании галектина-3 у больных раком ЩЖ и ДЗЩЖ. Установлено, что средние значения галектина-3 в сыворотке крови и смывах из узловых образований ЩЖ у больных раком ЩЖ были достоверно выше, чем у больных с ДЗЩЖ. Причем уровень галектина-3 в смывах из злокачественных опухолей ЩЖ превышал его содержание в сыворотке крови этих же больных.

## **Эндоваскулярное и хирургическое лечение гемангиоэндотелиомы твердого неба**

М.С. Ольшанский, Н.Н. Коротких, И.В. Степанов  
*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
МЗ РФ*

Встречаемость эпителиоидной гемангиоэндотелиомы (ЭГ) в полости рта крайне редка. В англоязычной литературе с 1975г. по настоящее время описано всего около 40 случаев. При этом большинство авторов приводят описание одного—двух наблюдений. Основным методом лечения является иссечение образования в пределах здоровых тканей, однако, обильная васкуляризация опухоли и анатомо-физиологические особенности лица не всегда позволяют выполнить радикальное вмешательство. Мы проводим наше сообщение, в котором в качестве первого этапа комплексного лечения ЭГ твердого неба, была выполнена селективная двухсторонняя эндоваскулярная эмболизация дистальных ветвей верхнечелюстных артерий, а вторым этапом—иссечение опухоли. Больной А., 55 лет, поступил 24.05.2010г. с жалобами на наличие кровотокащего образования, занимающего всю площадь твердого неба, и распространяющегося от фронтального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти до границы с мягким небом. Отмечается дискомфорт при приеме пищи и нечеткость речи. Появление образования отмечено было около двух лет назад. Оно было относительно подвижным, безболезненным, размером с грецкий орех, затем медленно увеличивалось, распространяясь в сторону мягкого неба и фронтального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти. При КТ с внутривенным контрастированием визуализировано мягкотканое образование твердого неба, 60x15x35мм с богатым кровоснабжением из верхнечелюстных артерий. По результатам биопсии и гистологического исследования получено заключение о наличии ЭГ. Учитывая сосудистое происхождение и гипervasкулярный характер новообразования решено выполнить двухстороннюю селективную ангиографию с последующей эмболизацией. Эмболизация афферентных сосудов опухоли была успешно проведена частицами поливинилалкоголя 350-500 мкм. Получен хороший ангиографический результат—отсутствие контрастирования сосудов образования. На следующий день под нейролептаналгезией и местной анестезией выполнено практически бескровное удаление опухоли. Заживление раны происходило вторичным натяжением. Через 1 месяц у больного исчезли все жалобы, полностью восстановилась речь. Через 6 месяцев осуществлено протезирование полости рта. В течение всего срока наблюдения 1, 3, 6, 12, 18, 24 мес. после комбинированного эндоваскулярного и хирургического лечения—признаков рецидива заболевания не выявлено. Жалоб нет. Отсутствует дискомфорт при приеме пищи. Речь пациента стала внятной и понятной окружающим.

---

Таким образом, применение в качестве первого этапа лечения гиперваскулярной опухоли твердого неба селективной эндоваскулярной эмболотерапии позволило устранить риск кровотечения при последующем хирургическом вмешательстве. Комбинация методов эндоваскулярной эмболотерапии и традиционной хирургии приводит к хорошим эстетическим и функциональным результатам с минимальным хирургическим риском.

Приведенное наблюдение ещё раз подчеркивает значимость рентгено-эндоваскулярных методов в диагностике и лечении сосудистых новообразований головы и указывает на то обстоятельство, что монотерапия уступает место комплексному подходу.

## **Комбинированное лечение больных местнораспространенным раком гортани и гортаноглотки с применением различных режимов фракционирования предоперационной лучевой и химиолучевой терапии**

В.А. Панкратов, В.Г. Андреев, Э.Д. Акки, В.А. Рожнов, С.Н. Вдовина, М.Е. Буякова  
*ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава РФ, Обнинск*

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных местнораспространенным раком гортани и гортаноглотки на основе совершенствования методик предоперационного лучевого воздействия в сочетании с одновременным использованием полихимиотерапии.

Материалы и методы. Исследование основывается на результатах лечения 400 больных раком гортани и гортаноглотки с распространенностью опухолевого процесса T3-4N0-3M0, которым на I этапе одновременно с лучевой терапией в различных режимах фракционирования дозы (традиционный по 2Гр ежедневно, суперфракционирования по 1+1Гр ежедневно, неравномерный 1+1Гр, и 1+3Гр, предоперационно-концентрированный по 5Гр 2 раза в неделю до СОД 20Гр с последующим неотсроченным хирургическим вмешательством), проведена системная полихимиотерапия. У 180 пациентов, в связи со слабой регрессией, опухоль признана радиорезистентной и им на 2-ом этапе проведено хирургическое лечение. В контрольной группе 323 пациента с радиорезистентным раком гортани были пролечены по аналогичным методикам, но без проведения системной полихимиотерапии.

Результаты. Показатели пятилетней безрецидивной и общей выживаемости были наиболее высокими при применении неравномерного режима фракционирования дозы  $85,7 \pm 6,6\%$  и  $89,3 \pm 5,8\%$ , и при предоперационно-концентрированном режиме с применением укрупненных фракций лучевой терапии, где выживаемость составила  $91,0 \pm 6,1\%$ . При сравнении с контрольной группой, где полихимиотерапия не применялась, безрецидивная и общая выживаемость была также высокой в группах с аналогичными режимами фракционирования дозы: при неравномерном режиме фракционирования живы без рецидива  $53,3 \pm 12,9\%$ ,  $P < 0,05$ , общая выживаемость равнялась  $66,7 \pm 12,2\%$ .  $P < 0,2$ . При предоперационно-концентрированном режиме фракционирования живы без рецидива  $44,4 \pm 4,6\%$   $P < 0,001$ , живы всего  $48,5 \pm 2,8\%$   $P < 0,01$ . Безрецидивная и общая выживаемость всей исследуемой группы, где применялась одновременная химиолучевая терапия в различных режимах фракционирования, была значительно выше, чем в контрольной группе и составила  $79,4 \pm 3,0\%$



и  $82,8 \pm 2,8\%$ . В контрольной группе данные показатели были следующими: безрецидивная выживаемость  $47,4 \pm 2,8\%$   $P < 0,001$ , а общая —  $51,7 \pm 2,8\%$   $P < 0,001$ .

Выводы. Повышение эффективности комбинированного лечения радиорезистентных форм рака гортани и гортаноглотки с операцией на 2 этапе и увеличение продолжительности жизни больных с III-IV стадией заболевания достигается применением предоперационного облучения одновременно с полихимиотерапией на I этапе с использованием при этом режима укрупненных фракций лучевого воздействия.

## Восстановление дефектов глотки после удаления гортани

А. А. Подоскин, В. Г. Ежов, Е. Д. Панов, Е. А. Карапетян  
*БУЗ ВО ВОКОД, Вологда*

В ряде случаев у больных злокачественными новообразованиями гортани после удаления в послеоперационном периоде возникают стойкие дефекты нижних отделов глотки, вследствие чего затруднен прием пищи, а пациенты длительное время находятся на зондовом питании.

У 238 больных распространенными раком гортани III—IV стадии в разные сроки после окончания дистанционной  $\gamma$ -терапии в СОД—40—70 Гр. по поводу остаточной опухоли или рецидива заболевания произведены различные по объему ларингэктомии. Среди них—ларингэктомии—148, расширенные ларингэктомии с резекцией глотки и ее ушиванием—75, расширенные ларингэктомии с резекцией глотки, корня языка, шейного отдела пищевода и наложением плановой фарингостомы—15. У 84 (35,3 %) больных в послеоперационном периоде образовались стойкие дефекты глотки, причем после дистанционной  $\gamma$ -терапии в СОД—40 Гр—20, а после СОД—70 Гр. у 64.

К стойким дефектам нижних отделов глотки относились: глоточные свищи—площадь дефекта до  $0,5 \text{ см}^2$ —48 больных, а с большими дефектами и фарингостомами—36. В зависимости от размеров дефектов глотки, 20 больных питались самостоятельно и нуждались в перевязках после приема пищи, а остальные постоянно принимали пищу через зонд, вводимый через эзофагостому в пищевод.

Пластическое закрытие глоточных свищей и фарингостом обычно производили в сроки от 4 до 6 месяцев после ларингэктомии, к этому времени обычно стихало пери-фокальное воспаление, восстанавливалась структура кожи и тканей в области дефектов.

Технически операция по устранению дефекта нижних отделов глотки заключалась в двух этапах: первый—формирование внутренней выстилки недостающей части глотки и шейного отдела пищевода, второй—устранение дефекта кожи шеи. Во всех случаях внутренняя выстилка формировалась за счет кожи окружающей дефект и части слизистой глотки таким образом, чтобы просвет сформированной глотки был не менее  $2,0$ — $2,5 \text{ см}$  в диаметре, что позволяет избежать в последующем ее сужения.

После формирования внутренней выстилки образовывался дефект кожи шеи площадью от 4 до  $30 \text{ см}^2$ . У 11 пациентов дефекты кожи до  $15 \text{ см}^2$  закрывались путем перемещения кожных лоскутов, окружающих сформированную внутреннюю выстилку, различных конфигураций. У 26 больных для закрытия дефекта использовался дельтопекторальный кожно-жировой лоскут. Этот лоскут выкраивался в левой дельтопекторальной области с формированием питающей ножки в проекции рукоятки грудины.

---

Питание больных в послеоперационном периоде осуществлялось через носопищеводный зонд или парентерально.

Существенных осложнений в послеоперационном периоде не было, лишь у 5 больных образовались глоточные свищи потребовавшие их повторного пластического закрытия.

Данный метод позволяет осуществить пластику дефекта глотки с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Восстановление приема пищи естественным путем улучшает качество жизни больных раком гортани после комбинированного лечения, появляется возможность развития шепотной речи, что также способствует их социальной адаптации.

## Фотодинамическая терапия в лечении рака языка

В.В. Польшкин, В.С. Медведев, М.А. Каплан, Д.Ю. Сёмин, И.С. Спиченкова,  
В.Н. Капинус, П.А. Исаев  
*ФГБУ МРНЦ Минздрава России, Обнинск*

Цель исследования: оценка эффективности методики фотодинамической терапии (ФДТ) с использованием фотосенсибилизатора (ФС) «Фотолон» в лечении рака языка.

Материалы и методы: в основу работы положено наблюдение 22 больных плоскоклеточным раком языка. Следует отметить, что у 12 больных опухоли были рецидивными. Метастазы в регионарные лимфатические узлы до лечения выявлены у 3 человек. Все больные были разделены на 3 клинические группы: 1) у 11 больных ФДТ была проведена в качестве самостоятельного метода лечения, 2) у 5 — на первом этапе комплексного лечения проводили дистанционную гамма-терапию до СОД 40-44 Гр и полихимиотерапию цисплатином (100 мг/м<sup>2</sup>) и 5-фторурацилом (3000 мг), на втором этапе через 7-14 дней — ФДТ, 3) у 6 — на первом этапе комплексного лечения проводилась внутритканевая нейтронная терапия штырьковыми источниками калифорния-252 до СОД 3-5 Гр с одновременной полихимиотерапией цисплатином (100 мг/м<sup>2</sup>) и 5-фторурацилом (3000 мг), на втором этапе через 4-7 дней проводили ФДТ. В качестве фотосенсибилизатора использовался препарат «Фотолон» в дозах 1,0–2,5 мг/кг. При проведении ФДТ использовали плотность мощности светового излучения 0,2-0,68 Вт/см<sup>2</sup>, в большинстве случаев была равна 0,39-0,47 Вт/см<sup>2</sup>. К опухолям подводилось лазерное излучение с плотность энергии — 200-400 Дж/см<sup>2</sup>. В первой группе Т1 диагностирована 2 пациентов, Т3 — 1, рецидивные — 8; во второй группе Т1 — 1 пациента, Т3 — 3, рецидивные — 1; в третьей группе Т1 — 2 пациентов, Т2 — 1, рецидивные — 3 пациентов.

Результаты. После ФДТ клинически и морфологически подтверждённая полная регрессия опухоли независимо от степени распространённости и проведенного лечения была отмечена у 20 больных (90,9%), частичная — у 2 (9,1%). Таким образом, общий ответ на лечение, т.е. сумма полных и частичных регрессий, составил 100%. Средняя продолжительность динамического наблюдения за больными в изучаемых группах составила 33 месяца. Трехлетняя общая выживаемость независимо от локализации, степени распространения опухолевого процесса и методики лечения составила 72,1±12,2%. В процессе динамического наблюдения от прогрессирования основного заболевания умерло 4 пациента. В различные сроки наблюдения реци-



див первичной опухоли отмечен у 4 (20%), рецидив метастазов в лимфатические узлы шеи—у 4 пациентов. В случае выявления рецидива либо продолженного роста проводились повторные курсы ФДТ и/или традиционные методы лечения (лучевая терапия, хирургические вмешательства).

Выводы. ФДТ с ФС «Фотолон» позволяет проводить эффективное лечение рака языка, имеет органосохраняющую направленность, не вызывают функциональных и косметических нарушений, не обладают выраженной кожной фототоксичностью, не вызывают дыхательных, гемодинамических расстройств, изменений клеточного состава крови и биохимических показателей.

### Тактика лечения местнораспространенного рака гортани с дыхательной недостаточностью

А.Д. Постолаке, В.А. Дарий, Г.А. Цыбырнэ.  
*Институт Онкологии, Кишинев*

Рак гортани составляет более 50% опухолей ЛОР органов, или 5-7% из общетого числа злокачественных новообразований. В 2000 году в России число вновь заболевших раком гортани составило 7,8 на 100 тыс. населения. В республике Молдова заболеваемость раком гортани составило 3,7 на 100 тыс. населения в 2006 году. Заболевание, преобладающее у мужчин, чаще встречается у курильщиков—около 98% случаев (стаж курения 15-20 лет). Самый поражаемый возраст 40-60 лет. В 65-70% случаев больные раком гортани диагностируются и начинают лечение в III—IV стадиях заболевания. В 60-65% случаев больные обращаются с выраженной дыхательной недостаточностью, Главным и наиболее эффективным методом лечения местно-распространенного рака гортани является комбинированным, где оперативное вмешательство имеет основное значение и на первом этапе больному выполняется ларингэктомия.

Из 150 первичных больных, около 35-ти поступают в отделение опухолей головы и шеи с острой дыхательной недостаточностью. На протяжении 2001-2011 года в Институте Онкологии Республики Молдова были пролечены 211 больных с местно-распространенными стадиями рака гортани с дыхательной недостаточностью. Был сделан анализ комбинированного лечения различных групп больных излеченных в одинаковых стадиях распространенности процесса (III-IV стадия).

Первая группа—116 больных, которым на I этапе лечения была произведена срочная ларингэктомия, на II этапе комбинированного лечения послеоперационный курс лучевой терапии—40Gr.

Вторая группа—95 больных, которым произведена срочная трахеостома, плановая ларингэктомия и послеоперационный курс лучевой терапии—40Gr.

В результате разработано специальное хирургическое вмешательство, которое заключается в следующем: при распространении злокачественного процесса ниже перешейка щитовидной железы, в блок удаляемых тканей, кроме гортани, включены 4-5 верхних колец трахеи (нижняя расширенная ларингэктомия).

Анализ непосредственных и отдаленных результатов, в зависимости от варианта комбинированного лечения местно-распространенного рака гортани, выявил наиболее лучшие показатели безрецидивного течения и продолжительности жизни в первой

---

группе наблюдения, где продолжительность лечения уменьшается на 10-12 дней. 3-х летняя продолжительность жизни пациентов без рецидивов и метастазов составляет в I группе—63%, во II группе—50%, и выживаемость больных составляет 59% при III стадии и 45% при IV стадии заболевания.

## **Диагностика метастазов меланомы кожи головы и шеи методом цветного доплеровского картирования**

З.А.-Г. Раджабова, Р.И. Вагнер, Е.В. Костромина, А.С. Барчук  
*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова», МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Цель: Выработка адекватных показаний к выполнению регионарной лимфаденэктомии при меланоме кожи головы и шеи.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов с первичной меланомой кожи головы и шеи без клинически определяемых метастазов в лимфатических узлах. Первичная опухоль у 22 (55%) пациентов располагалась на коже лица, у 8(20%) - на коже волосистой части головы, у 6 (15%) на коже ушной раковины и у 4 (10%) на коже шеи. Всем пациентам до хирургического лечения выполнено сонографическое исследование регионарного лимфатического аппарата с использованием цветного доплеровского картирования (ЦДК) (Патент на изобретение: “Способ ранней диагностики регионарного метастазирования у больных с меланомой кожи” № 2326600). Были исследованы показатели ЦДК—это индекс резистентности, пиковая систолическая скорость кровотока, конечная диастолическая скорость, индекс Стюарта. Исследованы все группы лимфатических узлов шеи. Из 40 пациентов по результатам ЦДК были получены данные о наличии метастазов у 11 (27,5%) пациентов, пораженными считались предушные (у 5 человек) лимфатические узлы, средне-яремные лимфатические узлы (4 человека) - лимфатические узлы и лимфатические узлы сонного треугольника (у 2) . Из 29 (72,5%) пациентов, у которых были исследованы все группы лимфатических узлов на шее, у 2 (6%) первичная опухоль располагалась на волосистой части головы в теменно-затылочной области и в предушной области, регионарные лимфатические узлы заушной и затылочной областей были расценены как подозрительные на метастатическое поражение. У остальных 27 пациентов по данным доплерографии метастазирования не выявлено. Всем 40 пациентам при иссечении первичной опухоли также выполнена биопсия тех лимфатических узлов, которые были исследованы при доплерографии и маркированы для биопсии, они же являлись ближайшими к первичной опухоли и обозначены как «сторожевые», с последующим срочным и плановым гистологическим исследованием. При выявлении метастазов опухоли в этом «сторожевом» лимфатическом узле пациенту выполнялась одномоментная или отсроченная регионарная лимфаденэктомия, при отсутствии метастазов операция на этом завершилась.

Результаты. При срочном гистологическом исследовании удаленных лимфатических узлов у 11 пациентов выявлены метастазы опухоли, а у 29 исследованных— их отсутствие). Весь удаленный гистологический материал подвергнут плановому гистологическому исследованию, выполнено также ИГХИ. У 2 пациентов с локализацией первичной опухоли на коже теменно-затылочной области и в предушной областях, подозрительных на метастатическое поражение лимфатических узлов при доплерографии, выполненные серийно-ступенчатые срезы и ИГХИ, выявили микрометастазы,



что подтверждает совпадение доплерографического и планового гистологического результатов. Полученные данные, позволяют сделать вывод, что сонография с использованием ЦДК имеет высокую информативность и может быть использована в диагностическом алгоритме раннего выявления метастазов меланомы кожи.

## **Сравнительная оценка переносимости разнофракционной химиолучевой терапии плоскоклеточного рака полости рта и ротоглотки**

М.У. Раджапова, И.А. Гулидов, К.Б. Гордон, Д.Ю. Семин, О.Г. Лепилина  
*ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр МЗ РФ», Обнинск*

При химиолучевой терапии важен выбор методик фракционирования дневной дозы, использование которых позволит эффективно воздействовать на опухоль и сведет к минимуму риск возникновения тяжелых лучевых реакций и поздних лучевых повреждений нормальных тканей и органов.

Целью настоящего исследования является сравнительная оценка раннего и позднего местного токсического эффекта разнофракционной химиолучевой и стандартной лучевой терапии (СЛТ) больных раком полости рта и ротоглотки.

Пациенты (n=233) в зависимости от метода лечения были распределены по трем основным лечебным группам. Больным первой группы проводилась СЛТ в самостоятельном варианте — разовая очаговая доза 2Гр пять раз в неделю до суммарной очаговой дозы (СОД) 60Гр. Во второй и третьей группах пациентам проводили одновременную химиолучевую терапию с неравномерным подведением ежедневной дозы облучения. При этом во второй группе использовали дробление дозы на две фракции 1Гр и 1,5Гр, а в третьей применили фракционирование в режиме 1Гр+2Гр с 4-6 часовым интервалом до СОД 60Гр.

Дистанционная гамма-терапия в статическом режиме проводилась на установках типа Рокус-АМ. Первичную опухоль с лимфатическими узлами первого регионарного барьера облучали через противоположные боковые поля. Среднюю и нижнюю группы лимфатических узлов шеи облучали через прямое переднее и заднее поле с экранированием хрящей гортани и спинного мозга. Интактные лимфатические узлы облучали до СОД в диапазоне 44–46Гр, метастатические — 56-60Гр.

В схему полихимиотерапии (ПХТ) были включены два препарата — цисплатин и 5-фторурацил. Всего одновременно с лучевой терапией проводили два цикла ПХТ с интервалом в 21 день.

Следует отметить, что независимо от метода лечения острые лучевые реакции на слизистых оболочках возникали у 100% пациентов и носили характер мукозитов различной тяжести в основном второй и третьей степени и у единичных больных — первой. Оценка данных показала, что при химиолучевой терапии с дроблением дневной дозы 1Гр+1,5Гр и фракционированием 1Гр+2Гр частота возникновения тяжелых мукозитов (3 степени) составила 40,5% и 77,8% случаев, соответственно, против 52,7% при стандартном лучевом лечении. Полученные данные свидетельствуют о достоверном (P<0,05) увеличении тяжелых мукозитов при химиолучевой терапии с фракционированием дозы 1Гр+2Гр по сравнению с другими методами лечения.

Поздние лучевые повреждения независимо от метода лечения в различные сроки возникли у 31 из 221 (14,0%) пациента. В анализ не включены пациенты, умершие от основного заболевания в сроки до трех месяцев после окончания терапии. При этом после химиолучевой терапии с дроблением дозы 1Гр+1,5Гр и 1Гр+2Гр они имели место у 8 из 90 (8,9%) и у 4 из 37 (10,8%) больных соответственно, а после стандартного лучевого лечения—у 19 из 94 (20,2%;  $P>0,05$ ) пациентов.

Полученные данные свидетельствуют, что после химиолучевой терапии в режиме фракционирования ежедневной дозы 1Гр+1,5Гр и 1Гр+2Гр с 4-6 часовым интервалом до СОД 60Гр не отмечается увеличения поздней местной токсичности по сравнению со стандартным лучевым лечением. Сопутствующее усиление ранних лучевых реакций при режиме фракционирования 1Гр+2Гр рассматривается как не представляющее угрозы для жизни и в значительной мере купируется при лучшем уходе за больными.

## Методики ультразвуковой визуализации реципиентных сосудов при планировании микрохирургических операций

В.В. Ратушная, С.О. Степанов.  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Лечение опухолей таких социально и функционально важных локализаций представляет большую проблему. Это связано с преобладанием больных III-IV стадией опухолевого процесса, когда лучевая и химиотерапия как самостоятельные методы лечения резко ограничены. Комбинированный характер онкологических операций и структурные особенности дефектов черепно-челюстно-лицевой и орофарингеальной зон требуют кроме одномоментного восстановления слизистой, надежной изоляции обнаженных магистральных сосудов, а также тампонады полостей, на фоне фиброзных и постлучевых изменений реципиентных тканей лица и шеи с резко ослабленными регенераторными ресурсами. Независимо от вида трансплантата перед его выкраиванием необходимой процедурой является ультразвуковая диагностика реципиентных сосудов, с использованием доплерометрического исследования.

Цель исследования: повысить эффективность лечения и реабилитации онкологических больных путем ультразвуковой диагностики сосудов шеи.

Задачи: 1. Изучить особенности эхографической анатомии сосудов головы и шеи у больных с опухолями головы и шеи.

2. Разработать оптимальный комплекс ультразвуковой диагностики сосудов у больных с опухолями головы и шеи, в аспекте предстоящей реконструктивно-пластической операции.

В отделении ультразвуковой диагностики отдела лучевых методов исследования МНИОИ им. П.А. Герцена модифицирована технология доплерометрического и доплерографического исследования сосудов бассейна наружной сонной артерии при злокачественных опухолях головы и шеи.

Обследовано 160 больных с опухолевой патологией головы и шеи, которым планировалась микрохирургическая пластическая операция.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах: аппарат ультразвуковой диагностики, укомплектованный линейными датчиками с частотой 9-4МГц и 13-5МГц, «Тошиба Медикал Системз» (Нидерланды) № 98/424 и № 98/963 .



При исследовании 160 пациентов в аспекте микрохирургической пластики исследовали поверхностные височные артерию и вену, лицевую и верхнюю щитовидную артерии с обеих сторон. Исследовали максимальную и минимальную скорости кровотока, индекс резистентности, диаметр сосуда. Все пациенты были поделены на две группы для адекватной оценки влияния лучевой и химиотерапии на состояние сосудов: 1. Первичные пациенты с опухолями области головы и шеи (80 человек). 2. Пациенты после лучевой, либо химиотерапии (80 человек). В первой группе пациентов, у которых не было предоперационной лучевой или химиотерапии при ультразвуковом исследовании стенка сосудов была мягкоэластичной, легко сдавливалась при нажатии датчиком.

Во второй группе пациентов, прошедших предоперационную лучевую или химиотерапию, отмечалось фиброзирование сосудистой стенки, потеря ее эластичности, уменьшении диаметра. Сосуды с малым диаметром (до 1,3-1,5 мм) после радикальной дозы облучения не сжимались при нажатии датчиком. Это приводит к замедлению скорости кровотока и уменьшению показателей индекса резистентности.

Выводы. Проведен анализ состояния сосудистого русла и выявлены особенности архитектоники после проведения химиотерапии и лучевой терапии. Благодаря комплексному ультразвуковому исследованию сосудов бассейна наружной сонной артерии у онкологических больных стала возможной оценка реципиентных сосудов, дизайн лоскута и прогноз его послеоперационного состояния.

## **Опухоли головы и шеи в РФ, состояние и перспективы диагностики, лечения, реабилитации**

И. В. Решетов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова, А. К. Голубцов, Ф. Е. Севрюков  
*ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва*

Заболеваемость ЗНО локализующихся на голове и шее в РФ остается высокой и кумулятивно составляет 33 тыс. больных с первично выставленным диагнозом. В течение 10 лет с 2001 по 2011 г. отмечено увеличение количества заболевших раком гортани с 6,5 тыс. до 8 тыс. больных и рака щитовидной железы с 7 тыс. до 9,5 тыс. больных.

Отмечена тенденция в увеличении диагностики первой стадии рака щитовидной железы до 50 %. Меняется традиционная картина «лидеров» среди локализации опухолей головы и шеи. Отмечается выраженное снижение заболеваемости передних отделов полости рта — губы и дна полости рта в сторону значительного роста рака ротоглотки. Одной из причин происходящих изменений являются новые канцерогенные факторы, проходящие на смену классическим — табакокурению и алкоголю, — вирусы папилломы и Эпштейн-Бара, накапливающиеся в популяции мутации онкогенов др. Важным обстоятельством является сопоставимость показателей заболеваемости раком опухолей головы и шеи в России с ведущими странами Европы, что свидетельствует об общих тенденциях в когортах онкологических больных многих стран. Сложным вопросом остается статистика опухолей головного мозга, истинной заболеваемости этой патологией в РФ в настоящее время неизвестно, экстраполяции приходится делать из зарубежных источников.

За последние 5 лет произошли значительные сдвиги в аспекте диагностики ЗНО ОГЩ, связанные с более широким внедрением УЗИ в работу лечебных учреждений

всех уровней. Выявляемость узловых образований щитовидной железы увеличилась на 30-40% в течении обсуждаемого периода, что привело к росту диагностики I стадии рака щитовидной железы на 10-15%. Также повысилась диагностика метастазов в лимфатические узлы шеи. Во многих диспансерах освоена методика диагностической пункции под контролем УЗИ. Оснащение КТ позволило изменить алгоритм диагностики и ее точность для сложных локализаций опухолей полости носа, околоносовых пазух и верхней челюсти. Проведение КТ позволило сократить путь к онкологу сразу после выявления объемного образования в указанных областях. Практическим стандартом для онкологической службы стала волоконная эндоскопическая диагностика новообразований верхних дыхательных и пищеварительных путей. Это создает реальные условия для улучшения диагностики традиционно сложной локализации опухолей как рак гортани. В уточняющей диагностике опухолей головы и шеи начаты исследования по молекулярной диагностике, в качестве предикторов риска возникновения рака и неблагоприятного прогноза течения заболевания рассматриваются мутации генов k-Ras, b-Raf, p 53, p 16 b и др., а также вирусная инфекция HPV, Эпштейна-Бара. В России накапливается опыт диагностики опухолей головы и шеи методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Проблемой остается доступность ЯМР, это ограничивает точное стадирование опухолей верхней челюсти, внеорганных опухолей шеи, первичных и метастатических опухолей головного мозга.

Важным достижением в развитии хирургии опухолей головы и шеи стало широкое внедрение реконструктивно-пластических операций в т.ч. с микрохирургической техникой, что позволяет существенно расширить показания к радикальному удалению опухолей, так и повысить качество реабилитации за счет восстановления утраченных структур и функций.

Реабилитация больных ОГШ претерпевает сложные этапы развития. В настоящее время в связи с финансированием высокотехнологической медицинской помощи стало возможным проведение голосовой реабилитации ларингэктомизированных больных путем установки голосового эндопротеза. Это позволило провести обучение специалистов из ОД и НИИ, что расширило число клиник, проводящих эту операцию.

## **Экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка и удалением пирамидальной доли при высокодифференцированном раке щитовидной железы**

Э.В. Савенок, О.В. Рыжих, Е.С. Минакова

*Кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Москва*

*Областной клинический онкологический диспансер, Воронеж*

Целью исследования является повышение эффективности экстрафасциальной гемитиреоидэктомии с пересечением передних мышц шеи при дифференцированном раке щитовидной железы путем сохранения веточек подъязычного нерва.

Материалы исследования: амбулаторные карты 105 больных дифференцированным раком щитовидной железы после экстрафасциальной гемитиреоидэктомии с пересечением передних мышц шеи.



Из 105 оперативных вмешательств на щитовидной железе по поводу дифференцированного рака 12 (11,4%) больных имели жалобы на асимметрию шеи на стороне операции, что явилось стойким косметическим дефектом. При наложении эффекта повреждения подъязычного нерва, его веточек и повреждения верхнего гортанного нерва больные жаловались на нарушение функции акта глотания. Пища, особенно жидкая попадала в гортань, больной поперхивался. У 6 (5,7%) пациентов возник симптом боязни приема пищи, постоянная тревога, отсутствие удовольствия от приема пищи. Также обнаружили 3 (3,0%) рецидива рака в пирамидальной доле щитовидной железы. В связи с этим, нами был разработан способ экстрафасциальной гемитиреоидэктомии с резекцией перешейка и удалением пирамидальной доли при дифференцированном раке щитовидной железы с пересечением передних мышц шеи, основанный на учете топографической анатомии веточек подъязычного нерва (патент № 2454184 от 27.06.2012 г).

При выполнении предлагаемого способа предусмотрено экстрафасциальное удаление пораженной доли с перешейком и удалением пирамидальной доли. Отличается способ поперечным пересечением передних мышц шеи в зависимости от топографии шейной ветви подъязычного нерва и созданием широкого доступа к щитовидной железе и зонам регионарного метастазирования. Выделение доли начинают с верхнего полюса, что приводит к хорошей визуализации верхнего гортанного и возвратного нерва. Сохраняется кровоснабжение околощитовидных желез, даже при рассыпном типе нижней щитовидной артерии.

Данная методика экстрафасциальной ГТЭ выполнялась при высокодифференцированном РЩЖ у 65 больных. У всех больных выявлен РЩЖ с узлом в одной доле до 4 см в диаметре. В послеоперационном периоде ни у одного из пациентов не наблюдалось жалоб, связанных с нарушением функции акта глотания. При УЗИ щитовидной железы в динамике на протяжении 2 лет данных за рецидив заболевания в оставшейся ткани не выявлено.

Таким образом, выполнение экстрафасциальной гемитиреоидэктомии с резекцией перешейка и удалением пирамидальной доли предложенным способом предупреждает травматизацию верхнего гортанного нерва, возвратного гортанного нерва, околощитовидных желез, верхнего корешка подъязычного нерва и веточек шейного сплетения, что не нарушает функции грудино-подъязычной мышцы, опускающей вниз подъязычную кость и грудино-щитовидной мышцы, тянущей вниз гортань, а также рецидивы рака в пирамидальной доле. Это позволяет избежать атрофии передних мышц шеи и нарушение функции акта глотания.

## **Рак органов полости рта и глотки в Ростовской области**

П. В. Светицкий, Г. П. Нистратов

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону*

В Ростовской области (РО) начиная с 1970 г., в течение первых 10 лет наблюдался постепенный рост рака полости рта и глотки (РОПРиГ), который в 90-м году сравнялся с раком гортани, до этого доминирующей онкопатологией больных опухолями головы и шеи, а затем и превысил его. В 2009 г. заболеваемость РОПРиГ в РО (7,9 на 100 тыс. нас.) превысила среднюю заболеваемость в РФ—7,2 (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2010). В 2010 г. в РО с населением 4 мил. 284 тыс. человек было взято

на учет 335 больных, что выдвинуло область на 5-е место по заболеваемости среди всех субъектов РФ. Выяснение причины столь высокой заболеваемости в РО, потребовало более детального рассмотрения этой проблемы, включая вопросы эпидемиологии. Заболеваемость РОПРиГ связывается с употреблением крепких алкогольных напитков и курением табака. В то же время все большее внимание уделяется таким факторам как плохая гигиена полости рта, вирусные инфекции, специфическое и неполноценное питание, производственные вредности, иммунодефицит, депрессивное состояние. После распада СССР начался приток иммигрантов из бывших республик в Россию. Особенно он был высоким в южные регионы, в том числе—в РО, куда прибывали вынужденные переселенцы из Средней Азии, Казахстана и Кавказа. Это были люди, как правило, материально не обеспеченные, находящиеся в состоянии депрессии, со своими традициями, неполноценным питанием и особенностями приготовления пищи (горячая и острая). По данным Ростовстата на 2011 г., население в области с конца 90-х годов постоянно растет, несмотря на то, что количество умерших превосходит рожившихся. Это дало нам основание объяснять рост заболеваемости в РО после 90-х годов увеличением населения за счет иммигрантов. Аналогичные выводы изложены в зарубежных публикациях посвященных РОПРиГ в США, Англии и Франции. После 2000г. отмечено повсеместное снижение притока иммигрантов. В то же время, с этого времени началось частичное или полное восстановление производственно-хозяйственных структур в РО. Мы решили изучить влияние вредной, на наш взгляд, для здоровья производственной среды на развитие онкопатологии. Объектом исследования были 54 больных РОПРиГ госпитализированных в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ за период с 2009 по 2010 гг. Изучался анамнез заболевания, особенности профессии, вредные привычки. Мужчин было 42, женщин—12. Возраст составил от 25 до 76 лет (средний—59 лет).

Со II ст. было 7 человек, III—34, IV—13. Плоскоклеточный рак имел место у всех больных. По локализации: рак языка составил 31 случай, дна полости рта—15, слизистой щеки—5, слизистой альвеолярного отростка верхней/нижней челюсти—3. У 27 больных была выявлена производственная вредность: 5 работали электросварщиками, 4—паяльщиками, 1—токарь, 3—работали с производственной химией, шахтерами—4, строителями—3, трактористами—2, водителями автотранспорта дальнего следования (дальнобойщиками)—3, военнослужащими—2. У 14 в анамнезе отмечались только вредные привычки. Из них заядлые курильщики (не меньше 1 пачки в день)—5, употребляющие крепкие алкогольные напитки 2, курящие и пьющие 7. У 13 вредные производственные факторы и вредные привычки не выявлены. В то же время, в последней группе пациентов были установлены следующие особенности: у 1 пациентки—25 лет, не курящей и не употребляющей напитки, рак полости рта возник на фоне патологически протекающих родов, у 5 опухоль на языке возникла в результате длительной травмы отломком кариозного зуба. Трое больных, приехавших из Средней Азии, употребляли “Нас” (гранулы из сложного состава, включающие табак и употребляемые вместо табака). У 4 больных вредные привычки и производственные факторы не были установлены. Таким образом, рост заболеваемости РОПРиГ в РО за период с 1990 по 2011гг. можно объяснить следующими факторами: миграцией населения (материально бедного со своими традициями), вредными привычками (курением, употреблением крепких алкогольных напитков), пребыванием в условиях вредного для здоровья производства. Набор клинического материала продолжается.



**Восстановительные операции у больных с фарингоф  
эзофагостомами**

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ

И ШЕЙ

П. В. Светицкий

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава  
России, Ростов-на-Дону*

Операции, проводимые у онкологических больных на гортани, гортаноглотке и шейном отделе пищевода в ряде случаев осложняются образованием фарингостом (ФС) и фарингоэзофагостом (ФЭС).

Несмотря на многочисленные предложения по методикам ликвидации ФС и ФЭС, проблема остается актуальной, так как количество больных, подвергнутых вышеназванным операциям, осложняющимся образованием стом, не уменьшается.

Общепринятые и широко используемые способы восстановления глотки и шейного отдела пищевода аутооткряжками заключаются в формировании двух мягкотканых лоскутов, один из которых предназначен для выстилки внутренней, а другой — наружной стенок. Особые сложности возникают при пластике стом местными тканями у больных с волосатым покровом на коже шеи.

В РНИОИ разработан способ реконструктивно-пластического восстановления передней стенки стомы тремя лоскутами. Внутренним — из сохранившейся слизистой оболочки глотки и пищевода, средним — деэпидермизированной кожей и наружной — кожей, мобилизованной по краям стомы. Максимально используется сохраненная слизистая пищевода, которую после мобилизации можно подтянуть кверху, восстанавливая внутреннюю стенку в области стомы, формируемую из мобилизованной слизистой оболочки глотки и предлежащих к ней мышц и фасции. Для среднего слоя выстилки используется лоскут из кожи, расположенной ниже стомы. Кожа под стомой, по нашим наблюдениям, подвергнутая облучению, спустя 2 и более месяцев после операции, под влиянием длительного раздражения истекающей слюзы и слюной, изменяется. Образуется эпилированная «дорожка». Именно, из этой кожной «дорожки» формируется кожный лоскут, который деэпидермизируется традиционным способом. Он укладывается деэпидермизированной поверхностью на первую выстилку — на линию швов наложенных на слизистую и фиксируется к ней. Этот лоскут, имея две раневые поверхности, хорошо приживается к первому и третьему — наружному лоскуту, созданному из кожи по краям стомы. Все это обеспечивает надежность и прочность вновь созданной передней стенки глотки.

Восстановительные операции были проведены 32 больным мужского пола. У 12 больных была ФС, а у 20 — ФЭС.

Заживление первичным натяжением наблюдалось у 28 больных, у 4 — из-за нагноения в послеоперационной зоне, наступило рестомирование, потребовавшее повторной операции. Носопищеводный зонд был удален у всех больных, после чего они были переведены на питание естественным путем. После занятий с логопедом, восстановилась шепотная, а затем и разговорная речь.

Таким образом, восстановление глотки и шейного отдела пищевода у больных с фарингостомами и фарингоэзофагостомами по предлагаемой методике обеспечивает функциональную реабилитацию: восстановление пищевода функции и разговорной речи. Это позволяет рекомендовать способ к широкой практике.

---

## Восстановительная операция у больных местноф распространённым раком гортани

П. В. Светицкий, В. Л. Волкова  
ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Рак гортани в общей структуре онкологической заболеваемости в России составляет 2,8%. При этом ежегодно данной патологией заболевают около 7000 больных (Давыдов М.И., 2011). В Ростовской области ежегодно заболевают более 200 человек (4,7 на 100 тысяч населения), из которых при первичном обращении до 70-75% составляют пациенты уже имеющие III-IV стадии процесса.

Основным видом операции при распространённом раке гортани является ларингэктомия, что порой побуждает больных к отказу от операции. В то же время, даже при III стадии заболевания, с учетом локализации опухоли, возможно выполнение реконструктивно-пластической операции, что могло бы положительно повлиять на выживаемость больных с сохранением у них функций гортани.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ разработана и внедрена в практику половинная боковая резекция гортани с реконструкцией удаленных тканей у больных имеющих III стадию опухолевого процесса.

Методика операции заключается в следующем: после выполнения передне-боковой резекции гортани с сохранением верхней 1/3 щитовидного хряща, выкраивается языкообразный кожный шейный лоскут по длине вдвое превышающий размер послеоперационного дефекта гортани. Последний перекидывается через сохраненную часть щитовидного хряща, формируя боковую стенку гортани в виде кожной дубликатуры. Лоскут фиксируется к краям слизистой оболочки сохраненного фрагмента щитовидного хряща и противоположной половине гортани, в результате чего формируется ларингостома. Операция заканчивается тампонадой полости гортани по Микуличу. В послеоперационном периоде наличие ларингостомы позволяет осуществлять постоянный визуальный контроль за состоянием прооперированной гортани и выявлением возможного продолженного роста опухоли. При его отсутствии и уверенности в приживлении лоскута, через 2 месяца выполняется пластика ларингостомы по стандартной методике. На данный способ операции получен Патент РФ на изобретение № 2463967 от 20.10.2012 года.

По вышеописанной методике прооперировано 13 больных мужского пола с местно-распространённым раком гортани St III (T3N0-1M0) в возрасте от 45 до 70 лет. Во всех случаях был плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки.

Заживление послеоперационной раны у всех больных произошло первичным натяжением. У 2 больных возникли частичные рубцовые стенозы в области передней комиссуры гортани, которые не вызвали декомпенсацию ее функции. Питание с 1-х суток послеоперационного периода осуществлялось естественным путем без введения носо-пищеводного зонда. Реабилитация голосовой функции гортани наступала после удаления трахеостомической трубки, т.е. на 7 сутки после выполнения закрытия ларингостомы. Длительность наблюдения за больными составляет более 12 месяцев.



**Пластика резецированного корня языка и задних отделов дна полости рта при местнораспространенном раке**

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ

И ШЕИ

П. В. Светицкий, И. В. Аединова

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону*

В Ростовской области отмечается высокая заболеваемость раком органов полости рта и глотки (7,9- 8,5 на 100000 нас.). На специализированное лечение поступают до 70- 80% больных с уже распространенным (III-IVст.) опухолевым процессом. Данная категория больных требует проведения комбинированного и/или комплексного лечения. Операции у таких больных, как правило, носят калечащий характер, что приводит к инвалидности с затруднением социального общения.

Особую сложность представляют пациенты, имеющие местно—распространенный опухолевый процесс на корне языка и в задних отделах дна полости рта. Данные анатомические отделы определяют акт глотания, в связи с чем, их удаление вызывает необходимость пожизненного использования носопищеводного зонда.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ разработана и внедрена в практику операция, предусматривающая радикальное удаление опухоли корня языка и дна полости рта с пластическим восстановлением резецированных тканей.

Предлагаемый метод заключается в следующем. После предварительной трахеостомии и интубации через трахеостому выполняется лимфодиссекция шеи по II- III уровню на стороне поражения. У нижнего края кивательной мышцы из подлежащей кожи формируют «островной» лоскут по площади соответствующей размерам опухоли. Кивательную мышцу выделяют и отсекают от ключицы ниже края кожного лоскута на 2,0 -3,0 см. Далее производят резекцию пораженных опухолью отделов корня языка и дна полости рта. В подчелюстной области, в диафрагме дна полости рта формируют туннель, через который проводят сформированный лоскут. Ниже края кожного лоскута формируют дубликатуру из конца кивательной мышцы, которую подшивают к культе корня языка. Кожный лоскут подшивают к краям операционной раны. Размеры выделенного мышечно-кожного лоскута позволяют без натяжения укрыть послеоперационный дефект. Сшитая с культей корня языка дубликатура кивательной мышцы, срастаясь с ней, восполняет дефект языка и реабилитирует его функции. На данную методику операции получен патент № 2268013, бюлл. № 2 от 20.01.2006 г. «Способ операции по поводу рака корня языка и дна полости рта».

По данному способу прооперировано 20 больных раком слизистой оболочки корня языка и задних отделов дна полости рта III-IVA стадий. Рак слизистой оболочки задних отделов дна полости рта имел место у 12 (60%) больных, корня языка—7 (35%), ретромолярной области—3 (15%). У 5 (25%) больных имелись метастазы в лимфатические узлы шеи. В послеоперационном периоде летальных исходов и кровотечений не наблюдалось. В 18(90%) случаях заживление произошло первичным натяжением. У 2 (10%) больных образовалась оростома, которая была ликвидирована через 1,5 мес. пластикой местными тканями. У 1 больного сформировался подчелюстной свищ, который закрылся самостоятельно на 18-26 сутки.

На 2-3 сутки после операции больные деканулировались. Носопищеводный зонд удалялся на 9-10 сутки, после чего восстановились самостоятельное питание, глотание и речь. Длительность наблюдения без рецидива составляет 18 и более месяцев.

## Возможности струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких в хирургии рака гортани

А.Е. Смирнов, А.Л. Клочихин, Д.В. Лилеев  
ГБУЗ Областная клиническая онкологическая больница, Ярославль

**Цель исследования.** Оценить возможности струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких (ВЧ ИВЛ) при лечебно-диагностических вмешательствах по поводу рака гортани.

**Материалы и методы.** С 2002 года анестезия с использованием ВЧ ИВЛ проведена во время 746 лечебно-диагностических хирургических вмешательств у больных раком гортани. В 426(57,1%) случаях выполнена диагностическая прямая опорная ларингоскопия с биопсией опухоли гортани в условиях ВЧ ИВЛ. У 320(42,9%) больных выполнена резекция гортани с полимерным эндопротезированием по поводу рака II-III стадии в условиях чрескожной транстрахеальной ВЧ ИВЛ (ЧТ ВЧ ИВЛ) или чрескатетерной ВЧ ИВЛ (ЧК ВЧ ИВЛ) без формирования трахеостомы. Всем больным проводили тотальную внутривенную анестезию с миорелаксацией и ВЧ ИВЛ. Параметры вентиляции устанавливали с учётом конкретной клинической ситуации. В динамике регистрировали показатели гемодинамики и газообмена. Анализировали характер и количество послеоперационных осложнений, экономическую эффективность лечения.

**Результаты.** Использование ВЧ ИВЛ при диагностической прямой опорной ларингоскопии обеспечило максимально открытое операционное поле и удобство для манипуляций хирурга при эндоларингеальной биопсии опухоли. Анестезию с ЧТ ВЧ ИВЛ целесообразно проводить у больных со стенозом гортани II степени, при прогнозируемом «трудном дыхательном пути», а также у пациентов с сопутствующей патологией дыхания и кровообращения. В остальных случаях поддержание адекватного газообмена возможно при использовании в качестве респираторной поддержки инъекционной ВЧ ИВЛ через вентиляционный канал операционного ларингоскопа.

Проведение анестезии с ЧТ ВЧ ИВЛ и ЧК ВЧ ИВЛ при резекции гортани с полимерным эндопротезированием по поводу рака II-III стадии по сравнению с методом объёмной ИВЛ через трахеостому позволило снизить количество осложнений в послеоперационном периоде с 25% до 10,5% и 10% соответственно, что привело к сокращению послеоперационного койко-дня в этих группах больных до  $8 \pm 1,5$ ,  $p < 0,05$  (в группе больных с объёмной ИВЛ через трахеостому послеоперационный койко-день составил  $12,7 \pm 2,5$ ). При анализе минимизации затрат средняя стоимость лечения больных в группе с ЧТ ВЧ ИВЛ и ЧК ВЧ ИВЛ на хирургическом этапе лечения была достоверно меньше —  $26473 \pm 722$  руб. и  $25956 \pm 812$  руб. соответственно, чем стоимость лечения больных в группе с объёмной ИВЛ через трахеостому —  $34372 \pm 784$  руб.,  $p < 0,05$ . В группах больных с ЧТ ВЧ ИВЛ и ЧК ВЧ ИВЛ в отличие от группы с объёмной ИВЛ через трахеостому не осталось канюленосителей после лечения.

Среди осложнений ВЧ ИВЛ в 29(3,9%) случаях в послеоперационном периоде отмечена локальная подкожная эмфизема на шее в зоне установленного транстрахеального катетера, и, в одном случае (0,13%), диагностирован пневмомедиастинум, не требующий специального лечения, и купировавшийся спонтанно.

**Заключение.** Методы струйной ВЧ ИВЛ в хирургии рака гортани обеспечивают адекватность и безопасность общей анестезии без формирования трахеостомы, сопровождаясь минимальным числом клинически незначимых осложнений, что



существенно отличает их от традиционного подхода, включающего интубацию трахеи, трахеотомию и трахеостомию. Применение ВЧ ИВЛ при операциях на гортани поддерживает оптимальный уровень «хирургического комфорта». Данные методики респираторной поддержки клинически безопасны и экономически обоснованы.

## **Прогноз рецидива рака гортани и гортаноглотки на основании показателей иммунной системы**

М.Н. Стахеева, С.Ю. Чижевская, Д.В. Эйдензон, Е.Л. Чойнзонов, Н.В. Чердынцева  
*ФГБУ «НИИ онкологии СО РАМН», Томск, Россия;  
NovoSpark Corporation, Waterloo, Canada*

Участие иммунной системы в патогенезе злокачественных новообразований и вклад в эффективность конвенциональных методов противоопухолевого лечения заставляет взглянуть на состояние иммунной системы как значимый фактор течения и исхода заболевания и, соответственно, возможный критерий прогноза [Swann J. B., Smyth M. J., 2007; Zitvogel L. et al., 2008, Galon J., 2011]. Ранее при использовании нового методологического подхода, позволяющего в визуальном образе отразить состояние иммунной системы как интегрированное целое, нами была показана возможность использования показателей иммунной системы для прогноза гематогенного метастазирования у больных раком молочной железы [Стахеева М.Н. и соавт., 2011].

Цель работы: создать модель прогноза развития рецидивов у больных раком гортани и гортаноглотки (РГГ) на основании иммунологических показателей до начала лечения.

Материал и методы. В исследование включено 25 больных с морфологически верифицированным плоскоклеточным раком гортани (74 % пациентов) и гортаноглотки (26 % пациентов) II–IV (T2–4N0–2M0) стадии, получивших комбинированное лечение в ФГБУ «НИИ онкологии СО РАМН» за период с 2006 по 2011 г. Лечение состояло из 2 курсов неoadьювантной химиотерапии по схеме паклитаксел—175 мг/м<sup>2</sup>, карбоплатин—AUC-6, лучевой терапии в режиме мультифракционирования дозы 1,3 Гр 2 раза в день с интервалами в 4 ч и с последующим оперативным удалением опухоли. До начала лечения у больных РГГ оценивали субпопуляционный состав клеток периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD56, CD22), функциональную активность нейтрофилов (НСТ-тест), уровень иммуноглобулинов А,М,С, ЦИК и активность системы комплемента в сыворотке крови. Для прогноза риска развития рецидивов РГГ был использован разработанный в НИИ онкологии СО РАМН г. Томска способ, который основан на оценке состояния иммунной системы как интегрированного целого с использованием технологии многомерной визуализации корпорации NovoSpark (Канада) [Стахеева М.Н. и соавт., 2010; Eidenzon D.V., Volovodenco V.A., 2009].

Результаты. Применение метода визуализации позволило создать модель прогноза наступления рецидива РГГ в течение 3-х лет. Наибольшую информативную значимость из 19 включенных в исследование параметров имели показатели функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов, обладающих выраженным цитотоксическим потенциалом в отношении злокачественных клеток [Di Carlo E., 2001], общее количество лейкоцитов и уровень иммуноглобулина М в периферической крови. Из показателей Т-клеточного иммунитета, с которым связывают реализа-

---

цию противоопухолевой активности иммунной системы [Hornychova H. et al., 2008], наибольшее значение имело относительное количество CD8+лимфоцитов (цитотоксические Т-лимфоциты). Лямбда Уилкса для дискриминантных функций, описывающих состояние иммунной системы у больных РГГ с развившимися рецидивами и без таковых в течение 3-х лет от начала лечения, составила 0,0047.

Таким образом, оценка состояния иммунной системы у больных РГГ может быть использована в качестве дополнительного критерия прогноза развития рецидива у больных данным заболеванием.

## **Внутриопухолевая химиотерапия в комплексном лечении рака верхней челюсти**

Ю. В. Ульянова, М. А. Енгибарян.

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»  
Минздрава РФ, Ростов-на-Дону*

Проблема лечения злокачественных опухолей верхней челюсти до настоящего времени остается актуальной в виду сложности ее решения, а также получаемых неудовлетворительных результатов. Пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух составляет 18—35 %, при комбинированном лечении—77,5 %. Рецидивы возникают в течение первых 2 лет приблизительно у 50 % больных. Поиски путей улучшения результатов лечения больных злокачественными опухолями верхней челюсти привели к использованию на различных этапах лечебного процесса лекарственных противоопухолевых средств. Васкуляризация опухоли и связанный с ней транспортный барьер препятствуют во многих случаях созданию активной концентрации цитостатиков, достигающих зоны опухоли через капиллярную сеть. Преодоление отрицательных последствий неангиогенеза, возможность использования собственной сосудистой сети опухоли для доставки и накопления в ней химиопрепарата, а также обеспечение длительного контакта опухолевых клеток с повреждающим агентом вполне реально при непосредственном подведении цитостатиков к опухоли. Доступность местнораспространенных раковых опухолей для различных манипуляций, наличие естественного контакта с внешней средой для выведения продуктов биологической трансформации опухоли под влиянием химиотерапии, возможность многократного повторения процедуры предопределили клиническую обоснованность внутриопухолевой терапии. В зависимости от использованного метода лечения все больные были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 30 пациентов, которым на первом этапе лечения проводилась внутриопухолевая химиотерапия, с последующим хирургическим лечением и лучевой терапией. Контрольная группа объединила 80 пациентов, подвергнувшихся комбинированному и лучевому лечению. При проведении внутриопухолевой ХТ использовались следующие дозы химиопрепаратов: метотрексат—50 мг/м<sup>2</sup>; блеомицин—60 мг/м<sup>2</sup>. Это сочетание химиопрепаратов вводилось всем больным эндотуморально в течение 5 дней. Положительный эффект внутриопухолевой химиотерапии был отмечен у всех больных основной группы. В ходе исследования было выявлено, что внутриопухолевая химиотерапия обеспечивает достижение частичной регрессии опухоли верхней челюсти у 20 % больных и стабилизации опухолевого процесса у 80 % больных. А также снижает в ткани



опухоли исходно повышенную активность гидролитической системы и антиоксидельных ферментов, угнетая пролиферативный и инвазионный потенциалы злокачественной опухоли. Вызывает в опухоли лекарственный патоморфоз, выражающийся в сокращении площади паренхимы с 64,7% до 49,5% и увеличении площади стромы с 20,2% до 46,7%. Проведение внутриопухолевой терапии не сопровождается развитием побочных реакций и осложнений или иммуносупрессивного эффекта. Полученные результаты позволяют рекомендовать внутриопухолевую химиотерапию в качестве неoadъювантного компонента комплексного лечения местно-распространенного рака верхней челюсти.

### **Экспрессия маркера инфицированности онкогенными штаммами вируса папилломы человека (p16), вируса Эпштейн-Барр, протеина p53 и маркера Ki67 в регионарных метастазах рака головы и шеи**

О.С. Фролова, В.Н. Эллиниди, А.Е. Михнин, З.А. Раджабова  
*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

Определение экспрессии маркера инфицированности онкогенными штаммами вируса папилломы человека (HPV)—онкопротеина p16, вируса Эпштейн-Барр (EBV), протеина p53 и маркера пролиферативной активности Ki-67 в регионарных метастазах рака головы и шеи представляет интерес для использования в алгоритмах поиска опухолей скрытой первичной локализации (ОСПЛ).

В работе использован гистологический материал 56 больных (42 мужчины и 14 женщин). У 37 пациентов локализация первичной опухоли была известна: 21 случай орофарингеального рака (ОФР), 9—назофарингеального рака (НФР), 7—рака гортани и гортаноглотки (РГ). В 30 наблюдениях верифицирован плоскоклеточный рак, в 5—лимфоэпителиальный, по одному случаю—низкодифференцированный и нейроэндокринный рак. У 19 больных с невыявленной первичной опухолью у 11 имели место метастазы плоскоклеточного рака у 5—низкодифференцированного, у 2—метастазы аденокарциномы и у 1 больного—лимфоэпителиального рака. Плоскоклеточный рак встречался чаще в случаях известной локализации первичной опухоли ( $p=0,048$ ). Низкодифференцированный рак преобладал в группе больных с неустановленным первичным очагом ( $p=0,013$ ). Для иммуногистохимического определения экспрессии p16, EBV, p53 и Ki-67 в фиксированной формалином опухолевой ткани использовали моноклональные мышинные антитела. Пероксидазную активность выявляли с помощью 3,3-диаминобензидина, препараты докрашивали гематоксилином Карацци. Результат оценивали с использованием световой микроскопии полуколичественным способом.

Экспрессия p16 выявлена в 90% случаев при ОФР и в 86% при РГ, в то время как при НФР только в 44% случаев ( $p=0,015$ ). Экспрессия EBV установлена в 66% случаев НФР, в то время как при ОФР только в 47% и при РГ—в 17%. Экспрессия p53 и Ki-67 составила 57-100% в различных группах, что свидетельствует о вирус-индуцированном генезе и высокой пролиферативной активности большинства образцов опухоли. В группе больных с ОСПЛ экспрессия p16 определялась в 50% случаев, в то время как EBV был выявлен только в 5%. Экспрессия p53 и Ki-67, как и в случаях с известной локализацией первичной опухоли, была высокой (58% и 100%

соответственно). Вирусный онкопротеин p16 был выявлен в 74% при плоскоклеточном раке, в 83% при низкодифференцированном и в 33% при лимфоэпителиальном раке. Присутствие EBV было установлено в 60% опухолей при лимфоэпителиальном раке и в 35% при плоскоклеточном раке. Экспрессия p53 была высокой при низкодифференцированном, плоскоклеточном и лимфоэпителиальном и раке (67%, 84% и 100% соответственно), как и маркера Ki-67 (100%, 93% и 100% соответственно).

При ОФР и РГ высокая экспрессия p16 определяется у большинства больных (90% и 86% соответственно), что указывает на высокий уровень инфицированности онкогенными штаммами HPV. При НФР EBV выявляется более чем у половины пациентов (66%). Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения возможности использования исследуемых методик для поиска ОСПЛ.

## Тромбгеморрагические осложнения в онкохирургии

В.Э. Хороненко, Н.А. Осипова, Д.Р. Эльдарханов, В.В. Петрова.  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Венозные тромбозы являются второй по частоте причиной смерти пациентов со злокачественными новообразованиями. Частота выявления венозных тромбозов у онкологических больных при ультразвуковом (УЗ) скрининге по данным МНИОИ им. П.А.Герцена составляет 22%. Альтернативным фактором риска у этой категории пациентов являются геморрагические осложнения (ГО), обусловленные наличием массивного опухолевого процесса с вовлечением магистральных сосудов. Нередки сверхмассивная кровопотеря, аррозивные кровотечения и стрессовые язвы желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: определение оптимальной тактики периоперационной антикоагулянтной профилактики (АКП) и безопасного использования ингибиторов фибринолиза (ИФ) транексамовой кислоты и аprotинина у онкологических больных.

Материал и методы исследования: проведен сравнительный анализ частоты развития ВТЭО и ГО у 300 прооперированных онкологических больных в возрасте от 17 до 84 (55,2±0,82) лет, средняя кровопотеря 1215,3±98,9 мл. Все больные имели высокий риск развития ВТЭО. Параллельно проведен анализ эффективности периоперационного использования транексамовой кислоты и аprotинина у 60 больных раком предстательной железы. Все пациенты проходили полное предоперационное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование, в том числе УЗ дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей (n=52). Исследовались гематологические (Hb, Ht, эритроциты, тромбоциты) и коагуляционные (агрегация тромбоцитов, АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген, плазминоген, РФМК) показатели в динамике, а также объем интраоперационной кровопотери, послеоперационного отделяемого по дренажам.

Результаты. По данным предоперационного обследования у 83,2% больных отмечалась гиперкоагуляция. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей выявлен у 14,5% пациентов, посттромботические изменения — у 29,1%. Послеоперационные ВТЭО развились у 10 (3%) из 300 пациентов: венозные тромбозы-7%; ТЭЛА -3%. ГО в послеоперационном периоде развились у 15 из 300 пациентов (5%), из них на фоне применения антикоагулянтов — 7, без их использования — 2. Профилактическое вве-



дение ИФ способствовало снижению ГО и существенно не повлияло на развитие ВТЭО (массивная кровопотеря (2500 мл) развилась у 1 пациента из 60; тромбоз глубоких вен нижних конечностей у 2 из 60 больных. Случаев ТЭЛА не отмечено.

Заключение. Проведенный анализ показал, что частота ГО после обширных онкологических операций превышает частоту ВТЭО. ГО преобладают при операциях на органах головы и шеи и чаще возникают на фоне применения препаратов гепарина, а ВТЭО при торакоабдоминальных и урологических вмешательствах у пациентов, не получавших препараты гепарина перед операцией. Периоперационное использование ингибиторов фибринолиза транексамовой кислоты и апротинина не увеличивает частоту венозных тромбозов и уменьшает объем кровопотери.

## Рак щитовидной железы проблемы диагностики и лечения

А.Г. Цыбырнэ, А.И. Клипка, Р.П. Мындруца.  
*Институт онкологии Республики Молдова, Кишинев*

В течении 35-ти лет в отделении головы и шеи института онкологии республики Молдова разрабатываются многие вопросы диагностики и лечения рака щитовидной железы.

Так в 2008 году был разработан специальный алгоритм диагностики и лечения «скрытого» рака щитовидной железы, где основным методом первичной диагностики было использовано УЗИ щитовидной железы. Для дифференциальной диагностики «скрытого» рака щитовидной железы выполнялась ангиография и компьютерная томография щитовидной железы. (А.Клипка 2008).

В 2010 году были изучены морфологические критерии озлокачествления узлового зоба и струмы Хашимото. Для дифференциации атипичных аденом с злокачественными опухолями необходимо иммуногистохимическое обследование щитовидной железы (экспрессия пероксидазы, тиреоглобулина, кератина и виментина). В диагностике узловых образований и в оценке степени дифференцировки рака щитовидной железы было продемонстрировано значение электронно-микроскопического исследования. В алгоритм диагностики узловых образований щитовидной железы кроме стандартных клинических и параклинических обследований, была включена и эластография.

При лечении рака щитовидной железы нами была разработана следующая тактика хирургического вмешательства: при ограниченных формах выполняется: резекция щитовидной железы (лобэктомия), субтотальная резекция щитовидной железы (удаление пораженной доли с перешейкой). Максимально субтотальная резекция щитовидной железы (удаление и контрлатеральной доли) и тиреоидэктомия выполняется при многоочаговой форме и при поражении капсулы щитовидной железы. При местно-распространенном раке щитовидной железы (инвазии в трахеи, пищевод, гортань, возвратный нерв) мы выполняли экстрафасциальные хирургические вмешательства (верхняя расширенная тиреоидэктомия, нижняя расширенная тиреоидэктомия, боковая расширенная тиреоидэктомия, комбинированная тиреоидэктомия). При начальных стадиях рака щитовидной железы нами была внедрена миниинвазивная хирургия рака щитовидной железы передним шейным доступом. При поражении опухоли непосредственно рядом с паращитовидными железами мы трансплантируем их в грудино-ключично-сосцевидную мышцу (А.Цыбырнэ 2010).

---

В 2012 было отмечена и изучена нозология семейного немедуллярного рака щитовидной железы, описаны и систематизированы группы пациентов и члены их семей, пораженные немедуллярным семейным раком щитовидной железы (Р.Мындруца 2012).

На протяжении 35 лет в отделении «Хирургия опухолей головы и шеи» института Онкологии Р. Молдова, на базе разработанного нами алгоритма диагностики и лечения были прооперированы 4860 больных раком щитовидной железы. Исследования в данной области рака щитовидной железы будут и дальше продолжаться в нашей клинике.

## **Возможности криогенного метода лечения в амбулаторных условиях**

Г.А. Цыбырнэ, В.Ф. Чернат, В.Г. Стратан.  
*Институт Онкологии Республики Молдова, Кишинев*

Криогенный метод лечения в клинике опухолей головы и шеи Института Онкологии Молдовы разрабатывается и внедрен с 1977 года. Научные исследования и криогенная аппаратура были разработаны совместно с сотрудниками Онкологического Научного Центра Российской Федерации (проф. А.И.Пачес, проф. В.В.Шенталь, к.ф.м.н. Т.П.Птуха).

В клиническом аспекте были выработаны специальные методики криодеструкции ограниченных форм базалиом, рака кожи, рака нижней губы. Были проведены морфологические исследования изменений опухолевых тканей под воздействием криогенного метода. В результате были аргументированы специальные параметры криовоздействия базалиом, рака кожи, рака нижней губы. Было выработано специальное математическое моделирование в индивидуальном плане при криогенном лечении визуальных форм злокачественного рака кожи и нижней губы (к.м.н. В.Сучевеану). При исследовании данного метода было отмечено что он является простым в использовании, не дает побочных реакций, не нуждается в проведении анестезии и может быть использован в амбулаторных условиях, а также у больных с сопутствующей патологией (которым противопоказан хирургический и лучевой метод лечения).

В связи с этим, нами разработана специальная методика криогенного лечения больных с ограниченными формами злокачественных базалиом, рака кожи и рака нижней губы в условия онкологической поликлиники. По этой теме нашим сотрудником А. С. Дорук была защищена кандидатская диссертация «Криогенный метод лечения ограниченных форм базалиом, рака кожи, рака нижней губы I-II стадии в условиях онкологической поликлиники» в Институте Онкологии им. Н. Н. Петрова, Ленинград, 1987 год.

На протяжении более 30-ти лет, криогенный метод лечения был применен у 10065 больных. В результате проведенного лечения были достигнуты следующие результаты: 100% излечения при ограниченных базалиомах и раке кожи, и 97,7% излечения при раке нижней губы I-II стадии.

Параллельно, был исследован иммунологический статус организма у пациентов подвергшихся криогенному лечению. В результате было отмечено повышение иммунологического статуса, которое положительно повлияло на благоприятный исход лечения.



Несмотря на вышеизложенное, применение криогенного метода лечения в онкологии нуждается в решении некоторых вопросов:

- разработка индивидуальных показаний и противопоказаний;
- исследование факторов повышающих эффективность криодеструкции;
- разработка эндоскопического криогенного метода;
- исследование общей реакции организма в ответ на криогенное воздействие, включая изменения иммунологического статуса;
- разработеа новых криогенных аппаратов и их усовершенствование.

В заключение можно отметить, что применение криогенного метода лечения в амбулаторных условия является высокоэффективным и экономически выгодным не оказывающим влияния на радикальность проведенного лечения.

### **Современное состояние и проблемы лечения больных опухолями головы и шеи в Республике Молдова**

В. Ф. Чернат, Г. А. Цыбырнэ, В. А. Дарий, А. С. Дорук, А. И. Клипка, А. Д. Постолаке, В. А. Чорич, К. Д. Кожокару, А. Г. Цыбырнэ, Р. П. Мындруца, Ю. Цуркану, В. Мадан.  
*Институт Онкологии Республики Молдова, Кишинев*

Прошло более 45-ти лет с тех пор, когда по личной инициативе директора Онкологического Научного Центра, профессора Н.Н. Блохина и профессора А.И. Пачеса было организовано первое отделение по изучению опухолей головы и шеи.

В Республике Молдова в структуре Онкологического Института такого типа отделение было организовано в 1977 году. Клиника для больных опухолями головы и шеи на 40 коек за прошедшие годы ( более 30 лет) накопила достаточный опыт организационно-методической, лечебной и научной работы.

С первых дней работы отделения было решено объединять в понятие «голова и шея» новообразования, локализующиеся выше ключицы: кожа и мягкие ткани головы и шеи; челюстно-лицевая область; органы зрения; наружное и среднее ухо; верхние дыхательные пути; щитовидная железа; внеорганные опухоли шеи.

В структуре заболеваемости опухоли головы и шеи в Республике Молдова занимают первое место и соответствует 32,1 случаев на 100.000 населения.

За время работы сотрудниками отделения были разработаны в научном плане следующие направления:

- а) профилактика местных постоперационных осложнений после ларингэктомии,
- б) усовершенствование хирургического метода лечения местно-распространенных злокачественных опухолей головы и шеи (рак кожи, рак нижней губы, рак органов слизистой полости рта, рак гортани),
- в) криогенный метод лечения рака кожи и рака нижней губы (I-II стадии) в амбулаторных условиях,
- г) комбинированный метод лечения рака гортани,
- д) усовершенствование комбинированного метода лечения злокачественных опухолей головы и шеи с использованием физических факторов (криодиструкция, гипертермия, лазеродиструкция),
- е) усовершенствование диагностики «скрытого» рака щитовидной железы, определение клинико-морфологических и иммуно-гистохимических критериев озлокачест-

---

вления узлового зоба и аутоиммунного тиреоидита; клинико-генетические аспекты рака щитовидной железы.

ж) комбинированное лечение интра-экстракраниальных злокачественных опухолей с поражением костей черепа и орбиты;

з) определены показания и противопоказания к хирургическому лечению больных раком гортани с дыхательной недостаточностью; разработан новый механический сшивающий аппарат для ушивания дефекта глотки при ларингэктоми.

и) разработан новый комплексный метод лечения рака слизистой полости рта.

В результате были написаны свыше 500 научных работ, в том числе, 13 монографий.

В клиническом плане за время работы отделения были подвержены лечению свыше 25.000 больных, из них 18.600 со злокачественными опухолями. Было произведено 23.200 хирургических вмешательств, показатель смертности от которых составил всего 1,1%.

В заключении можно отметить, что в настоящее время отделение опухолей головы и шеи является лучшей организационно-методической и научной формой в структуре онкологических учреждений.

## Отдаленные результаты дифференцированного подхода к тактике лечения больных I-II стадий рака гортани

С.А. Шинкарев, В.Н. Подольский, А.А. Корнев  
ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Рак гортани среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей занимает 1-ое место, I-II стадии—33,7%, средний возраст больных—55 лет.

Проведен анализ результатов лечения больных раком гортани I—II стадии в Липецком областном онкологическом диспансере в соответствии с предложенным алгоритмом лечения, основанным на оценке критериев радиорезистентности опухоли. Основная идея данного алгоритма—при наличии даже одного из отягощающих факторов, указывающих на радиорезистентность опухоли, выполнять хирургическое лечение на первом этапе.

Материалы и методы.

Основная группа (ОГ)—40 человек. С I стадией заболевания 15 пациентов (37,5%), со II стадией заболевания 25 больных (62,5%). Контрольная группа (КГ)—43 человека. С I стадией заболевания 19 больных (44,2%), со II стадией 24 больных (55,8%).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с использованием программы SPSS: корреляционный анализ, сравнение средних, анализ по таблицам сопряженности признаков с применением критерия  $\chi^2$ -квадрат (Аптон Г., 1982), построение кривых выживаемости по Каплан-Майеру и оценка достоверности различий в выживаемости тестами Логранк, Бреслоу, Тарон-Уоре (Бююль А., Цефель П., 2002).

Получены следующие результаты.

Общая выживаемость больных с начальными стадиями рака гортани в ОГ—80,0%, в КГ—69,8%.



Безрецидивная выживаемость больных с начальными стадиями рака гортани в ОГ—72,5%, в КГ—58,1%.

Проведен анализ результатов лечения по стадиям заболевания.

Общая выживаемость больных с I стадией рака гортани в ОГ—86,67%, в КГ—78,95%. Безрецидивная выживаемость больных с I стадией рака гортани в ОГ—80,0%, в КГ—63,2%.

Общая выживаемость больных с II стадией рака гортани в ОГ—76,0%, в КГ—62,5%. Безрецидивная выживаемость больных с II стадией рака гортани в ОГ—68,0%, в КГ—54,2%.

В пятилетней перспективе сохранилась гортань в ОГ—96,8%, в КГ—92,6%.

Выводы. Использование предложенного алгоритма позволяет более адекватно планировать лечение больных начальных стадий рака гортани.

## Химиолучевая терапия орофарингеальных опухолей

Д.А. Шишкин, Е.Л. Чойнзонов, М.Ю. Авдеенко, А.А. Шишкин  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Лечение злокачественных опухолей орофарингеальной области—одна из сложнейших проблем в современной онкологии. Это обусловлено интенсивным ростом заболеваемости, большим удельным весом поздних стадий рака при первичном обращении больных, неудовлетворительными показателями 5-летней выживаемости. Цель нашего исследования—повышение эффективности лечения больных орофарингеальным раком путем включения в схему лечения неoadьювантной химиолучевой и адьювантной химиотерапии в сочетании с органо-сохранными и функционально-щадящими операциями.

При раке орофарингеальной области II-III стадии нами проводится химиолучевое лечение: ДГТ в стандартном режиме до СОД 40 Гр в сочетании с 2-мя курсами химиотерапии по схеме: Митотакс—175 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1-й день, Карбоплатин (расчет дозы на АУС 6)—в/в капельно в 1-й день, интервал между курсами 4 недели. При регрессии опухоли >50%, лучевая терапия продолжалась до радикальной дозы (60Гр). В последующем больные подлежат динамическому наблюдению с цитологическим контролем. При регрессии опухоли <50% вторым этапом проводилось хирургическое лечение с использованием органо-сохранных и функционально-щадящих операций.

Всего 53 больным плоскоклеточным раком полости рта и ротоглотки II—III стадии было проведено 106 курсов неoadьювантной химиотерапии. Общая эффективность у больных, пролеченных по вышеуказанной схеме, составила 96,2%±2,7 (ПР—45,3%±6,8, ЧР—50,9%±6,9), стабилизация процесса наблюдалась в (2 случаях из 53) 3,8%±2,6 случаев. Прогрессирование процесса нами зарегистрировано не было. Из побочных реакций химиотерапии наблюдались миалгия/артралгия—5,7%±3,2, лейкопения и нейтропения—24,5%±5,9 (из них 20,7%—I—II степени, и в 3,8%—III степени тяжести), расстройства со стороны ЖКТ—16,9%±5,2. Осложнения, связанные с лучевым компонентом составили 94,3%±3,2 и проявлялись явлениями катарального (69,8%±6,3), реже островкового и пленчатого эпителиитов (15,1%±4,9 и 9,4%±4, соответственно).

При анализе показателей общей выживаемости в группах пациентов с неoadьювантным химиолучевым лечением и традиционным комбинированным лечением,

---

1-годичная выживаемость незначительно преобладала в первой исследуемой группе по сравнению с контрольной ( $89,3\% \pm 5,8$  и  $78,8\% \pm 7,1$ , соответственно). 3-летние показатели в группе пациентов с неoadъювантным химиолучевым лечением еще более преобладали по сравнению с традиционно леченной группой (операция+ДГТ), составляя ( $55,1\% \pm 11,5$  и  $33,2\% \pm 9,4$ , соответственно). Однако разница эта была статистически незначимой ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, с учетом высокой эффективности проводимой комбинированной терапии, мы считаем использование данной схемы лечения перспективной и аргументированной.

## **Новые технологии лечения опухолей полости носа и придаточных пазух с использованием имплантатов из никелида титана**

В.И. Штин, В.А. Новиков, И.Г. Фролова, П.В. Суркова  
ФГБУ «НИИ Онкологии» СО РАМН, Томск

В НИИ онкологии разработан комплекс реабилитационных мероприятий, включающий эндопротезирование резецированных костных структур имплантатами из никелида титана. Апробированы и внедрены в практику две основные методики с использованием имплантатов из пористого никелида титана и тканевых имплантатов из никелида титана. Указанные методики позволили сохранить естественное положение глаза и зрительную функцию в  $90 \pm 9,4\%$  случаев. Но указанные методики не были лишены недостатков. Длительность репаративных процессов и угроза развития воспаления в зоне имплантации, а так же необходимость сокращения времени оперативного вмешательства, способствовали разработке совершенно нового подхода к восполнению костных структур средней зоны лица. При разработке методики были определены основные задачи:

- Возможность протезирования обширных дефектов средней зоны лица.
- Сокращение сроков заживления раневой поверхности в зоне имплантации.
- Предотвращение смещения имплантата и развития воспалительных осложнений.

Поставленные задачи достигаются использованием новой конструкции на основе микропористой проволоки и ткани из никелида титана. Сущность предлагаемого метода заключается в следующем. По предполагаемым размерам дефекта костных структур средней зоны лица (на основании предоперационного планирования объема резекции по данным спиральной компьютерной томографии в режиме 3-D моделирования) создается рамка из микропористой проволоки из никелида титана. Данная рамка повторяет контуры протезируемого участка, имеет заданные углы изгиба (эквивалент изгибов костных структур), т.е. обладает памятью формы. На изготовленную индивидуально тонкопрофильную рамку фиксируется широко-ячеистая ткань из никелида титана при помощи никелидтитановой нити. Данную конструкцию отличает легкий вес, выраженная каркасная функция (за счет рамки из никелида титана), способность лучшей биоинтеграции с тканями (за счет ячеистости ткани, микропористости проволоочной рамки и нити), наличие заданной памяти формы. В ходе оперативного вмешательства эндопротез устанавливается на сохраненные костные структуры, при возможности поднадкостнично, и укрепляется титановыми



## РАЗДЕЛ 6

---

### ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕЙ

шурупами. Чаще нами использовались три точки опоры, что делало установленную конструкцию наиболее устойчивой и позволяло добиться физиологического положения поддерживаемых тканей. Эндопротезирование структур средней зоны лица комбинированными тонкопрофильными имплантатами выполнено у 5 пациентов. В трех случаях проведено восполнение стенок орбиты, и так же у трех пациентов установленными имплантатами восстановлены сложные дефекты скуловой кости и стенок орбиты. Всем пациентам эндопротезирование выполнялось в ходе хирургического лечения распространенного злокачественного процесса полости носа и придаточных пазух, соответствующего по распространенности 3—4 стадии заболевания. Использование нового подхода к эндопротезированию позволило сохранить естественное положение и функцию глазного яблока, а так же способствовало сохранению физиологического положения мягких тканей средней зоны лица. Учитывая все выше сказанное, можно сделать вывод, что использование комплекса реабилитационных мероприятий, включающего индивидуальное эндопротезирование костных дефектов средней зоны лица современными имплантатами из никелида титана, способствует сокращению длительности хирургического вмешательства и оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов, позволяет большинству из них вернуться в общество и к обычному образу жизни.

**ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЯ**



## Роль молекулярно-генетических исследований в преодолении лекарственной устойчивости при диссеминированных формах колоректального рака

С.Б. Абдужаппаров, Х.Д. Исламов, Ш.Я. Матниязова  
*Республиканский Онкологический Научный Центр, Ташкент*

Одним из компонентов комбинированного или комплексного лечения злокачественных новообразований толстой кишки является химиотерапия. В большинстве опухолей множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) является индуцированной (приобретенной). Большинство ученых считают что в развитии механизма резистентности опухоли к проводимой химиотерапии, важное значение имеет повышение активности мембранного гликопротеина, функционирование системы глутатиона, изменение генов и белков, ответственных за апоптоз, а также некротического фактора и сосудистого эндотелиального фактора роста клеток.

Цель исследования: исследовать роль молекулярно-генетических исследований в преодолении МЛУ у больных с диссеминированными формами колоректального рака

Материал и методы: в отделении колопроктологии РОНЦ МЗ РУз 17 больным с распространенными формами колоректального рака проведена комплексное лечение. После симптоматической операции (наложение колостомы), проводилась химиотерапия. Полихимиотерапия проводилась по 2 протоколам: I протокол (13 пациентов) в режиме FOLFOX-4. У 4 больных развилась химиорезистентность опухоли и больные переведены к схеме химиотерапии по FOLFIRI. II протокол (4 пациента) — эндолимфатическая полихимиотерапия с СВЧ-гипертермией с использованием 5-ФУ, оксалиплатина и лейковорина. У 2 пациентов вследствие химиорезистентности опухоли схема химиотерапии проведена по FOLFIRI. Всем больным проводили дополнительные исследования, направленные на изучения наличия у них множественной лекарственной устойчивости. Это определения онкогенов p53, bcl-2, тумор некротического фактора и S- глутатион трансферазы.

Результаты и их обсуждение.

После проведения симптоматических операций осложнений не отмечено. Объективное состояние больных по шкале ВОЗ ECOG оценено в 2 бала у 11, в 3 бала — у 6 пациентов. При морфологическом исследовании биопсийного материала из опухоли лечебный патоморфоз I степени обнаружено у 5, II степени у 4 пациентов. При определении p53 гиперэкспрессия выявлено у 9 больных (+++), что показывает высокие показатели апоптоза в тканях опухоли. При определении bcl-2 гиперэкспрессия данного белка выявлена у 5 пациентов. Динамический контроль за состоянием опухоли с использованием УЗС и КТ показало следующие данные: регресс опухоли на 50% отмечено у 4; на 25% у 2 пациентов. У 5 больных отмечено стабилизация процесса. В 6 наблюдениях отмечено прогрессирование ракового процесса.

Выводы:

1. У больных с распространенными формами колоректального рака необходимо проводить исследование онкомаркеров p53, bcl-2 для прогнозирования эффективности лечения.
2. В первой линии полихимиотерапии следует проводить по схеме FOLFOX-4, в качестве второй линии схему FOLFIRI.

---

3. Применение эндолимфатической химиотерапии с КВЧ терапией приводит к значительной регрессии опухоли у больных с гиперэкспрессией p53 гена, что способствует улучшению отдаленных результатов лечения у больных с распространенной формой рака толстой кишки.

## Лечение внеорганных опухолей малого таза

С.Б. Абдужаппаров, Х.Д. Исламов

*Республиканский онкологический научный центр, Ташкент*

**Актуальность:** в настоящее время развитие онкохирургии и внедрение новых медицинских технологий в клиническую практику позволяет выполнять расширенные комбинированные вмешательства при опухолях различной локализации. Несмотря на это вопрос выполнения комбинированных хирургических операций внеорганных опухолей малого таза (ВОМТ) остаётся открытым. Если учесть факт, что удельный вес ВОМТ среди опухолей всех локализаций составляет в среднем 0,4-0,5% и около 80% из них являются злокачественными, то проблема приобретает более широкий спектр. В связи с анатомической расположенностью и отсутствием патогномических симптомов заболевания, а также маскировки клинического течения при поражении соседних структур своевременная диагностика ВОМТ вызывает ряд технических трудностей.

**Цель исследования:** оценить и определить эффективность диагностических процедур и значение доступа в хирургическом лечении ВОМТ.

**Материал и методы исследования.** В отделение колопроктологии и абдоминальной онкологии РОНЦ МЗ РУз у 75 пациентов из 76 с ВОМТ выполнены оперативные вмешательства. Мужчин было 32, женщин—43. Возраст больных составил  $42,4 \pm 3,8$  лет. Диагностика опухолей малого таза проводилась согласно принятым стандартам с включением ирригорафии, ультразвуковой диагностики, ультразвуковая пункционная биопсия с морфологическим исследованием и компьютерной томографии, доплерографии опухоли, ангиографии по показаниям. Нами в качестве доступа к опухолям малого таза применялся 3 варианта: I вариант доступа: комбинированный, брюшно-промежностный способ (26 случаев). II вариант доступа: промежностный или сакральный способ (22 случая). III вариант доступа—лапаротомный способ (27 случаев).

**Результаты и обсуждение.** Анализ непосредственных результатов хирургического лечения показал, что в послеоперационном периоде в 4 случаях наблюдались осложнения (2,8%): нагноение послеоперационной раны в 2 (1,4%) случаях и кровотечение из ложе опухоли—2 пациента (1,4%). При этом, кровотечение наблюдалось у больных после в одном случае лапаротомного доступа, в другом случае из сакрального доступа. Летальных исходов не отмечено. Выбор доступа при хирургическом лечении зависел от расположения опухоли в малом тазу, его отношения к запирательному аппарату прямой кишки. При этом, наиболее оптимальным оказалось комбинированный доступ, при котором ревизия опухоли и его удаления в радикальном объеме оказалось предпочтительным. Морфологическое исследование операционного материала показало, что у 44,4% больных имел место—лимфосаркома, у 26,4%—липосаркома, у 12,5%—липомиксома, у 12,5%—фибросаркома, у 1,4%—фибромиксома и у 2,8%—злокачественная гемангиоперцитомы. У 20 из 75 оперированных больных возникли рецидивы.



Выводы: 1. При внеорганных опухолях малого таза выполнение радикальных хирургических вмешательств является методом выбора лечения. При этом рекомендуется выполнять операцию через комбинированный доступ, которая оказалось оптимальным как с точки зрения онкологии так и хирургии.

2. Выполнение комбинированных хирургических вмешательств у больных внеорганными забрюшинными опухолями не способствует увеличению послеоперационных осложнений.

## Непосредственные результаты комплексного лечения рака прямой кишки IV стадии

В.А. Алиев, Ю.А. Барсуков, А.О. Расулов, Д.В. Кузьмичев, А.В. Николаев, З.З. Мамедли, Д.М. Мадьяров  
*ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва*

Еще в конце прошлого века лечение рака прямой кишки IV стадии носило симптоматическую направленность, и, как правило, в до 80% выполнялись разгрузочные колостомы или формировались обходные межкишечные анастомозы. Средняя продолжительность жизни больных с метастатическим поражением печени без специфического лечения менее 1 года, а при синхронном метастазировании — 4,5 месяца с момента установления диагноза. Одновременное использование неoadьювантной химиолучевой терапии наиболее обоснованно у больных с резектабельными отдаленными метастазами.

Цель: изучить роль неoadьювантной химиолучевой терапии и возможность выполнения органосохраняющих операций у больных раком прямой кишки IV стадии.

Материалы и методы. Неoadьювантное лечение проведено 75 больным раком прямой кишки с синхронными отдаленными метастазами. При стадии T3NxM1 (n= 41) диагностированы метастазы в печень 30(73,1%), в легкие — 5(12,1%) в печень+легкие — 4(9,6%), в яичники-1(2,4%), по брюшине- 1(2,4%). При T4NxM1 n=34 метастазы в печень 17(50%), в легкие — 5(14,7%) в печень+легкие — 5(14,7%), в забрюшинные лимфоузлы — 5(14,7%), в яичники — 2(5,9%).

При первичной опухоли T3 проведено 3 курса «FOLFOX6» + СОД25Гр (5x5Гр) на первичный очаг, при T4 — 3 курса «XELOX» + СОД 36-40 Гр. Во время лечения зарегистрирована гастроинтестинальная токсичность 2-3 ст -17,6%, гематологическая 2 ст-10,3%, лучевой ректит-20,5%, нейротоксичность -13,2%, эпителии 2,9%.

Результаты. После оценки эффекта химиолучевой терапии у 60 (80%) больных выполнены оперативные вмешательства, 6 пациентам в настоящее время проводится химиолучевое лечение, 1 умерла — острая коронарная недостаточность, 8 пациентам проводится лекарственное лечение (2 с полным ответом по первичной опухоли, 6 прогрессирование T4NxM1b). У 22 (36,7%) больных выполнены брюшно-анальные резекции, 12 (20%) больным — БПЭ, 15 (25%) — ЧБР, 7 (11,7%), операция Гартмана -7 (11,7%), комбинированные резекции - 10 (16,7%), 3 (5%) больным — эксплоративные операции (1- колостомия и у 2 тотальный канцероматоз). Сфинктеросохраняющие операции выполнены 38 (63,3%) больным, 5 (8,3%) из которых с превентивной колостомой. Резекции в объеме R0 выполнены у 27 (45%) больных, 15 (55,5%) из которых — симультанно. У больных со стадией M1b (heraг+pulmon) — не было выполнено ни одной циторедуктивной операции. Несостоятельность швов анастомоза (культы)

выявлена у 3 (8,1%) больных, кишечная непроходимость -1 (2,7%), абсцесс в малом тазу- 2 (3,3%), послеоперационное кровотечение- 2 (8,7%), плеврит—1 (2,7%), урологические- 2 (3,3%).

Выводы. Медиана наблюдения 11,5 месяцев, 1-годичная общая выживаемость в группе со стадией T3NxM1 составила 85%, со стадией T4NxM1- 80% соответственно. При сравнении с группой больных, которым выполнено на первом этапе удаление первичного очага отмечено достоверное увеличение 1-годичной общей выживаемости с 60 до 79% соответственно. Неoadьювантная химиолучевая терапия (при адекватном ответе на лечение): целесообразно выполнение полных циторедуктивных операций.

## Метастатический рак прямой кишки (мРПК) — болезнь, требующая своих лечебных подходов

В.А. Алиев, Ю.А. Барсуков, С.И. Ткачев, А.О. Расулов, Д.В. Кузьмичев, М.Ю. Федянин  
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

В настоящее время отмечена тенденция к расширению показаний для хирургического лечения диссеминированного рака прямой кишки при наличии резектабельных и потенциально резектабельных отдалённых метастазов и к снижению количества операций по поводу неоперабельных диссеминированных опухолей с другой. До сих пор лечение рака прямой кишки с синхронными отдалёнными метастазами не имеет единых выбранных стандартов, и, к сожалению, не разработана унифицированная тактика.

При хирургическом лечении рака прямой кишки с поражением регионарных лимфатических узлов (без отдалённых метастазов) частота возникновения локорегионарных рецидивов в первые 2-3 года после операции остается высокой (до 35%). Использование неoadьювантной лучевой и химиолучевой терапии с хорошей хирургией (соблюдение принципа ТМЕ) позволяет уменьшить частоту местных рецидивов до 1-5%, увеличить частоту выраженного лечебного патоморфоза (3-4 ст) и снизить частоту отдаленного метастазирования.

Цель: улучшить отдаленные результаты лечения мРПК путем создания неoadьювантных программ химиолучевой терапии.

При одновременном применении системной полихимиотерапии и лучевой терапии при мРПК на первичный очаг уменьшается объем опухоли и диссеминация опухолевых клеток, — это расширяет показания к сфинктеросохраняющим операциям. Использование дополнительных курсов полихимиотерапии в течение двух-трех месяцев дает возможность стабилизировать эффект лечения, а при прогрессировании опухолевого процесса, обосновывает бесперспективность хирургического этапа.

Нами разработана оригинальная методика неoadьювантного лечения мРПК (Патент на изобретение № 2453345 (RU) 20.06.2012). Выбор программ предоперационной лучевой терапии определялся степенью распространения первичного очага. На 2012 год включено 75 больных, которым проведено 3 курса предоперационной ПХТ в комбинации фторпиримидиновых препаратов и оксалиплатина. Первый курс проводился на фоне лучевой терапии. При стадии T2-3NxM1 у 41 (54,7%) пациента проведено 3 курса предоперационной ПХТ по схеме FOLFOX6 с применением лучевой терапии РОД 5 Гр до СОД 25 Гр с двумя радиомодификаторами: локальная СВЧ-



гипертермия + (per rectum) полимерной композиции с Метронидазолом 10 мг/м<sup>2</sup>. Со стадией T4NxM1 n-34 (45,3%) -3 курса ПХТ по схеме XELOX с использованием пролонгированной лучевой терапии; РОД 4 Гр три раза в неделю до СОД 36-40 Гр на фоне радиомодификаторов.. Сфинктеросохраняющие операции выполнены 38 (63,3%) больным. R0 резекции выполнены 27 (45%) больным, 15 (55,5%) из которых выполнены симульганно. После операции проводится еще 6 курсов адьювантной ПХТ. Выраженной токсичности, требующей отмены химиотерапии, не отмечено. У 3 больных (4%) редуцирована доза химиопрепаратов, 12 пациентам (16%) радиомодификаторы не применялись. При стадии T4NxM1b возможно использование только химиолучевой терапии (без оперативного вмешательства). При сравнении с группой больных, которым выполнено на первом этапе удаление первичного очага отмечено достоверное увеличение 1-годовой общей выживаемости с 60 до 79% соответственно.

Созданные программы неoadьювантной химиолучевой терапии мРПК с резектабельными отдаленными метастазами, наряду с приемлемым профилем токсичности, обосновывают выполнение сфинктеросохраняющих операций, особенно после R0 резекции.

## **Раковые депозиты при инвазивном колоректальном раке**

А. Ф. Астраханцев, М. П. Мазурова  
НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва

Как хорошо известно, стадийность опухолевого процесса при инвазивном колоректальном раке базируется на размере и глубине инвазии первичной опухоли, метастазировании в регионарные лимфатические узлы, метастазировании в отдаленные органы (TNM система). С 1997 года в классификацию были включены т.н. перитолстокишечные депозиты опухоли (ПДО) или раковые депозиты (РД). Они определяются как узлы опухоли в окружении перитолстокишечной/периректальной жировой ткани вне лимфатических узлов.

До настоящего времени существуют противоречивые мнения во взглядах на патогенез развития, классификацию и прогностическое значение РД, вплоть до того, что некоторые авторы предлагают описывать число и диаметр РД отдельно в патоморфологическом описании дополнительно к истинным метастазам в лимфатические узлы.

Нами были изучены патоморфологически РД в 25 случаях инвазивного колоректального рака. В основу исследования положен операционный материал отделения колопроктологии Онкологического научного центра ОАО «Российские железные дороги» базирующегося в НУЗ ЦКБ 2 им. Н.А.Семашко за период с 2008 по 2012 гг .

Величина РД имеет колебания от микрофокусного (менее 0,5 мм) до 3 мм и более в диаметре. Все они имеют форму овально-округлую или неправильную с неровными фестончатыми краями. При морфологическом исследовании отчетливо определяется, что некоторые РД локализуясь в жировой клетчатке имеют отчетливую связь с основным очагом опухолевого роста, имеющим тот или иной макроскопический вид т.н. «рост по протяжению». Микроскопическое исследование позволяет обнаружить, что некоторые РД ассоциируют с лимфатическими или венозными сосудами, а также с нервами. Отдельные РД не обнаруживают никакой связи с анатомиче-

---

скими структурами т.н. свободные РД. При рассмотрении на гистотопографических срезах основного опухолевого очага и прилежащей жировой клетчатки условно можно выделить 3 зоны опухолевой инвазии: внутреннюю, среднюю и наружную. Все РД с ростом по протяжению (непрерывным) определяются в пределах внутренней трети перитолстокишечной и периректальной жировой клетчатки. Так называемые свободные РД и РД ассоциированные с венозными сосудами обнаружены во всех 3 областях. РД связанные с лимфатическими сосудами и оболочками нерва, были найдены только во внутренних и средних зонах жировой клетчатки. В наружной зоне, чаще всего определяется только венозная инвазия а также свободные РД.

Проведенное исследование позволяет прийти к заключению о том, что, возникновение РД опухоли связано с неблагоприятным прогнозом как для рака толстой кишки, также и особенно для ректальных карцином.

Способность инвазивного колоректального рака создавать не связанные (по протяжению) депозиты, особенно по периферии краев резекции, по-видимому является по крайней мере одной из возможных причиной неполной резекции опухоли.

Отмечается также тесная связь РД с канцероматозом брюшины.

Обнаружение РД во время операции должно являться обоснованием для выполнения тотальной экцизии параректальной клетчатки в случаях рака прямой кишки.

В классификации TNM должны учитываться опухолевые отсевы в субсерозном слое или неперитонизированных участках параколитической или параректальной клетчатки без формирования метастатических лимфатических узлов. РД, имеющие ровные края, необходимо классифицировать как поражение лимфатических узлов т.е. N1a, N1b, N2a, N2b.

## Хирургическое лечение местнораспространенного рака прямой кишки

С.Г. Афанасьев, А.В. Августинович, И.М. Давыдов, А.В. Пак, Л.В. Спирина  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Рак толстой кишки занимает четвертое место в мире в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируют более 800000 новых случаев рака толстой кишки. Несмотря на внедрение современных методов диагностики, 40-50% больных госпитализируются с местно-распространенными формами опухоли. Значительно сложнее решить вопрос о возможности радикального хирургического лечения больных с опухолью прямой кишки, прорастающей в заднюю стенку мочевого пузыря в области устьев мочеточников и мочеиспускательного канала. В этой ситуации единственно радикальной операцией является удаление практически всех органов таза, когда вместе с прямой кишкой одним блоком удаляют мочевой пузырь, предстательную железу, семенные пузырьки, дистальные отделы мочеточников, лимфатический аппарат. Благодаря достижениям современной анестезиологии и реанимации, а также совершенствованием хирургической техники показания к комбинированным операциям при раке прямой кишки значительно расширились.

Цель исследования: проанализировать непосредственные результаты эвисцераций малого таза по поводу местно-распространённого рака прямой кишки.

Материалы и методы: в исследование включено 17 пациентов (9 женщин и 8 мужчин), которым проведено оперативное лечение в объёме эвисцерации малого таза



по поводу морфологически верифицированного местно-распространённого рака прямой кишки в 2011-12 г.г. Средний возраст больных составил—45 лет. У большинства пациентов (94,1%) диагностирована аденокарцинома различной степени дифференцировки, у одной пациентки выявлен плоскоклеточный рак прямой кишки с формированием ректо-вагинального свища. На дооперационном этапе проведено комплексное обследование, которое включало в себя магнитно-резонансную томографию органов малого таза, цистоскопию, экскреторную томографию, осмотр гинеколога. Во всех случаях химиолучевая терапия на дооперационном этапе не проводилась в связи с наличием осложнений и распространённостью опухолевого процесса.

Результаты. Вовлечение в опухолевый процесс мочевого пузыря выявлено у 9 (52,9%) пациентов, матки и задней стенки влагалища—у 8 (47,1%) оперированных женщин, что потребовало резекции или удаления смежных с прямой кишкой органов. Тотальная эвисцерация малого таза проведена 6 (35,3%) больным, в остальных случаях—передний или задний варианты эвисцерации. При этом, в 4 (23,5%) наблюдениях осуществлена экстирпация прямой кишки с наложением противоестественного заднего прохода, 13 (76,5%) пациентам удалось сохранить наружный сфинктер прямой кишки и завершить оперативное пособие формированием низкого аппаратного или «ручного» колоанального анастомоза. Реконструкция мочевыводящей системы одномоментно выполнена 2 пациентам, остальным—в сроки от 3 до 5 месяцев после первой операции. Послеоперационные осложнения развились у 4 (23,5%) пациентов, что потребовало проведения повторных операций. Послеоперационной летальности не отмечено. Сроки наблюдения после лечения составили от 3 до 20 месяцев. Признаков прогрессирования заболевания не выявлено.

Таким образом, эвисцерация малого таза является операцией выбора при местно-распространённых злокачественных новообразованиях прямой кишки с поражением смежных органов малого таза.

## **Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью**

Ф.Ш. Ахметзянов, Н.А. Валиев, А.А. Самигуллин

*ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Казань;*

*ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань;*

*Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Казань*

Хирургическое лечение колоректального рака (КРР), осложненного острой кишечной непроходимостью (ОКН), как правило, проводится в два этапа. На первом этапе могут выполняться наложение декомпрессионных стом или обструктивные резекции, которые могут выполняться в любой стадии опухолевого процесса. Целью второго этапа является восстановление непрерывности кишечника в тех случаях, когда опухоль была удалена или в тех случаях, когда удаление опухоли производится на втором этапе.

За первые 10 лет функционирования отделения неотложной онкологической помощи в Казанском городском онкологическом диспансере в стационар поступили 324 человека с КРР, осложненным ОКН. Умерли в послеоперационном периоде 72 человека (22,2%).

Операции с удалением опухоли и одномоментными анастомозами удалось завершить у 37 больных, что явилось окончательным вариантом хирургического пособия. Еще восьми больным были наложены обходные межкишечные анастомозы, как

---

правило, в IV стадии заболевания, являющиеся окончательным вариантом лечения. В этой группе умерли двое из 45 больных (4,4%).

На второй этап хирургического лечения, для реконструктивной операции или на удаление опухоли с восстановлением целостности кишечного тракта, теоретически могли претендовать 209 человек, из них больных со II и III стадией заболевания были 141 человек (67,5%), из которых 123 больным ранее были произведены операции с удалением опухоли, остальным (18)—разгрузочные стомы. В IV стадии заболевания были 68 человек (32,5%), из которых 25 выполнены операции с удалением опухоли, остальным 43- разгрузочные стомы.

На второй этап операции явились 65 человек, из них 61 больной—во II-III стадии заболевания и 4 человека в IV стадии. Среди этих больных 13 выполнены операции с удалением опухоли с реконструкцией, остальным — реконструкция. В послеоперационном периоде умерли два из 61 больного (3,3%).

Таким образом, летальность больных на втором этапе хирургического лечения значительно ниже летальности после первого этапа хирургического вмешательства. На второй этап хирургического лечения являются менее половины больных, хотя в последние годы, в связи с принятием нами решения о раннем восстановлении (в основном через 2-3 месяца), на второй этап лечения являются до 80% больных.

## Новый способ послеоперационного дренирования полости малого таза

Ф.Ш. Ахметзянов, Н.Т. Шайхутдинов, А.Ф. Ахметзянова, Ф.Ф. Ахметзянова  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ;  
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань;  
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Казань

Проблема инфицирования тазовой полости после операций по поводу заболеваний органов малого таза, в частности, при брюшно-анальных, внутрибрюшных резекциях прямой кишки по поводу рака, расширенных гинекологических и урологических операциях, является очень актуальной. При брюшно-анальной резекции прямой кишки дренирование полости малого таза обычно производят со стороны промежности четырьмя однопросветными дренажами, два из которых устанавливают у «промонториум», а два остальных—ниже, над леваторами—через прокол в области ишиоректального пространства. На концах дренажей создают 1-2 боковых отверстия. В послеоперационном периоде ежедневно проводится промывание указанной полости антисептическими растворами. Довольно часто наблюдается инфицирование полости малого таза, что связано, по нашему мнению, с попаданием инфекции через проколы для дренажей после восстановления функционирования кишечника. Нашу версию о вторичном инфицировании тазовой полости подтверждает отсутствие перитонита и нагноения срединной раны.

Наш способ дренирования (патент № 2438603, 2012г.) тазовой полости осуществляется одним, реже двумя, 2-х просветными дренажами (патент №100726 от 27 декабря 2010г.), которые выводятся на переднюю брюшную стенку забрюшинно. Чтобы исключить повреждение стенки мочевого пузыря, подвздошных сосудов, мочеточника, проведение дренажной трубки осуществляется следующим образом. Прокол на брюшной стенке производится в точке, которая находится на латеральной трети



линии, соединяющей верхнюю ость подвздошной кости с верхней точкой лонного сочленения. Проходя через толщу прямой мышцы живота, доходят до брюшины, отслаивают последнюю двумя пальцами, формируют туннель до тазовой полости. Дистальную часть дренажа располагают в крестцовой впадине, другой конец фиксируют к коже и подсоединяют к вакуум-отсосу. Последнее обстоятельство очень важно, так как при всех других вариантах дренирования эвакуировать содержимое из крестцовой впадины крайне сложно. Восстанавливают целостность тазовой брюшины, ушивают срединную рану. В послеоперационном периоде, при отсутствии инфицирования полости малого таза, необходимости в промывании последней нет.

Преимуществами данного метода дренирования являются: а) облегчение обслуживания дренажа по сравнению с «ягодичным» дренированием—нет необходимости ежедневного промывания полости малого таза, б) исключение возможности инфицирования—при ягодичном дренировании близость ануса требует более тщательного ухода, в) эффективность дренирования возрастает многократно при использовании 2-х просветного дренажа. Особое практическое значение имеет данный метод у больных с гнойными осложнениями в области малого таза и с несостоятельностью кишечного анастомоза после внутрибрюшных и брюшно-анальных резекций прямой кишки. Такое дренирование позволяет в 95% случаев обходиться без повторных операций и разрешить вышеперечисленные осложнения консервативным путем. Особенно это важно для больных пожилого возраста и пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, для которых наркоз и оперативное вмешательство с целью разрешения воспалительных осложнений могут оказаться фатальными. Наш метод дренирования с использованием 2-х просветного дренажа в течение более 20 лет показала свою высокую эффективность и позволила сохранить жизнь многочисленных пациентов.

## О роли объема лимфаденэктомии в лечении рака ободочной кишки

В. М. Ахметшина<sup>1,2</sup>, С. А. Привезенцев<sup>2</sup>, А. А. Соколов<sup>2</sup>, А. В. Бутенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> МГОБ № 62, Департамент здравоохранения г. Москвы;

<sup>2</sup> ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Возросшее внимание к проблеме хирургического лечения рака ободочной кишки (РОК) обусловлено возрастанием частоты этого заболевания во всех высокоразвитых странах мира и отсутствием заметного улучшения результатов лечения за последнее десятилетие.

В настоящее время общепризнано, что эффективность хирургического лечения РОК определяется не только онкологическим клиренсом краев резекции, но и удалением регионарного лимфатического аппарата, исходя из вероятности его поражения опухолевыми клетками. Однако, дискуссия о необходимом объеме лимфаденэктомии все еще продолжается.

В 7 редакции руководства AJCC по TNM стадированию колоректального рака показано, что прогноз заболевания зависит не только от числа пораженных, но и от числа удаленных и исследованных лимфатических узлов (ЛУ) и для адекватного стадирования опухоли необходимо исследование, как минимум, 7 ЛУ (N2b). В рекомендациях по лечению колоректального рака указано, что в резецированном образце следует изучить как минимум 12 ЛУ, хотя накопление информации в рамках ран-

домизированного клинического исследования по этому вопросу (85 тысяч пациентов с РОК) еще продолжается.

В нашей работе было изучено влияние числа удаленных ЛУ на отдаленные результаты лечения 238 больных с I-III стадиями РОК, проходивших радикальное лечение в МГОБ №62 в период с 2001 по 2008 г. Медиана наблюдения пациентов составила 41,8 месяца, интерквартильный размах—32,5-55,9 месяцев. Среднее число удаленных ЛУ составило 7,6 (95% ДИ 7,0-8,1); медиана -7. Было выявлено, что при левосторонней локализации число удаленных ЛУ статистически значимо меньше, чем при правосторонних опухолях (критерий Манна-Уитни,  $p=0,002$ ). Среди 129 пациентов с левосторонними опухолями среднее число удаленных ЛУ составило 6,7 95% ДИ 6,1-7,4; медиана—6 ЛУ. У 109 больных с правосторонними опухолями—8,6 (95% ДИ 7,7-9,5); медиана—8 ЛУ.

Первичный ретроспективный анализ не выявил влияния удаления более 6 ЛУ на 3-х летнюю общую выживаемость (ОВ)—76,6% ( $>6$  ЛУ) по сравнению с 73,3% ( $\leq 6$  ЛУ), опухоль-специфическую выживаемость (ОСВ)—82,0% против 81,2% и безрецидивную выживаемость (БРВ)—87,5% против 86,7% у всей группы пациентов с РОК.

Детальный анализ ОВ в зависимости от TNM показал, что удаление и анализ более, чем 6 ЛУ приводило к статистически значимому (Log-Rank тест,  $p<0,05$ ) увеличению 3-х летней ОВ у больных со статусом T4N0-1M0—84,8% против 56,7%.

Трехлетняя ОСВ и БРВ (локорегинарный контроль) также статистически значимо были выше в группе пациентов T4N0-1M0 при удалении и анализе более чем 6 ЛУ—84,8 против 64,3 и 96,6 против 78,0 соответственно.

Важно отметить, что число больных, получавших комбинированное лечение было практически равным в группе пациентов T4N0-1M0 с разным числом удаленных ЛУ—17 из 30 пациентов (57,6%) в группе ЛУ $>6$  и 19 из 35 (54,3%) в группе  $\leq 6$  ЛУ (ТМФ,  $p=1,0$ ).

Таким образом, можно сделать вывод: при радикальных резекциях РОК для адекватной диагностики степени поражения ЛУ наибольшее внимание к увеличению объема лимфаденэктомии и/или числа исследованных ЛУ нужно уделять в случаях прорастания опухоли серозной оболочки ободочной кишки.

## Хирургическая реабилитация онкологических больных с одноствольными колостомами

С.И. Ачкасов, А.И. Москалёв  
ФГБУ «ГНЦ колопроктологии», Москва

Реконструктивно-восстановительные вмешательства у больных с кишечными стомами—одна из наиболее сложных и опасных областей хирургии и онкологии. Восстановление естественного пассажа по кишечнику выполняют не более, чем 10% онкологических пациентов, при этом прогресс основного заболевания является ведущей причиной отказа от такого вмешательства. Среди пациентов, перенесших операцию Гартмана по поводу колоректального рака, частота выполнения реконструктивно-восстановительного этапа составляет 17-44%. Подобные операции сопровождаются высоким уровнем осложнений, составляющим 32-60%. Летальность достигает 8% и полностью определяется частотой несостоятельности толстокишечных анастомозов.



Цель работы: изучение результатов реконструктивно-восстановительных вмешательств у онкологических больных с одноствольными колостомами.

Пациенты и методы: в период 2007-2012 гг. среди пациентов, ранее перенесших операции Гартмана в других учреждениях по поводу колоректального рака и не имеющих признаков возврата заболевания, реконструктивно-восстановительные операции были выполнены 198 (61,7%). Основной причиной отказа была выраженность сопутствующих заболеваний (ASA>2). Среди 198 оперированных больных мужчин было 106 (53,5%), женщин 92 (46,5%), в возрасте 16-77 (53,6±5,8) лет. Срок выполнения реконструктивно-восстановительных операций колебался в пределах 4-108 (10,6±1,8) месяцев после операции Гартмана. Задачи предоперационного обследования включали оценку полноты ликвидации причин, приведших к формированию стомы, определение риска и тяжести планируемого вмешательства, изучение топографо-анатомических изменений в брюшной полости и полости таза, исследование состояния функционирующих, отключённых отделов и замыкательного аппарата прямой кишки. Диагностическая программа включала клинические и лабораторные методы исследования, эндоскопические (колоноскопия, ЭФГДС), рентгенологические (в том числе КТ брюшной полости и полости таза с внутривенным контрастированием), ультразвуковые методы исследования, сфинктерометрию или профилометрию.

Результаты: реконструктивно-восстановительные операции были выполнены 196 (98,9%), в 2 наблюдениях коло-ректальный анастомоз не был наложен по причине выраженности рубцово-воспалительных изменений в полости таза. Длительность операций составила 48-460 (в среднем 173,6) минут, кровопотеря—50-1500 (в среднем 376,4) мл. Превентивные двуствольные илео- и колостоми были сформированы 34 (17,3%) пациентам, из них у 32 причиной их наложения была выраженность рубцовых и воспалительных изменений отключённых отделов. Лапароскопически-ассистируемые вмешательства выполнены в 36 (18,4%) наблюдениях. Послеоперационные осложнения отмечены у 50 (25,3%) больных. У 9 (5,1%) развившиеся осложнения потребовали повторного хирургического вмешательства. 30-дневная послеоперационная летальность не отмечена. 3 (1,5%) пациентов умерли через 7 дней, 4 и 7 месяцев после выписки от последствий послеоперационных осложнений.

Заключение: восстановление пассажа при одноствольных стомах—это опасное, часто многоэтапное хирургическое лечение «косметического» дефекта. Основная причина отказа от реконструктивно-восстановительной операции—выраженность сопутствующих заболеваний. Представляется целесообразной концентрация больных данной группы в специализированных учреждениях.

### **«Короткий» курс предоперационной лучевой терапии в сочетании с различными фторпиримидинами — 2-х летние результаты**

Ю.А. Барсуков, С.И. Ткачев, З.З. Мамедли, Д.В. Кузьмичев  
*ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва*

Целью настоящего исследования является создание программы по улучшению отдаленных результатов лечения больных раком прямой кишки с использованием в схемах неоадьювантной термолучевой терапии различных фторпиримидинов (капецитабина, 5-фторурацила и фторафура).

Материалы и методы: в протокол больные с диагнозом рака прямой кишки — аденокарцинома ампулярного отдела прямой кишки (от 4 см до 15 см), протяженность опухоли не более 8 см, отсутствие поражения мезоректальной фасции по данным МРТ (отрицательный латеральный край), отсутствие поражения или подозрения на поражение экстрафасциальных (тазовых) лимфатических узлов. Пациенты рандомизировались на 3 группы с включением в схемы неоадьювантной термолучевой терапии различных фторпиримидинов: Капецитабин 2000 мг/м<sup>2</sup> per os в течении 14 дней, начиная с первого дня ЛТ, 5-ФУ 425 мг/м<sup>2</sup> в/в длительная инфузия (120 часовая инфузия с первого дня ЛТ) или ФТОРАФУР 800 мг/м<sup>2</sup> per os в течении 21 дня с первого дня ЛТ. Системная химиотерапия осуществлялась с использованием предоперационной термолучевой терапии: лучевая терапия (ЛТ) СОД 25 Гр (5 фракций по 5 Гр) + гипертермия на 3, 4 и 5 дни ЛТ (экспозиция 60 мин, непосредственно перед ЛТ) + внутривидеальное введение на 3 и 5 дни ЛТ электронно-акцепторного соединения метронидазола 18 гр в составе комбинированной смеси.

Результаты: проводилась оценка профиля токсичности, лечебного патоморфоза в опухоли и концентрации препарата в опухоли прямой кишки. У 37 пациентов, вошедших в исследование, — Капецитабин использован у 12 больных, 5-ФУ у 11 б-х, Фторафур у 14 б-х. Токсичность (гастроинтестинальная и нейротоксичность) была отмечена у 47,6%, 42,7% и 48,2% соответственно. Концентрация 5-ФУ в ткани опухоли, не отличалась при использовании различных фторпиримидинов. Не отмечено различий и по показателям III степени лечебного патоморфоза (по Лавниковой), которая составила 23,1% в группе Капецитабина, 25,1% в группе 5-ФУ и 27,1% в группе Фторафура.

Выводы: проведенная предварительная оценка эффективности использования различных фторпиримидинов (капецитабин, 5-ФУ, фторафур) в комплексной терапии рака прямой кишки позволила установить их идентичность по показателям токсичности, лечебному патоморфозу и концентрации данных препаратов в опухоли. Дальнейшее накопление клинических данных и их анализ позволят оценить эффективность различных вариантов комплексной терапии по показателям локорегионарных рецидивов, отдаленных метастазов и безрецидивной выживаемости.

## Комплексное лечение рака проксимального отдела прямой кишки: аргументы «за» и «против»

Ю.А. Барсуков, Д.В. Кузьмичев  
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

Рак проксимального отдела прямой кишки — это опухоли, локализирующиеся выше 11 см от кожно-переходной складки (опухоли верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов). Большая часть этих опухолей располагается в брюшной полости, что позволяет, по мнению ряда авторов, интраоперационно визуализировать степень местного и регионарного распространения опухолевого процесса, и выбрать адекватный объем хирургического вмешательства. Однако непредсказуемые варианты лимфарегинарного распространения опухолевого процесса, невозможность предупредить лимфа-гематогенную диссеминацию как локальную так и системную, несмотря на раннюю и предварительную перевязку основных сосудистых коллек-



торов, обосновывает необходимость создания технологий для предоперационного или интраоперационного воздействия на первичную опухоль и пути регионарного распространения. С 2004 г. в ФГБУ «РОНЦ им. Блохина Н.Н.» РАМН создана (патент РФ.2004 г.) и применяется ( в рамках второй фазы клинического изучения) комплексная программа неoadьювантного воздействия при данной локализации опухоли (как и при ампулярной локализации) с использованием в течение пяти дней лучевой терапии в СОД= 25 Гр. с двукратным локальным подведением электронакцепторного соединения метронидазола (10 гр м2) в составе полимерной композиции (патент РФ, 2010 г.) и двухнедельным приемом кселоды 2 гр.м2. Пролечено 76 пациентов, из которых у 9 (11.8%) была стадия Т2, запущенные стадии Т3 N0 +Т любая N+ у 88.2% (67.8 пациентов). За 8-летний период наблюдения ни у одного пациента не выявлено локорегионарных рецидивов рака, метастазы диагностированы у 6 (7.9%) пациентов. Столь высокие результаты локального контроля объясняем выраженным повреждением самой опухоли (лечебный патоморфоз III-IV степеней выявлен у 37.7% пациентов) с элиминацией отдельных опухолевых комплексов как в лимфатических сосудах, так и межклетчаточных пространствах. Пятилетняя безрецидивная выживаемость на всю группу составила 81.2%, при запущенных стадиях — 79.4%. Полагаем, что следующим этапом в решении данной проблемы является создание протокола проспективного рандомизированного исследования.

### **Комплексное лечение местнораспространенного рака прямой кишки**

Ю.А. Барсуков, С.С. Гордеев, С.И. Ткачѐв, А.Г. Перевощиков, М.Ю. Федянин  
*ФГБУ «РОНЦ имени Н.Н.Блохина» РАМН, Москва*

Цель неoadьювантного лечения больных местнораспространѐнным раком прямой кишки—достижения максимальной редукции опухоли для выполнения операции в объеме R0. Решение этой задачи лежит в создании новых вариантов комплексного лечения с использованием лучевой терапии и программы полирадиомодификации. Целью данного исследования является оценка безопасности и эффективности нового режима неoadьювантной химиолучевой терапии местнораспространѐнного рака прямой кишки.

Пациенты и методы. В проспективное нерандомизированное исследование II фазы включались больные раком прямой кишки T4NxM0. Создана оригинальная схема лечения (патент РФ № 2414936), включающая лучевую терапию РОД 4 Гр, СОД 40 Гр, химиотерапию капецитабином 650 мг/м2 per os 2 p/сут дни 1-22, оксалиплатином 50 мг/м2 в/в дни 3, 10, 17, 4 сеанса локальной гипертермии в течение 60 минут при температуре 41—45°C в дни 8, 12, 15, 17, 2 введения метронидазола 10 г/м<sup>2</sup> per rectum в составе полимерной композиции в дни 12, 17. Основным критерием оценки эффективности было число R0 резекций, дополнительными—общая и безрецидивная 2-летняя выживаемость, токсичность по шкале NCI-CTC v.3.0, частота достижения лечебного патоморфоза III-IV степени (по Dworak), частота выполнения сфинктеросохраняющих операций.

Результаты. С сентября 2007 года январь 2011 в исследование включено 64 больных. 58 (90,6%) пациентам была выполнена R0 резекция. Токсичность III

---

степени наблюдалась у 11 (17,2%) пациентов, IV степени — у 2 пациентов (3,1%). У 7 пациентов (10,9%) отмечена полная регрессия опухоли, у 28 (43,8%) — III степень лечебного патоморфоза. Медиана наблюдения составила 25,6 месяцев. У 7 пациентов развился локорегионарный рецидив заболевания (10,9%) и у 10 (15,6%) — отдалённые метастазы. Общая 2-летняя выживаемость составила 94,3%, безрецидивная — 80,0%. 35 пациента (54,7%) выполнены сфинктеросохраняющие операции.

Выводы. Исследуемый режим предоперационного лечения местнораспространённого рака прямой кишки, обладает умеренной токсичностью и способствует высокой частоте достижения R0 резекций и локорегионарного контроля.

## **Возможность выполнения реконструктивно-восстановительной операции у больных раком прямой кишки, перенесших низкую резекцию по Гартману**

Ю.А. Барсуков, Р.И. Тамразов, Ю.М. Тимофеев, З.З. Мамедли, С.С. Гордеев  
*ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва*

Успехи в лечении рака прямой кишки последних десятилетий были связаны с совершенствованием хирургического метода, развитие которого осуществлялось в поисках максимального сочетания онкологического радикализма с сохранением функции поражённого органа. Однако, в определенных клинических ситуациях операции приходится заканчивать наложением колостомы по типу операции Гартмана с погружением культи прямой кишки под тазовую брюшину. Операции по восстановлению непрерывности толстой кишки после подобных вмешательств являются одним из самых технически сложных разделов колоректальной хирургии. Поэтому разработка эффективных технических приемов, позволяющих облегчить выполнения реконструктивно-восстановительных операций после обструктивных резекций кишки по Гартману, имеет большое практическое значение.

Материалы и методы. В основу предлагаемого нами технического приема заложен принцип операции Duhamel, которая была предложена автором в 1956 г. для хирургического лечения болезни Гиршпрунга. Нами разработана модификация операции Дюамеля, при которой не требуется выделения культи прямой кишки, а необходимо визуализировать лишь ее купол посредством инструмента, введенного в культю. Затем выполняется демукозация анального канала на трубке по задней полуокружности до купола культи прямой кишки и таким образом формируется туннель между слизистым и мышечным слоями. Подготавливается трансплантат для низведения кишки. Затем сигмовидная кишка низводится в данный туннель и фиксируется в анальном канале отдельными швами. Между культей прямой кишки и низведенной кишкой образуется перегородка, после рассечения которой формируется колоанальный анастомоз.

Результаты. Указанная методика Дюамеля применяется в РОНЦ РАМН с 1997 г. в тех случаях, когда невозможно выделить культю прямой кишки и сформировать сигмоэктоанастомоз. Операция в данной модификации применена у 12 больных раком прямой кишки после операции Гартмана. После операции у одной больной возникла умеренная стриктура сформированного анастомоза (8,3%), потребовавшая его бужирования. У одного пациента отмечены явления частичного некроза транс-



плантата, что потребовало повторной колостомии (8,3%). В послеоперационном периоде не умер ни один пациент. В 2012 году получен патент РФ № 2444313 на указанную методику.

**Заключение.** Предлагаемый способ восстановления непрерывности толстой кишки позволяет выполнить реконструктивную операцию в сложной клинической ситуации, и может быть использован как альтернатива аппаратному шву. Внесфинктерное проведение низводимой кишки по подслизистому слою позволяет сохранить интактным сам сфинктер и рецепторную зону полуокружности анального канала, и таким образом, сохранив удовлетворительную функцию сфинктера.

### **Аденокарцинома аноректальной зоны – варианты комплексного лечения**

Ю.А. Барсуков, С.А. Ткачев, А.Г. Перевощиков, Д.В. Кузьмичев, З.З. Мамедли.  
*ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва, Россия.*

Хирургический метод, оставаясь основным в лечении аденокарциномы аноректальной зоны, сопровождается высокой частотой локорегионарных рецидивов—42,2% и отдаленных метастазов — 10%. С целью достижения максимального противоопухолевого локального контроля в отделение проктологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН разработаны оригинальные программы комплексной терапии (патенты РФ № 2414936 и 2367489)

**Материал и методы:** с 2006 г. в исследование включено две группы больных: первая—34 больным со стадией опухолевого процесса Т1-2 проведена предоперационная лучевая терапия 25Гр, локальная СВЧ-гипертермию №3, двукратное внутривнутриректальное введение полимерной композиции с метронидазолом (10 гр/м2), капецитабин 2000 мг/м2/сутки в течение 14 дней. Вторая—17 больным со стадией Т3-4 проведен пролонгированная предоперационная лучевая терапия 40Гр, СВЧ-гипертермии №4, двукратное внутривнутриректальное введение полимерной композиции с метронидазолом (10 гр/м2), капецитабин 850 мг/м2 2 раза в сутки и оксалиплатина 50 мг/м2 один раз в неделю.

**Результаты:** токсичность 3 степени в группе №1 зарегистрирована у 9% больных, в группе №2 у 11,8% больных. Брюшно-промежностные экстирпации: в группе №1 выполнены у 67,7% пациентов, в группе №2—у 23,5% пациентов. Брюшно-анальная резекция в первой группе выполнена у 32,3% больных, во второй—у 76,5% пациентов. Лечебный патоморфоз III и IV степени (классиф. «Dworak») в группе №1 достигнут у 17,7% и 2,9% пациентов соответственно, в группе №2—у 70,6% и 17,6% соответственно. Локальные рецидивы и отдаленные метастазы в первой группе составили 2,9% и 5,9% соответственно. Во второй группе до настоящего времени рецидивов и метастазов не зарегистрировано. Таким образом, разработанные программы комплексного лечения больных с аденокарциномой анального канала являются высокоэффективным методом лечения, позволяющим значительно увеличить частоту выполнения сфинктеросохраняющих операций, повысить абластичность хирургического вмешательства и улучшить отдаленные результаты лечения данной категории больных.

---

## Роль и место химиолучевой терапии местнораспространенного рака прямой кишки

А.М. Беляев, И.И. Алиев, А.В. Гуляев, И.В. Правосудов, А.М. Карачун  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

**Введение:** Комбинированный подход в лечении местнораспространенного рака прямой кишки позволил увеличить 5-летнюю выживаемость с 30% в 60-ые годы до 60% в начале 90-х годов. Об эффективности проведенного лечения можно говорить при снижении стадии заболевания, определяемого за счет уменьшения глубины инвазии и исчезновения метастатических лимфатических узлов.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных местнораспространенным раком прямой кишки.

**Материалы и методы.** Начиная с 2007 года в отделении абдоминальной онкологии комбинированному лечению по поводу местнораспространенного рака прямой кишки подверглись 145 больных. Из них полный курс пролонгированной химиолучевой терапии с последующей операцией прошли 109 больных. Среди пациентов прошедших полный курс лечения были 56 мужчин и 53 женщины. Возраст больных составил от 19 до 79 лет. В нижнеампулярном отделе прямой кишки опухоль локализовалась в 59 случаях, у 41 — ограничивалась среднеампулярным и в 8 наблюдениях — верхнеампулярным отделами. В 1 случае было тотальное поражение всей прямой кишки. Клиническая стадия заболевания устанавливалась на основании данных МРТ и пальцевого исследования, выполняемых как непосредственно до начала химиолучевой терапии, так и непосредственно перед операцией. В ходе лечения и в последующем проводилась динамика изменений уровня РЭА. Оценка эффективности клинического регресса опухоли производилась на основании применения шкалы TRG. Патоморфологические изменения опухоли оценивались с помощью классификации Дворака. Распределение больных в зависимости от клинической стадии было следующим: T2N+M0 — 5 больных, T3N0M0 — 37, T3N+M0 — 42, T4N0M0 — 4 и T4N+M0 установлена у 21 пациента. Уровень РЭА до начала лечения был в диапазоне от 0,7 до 101 нг/мл.

У всех больных лечение начиналось с проведения неoadъювантной химиолучевой терапии. Зонами облучения являлись первичная опухоль или ложе опухоли, а также регионарные лимфатические узлы и область, прилежащая к крестцу. Дистанционная лучевая терапия осуществлялась на линейных ускорителях ЛУЭВ-15 и SL-75-5 до СОД 50,4 Гр. Режим химиотерапии включал препарат «Кселода» в дозе 625 мг/м<sup>2</sup> ежедневно в два приема в дни облучения.

В сроки от 6 до 12 недель от момента завершения химиолучевой терапии все больные подверглись хирургическому вмешательству. В 60 случаях выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки и низкая передняя резекция произведена 49-ти больным. В 15 случаях операция носила комбинированный характер и сопровождалась резекцией соседних органов.

**Результаты.** На основании данных МРТ, пальцевого и эндоскопического исследования, выполненными перед операцией, установлено, что значительный и полный клинический регресс опухоли, что соответствует TRG I-II, имеется у 35 больных. Частичный регресс TRG III-IV отмечен в 50 случаях и не ответили на лечение 16 больных TRG — V.

По данным патоморфологического исследования операционного материала, отсутствие опухоли или наличие единичных клеток, что согласно классификации



Дворака соответствует III-IV степени патоморфоза, отмечено у 29 больных. Вторая степень патоморфоза, когда опухоль на половину замещена фиброзной тканью, установлена в 48 случаях и не выявлено постлучевых изменений у 32 больных, что соответствует 0-I степени регресса.

Сроки наблюдения за пациентами составили от 6 до 58 месяцев. Генерализация процесса отмечена у 10 больных. Местный рецидив за указанный срок наблюдения развился у 6 пациентов, причем в 4—х случаях отмечено сочетание отдаленных метастазов с местным рецидивом. Следует отметить, что среди пациентов с полным или значительным патоморфологическим регрессом ни у кого за время наблюдения признаков возврата заболевания не выявлено.

Таким образом, на основании как клинического, так и патоморфологического регресса опухоли можно прогнозировать ожидаемую эффективность лечения. Одновременно возможно выявление пациентов, имеющих высокий риск генерализации процесса с целью проведения системного лечения.

## **Непосредственные результаты комплексного лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень**

А. М. Беляев, А. В. Гуляев, А. Б. Моисеенко, А. В. Беляева, В. А. Чубенко, М. Ю. Цикоридзе.  
*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

Введение: в настоящее время отсутствует единая тактика лечения больных метастатическим колоректальным раком, а имеющиеся в литературе данные по этому вопросу весьма противоречивы.

Цель исследования: оценить клинические параметры больных колоректальным раком с метастазами в печени с целью оптимизации тактики их лечения.

Материалы и методы: в исследование включены сведения о 56 больных колоректальным раком с метастазами в печени.

Результаты: из 56 включенных в исследование больных у 45 (80,4%) метастазы в печени выявлены синхронно с первичной опухолью, у 11 больных (19,6%) были выявлены метастазы в печени. В группе с метастазами поражения печени мужчины составляли 18,2%, в группе с синхронными метастазами мужчины составляли 51,1% ( $p \leq 0,05$ ). В группе больных с метастазами в печени одиночный очаг в печени был выявлен у 4 больных (36,4%), 2-3 очага выявлены у 5 больных (45,5%), у 2 больных (18,1%) выявлено множественное поражение правой доли печени. Всем больным с метастазами в печени проведено хирургическое лечение, 6 больным (54,5%) выполнена атипичная резекция печени, 5 больным (45,5%) — гемигепатэктомия. В группе больных с синхронными метастазами в печени одиночный очаг в печени был выявлен у 9 больных (20,0%), 2-3 очага выявлены у 12 больных (26,7%), у 24 больных (53,3%) выявлено билобарное поражение печени. Предоперационная химиотерапия проведена 12 больным данной группы, у 9 больных (75,0%) достигнут объективный ответ. Оптимальную циторедукцию после неoadьювантной химиотерапии удалось выполнить семи из 12 больных (58,3%). У 25 больных (55,6%) в связи с наличием осложненной кровотечением либо угрозой кишечной непроходимости первичной опухоли толстой кишки и синхронными метастазами в печени первым этапом было проведено хирургическое лечение. При этом оптимальную циторедукцию удалось выполнить лишь у 9 больных (36,0%).

---

Выводы. Проведение адекватной неoadьювантной химиотерапии больным колоректальным раком с синхронными метастазами в печень позволяет в 58, 3% выполнить оптимальную циторедуктивную операцию.

## Первый опыт применения магнитнорезонансной томографии всего тела с получением диффузионно-взвешенных изображений у пациентов с колоректальным раком

Т.А. Берген<sup>1</sup>, И.А. Трофименко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-главный ОАО «РЖД», Новосибирск

<sup>2</sup> Городская больница № 40, Санкт-Петербург

Наличие гематогенных и отдаленных лимфогенных метастазов, без сомнения, является одним из основных факторов, определяющих тактику ведения онкологических пациентов. На сегодняшний день главным методом скрининга отдаленных и регионарных метастазов считается позитронно-эмиссионная томография с 18-F-дезоксиглюкозой (ФДГ-ПЭТ), однако ввиду относительно низкой доступности данного исследования предпочтение нередко отдается компьютерной томографии груди, живота и таза. Альтернативой перечисленным методам исследования является диффузионно-взвешенная магнитно-резонансная томография (ДВ-МРТ) всего тела.

На базе наших учреждений в период с сентября 2012 по март 2013 года была разработана и опробована методика комплексной ДВ-МРТ всего тела у онкологических пациентов на МР-системах с напряженностью магнитного поля 1,5Т (Magnetom Espree, Siemens); зона сканирования включала область от свода черепа до середины бедра. Помимо диффузионно-взвешенных изображений протокол включал морфологические последовательности (STIR, T1-ВИ) и при необходимости дополнялся контрастным усилением. Длительность сбора данных без контрастного усиления составила 30 минут, с контрастным усилением — 50 минут.

В обозначенный период было обследовано более 100 пациентов с онкологическим анамнезом, из них 30 пациентов — с верифицированным колоректальным раком. В результате ДВ-МРТ всего тела у 30 пациентов исследуемой группы было выявлено в сумме 103 очага, подозрительных на неоплазию, из них 26 очагов (25%), интерпретированных как метастатические, были выявлены впервые. Ввиду того, что по объективным причинам все обнаруженные очаги не могли быть верифицированы морфологически, для корреляции помимо результатов оперативного лечения использовались результаты других методов исследования (сцинтиграфия, ПЭТ, КТ и/или МРТ отдельных зон с использованием стандартной методики) либо динамического наблюдения в течение 5 месяцев (вне лечения стабильные очаги расценивались как доброкачественные). К ложноположительным результатам относились очаговые изменения в легких (n=1, не обнаружены при КТ груди), к ложноотрицательным — остеосклеротические метастазы (n=2, обнаружены при ПЭТ-КТ). У каждого пятого пациента (21%), прошедшего исследование, полученные результаты оказали существенное влияние на тактику лечения (отказ от оперативного лечения в пользу химиотерапии, изменение объема планируемого вмешательства и др.).

Несмотря на большое количество исследований, посвященных ДВИ всего тела, в доступной литературе пока нет единой точки зрения относительно места данной



методики в алгоритме обследования онкологических пациентов. Наш опыт демонстрирует, что данная методика вполне сопоставима с рутинными методами скрининга отдаленных метастазов у пациентов с колоректальным раком.

## **Комбинированные методы лечения рака прямой кишки в Ставропольском клиническом онкологическом диспансере**

С.А. Бойков, И.А. Селютина, А.А. Койчуев, Л.Б. Линченко  
*ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»*

Рак прямой кишки в последние годы становится предметом дискуссий и споров, так как находится на стыке интересов хирургов, радиологов, химиотерапевтов. В России большинству пациентов оперативные вмешательства по-прежнему выполняются в неспециализированных клиниках. Ставропольский край не является исключением. Учитывая высокий процент обращаемости пациентов с 3-4 стадией, результаты хирургического лечения имеют неудовлетворительные результаты, связанные с высоким процентом локорегионарных рецидивов рака. Программа неoadъювантного лечения больных раком прямой кишки разработанная в Российском онкологическом научном центре им. Блохина под руководством доктора медицинских наук, профессора, руководителя отделения проктологии РАМН РОНЦ им.Блохина Ю.А. Барсукова, доктора медицинских наук, руководителя отдела радиационной онкологии РАМН РОНЦ им. Блохина С. И. Ткачева успешно применяется в нашем диспансере с 2011г. В нашем диспансере в 2011г проведена дистанционная лучевая терапия 199 больным раком прямой кишки. Предоперационных курсов 66, из них 40 больным методом крупного фракционирования РОД 5 Гр x 5 сеансов. 26 больным классическим фракционированием РОД 2-2.5 Гр СОД 44-46 Гр. При запущенных формах рака прямой кишки неоперабельных и условно неоперабельных: «вколоченная», несмещаемая опухоль с признаками метастазирования в лимфоузлы клетчатки Т3-4N0-1M0 (оценка распространенности опухолевого процесса проводилась на основании МРТ исследования), лучевая терапия проводилась по радикальной программе СОД 64-66 Гр—46 больным. 9 пациентам проведена синхронная химиолучевая терапия: капецитабин с 1-го по 14 дни лучевой терапии. В качестве радиомодификации применялась гипертермия 16 пациентам, «Колетекс» —гель с метрогилом ректально 27. Радиомодификация не использовалась у больных с геморрагическим опухолевым симптомом. Данной группе больных в последующем проводилось 2 курса химиотерапии. Оперативное лечение выполнялась через 6-8 нед. после лучевой терапии. Радикальное хирургическое лечение выполнено 41 пациенту. Отказались от оперативного лечения 3 пациента, у 2-х при дополнительном обследовании выявлены метастазы в печени и была продолжена химиотерапия. Достоверных различий в частоте возникновения ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении не выявлено. Частота гнойных и урологических осложнений не отличается. Частота грозных осложнений, таких как некроз низведенной кишки и несостоятельность швов анастомоза не увеличивается. Выводы: Применение неoadъювантного комбинированного лечения позволяет снизить частоту локальных рецидивов с 16—17% до 7-4% (по данным различных исследований).

## Предварительный анализ динамики опухолевых маркеров и эффективности проводимой химиотерапии у больных с колоректальным раком

Л.В. Болотина, Н.С. Сергеева, А.Л. Корниецкая, М.П. Мишунина  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Основой лабораторной диагностики, мониторинга течения заболевания и эффективности проводимой терапии при колоректальном раке (КРР) является использование чувствительных опухолеспецифических маркеров. Поскольку клиническая значимость уровня опухолевых маркеров напрямую зависит от чувствительности и специфичности, наиболее информативным представляется исследование их комбинации. Так для опухолей толстой кишки таковой служит комбинация РЭА и СА 19-9. Не являясь самостоятельным клиническим ориентиром, особенно при однократном изучении, изменение показателей в динамике может служить предиктором неэффективности лечения или прогрессирования заболевания.

Нами изучена динамика РЭА и СА 19-9 у 38 больных. У 7 пациентов мониторинг уровня опухолевых маркеров, в случае их отклонения от нормальных значений, проводился в процессе адъювантной химиотерапии (АХТ) и у 31 на различных этапах лечения генерализованного КРР. Все пациенты разделены на 4 группы. В 1 группу включено 16 человек, у которых изменения кривых РЭА и СА 19-9 в ходе лечения были симметричны, у 5 из них с повышением уровня онкомаркеров в пределах нормы, получавших лечение в рамках АХТ в последующем, выявлено прогрессирование болезни. Теоретическим обоснованием синхронного изменения опухолевых маркеров может быть предположение о том, что опухоль имеет в своем составе 2 клеточных клона, продуцирующих опухолевые маркеры с одинаковой чувствительностью к ХТ. Оценивая взаимоотношение показателей роста РЭА и СА 19-9 и эффективность лечения у всех больных в данной группе, следует отметить, что медиана времени с момента их повышения до объективного подтверждения прогрессирования заболевания составила 6 мес. (от 3 до 12). При этом однократное повышение уровня того или иного маркера или обоих представлялось ложноположительным. Во 2 группу вошло 10 пациентов с различным ходом кривых РЭА и СА 19-9, что может быть связано с гетерогенностью опухоли либо гибелью одного из клеточных клонов в процессе ХТ. Вероятно, селекция линии опухолевых клеток в процессе лекарственного лечения представляется более достоверным предположением, поскольку у 9 человек отмечена синхронизация динамики обоих опухолевых маркеров после начала 2 линии ХТ. В 3 группу включено 5 человек, у которых в ходе терапии менялся один из маркеров: РЭА—2 больных и СА 19-9—3 пациента. Тем не менее, второй маркер, изменяясь в пределах нормы, достигал своих максимальных значений при неэффективности проводимого лечения и при ложных колебаниях «основного» маркера выступал в качестве рефери, что, несомненно, требует дальнейшего накопления наблюдений и подтверждения теории. В 4 группу вошло 7 больных, у которых опухоли не продуцировали СА 19-9 (Levis-негативные), таким образом, единственным «рабочим» маркером оставался РЭА, динамика которого и служила критерием эффективности терапии.

Продолжение лабораторной оценки и сопоставление ее с клиническими данными, безусловно, позволит подтвердить или опровергнуть выдвинутые предположения, а также оценить предиктивную значимость динамики уровня онкомаркеров в зависимости от их исходных значений, распространенности процесса и, возможно, от наличия мутации в гене KRAS.



## Периоперационная терапия в комбинированном лечении больных распространенным колоректальным раком (РКРР)

ОНКОПРОКТОЛОГИЯ

Л. В. Болотина, А. А. Пайчадзе, А. Л. Корниецкая, Д. В. Сидоров, М. В. Ложкин  
ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ», Москва

По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется около 800 тыс. новых случаев колоректального рака и примерно 440 тыс. смертей от этой болезни. У трети больных РКРР метастатический процесс ограничен печенью, но не более 15-20 % из них являются исходно операбельными. Изолированные метастазы в легкие встречаются у 4—10% больных РКРР, в том числе в 10-15% после радикального удаления первичной опухоли. На сегодняшний день взгляд на проблему лечения РКРР изменился в сторону применения агрессивного мультимодального подхода с использованием наиболее рациональных комбинаций среди всех имеющихся методов воздействия. При изолированном поражении печени или легких разные лечебные режимы все чаще стали применяться в периоперационном периоде.

**Материалы и методы.** За период с 2005 года по настоящее время в исследование было включено 25 пациентов РКРР (9 женщин и 16 мужчин) в возрасте 43-76 лет. Семнадцати больным с синхронными метастазами перед началом терапии было выполнено удаление первичного очага. У 8 пациентов прогрессирование наступило в сроки 3-34 месяца после завершения «радикального» лечения. На старте всем больным проводилась КТ органов грудной и брюшной полостей, определялся уровень маркеров РЭА и СА 19-9. Билобарное поражение печени было выявлено у 10 пациентов, унилобарное—у 11, вовлечение печени и легких—у 2, изолированное поражение легких—у 2. Размеры мтс-очагов составили 0,5-9,7 см количеством от 1 до 7. Гистологический вариант опухоли представлен аденокарциномой G2—у 19 больных, G1—у 4, G3 и муцинозной—у 2 соответственно. В 1-м этапе в течение трех месяцев проводилась лекарственная терапия на основе оксалиплатин-/иринокансодержащих режимов +/- таргетные агенты. Оценка объективного эффекта проводилась по критериям RECIST. Второй этап лечения предусматривал выполнение резекции и/или РЧТА мтс-очагов. В последующем проводилась послеоперационная ХТ по прежней схеме.

**Результаты исследования.** В предоперационном периоде было проведено от 4-х до 8-ми курсов оксалиплатин- (17 больных) или иринокансодержащей (8) терапии в комбинации (бевацизумаб—15, ингибиторы EGFR—6) или без (4) с таргетными препаратами, что позволило всем пациентам в сроки от 3 до 7,5 недель выполнить оперативные вмешательства разного объема (ОЭ—19 больных, СЗ—4, ПЗ—2). Атипичные резекции печени—у 10 больных, в том числе с РЧТА—у 2, гемигепатэктомии—у 6, расширенные гемигепатэктомии—у 3, двухэтапные резекции печени—у 2, лобэктомии—у 2 соответственно. П/о период осложнился развитием эвентерации (1), биломы—(4), абсцесса—(3), плеврита—(2) у 8 пациентов. В 1 случае развившаяся печеночная недостаточность явилась причиной смерти в раннем п/о периоде. Прогрессирование выявлено у 10 больных в сроки 1-6 месяцев после завершения лечения, что потребовало выполнения РЧТА и повторной резекции печени в 3 случаях соответственно. Пять больных из 10 в последующем умерло от генерализации процесса через 35-48 месяцев.

**Выводы.** Небольшое число наблюдений позволяет сделать только предварительное заключение о практическом применении периоперационной терапии, как перспективном направлении в лечении РКРР.

## Лапароскопически ассистированные хирургические вмешательства в комплексном лечении колоректального рака

А. В. Борота, О. В. Совпель, Е. Ю. Мирошниченко  
ДонНМУ им. М. Горького, Донецк

В настоящее время лапароскопический доступ при операциях на толстой кишке становится рутинной методикой и в опытных руках не компрометирует отдаленные онкологические результаты. Это подтверждено рядом многоцентровых исследований.

В клинике общей хирургии ДонНМУ за период с 2010 по 2012 г.г. проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, перенесших операции с лапароскопической ассистенцией по поводу колоректального рака. Ключевые оценочные факторы — демографические, клинические, операционные, патоморфологические и организационные.

Результаты. Прооперировано 26 пациентов. Правосторонние гемиколэктомии (ПГКЭ) и левосторонние гемиколэктомии (ЛГКЭ) — выполнено по 6 операций, передние резекции (ПР) — 7 случаев, брюшно-анальные резекции (БАР) — 3 случая, брюшно-промежностные экстирпации (БПЭ) — 2 случая и по одному случаю колпроктэктомии (КПЭ) с илеоанальным J-резервуаром и брюшно-наданальной резекции (БНАР). При расположении опухоли ниже 12 см от ануса, проводилась неoadъювантная лучевая терапия по протоколу крупнофракционного интенсивного облучения (СОД 25 Гр РОД 5 Гр) с проведением операции либо в течение 72 часов после окончания лучевой терапии, либо спустя 4—5 недель. Адъювантная терапия назначалась при наличии неблагоприятных факторов прогноза (метастатического поражения лимфоузлов, наличия лимфоваскулярной инвазии, низкой дифференцировки опухоли и др.) Средняя продолжительность операций: ПГКЭ —  $184 \pm 57$  (120–260) мин, ЛГКЭ —  $182 \pm 50$  (110–220) мин, ПР —  $220 \pm 60$  (140–300) мин, БАР —  $268 \pm 37$  (240–310) мин, БПЭ —  $335 \pm 21$  (320–350) мин, БНАР — 340 мин и КПЭ — 355 мин. Средняя кровопотеря: ПГКЭ —  $123 \pm 53$  (80–110) мл, ЛГКЭ —  $145 \pm 62$  (190–140) мл, ПР —  $157 \pm 32$  (130–200) мл, БАР —  $193 \pm 16$  (180–210), БПЭ —  $280 \pm 50$  (280–350) мл, БНАР — 270 мл и КПЭ — 150 мл. Средняя продолжительность дней до выписки пациентов —  $9,14 \pm 3,6$  (4–12) суток. Летальность — 0, частота послеоперационных осложнений — 4 случая (15,4%): нагноение промежностной раны, пневмония, инфекция мочевыводящих путей, анастомозит — по одному случаю.

Выводы. Лапароскопические вмешательства на толстой кишке при КРР даже в начале кривой обучаемости представляют приемлемый уровень осложнений и других параметров оценки, что позволяет и в дальнейшем активно применять лапароскопическую ассистенцию для подобных операций.

## Применение МРТ в оценке степени регресса рака прямой кишки после проведения неoadъювантной лучевой терапии

М. В. Васильев, О. И. Пономарева, И. И. Алиев, А. В. Мищенко  
ФГБУ «НИИОнкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Общеизвестно, что магнитно-резонансная томография (МРТ) имеет ключевое значение при оценке степени местного распространения рака прямой кишки (РПК)



и выборе лечебной тактики. При этом ценность метода в оценке степени регресса опухоли после лучевой терапии четко не обозначена.

Цель исследования: оценить возможности рутинной МРТ в определении степени регресса РПК у больных после неoadъювантной ЛТ.

Материалы и методы. Обследован 91 пациент с аденокарциномой прямой кишки. Все больные получили полные курсы предоперационной ЛТ (СОД 50Гр) на фоне приема радиосенсибилизирующей дозы Кселоды (625 мг/кг). МРТ выполнялось на аппарате GESignaExciteHD1.5T, с использованием поверхностной катушки до и через 8-10 недель после лечения (перед операцией). Для оценки эффективности ЛТ использовали T2-ВИ высокого разрешения (толщина среза 3 мм, объем воксела составлял не более 2мм<sup>3</sup>). Степень регресса изменений оценивалась в соответствии с МР-шкалой регрессии опухоли по Mandard (1994г.), адаптированной под гистологическую верификацию. Результаты МРТ сравнивали с данными патоморфологического исследования удаленного препарата.

Результаты. По данным МРТ в 15 (16,5%) случаях определялся полный, в 48 (52,8%) - частичный регресс, в 28 (30,7%) — отмечена стабилизация процесса. При гистологическом исследовании удаленных препаратов полный патологический регресс (pT0) выявлен у 21 (23,1%), частичный — у 43 (47,2%) больных. Преобладание остаточной опухолевой ткани над фиброзной обнаружено у 27 (29,6%) пациентов. При сопоставлении полученных результатов в оценке полного патологического регресса первичной опухоли чувствительность МРТ составила 28,9%, специфичность — 96%. Проблема постлучевой диагностики РПК связана со сложностью в дифференцировке остаточной опухолевой ткани и явлений постлучевого фиброза, что нередко приводит к недооценке степени регресса опухоли.

Выводы. МРТ позволяет визуализировать степень регресса РПК в ответ на неoadъювантную терапию. Возможности рутинной МРТ в оценке степени регресса опухоли на фоне проведенной ЛТ ограничены, так как имеется тенденция к занижению эффективности предоперационной ЛТ. Для улучшения этих показателей возможно использование мультипараметрического подхода, что позволит повысить диагностическую ценность метода.

## **Непосредственные результаты комплексного лечения больных раком прямой кишки с использованием радиомодификаторов**

С. В. Васильев, Л. И. Корытова, П. Г. Таразов, Е. В. Гопта, Д. Е. Попов, А. В. Лисичкин  
ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова», Санкт-Петербург;  
ФГБУ «РНЦРХТ», МЗ РФ, Санкт-Петербург

Цель работы: повышение эффективности лечения больных раком прямой кишки (РПК) и изучение характера осложнений у пациентов, перенёсших предоперационную крупнофракционную лучевую терапию.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 100 больных РПК за период с апреля 2006 по январь 2012 года. В работу вошли пациенты с первичнооперабельными формами аденокарциномы прямой кишки различной степени дифференцировки, локализующиеся в нижне- и среднеампулярном отделах. Все больные получали неoadъювантную лучевую терапию (НЛТ) в режиме крупного фракциони-

рования с разовой дозой 5 Гр в течение 5 дней до СОД 25 Гр. Радикальная операция выполнялась не позднее 48 часов по окончании лучевой терапии.

Все больные были разделены на две группы: основную (n=75), в которой при НЛТ использовались радиомодификаторы, и контрольную (n=25). Пациенты основной группы были разбиты на 3-е подгруппы по типу и способу введения радиомодификатора: в первой (n=25) лучевая терапия проводилась на фоне внутрисосудистого введения колетекс-геля с метронидазолом; во второй (n=25) использовался колетекс-гель с 5-фторурацилом (5-ФУ); пациентам третьей подгруппы (n=25) перед облучением выполнялась химиоэмболизация верхней прямокишечной артерии (или продленная инфузия) с 5-фторурацилом (1500мг).

В контрольной группе (n=25) радиомодификаторы при проведении НЛТ не использовались.

Сравниваемые группы больных не отличались по оцениваемым показателям, что позволило провести корректный анализ результатов лечения.

Результаты. В группе пациентов, которым выполнялась химиоэмболизация/химиоинфузия р-ра 5-ФУ, минимальный срок наблюдения составил 18 месяцев. Во всех остальных группах минимальный срок наблюдения составил 5 лет. В контрольной группе рецидивы опухоли выявлены у 16% пациентов. В группах, где использовалось внутрисосудистое введение радиомодификаторов, рецидивы встречались: в 12% случаев в группе с метронидазолом и в 8% — в группе, где использовался колетекс-гель с 5-ФУ. У пациентов с химиоэмболизацией/химиоинфузией р-ра 5-ФУ рецидив выявлен у 1-го пациента (4%).

Послеоперационные осложнения развились в 35%, имели раневой характер, отличались замедленной репарацией и были связаны, на наш взгляд, с НЛТ.

Учитывая малый срок динамического наблюдения за группой больных с химиоэмболизацией/химиоинфузией р-ра 5-ФУ, данные за рецидив онкопроцесса могут быть не достоверны. Однако, оценивая полученные непосредственные результаты, мы можем говорить о тенденции к увеличению безрецидивной выживаемости у больных РПК средне- и нижеампулярного отделов, получивших комбинированное лечение.

Выводы: применение радиомодификаторов в комбинированном лечении РПК, по предварительным данным, позволило снизить частоту возникновения локорегионарных рецидивов.

Настоящее исследование требует дальнейшего изучения ближайших и отдаленных результатов.

## Опыт применения скрининговых тестов в ранней диагностике колоректального рака

С. В. Васильев, В. В. Дудка, Д. Е. Попов, А. В. Седнев, Е. В. Смирнова  
ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова», МЗ РФ, Санкт-Петербург;  
СПбГБУЗ «Городская больница № 9», Санкт-Петербург

Цель исследования: анализ различных методик выявления колоректального рака (КРР) на ранних стадиях.

В последние годы КРР занимает лидирующие позиции как в Европе, так и в России. Выявляемость злокачественных новообразований толстой кишки на ранних стадиях резко повышает эффективность лечения и, тем самым, показатели выживаемости.



Материалы и методы. С 2008 года в центре колопроктологии г. Санкт-Петербурга проводится исследование онкомаркера — «Опухолевая пируваткиназа, копрологический тест Tumor M2-PK in stool». Тест для определения TU M2-PK в кале основан на принципе иммуноферментного анализа (ИФА) с применением моноклональных антител, специфичных к димерной изоформе TU M2-PK. В исследованиях используется набор реактивов фирмы «Schebo-Biotech» (Германия).

Начиная с 2010 года, в скрининговую программу был включен тест для определения скрытой крови в кале «Colon View Hb and Hb/Ht» фирмы Biohit (Финляндия). Методика основана на чувствительной и специфичной иммунохимической реакции обнаружения человеческого интактного гемоглобина (Hb) и гемоглобин/гаптоглобинового (Hb/Ht) комплекса в образцах стула с помощью тест-полосок. Данный тест не предусматривает соблюдения диеты, проводится в течение 3-х последовательных дней.

Результаты. С 2008 по 2012 года в условиях амбулаторно-поликлинического отделения СПб ГБУЗ «Городская больница №9» копрологический тест для определения опухолевой пируваткиназы прошли 4 000 пациентов, которые обратились на прием к проктологу с различными жалобами и подходили по критериям отбора для скринингового обследования. Чувствительность метода составила 93%. Было отмечено, что диапазон значений от 10,0 до 48,0 Ед/мл (при норме от 0 до 4,7 Ед/мл) оказался характерным для больных КРР. Для значений от 4,7 до 10,0 Ед/мл, по нашим данным, характерным оказалось наличие доброкачественных новообразований или воспалительных процессов в кишке.

Тест для определения скрытой крови в кале «Colon View Hb and Hb/Ht» фирмы Biohit (Финляндия) прошли 50 пациентов с различной патологией толстой кишки параллельно с исследованием у них же опухолевой пируваткиназы. У всех пациентов с КРР тест хотя бы в одной из трех полосок был положительным. Кроме того, положительные тесты отмечались у пациентов с воспалительными заболеваниями, сопровождающимися нарушением целостности слизистой толстой кишки.

Заключение. Тест для определения TU M2-PK в кале является инновационным и уникальным, т.к. определяет метаболическую активность опухоли.

Тест для определения скрытой крови в кале «Colon View Hb and Hb/Ht» наиболее эффективен для диагностики кровоточащих опухолей.

Комбинация тестов для диагностики опухолевого процесса может быть рекомендована как первая ступень скрининговой программы.

Поиск оптимальных скрининговых методик с целью выявления ранних форм злокачественных новообразований толстой кишки должен продолжаться и требует дальнейшего изучения.

## **Роль временных кишечных стом в лечении больных раком прямой кишки**

С.В. Васильев, Д.Е. Попов, В.В. Григорян, А.Н. Клименко, А.В. Лисичкин, Е.В. Смирнова  
ГОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», МЗ РФ, Санкт-Петербург;  
СПбГБУЗ «Городская больница №9», Городской научно-практический центр колопроктологии, Санкт-Петербург

Цель исследования: определение роли и показаний к формированию временных кишечных стом в лечении больных раком прямой кишки.

Материалы и методы. С 1995 по 2012 гг в городском колопроктологическом центре было выполнено более 500 вмешательств, завершившихся формированием временной кишечной стомы у больных РПК. У 380 пациентов превентивные колоилилеостомы сформированы во время первичного вмешательства (Группа 1). У 126 больных формирование временной кишечной стомы носило протективный характер и выполнено после выявления несостоятельности колоректального анастомоза (Группа 2). 32 пациентам с РПК, осложненным формирующейся кишечной непроходимостью, разгрузочная двустольная колостома была сформирована как первый этап комплексного лечения с целью проведения неoadъювантной химиолучевой терапии (Группа 3).

Результаты. Во всех случаях сформированные временные кишечные стомы оказались состоятельными и эффективными. В группе больных, где стомы формировались с превентивной целью, тяжесть клинических проявлений развившейся несостоятельности колоректального анастомоза (7,9%) была невысока. У всех этих больных удалось достичь заживления дефекта в анастомозе консервативными мероприятиями. В группе больных с протективными стомами у всех больных удалось сохранить колоректальный анастомоз и избежать тяжелых осложнений, связанных с его несостоятельностью. В группе пациентов с разгрузочными стомами всем больным удалось провести полный курс неoadъювантной химиолучевой терапии и впоследствии выполнить радикальное оперативное вмешательство.

Заключение. Превентивные кишечные стомы необходимо формировать в тех случаях, когда риск возникновения несостоятельности анастомоза представляется высоким.

Количество и характер послеоперационных осложнений, связанных с формированием и закрытием кишечных стом заставляют отдавать предпочтение трансверзостомии.

Раннее формирование разгрузочной кишечной стомы при возникновении несостоятельности колоректального анастомоза в большинстве случаев позволяет сохранить анастомоз.

Формирование разгрузочной колостомы у больных РПК с риском развития кишечной непроходимости позволяет проводить неoadъювантное химиолучевое лечение в полном объеме.

## Факторы прогноза при неорганных опухолях брюшного пространства

Л.А. Вашакмадзе, В.В. Черемисов  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ», Москва

В настоящее время изучению факторов прогноза уделяется большое внимание, в том числе, и при неорганных брюшных опухолях (НЗО). Наиболее значимыми факторами, определяющими течение и исход заболевания являются степень дифференцировки (G), гистологический тип опухоли, объем резекции и наличие лимфогенных и гематогенных метастазов. Основным путем прогрессирования НЗО является местный рецидив. Частота рецидивирования после радикального удаления опухоли составляет от 50 до 80%.

Изучены факторы прогноза у 138 больных с первичными и рецидивными НЗО, наблюдавшихся в «ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена» с 1990 по 2008гг. Женщин было 102 (74%), мужчин—36 (26%). Возраст варьировал от 15 до 82 лет (средний возраст—48,18 ± 1,23 лет). Среди гистологических вариантов преобладали опухоли мезенхимального генеза—91 (66,4%), нейроэктодермальные опухоли встретились в 15



(11%) наблюдениях. К группе «прочие» отнесены редкие новообразования забрюшинной локализации (фиброма-десмоиды, GIST, недифференцированные саркомы и др.) — 31 (22,6%) наблюдение. По степени дифференцировки преобладали саркомы G1 — 84 (42%), G2 — 20 (10%), G3 — 27 (13,5%), G4 — 3 (1,5%). С учетом повторных операций по поводу рецидивов произведено 167 оперативных вмешательств. Резекции в объеме R0 выполнены в 140 (83,8%) наблюдениях, в объеме R1 — в 4 (2,4%), в объеме R2 — в 14 (8,4%) наблюдениях.

Проведен анализ некоторых факторов, определяющих неблагоприятное течение заболевания, факторов прогноза НЗО и факторов риска развития местного рецидива. При снижении степени дифференцировки опухоли повышается ее склонность к инфильтративному росту [ $p=0,05$ ], инвазии окружающих структур [ $p=0,001$ ] и частота выявления опухолевых эмболов в просвете кровеносных и лимфатических сосудов [ $p=0,001$ ]. Независимыми предикторами, влияющими на отдаленные результаты хирургического лечения исследованных больных являются — опухолевая инвазия стенки магистрального сосуда [ $p=0,05$ ] и характер выполненного оперативного вмешательства [ $p=0,0001$ ]. Достоверной связи выживаемости с полом, возрастом, гистологической структурой, особенностями роста и локализацией опухоли не выявлено. Факторами риска развития местного рецидива после хирургического лечения является размер опухоли  $\geq 10$  см и локализация ее левой половине забрюшинного пространства.

Таким образом, наличие остаточной опухоли (резекция в объеме R1/R2) и опухолевая инвазия стенки магистрального сосуда является неблагоприятным фактором прогноза при первичных НЗО. Хирургический метод позволяет добиться 10-летней выживаемости у 95,7% больных при условии полной циторедукции (R0).

## **Эндоскопическая остановка кровотечений при удалении аденом толстой кишки с малигнизацией**

**Т.И. Велиев**

*Алтайский колопроктологический центр отделение эндоскопической хирургии, Барнаул*

Целью работы явилось изучение эффективности эндоскопических методов остановки кровотечений при удалении малигнизированных новообразований толстой кишки. При эндоскопическом удалении 44 аденом толстой кишки с малигнизацией различной анатомической формы интенсивные кровотечения возникли в 12 случаях: 6 артериальных, 4 венозных, 2 паренхиматозных.

При артериальном кровотечении из ножки удалённого новообразования производился повторный захват и коагуляция ножки петлевым электродом на малых режимах коагулирующего тока с последующим ее отсечением. Если ножка короткая и её не удается захватить петлёй, с целью гемостаза использовалось подслизистое введение этилового спирта через игольчатый инъектор. При умеренной интенсивности венозных кровотечений применялась монополярная коагуляция или гидротермокоагуляция.

При паренхиматозных кровотечениях использовалась гидротермокоагуляция и лазерная фотокоагуляция.

С использованием этих методик удалось остановить кровотечение сразу после его возникновения у 10 больных. У 2 человек с интенсивными артериальными кровотечениями после проведения эндоскопических мероприятий была проведена

---

кровезамещающая терапия, очистительные клизмы холодной водой, однако кровотечение не было остановлено. Предпринято повторное эндоскопическое вмешательство с проведением всего комплекса эндоскопической остановки кровотечения. У всех больных кровотечение было остановлено.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что для остановки кровотечений, возникающих при удалении аденом с малигнизацией толстой кишки различной анатомической формы, комплекс эндоскопических методов эффективен у всех пациентов.

## **Эндоскопическое лечение ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста**

Т. И. Велиев

*Алтайский колопроктологический центр отделение эндоскопической хирургии, Барнаул*

Задача исследования: установить эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста.

Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2012 год. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий со взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

Всего под наблюдением находилось 42 больных. Мужчин—32, женщин—20. Возраст пациентов составил 60-86 лет. Все больные находились под диспансерным наблюдением в связи с наличием компенсированной и субкомпенсированной форм сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания. У всех больных была выполнена эндоскопическая электроэксцизия опухолей.

Выводы: эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться эндоскопической операцией у пожилых больных. Дальнейшая лечебная тактика у больных, перенесших эндоскопическую электроэксцизию по ранним ракам толстой кишки, должна основываться на результатах динамического эндоскопического наблюдения со взятием биопсии: 1 раз в три месяца в течении первого года, затем 2 раза второй год и один раз в последующие годы.

## **Опыт применения первичного компрессионного анастомоза в условиях опухолевой непроходимости толстой кишки**

А.В. Власов, А.А. Власов, С.А. Федотов

*ГБУ «Шадринская больница скорой медицинской помощи», Шадринск*

Введение. Вопросы лечения опухолевой непроходимости толстой кишки, развивающейся вследствие злокачественных образований, по-прежнему остаются



ся дискуссионными. Отсутствуют единые взгляды на выбор рационального объема оперативного вмешательства и способа его завершения. Большая частота осложнений, высокие показатели послеоперационной летальности и проблемы медико-социальной реабилитации стомированных больных диктуют необходимость улучшения результатов лечения острой обтурационной толстокишечной непроходимости.

**Задача исследования.** Изучить непосредственные результаты экстренных резекций толстой кишки с формированием первичного компрессионного анастомоза.

**Материалы и методы.** С января 2004 по декабрь 2012 года в онкологическом отделении Шадринской больницы скорой медицинской помощи было выполнено 68 операций, с применением компрессионных устройств, по поводу острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Возраст пациентов колебался в пределах 34—86 лет, средний возраст  $64,8 \pm 5,8$  лет. Женщин было 37 (54,4%), мужчин—31 (45,6%). С I стадией заболевания прооперирован 1 (1,5%) больной, II—6 (8,8%), III—53 (77,9%) и IV—8 (11,8%). Компрессионные анастомозы формировали при помощи устройства Зиганьшина-Гюнтера (УЗГ), устройства компрессионного анастомоза (УКА) и компрессионного сшивателя кишечника (КСК). При помощи УЗГ формировали толстокишечные анастомозы по типу «бок в бок», с помощью УКА и КСК по типу «конец в конец». По поводу рака правой половины ободочной кишки были выполнены 26 (38,2%) правосторонних гемиколэктомий. По поводу рака левой половины—42 (61,8%) операции, из них 2 левосторонних гемиколэктомии, 19 субтотальных колэктомий и 21 резекция сигмовидной кишки. У 54 (79,4%) пациентов были выполнены радикальные операции, у 14 (20,6%) циторедуктивные и паллиативные. Все радикальные операции были выполнены с D3 лимфаденэктомией.

**Результаты.** Длительность операций колебалась в пределах 80-185 минут, в среднем  $127,8 \pm 12,6$  минут. Среднее время, затраченное на формирование анастомозов, было равно  $6,2 \pm 1,5$  минутам. Перистальтика кишечника с отхождением газов отмечались на 2—7 сутки, в среднем на  $3,8 \pm 0,4$  сутки послеоперационного периода, стул на 3—11 сутки, в среднем на  $5,7 \pm 0,5$  сутки. Компрессионные устройства отторгались на 7—15 сутки, в среднем на  $9,2 \pm 2,3$  сутки. В раннем послеоперационном периоде было отмечено 8 (11,8%) осложнений, из них, 3 (4,4%) несостоятельности кишечных анастомозов. Осложнения были выявлены после правосторонней гемиколэктомии, субтотальной колэктомии и резекции сигмовидной кишки, которые были выполнены в условиях декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости. Причинами 3 (4,4%) летальных исходов, после экстренных левосторонней гемиколэктомии, субтотальной колэктомии и резекции сигмовидной кишки, стали пневмония, сердечно-легочная недостаточность и инфаркт миокарда.

**Выводы.** В работе показан опыт использования первичного компрессионного анастомоза в условиях острой обтурационной толстокишечной непроходимости. Применение компрессионных устройств упрощает методику формирования анастомоза и снижает частоту осложнений со стороны соустья.

---

## Исследование экспрессии изоформ сплайсинга гена KIT: GNNK+ и GNNK- в гастроинтестинальных стромальных опухолях (GIST)

А.В. Гапонова, Т.В. Кекеева, Л.Э. Завалишина, Ю.Ю. Андреева, Г.А. Франк  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Гастроинтестинальные стромальные опухоли составляют по разным данным от 0,1% до 3% от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и принадлежат к наиболее часто встречаемым мезенхимальным опухолям данной локализации. 5% GIST обусловлены мутацией в гене PDGFRA, 60-89 % GIST возникают вследствие мутаций гена KIT. В 9 экзоне пре-мРНК гена KIT существует сайт альтернативного сплайсинга, результатом которого является наличие двух изоформ зрелой мРНК гена KIT : GNNK+ и GNNK-.

Нами были изучены образцы опухоли (парафиновые блоки) от 64 пациентов с диагнозом GIST. Было проведено генотипирование образцов и определение экспрессии сплайсинг-изоформ гена KIT.

Частота выявленных мутаций в изученных нами образцах гастроинтестинальных стромальных опухолей составила 88% (9 экзон гена KIT—14 %, 11 экзон гена KIT—56%, 18 экзон гена PDGFRA—14%, 13 экзон гена KIT—2 %, 17 экзон гена KIT—2%).

Проведен анализ экспрессии двух аллельных вариантов (аллель дикого типа и мутантный аллель) для каждой изоформы сплайсинга гена KIT в 9 образцах GIST с мутацией в 9 экзоне KIT (p.A502\_Y503dup). Существует 4 возможных сочетания изоформ сплайсинга гена KIT и его аллельных вариантов:

- 1) изоформа GNNK+ без дупликации в 9 экзоне KIT
- 2) изоформа GNNK+ с дупликацией в 9 экзоне KIT
- 3) изоформа GNNK- без дупликации в 9 экзоне KIT
- 4) изоформа GNNK- с дупликацией в 9 экзоне KIT

Оценка экспрессии изоформ проводилась методом фрагментного анализа.

Минимальный уровень экспрессии характерен для GNNK+ с дупликацией в 9 экзоне KIT. Экспрессия изоформ GNNK- с дупликацией и без дупликации примерно одинакова. Так же, экспрессия GNNK- с дупликацией значительно превышает экспрессию GNNK+ с дупликацией в 9 экзоне KIT.

Таким образом мутантный аллель преимущественно экспрессируется в форме GNNK-, а аллель дикого типа—в обеих формах.

## Восстановительные операции после предоперационной лучевой терапии при раке прямой кишки

Н.Г. Гасанов, А.Г. Тагирова, Г.Д. Гасанов.  
Дагестанский онкологический диспансер МЗ РД, Махачкала

Цель работы: изучить непосредственные и отдаленные результаты восстановительных оперативных вмешательств после предоперационного лечения рака прямой кишки.



Материал и методы исследования. За последние годы нами прооперированы 52 пациента у которых опухоль располагалась в средне- и нижеампулярном отделе прямой кишки. Среди них мужчин—25 (48,1%), женщин—27 (51,9%). Средний возраст 61 год (48-72гг). По классификации TNM больные разделились следующим образом: T3N0M0—25 (48,1%), T3N1M0—18 (34,6%), T4N0M0—5 (9,6%), T2N1M0—4 (7,7%). Гистологическая структура опухоли: умеренно-дифференцированная аденокарцинома—24 (46,1%), низкодифференцированная—16 (30,7%), высокодифференцированная—12 (25%). Всем больным проводилась предоперационная лучевая терапия 2 методами: а) в обычном режиме—по 2 Грей 5 раз в неделю СОД 44 Грей; б) интенсивнодинамическом варианте—первые 3 дня ежедневно по 4 Грей (по 2 Грей с интервалом не менее 5 часов) в последующем—по 2 Грей в день до суммарной дозы 30 Грей. С целью повышения эффекта лучевой терапии в качестве радиомодификатора использовали 5 Fu или кселода.

Результаты. Осложнения в ходе лучевого лечения выявили у 2 пациентов в виде тошноты, рвоты II степени токсичности. Все больные завершили лучевое лечение. Спустя 3 недели хирургические вмешательства в радикальном объеме выполнены всем 52 больным. У 30 (57,7%) произведены сфинктеросохраняющие операции: брюшноанальная резекция—16 (30,7%), низкая передняя резекция—10 (19,2%), проктотомия с удалением глубокой порции наружного сфинктера с сохранением естественной проходимости—4 (7,8%) и операция Гартмана выполнена 22 (42,3%) больным. У 9 пациентов из 10 при низких передних резекциях с формированием первичного анастомоза накладывали стому на поперечноободочную кишку. Такую же процедуру мы провели при восстановительных операциях после операции Гартмана. Все операции по удалению опухоли и реконструкции прямой кишки выполняли под контролем глаз с применением биполярного коагулятора, по окончании операции сразу начинали активную аспирацию и орошение ложа вокруг анастомоза по видоизмененной методике. Для профилактики гнойно-септических осложнений применяли сочетание антибиотиков с иммуностимуляторами. Заживление ран протекало гладко. За 2 года наблюдений мы не выявили местных рецидивов и отдаленных метастазов. Применение предоперационного лучевого лечения и усовершенствование субоперационных манипуляций, а так же применение современных технологий послеоперационного ведения больных позволяет улучшить результаты лечения рака прямой кишки. При раке среднеампулярного отдела прямой кишки после предоперационной лучевой терапии (вне зависимости от метода) с успехом могут применяться различные варианты сфинктеросохраняющих операций.

## **Химиолучевое лечение рака прямой кишки**

Н.Г. Гасанов, А.Г. Тагирова, Г.Д. Гасанов, Брежнев В.Ф.  
*Дагестанский онкологический диспансер МЗ РД, Махачкала*

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость паллиативного комбинированного лечения рака прямой кишки.

Материал и методы. В основу исследования положены данные полученные при лечении рака прямой кишки (РПК) в хирургическом отделении онкодиспансера республики Дагестан за 2007-2011гг. Всего в отделении лечилось 186

больных, из них мужчин—90 (48,4%), женщин—96 (51,%). В возрасте до 60 лет 71 (38,2%) пациент и 115 (61,8%)—старше 60 лет. Сопутствующая патология выявлена у 117 (62,9%). Большинство больных в стационар поступают в поздних стадиях: I ст—4 (2,2%), II ст—77 (41,4%), III-IV ст—105 (56,4%). Преимущественно опухоль локализовалась в нижеампулярном отделе прямой кишки—88 (47,3%), в среднеампулярном отделе—67 (36%), реже опухоль локализовалась в других отделах прямой кишки. До начала лечения диагноз верифицирован у всех больных: аденокарцинома G1—22 (11,8%), G2—57 (30,6%), G3—34 (18,3%), у 54 больных степень дифференцировки не уточнена, так как материал исследования только цитологический. В настоящем сообщении приводятся данные консервативного лечения 80 больных РПК, которых мы условно делили на 3 группы: I группе проведена симптоматическая терапия + полихимиотерапия (38 больных); II группе проведена дистанционная гамматерапия по радикальной программе (60-64 Грей) + полихимиотерапия (16 больных); III группе проведена паллиативная гамматерапия (44Грей) + полихимиотерапия (26 пациентов). Эффективность лечения оценивалась на основании общеклинического, ультразвукового, компьютерного и МРТ методов диагностики.

В первой группе пациентам с IV стадией заболевания на фоне симптоматической терапии проводилась химиотерапия по схеме Мейо. Чаще всего удавалось проводить 2-3 курса в условиях стационара. В последующем лечение проводилось кселодой по 1250мг/м<sup>2</sup> 2 раза в день с 1-го по 14 дни. Основной задачей являлось снятие болей и контроль прогрессирования заболевания. В этом аспекте субъективный эффект был у 38% больных, медиана выживаемости—11,5±3,5 мес.

Во второй группе больным проведена предоперационная лучевая терапия, в дальнейшем ввиду отказа от операции лечение продолжено по радикальной программе. Все больные по окончании лучевого лечения получали химиотерапию по схеме Мейо—8 пациентов, по схеме FOLFOX -4, XELOX—4, всего от 3 до 8 курсов химиотерапии. Основные осложнения: тошнота и рвота 2-й степени у 5 пациентов, диарея 3-й степени у 3 пациентов. Общий ответ на лечение составил 83%. У 8 больных отмечалась полная резорбция опухоли, медиана выживаемости составляла 22±4,5мес, однако все больные погибли от прогрессирования процесса в течении 3-х лет.

В третьей группе больные получали предоперационную лучевую терапию с относительно хорошим результатом. Пациенты отказались от операции в связи с перспективой иметь постоянный противоестественный анус, 18 пациентов с учетом преклонного возраста и объема операции воздержались от проведения хирургического лечения. Химиотерапию по схеме Мейо получали 12 пациентов, по схеме FOLFOX -7, XELOX—7. Максимальный срок наблюдения 36 месяцев. В связи с прогрессированием процесса в ходе лечения 3 больных переведены на симптоматическое лечение. Осложнения: тошнота и рвота 2-й степени у 6 пациентов, диарея 3-й степени у 2 пациентов, у 1 больного полинейропатия. Для купирования осложнений проводилось сопроводительное лечение: витаминотерапия, антиэметики и коррекция водно-электролитного обмена. Больные получали от 5 до 8 курсов химиотерапии. Положительная динамика в локальном статусе у 18 больных (68,5%).

Полученные ретроспективные данные позволяют проводить дальнейшее исследование в плане паллиативного комбинированного лечения больных.



## Профилактика послеоперационных гемореологических и гемоциркуляторных нарушений у больных колоректальным раком

И. Г. Гатауллин, С. В. Городнов, А. В. Жинов  
ГОУ ДПО «КГМА Минздрава России», Казань;  
Ульяновский областной онкологический диспансер, Ульяновск

**Актуальность.** Осложнения после операций по поводу колоректального рака составляют от 3 до 30% случаев, а летальность достигает 18%. Современная научная концепция—все патологические состояния начинаются с реологических нарушений микроциркуляции и заканчиваются ими—вполне подходит для объяснения механизма послеоперационных осложнений (тромбозы, эмболии, несостоятельность анастомозов). Нарушение микроциркуляции ведет к гипоксии, метаболическим нарушениям. Цель исследования: оценить влияние внутривенных инфузий озонированных кристаллоидов на оксигенацию анастомозируемых тканей и коррекцию тканевой гипоксии. **Материалы и методы.** В основу работы положены данные обследования и лечения 122 больных колоректальным раком. Больные были разделены на две группы. Первая группа 62 больных, которым выполнено оперативное вмешательство без инфузии озонированных растворов (контрольная), вторая группа включала 60 больных, которым интраоперационно проводилась инфузия озонированных кристаллоидов. Для определения оксигенации в тканях кишки использовали неинвазивный спектрофотометрический комплекс «Спектротест». Контрольной группе проводили измерение насыщенности кислорода в шовной полосе анастомозируемых участков кишки и кишечного трансплантата интраоперационно на фоне проводимой традиционной инфузионной терапии. Второй группе больных измерения насыщенности кислорода кишечной стенки проводили до и после введения озонированных растворов.

**Результаты.** Исходные показатели оксигенации стенки кишки в основной группе больных до введения озонированных растворов составили  $83.7 \pm 0.6\%$  а в контрольной группе  $83.4 \pm 0.6\%$  и статистически не отличались ( $p > 0.05$ ). После введения озонированных растворов уровень оксигенации стенки кишки повышался на 10.6%. ( $p < 0.05$ ). В контрольной группе наблюдалось снижение уровня оксигенации шовной полосы на 8.8% ( $p < 0.05$ ). Частота осложнений в основной и контрольной группах составляла 8.3% и 24.2%, соответственно ( $p < 0.05$ ). В контрольной группе преобладали осложнения, которые представляли угрозу для жизни пациентов. Это несостоятельность анастомоза (4.8%), некроз низведенной кишки (3.2%) и тромбоемболия легочной артерии (1.6%). В результате применения интраоперационных инфузий озонированных кристаллоидов при хирургическом лечении больных колоректальным раком наблюдали изменения в коагулограмме пациентов, выражающиеся в снижении количества фибриногена, стабилизации и нормализации тромботеста, стабилизации протромбинового индекса и времени рекальцификации.

**Заключение.** Нормализация гемореологических и гемоциркуляторных нарушений у больных колоректальным раком при интраоперационной инфузии озонированных кристаллоидов является патогенетически обоснованным методом профилактики послеоперационных осложнений.

## Обоснование расширенных лимфодиссекций при раке прямой кишки на основе закономерностей регионарного метастазирования опухоли

И. Г. Гатауллин  
ГОУ ДПО «КГМА Минздрава России», Казань

Выявление клиничко-иммуноморфологических закономерностей регионарного метастазирования и разработка на основе них показаний к расширенной лимфаденэктомии представляется весьма актуальной проблемой.

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

## Бактериальная микрофлора, ассоциированная с колоректальным раком

И. Г. Гатауллин\*, О. Н. Ильинская, Д. Р. Сафиуллина, К. Р. Мамедзаде, Г. Х. Михеева\*  
\*ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава РФ;  
Казанский (Приволжский) федеральный университет, Россия, Казань

Для ряда заболеваний немикробной этиологии обнаружена сложная взаимосвязь между определенными инфекциями и некоторыми формами рака. Показано, что ряд микроорганизмов вызывает хроническую инфекцию или выделяет токсины, что ведет к нарушениям клеточного цикла и неконтролируемому делению клеток.



Целью исследования явилось выделение и характеристика культивируемых факультативно аэробных бактерий из биоптатов слизистой толстой кишки.

Материалы и методы. Биоптаты опухоли и неизменной слизистой ободочной и прямой кишки были взяты у 50 больных колоректальным раком в операционной, сразу же после резекции кишки. В лабораторных условиях проводили суспензирование секционного материала и его посев на накопительные и селективные среды с последующей физиолого-биохимической дифференциацией выделенных бактерий.

Результаты исследования. Анализ микрофлоры биоптатов опухолевой ткани и непораженной слизистой методами классической микробиологии позволил нам выделить доминирующие группы бактерий, характерные для области карциномы, прилежащей к ней зоны и неповрежденного эпителия. Установлено, что для неповрежденного эпителия характерно преобладание грамположительных палочек (73,3%) и кокков (20,0%), в то время как ткань опухоли была в основном обсеменена грамотрицательными палочками (76,2%). Закономерность увеличения численности последних по сравнению с неповрежденным эпителием наблюдалась и в области, прилежащей к зоне малигнизации. Отмечено, что грамположительные кокки обнаруживаются только в образцах неповрежденного эпителия. Для неповрежденного эпителия характерно присутствие бактерий семейств *Lactobacillaceae* и *Enterobacteriaceae*, не обладающих антагонистической и гемолитической активностями, но способных продуцировать секретлируемые рибонуклеазы. Среди представителей семейства *Staphylococcaceae*, высеянных только со здорового эпителия, более половины — гемолитики, не проявляющие антагонистическую активность по отношению к *Escherichia coli*. Доля бактерий с антагонистическими свойствами и гемолитиков семейства *Enterobacteriaceae* на малигнизированном эпителии значительно выше, чем на неповрежденном.

Заключение. На основании результатов изучения особенностей физиологии и распределения микрофлоры в биоптатах опухоли и неизменной слизистой установлено, что в зоне роста колоректальной карциномы наблюдается смена ассоциированных с эпителием интраэпителиальных микробных сообществ. При этом возрастает доля представителей *Enterobacteriaceae*, обладающих гемолитической, экзорибонуклеазной активностью, и снижается доля лактобацилл. Таким образом, бактериальная микрофлора трансформированной ткани может служить маркером патофизиологических изменений эпителия кишечника при колоректальном раке.

## **Непосредственные результаты лапароскопических оперативных вмешательств в онкологической колопроктологии**

Д.В. Гладышев, С.А. Коваленко, М.Е. Моисеев, С.С. Гнедаш  
*СПб ГБУЗ Городская больница № 40, Санкт-Петербург*

В Городской больнице № 40, в период с 2010 по 2012 годы выполнено 80 лапароскопических операций по поводу злокачественных новообразований колоректальной локализации. Из них: правосторонняя гемиколэктомия — 20, субтотальная колэктомия — 1, левосторонняя гемиколэктомия — 2, передняя резекция прямой кишки — 26, резекция сигмовидной кишки — 25 и лапароскопически ассистированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки — 6. Мужчин — 31, женщин — 49. Возраст от 25 до 83 лет. Все операции выполнены по поводу аденокарци-

номы различной степени дифференцировки. Всем пациентам выполнена стандартная (по Т. Takahashi) лимфодиссекция, то есть перевязка артерии у устья с включением в удаляемый препарат апикальных лимфатических узлов. Удаление препарата осуществлялось через минилапаротомный разрез. В одном случае препарат был извлечен через влагалитце. Формирование анастомоза при правосторонней гемиколэктомии осуществлялось экстракорпорально однорядным непрерывным швом. При левосторонней гемиколэктомии, резекции сигмовидной кишки и передней резекции прямой кишки—при помощи циркулярного сшивающего аппарата. Продолжительность операций составила от 90 минут при резекции сигмовидной кишки, до 270 минут при субтотальной колэктомии. Интраоперационная кровопотеря составила  $110 \pm 30$  мл. Благодаря использованию продленной эпидуральной анестезии восстановление перистальтики отмечалось с 1-х суток после операции у 85% пациентов. Средний койко-день составил 8,2. Осложнения—5 (6,25%). В 2-х случаях возникла несостоятельность сигморектоанастомоза, в одном—перфорация тонкой кишки, 2 летальных исхода (1—острое нарушение мозгового кровообращения, 1—острая почечная недостаточность).

Послеоперационное патоморфологическое стадирование по системе TNM (7-ое издание классификации) распределило пациентов следующим образом: T1N0M0—4, T2N0M0—14, T2N1M0—7, T2N2aM0—5, T2N0M1—2, T3N0M0—11, T3N1M0—12, T3N2aM0—7, T3N2bM0—6, T3N0M1—1, T4aN1M0—3, T4aN2aM0—5, T4aN2bM0—3 (I ст.—18, IIА ст.—11, IIIА ст.—7, IIIВ ст.—27, IIIС ст.—14, IV ст.—3).

На начальном этапе освоения эндовидеохирургической методики большое внимание уделялось отбору пациентов, определяющими критериями были ИМТ, отсутствие в анамнезе «открытых» оперативных вмешательств на органах брюшной полости и клиническая стадия по TNM-классификации. По мере накопления опыта и отработки метода критерии включения были расширены.

Наряду со всеми известными и неоднократно доказанными клиническими преимуществами эндовидеохирургических методик, применение лапароскопического доступа в хирургии колоректального рака позволяет улучшить ближайшие послеоперационные результаты без ущерба онкологическому радикализму. Вместе с тем, высокие требования к эндовидеохирургическому и электрохирургическому оборудованию и мануальным навыкам хирурга относят лапароскопические операции к ряду высокотехнологичных и дорогостоящих, что затрудняет их широкое внедрение в клиническую практику.

## **Значение современных диагностических методов в выборе тактики хирургического лечения больных раком прямой кишки**

Н.И. Глушков, А.В. Гуляев, Х.М. Мусукаев, К.В. Павелец, Д.А. Черных.  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова МЗ РФ», Санкт-Петербург;  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Материалы и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 1228 больных раком прямой кишки в период с 1980 по 2012 год. Из них 75 пациентов



составили «основную группу», у которых предоперационное обследование проводили с использованием современных лучевых методов диагностики (эндоректальная и интраоперационная сонография, спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). На основе полученных данных с помощью программы Power SHARP для трехмерного моделирования английской фирмы Delcam у данных пациентов получена модель таза с проекцией опухоли на прямую кишку и смежные органы. Остальные пациенты вошли в «контрольную» группу. У них изучение опухолевого процесса проведено с помощью традиционных методов диагностики.

Результаты и их обсуждение. Применение современных лучевых методов диагностики является важным дополнением к стандартным диагностическим исследованиям при опухоли прямой кишки. Их использование позволило существенно повысить эффективность и достоверность дооперационного стадирования рака прямой кишки по критериям T и N. Данные современных методов лучевой диагностики и компьютерного моделирования позволили увеличить число сфинктеросохраняющих операций с 10,5% в «контрольной» группе до 26,7% в «основной». Высокий процент операций, заканчивающихся формированием колостомы, в контрольной группе связан не столько со степенью распространенности опухолевого процесса, сколько с субъективностью оценки резектабельности опухоли при интраоперационной ревизии. Не имея объективных показателей распространенности опухолевого процесса, хирург принимает решение о невозможности выполнить радикальную операцию в тех случаях, когда она была бы возможна. Кроме того, в «основной» отмечено снижения количества послеоперационных осложнений с 16,2% до 9,3%.

Вывод. Использование в диагностике рака прямой кишки современных методов лучевой диагностики и компьютерного моделирования способствует выбору адекватного объема хирургического вмешательства с повышением числа сфинктеросохраняющих операций (с 10,5% до 26,7%), снижением частоты послеоперационных осложнений (с 16,2% до 9,3%) при  $p < 0,01$ . В итоге улучшается прогноз послеоперационного лечения и выживаемости пациентов.

## **Современные методы лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень**

Е. Н. Гребенкин, В. Д. Чхиквадзе, У. С. Станоевич.  
*ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики», Москва*

Цель исследования: изучение эффективности современных методов лечения больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печень с применением резекций печени, радиочастотной абляции (РЧА), системной и регионарной внутриартериальной химиотерапии с химиоэмболизацией.

Материалы и методы. В исследование было включено 123 пациента. Всем больным в исследовании выполнялось удаление первичной опухоли, а так же все больные на одном из этапов получали системную химиотерапию (схема FOLFOX или FOLFIRI). Больные были разделены на 4 группы. В первую группу вошло 33 пациента, у которых в качестве ведущего компонента лечения выполнялась резекция печени. Во вторую группу было выделено 37 пациентов, у которых выполнялась РЧА. К третьей группе было отнесено 28 пациентов, у которых помимо системной химиотерапии проводилось от 3 до 6 курсов регионарной внутриартериальной хи-

миотерапии с масляной химиоэмболизацией. В четвертую группу было включено 25 пациентов, у которых проводилась только системная химиотерапия. В третьей и четвертой группе, помимо изучения показателей выживаемости, выполнялась оценка частоты ответов на химиотерапию при помощи шкалы RECIST.

Полученные результаты: показатели выживаемости в группе РЧА оказались существенно хуже, чем в группе с резекциями печени, 5-летняя общая выживаемость 16.2% против 37.3%, медиана выживаемости 46.1 против 27.0 соответственно ( $p=0.01$ ). Медиана выживаемости в группе с регионарной химиотерапией составила 20.3 месяцев, в группе с системной химиотерапией 17.6 месяцев, разница недостоверна ( $p=0.3$ ). При этом в группе с регионарной химиотерапией значительно чаще встречался частичный ответ на химиотерапию (81.2% против 54.8% соответственно,  $p=0.01$ )

Выводы. Показатели выживаемости у больных КРР с метастазами в печень при выполнении резекции печени значительно превышают показатели выживаемости при выполнении РЧА. Регионарная химиотерапия не позволяет улучшить показатели отдаленной выживаемости по сравнению с системной химиотерапией, но позволяет получить большее число положительных ответов на химиотерапию, что увеличивает вероятность выполнения резекции печени у больных с нерезектабельными или сомнительно резектабельными метастазами.

## Химиолучевая терапия эпидермоидного местнораспространенного анального рака

И. С. Давиденко, М. В. Казанцева, С. Н. Потемин, И. Н. Василенко  
ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения  
Краснодарского края

Неблагоприятное течение рака анального канала (раннее рецидивирование и метастазирование опухоли), диктует необходимость поиска новых схем лекарственного и лучевого методов терапии местно-распространенного рака анального канала. ЦЕЛЬ: Изучить эффективность и длительность безрецидивного периода химиолучевой терапии больных раком анального канала.

Материалы и методы. В нашей клинике с 2007 по 2011г. получили лечение 23 пациента с эпидермоидным раком анального канала. Средний возраст составил  $58 \pm 7$  лет. Из них 16 (69,5%) имели рак анального канала II стадии: 8 (34,7%) пациентов — T2N0M0 и 8 (34,8%) пациенток — T3N0M0. У 7 (30,4%) пациенток диагностирована III стадия: IIIA — у 3 (13,%) T3N1M0, у 2 (8,7%) — T4N0M0, и IIIB — у 2 (8,7%) T4N1M0. Программа лечения включала проведение 2 курсов химиолучевой терапии с последующим проведением 4 курсов химиотерапии. Схема химиотерапии: митомидин 10 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день, 5-фторурацил 750 мг/м<sup>2</sup>, суточная инфузия 1-5 дни. С 6 дня проводилось лучевое лечение по схеме: 1-й этап — дистанционное облучение на линейном ускорителе «СЛ-75-5» методом секторного качания (первичная опухоль, параректальная клетчатка) и статическим методом (паховые лимфоузлы). Разовая доза (РОД) — 2,5Гр, суммарная доза (СОД) эквивалентна 40 Гр. С 29 по 33 день проводился 2 курс химиотерапии по прежней схеме. Второй этап лучевой терапии проводился на 43 день от начала первого курса химиотерапии в виде внутриволостной лучевой терапии на аппарате «Мультисорс», РОД 3 Гр, до СОД



эквивалентной 65 Гр. После 2 этапа лучевой терапии проводилось еще 4 курса химиотерапии каждый 29-й день.

Результаты: Полная ремиссия наблюдалась у 86,9% (20 пациенток) и у 2(8,6%) пациенток наблюдался полный клинический и морфологический эффект 75% (лечебный патоморфоз III степени), у 1(4,3%) пациентки наблюдалась частичная регрессия опухоли >75%. Все пациентки находятся в настоящее время в ремиссии. Медиана длительности безрецидивного периода в настоящее время составляет 28,7 мес.

Выводы. Результаты проведенного лечения даже у небольшой группы пациентов свидетельствуют о высокой эффективности лечения и дают возможность рекомендовать данный режим для лечения местно-распространенного рака анального канала.

## **Результаты хирургического лечения метастатического колоректального рака печени**

**В. В. Дарвин, С. В. Онищенко, М. М. Лысак, А. Я. Ильканич, Е. А. Краснов**  
*ГОУ ВПО Сургутский ГУ, БУ ХМАО-Югры СОКБ, Сургут,*

Цель исследования: проанализировать ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с метастатическим поражением печени при колоректальном раке при применении различных хирургических технологий.

Материалы и методы. Проанализированы ближайшие результаты хирургического лечения 126 больных с изолированными метастазами колоректального рака в печень. Возраст больных колебался от 38 до 72 лет. Мужчин было 56 (44,4 %), женщин 70 (55,6%). Объем поражения паренхимы печени составил от 7% до 55%. Солитарные и единичные метастазы в печени выявлены у 65 (54,2 %), множественные—у 61 (45,8%). Монолобарное поражение—у 73 больных (57,9%), билобарное—у 53 (42,1%). Резекции печени в различных объемах выполнены у 52 больных—41,3%; резекции в сочетании с дополнительными методами деструкции очагов применены у 27 пациентов—21,4%. Изолированные методики локальной деструкции (РЧА, криодеструкция) были использованы у 47 пациентов—37,3%.

Результаты. Проведен анализ ближайших результатов хирургического лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печень. Для оценки влияния различных хирургических технологий в составе программы комбинированного лечения на ближайшие и отдаленные результаты больные были разделены на 4 группы:

— Первую группу составили пациенты, которым выполнены анатомические и атипичные резекции печени—52. Осложнения отмечены у 17,3 % больных. Летальные исходы—2 (3,8%). Одногодичная общая выживаемость составила 90%, трехлетняя—52%, пятилетняя—38%.

— Вторую группу—пациенты с резекцией различных объемов в сочетании с РЧА—27. Послеоперационные осложнения отмечены у 14,8%, но по структуре осложнений практически не отличались. Послеоперационная летальность составила 11,1%(3). Анализ отдаленных результатов: одно-трех-пятилетняя выживаемость составила, соответственно,—79,2%, 45,8%, 25%.

— Третью группу—пациенты только с РЧА—40. Осложнения имели место у 5,0%: субкапсулярная гематома. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты: одногодичная выживаемость—75%, двухгодичная—40%, трехгодичная—30%,

пятилетняя—12,5%. В течение пяти лет рецидивы в зоне абляции имели место у 42,5%. Отмечено значительно больше случаев прогрессирования заболевания в виде появления новых внутripеченочных, а также внепеченочных метастазов—у 65%.

— Четвертую группу—пациенты перенесшие криодеструкцию—7. Осложнения—у 57,1% больных: интраоперационные трещины паренхимы—у 2; тромбоцитопения—у 1, реактивный плеврит—у 1. Одногодичная выживаемость составила 71,4%, двухгодичная—57,1%, трехгодичная—14,3%. Пять лет не прожил никто.

Выводы. 1. Частота ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении метастазов колоректального рака печени определяется технологией и объемом хирургического вмешательства: максимальное количество осложнений отмечено при криодеструкции и гемигепатэктомиях. 2. Анатомические экономные резекции печени не увеличивают частоту ранних послеоперационных осложнений по сравнению с перипухолевыми, обладая большей патогенетической обоснованностью. 3. РЧА является эффективным методом локального воздействия на метастатический очаг, обладающий малой травматичностью и низким процентом осложнений, но как самостоятельный метод в лечении колоректальных метастазов в печень не является альтернативой резекции.

## Пластика тазового дна после экстралеваторной брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки у больных ректальным раком

А.А. Доманский, К.К. Лебедев, А.Г. Рылло, М.А. Беляев  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение. В последние годы при лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки получила распространение методика экстралеваторной брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки (ЭЛБПЭ). Недостатком данной методики является формирование обширного дефекта тазового дна с высоким риском воспалительных осложнений (ВО) со стороны промежностной раны. Для закрытия промежностной раны предложен ряд методик, включающих пластику, как собственными тканями, так и с использованием аллотрансплантатов. Целью настоящего исследования является оценка непосредственных результатов при использовании различных методик закрытия дефекта тазового дна после ЭЛБПЭ.

Методы. ЭЛБПЭ выполнена 43 больным. Предоперационная лучевая терапия проведена 31(72,1%) пациенту. Все больные были разделены на три группы. В группу А включено 13(30,2%) больных, которым была выполнена глютеопластика. Группу Б составили 12(27,9%) пациентов, которым была выполнена аллопластика. Простая пластика была выполнена 18(41,9%) пациентам (группа В). В раннем послеоперационном периоде оценивалась частота клинически значимых ВО со стороны промежностной раны.

Результаты. Частичный некроз кожного лоскута наблюдался у одного больного группы А, и у одного больного—подкожная серома. Случаев некроза лоскута большой ягодичной мышцы не было. У больных группы Б ВО промежностной раны наблюдались в 3(25%) случаях. Разведение краев раны с удалением аллотрансплантата, выполнено одному пациенту. Все больные с осложнениями со стороны про-



межностной раны получали предоперационную лучевую терапию. У больных группы В, получивших комбинированное лечение, нагноение раны отмечалось в 5(27,8%) случаях. У пациентов без предоперационной терапии воспалительные осложнения со стороны промежностной раны наблюдалось в 2(11,1%) случаях.

Выводы.

1. ЭЛБПЭ ассоциируется с высокой частотой воспалительных осложнений со стороны промежностной раны.

2. Наиболее высокий уровень воспалительных осложнений (39%) отмечен при использовании простой пластики дефекта промежностной раны.

3. У больных, не получавших предоперационную лучевую терапию, после пластики дефекта тазового дна аллотрансплантатом, воспалительных осложнений со стороны промежностной раны не было.

4. После предоперационной лучевой терапии наиболее низкий уровень воспалительных осложнений (7,7%) наблюдался после выполнения пластики перемещенным лоскутом большой ягодичной мышцы.

## **Непосредственные результаты экстралеваторной брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки у больных ректальным раком**

А. А. Доманский, А. М. Карачун, И. И. Алиев, К. К. Лебедев, А. Г. Рылло, М. А. Беляев.  
*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

Введение. При опухолях, локализующихся на расстоянии менее чем 6 см от ануса, наиболее распространенным видом оперативного лечения является брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки (БПЭ). Однако именно нижеампулярная локализация опухоли характеризуется наиболее высоким уровнем местного рецидивирования. Причиной этого является распространение опухоли на окружающие ткани в тех местах, где отсутствует «барьер» в виде мезоректальной клетчатки, вследствие чего граница резекции проходит вплотную к опухолевой ткани. Для достижения опухоленегативного циркулярного края резекции, у больных дистальным раком прямой кишки предложена методика экстралеваторной брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки (ЭЛБПЭ). Суть ЭЛБПЭ заключается в том, что циркулярная линия резекции прямой кишки проходит кнаружи от мышц поднимающих задний проход без отделения последних от стенки кишки.

Целью настоящего исследования является оценка непосредственных результатов ЭЛБПЭ прямой кишки. С 2009 г. нами выполнено 43 ЭЛБПЭ (22 женщины и 21 мужчина). Возраст больных составлял от 30 до 79 лет. Распределение по глубине инвазии опухоли (категория Т системы TNM): Т2—4(9, 3%), Т3—31 (72, 1%), Т4—в 8(18,6%). Абдоминальный этап в 21 (48,8%) наблюдении был выполнен лапароскопически. Интраоперационная кровопотеря составляла от 150 мл до 1500 мл (в среднем 600мл). Воспалительные осложнения со стороны промежностной раны наблюдалась у 12(27,9%). Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после операции—15 дней. Опухолеположительный край латеральной резекции имел место в 2(4,7%) случаях.

Заключение: ЭЛБПЭ прямой кишки является достаточно безопасной операцией, не сопровождающейся высоким уровнем интраоперационных и послеоперационных

осложнений. В то же время ЭЛБПЭ позволяет в большинстве случаев достигнуть безопуховой латеральной границы резекции. Недостаточные сроки наблюдения не позволяют оценить онкологическую эффективность ЭЛБПЭ, исследование продолжается.

## **Влияние предоперационной химиолучевой терапии на увеличение числа органосохраняющих операций при нижеампулярном раке прямой кишки**

И. В. Дрошнева<sup>1</sup>, А. В. Бойко<sup>1</sup>, Ю. А. Шалыгин<sup>2</sup>, А. О. Расулов<sup>2</sup>, Д. В. Сидоров<sup>1</sup>, Н. А. Федоренко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ», Москва

<sup>2</sup> ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ», Москва

Качество жизни больных раком прямой кишки во многом зависит от локализации опухоли в органе и характера специального лечения. При расположении опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки методом выбора хирургического вмешательства остается брюшно-промежностная экстирпация с формированием постоянной колостомы. Калечащий характер операции практически всегда связан с угнетением психологического состояния пациента, а в некоторых случаях ведет и к изоляции его от общества. Выполнение при нижеампулярном раке пластических операций с сохранением целостности и непрерывности кишечного тракта, с онкологических позиций оправдан лишь у больных с небольшой опухолью прямой кишки, ограниченной пределами кишечной стенки. Предоперационная химиолучевая терапия при раке прямой кишки приводит к уменьшению размеров и объема опухоли, а следовательно и к уменьшению глубины инвазии опухоли кишечной стенки и прилежащих тканей вплоть до полной резорбции первичной опухоли. Регрессия опухоли после проведения такого варианта лечения, позволяет увеличить число сфинктеросохраняющих операций при раке прямой кишки, не повышая частоты местных рецидивов. Использование методики предоперационной химиолучевой терапии при СОД 50 Гр. с отсрочкой на 6-7 недель операции, современных методик сфинктеросохраняющих и пластических оперативных вмешательств расширяют возможности выполнения реконструктивно-пластических операций при раке нижеампулярного отдела прямой кишки. В ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ и ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии» МЗ РФ за период с 2006 г. по 2012 г. проведено лечение 81 пациенту нижеампулярным раком прямой кишки, которые получали предоперационную химиолучевую терапию с последующим хирургическим вмешательством. Эффективность предоперационного лечения оценивалась по данным МРТ, УЗИ, проктографии. Положительная динамика с различной степенью выраженности была установлена в 89,6% наблюдений. Всем пациентам выполнено радикальное оперативное вмешательство. Однако, у 15 (12,1%) больных лечение носило паллиативный характер, в связи с выявленными интраоперационно метастазами в печень у 8 пациентов, канцероматозом брюшины у 3 и отдаленным метастазированием в легкие в раннем послеоперационном периоде у 4. После предоперационной химиолучевой терапии было отмечено увеличение расстояния от края анального канала до нижнего края опухоли от 3,7+ 1,2 см до 4,4+1,5 см в результате сокращения опухоли по протяженности. Сокращение размеров первичной опухоли на фоне



химиолучевой терапии в некоторых наблюдениях было существенным и сопровождалось уменьшением глубины инвазии кишечной стенки. При сравнении стадии опухолевого процесса по данным обследования до проведения химиолучевой терапии и результатов патоморфологического исследования удаленного препарата было установлено, что регрессия наступила у 51 (62,9%) больных из 81 пациента. У 68,1% (45/66) были выполнены различные виды сфинктеросохраняющих операций. Выполнению сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств способствовало как сокращение размеров новообразования, так и уменьшение глубины инвазии опухоли кишечной стенки и прилежащих тканей. Таким образом, до лечения сохранение сфинктера предполагалось у 43,2% больных, после предоперационной химиолучевого воздействия этот показатель вырос до 68,1%. При этом частота рецидивов болезни не увеличилась: 3,1% против 12,6% при только оперативном лечении.

## **Стома — возможный исход операции при патологии ободочной и прямой кишки**

Г.М. Евдокимов, В.А. Семенченя, И.Н. Сидоров, О.В. Щеголева  
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»

В РФ отсутствует статистика об операциях на кишечнике с наложением пожизненной или временной стомы, несмотря на увеличение их количества за последние годы.

На кафедре факультетской хирургии и онкологии СГМУ произведен ретроспективный статистический анализ историй болезней пациентов, которым произведены стомирующие операции в ЛПУ г.Саратова и области с 2000 по 2012 г. г.

За 13 лет в ЛПУ г.Саратова и области выполнено 4622 стомирующие операции больным в возрасте от 16 до 89 лет. Из них по экстренным показаниям — 1021(22,1%). Мужчин было 2126 (46%) человек; женщин — 2496 (54%). Место проживания: г.Саратов — 52% ; районные центры — 31% ; село — 17%.

Причиной наложения стом являлись: колоректальный рак — 90,7%(4192больных); «доброкачественные» заболевания органов брюшной полости — 8% (370); злокачественные новообразования других органов — 1,3% (60).

При колоректальном раке стомирование в 48,2% было следствием радикальных операций(2020): брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки — у 949(47%) больного; «типа Гартмана» — у 546(27%); обструктивная резекция сигмовидной кишки — у 254(12,6%) и других отделов ободочной кишки — 271(13,4%) .

С паллиативной целью стома наложена 2172(51,8%) пациентам. В 83,7% случаях наружный свищ накладывался на различные отделы ободочной кишки, и у 16,3% — на тонкую (в 81,7% с превентивной целью).

С использованием лапароскопической техники операции произведены у 171(3,7%) больного, из «мини-доступа» — у 513(11,1%).

По экстренным показаниям операции выполнены у 1021(22,1%) больного(перфорация опухоли, дивертикула; кровотечение; ущемление грыжи; травма кишки; перитонит; острая кишечная непроходимость; тромбоз сосудов; несостоятельность швов анастомоза; панкреонекроз).

В клиники с 2008 по 2012г.г. выполнено закрытие колостомы 86 пациентам (мужчин — 49, женщин — 37). Одноствольная стома была у 55 больных, двухствольная — у 31.

---

Выводы: в ЛПУ г. Саратова и области операции по поводу патологии ободочной и прямой кишки в 47,5% случаев заканчиваются наложением временного или постоянного наружного кишечного свища; основной причиной стомии (90,7%) является колоректальный рак; по экстренным показаниям операции производятся у 22,1% больных; ежегодно возрастает число стомированных пациентов, которым в последующем, возможно выполнение восстановительных операций.

## Химиолучевая терапия в лечении больных местнораспространенного рака прямой кишки

Д.В. Ерыгин, Б.А. Бердов, А.А. Невольских, Л.Н. Титова  
ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России, Обнинск

Цель исследования: разработка диагностического и лечебного алгоритма.

Материалы и методы: в клинике МРНЦ с 2004г. всем больным лечение начинали с химиолучевой терапии с использованием в качестве радиомодификатора 5-фторурацил в виде непрерывной инфузии с 1 по 5 и с 29 по 33 дни лучевой терапии в дозе 425 мг/м<sup>2</sup> или капецитабин в дозе 825 мг/ м<sup>2</sup> 2 раза в день в дни проведения лучевой терапии. Лучевая терапия проводилась методикой классического фракционирования дозы в РОД 2 Гр до СОД 50 Гр. Оперативное лечение выполнялось в сроки от 4-х до 8 недель после окончания химиолучевой терапии с выполнением тотальной мезоректумэктомии. Обоснованию методики предшествовала тщательная экспериментальная проработка всех лечебных составляющих. К настоящему времени в исследование включено 105 больных местно-распространенным раком прямой кишки с клинической стадией Т3-4N0-2M0-1. При оценке степени распространенности опухолевого процесса использовалась СКТ или МРТ органов малого таза. Основными критериям включения больных в исследование были размеры опухоли, ограничение её подвижности, признаки инвазии в соседние органы или вовлечение в процесс циркулярной границы резекции, а также множественная лимфоаденопатия.

Результаты: в полном объеме ХЛТ была реализована у 97% больных. Среди токсических реакций преобладали гастро-энтерологические осложнения. Токсические реакции 3 ст. развились у четырех больных (4 %). Оценка эффективности лечения осуществлялась через 4-8 недель с помощью эндоскопических и рентгенологических методов обследования. Полный ответ (ПО) зафиксирован у 10 больных (9,6%), частичный ответ у 54(51,4%), стабилизация у 41(39,0%). При оценке степени регрессии опухоли в зависимости от сроков наблюдения больные были разделены на две группы от 4 до 6 недель—42 больных и от 6 до 8 недель—63 больных. При увеличении интервала между ХЛТ и операцией более 6 недель выявлены более выраженные изменения в опухоли в сторону увеличения частоты полных и частичных ответов, что подтверждается патоморфологическими исследованиями. Так при интервале от 4 до 6 недель частота ПО составила 4,3% (2 больных), а при увеличении интервала до 6-8 недель возросла до 15,9% (10 больных), общая частота ПО у оперированных больных составила 12,5%. Оперировано 96 больных (91,4%). Удаление первичной опухоли стало возможным у 90 больных, резектабельность составила 85,7%, из них R-0 резекций—77(80,0%), R-1—13(13,5%), сигмостомия 6(6,5%). Частота сфинктеросохраняющих операций 52,3%, БПЭ—47,7%. Послеопе-



рационные гнойно-воспалительные осложнения развились у 15 больных (15,6%), из них несостоятельность анастомоза 4,2%. Средний период наблюдения составил 30 месяцев. Частота местных рецидивов при R0-1 резекциях составила 7,7% (7 больных). Отделенные метастазы выявлены у 15 больных (15,5%). Общая выживаемость составила  $79,6 \pm 8,7\%$ , общая трехлетняя выживаемость радикально оперированных больных достигла  $90,2 \pm 9,1\%$ .

Выводы: химиолучевая терапия показана больным с признаками внеорганного распространения опухоли, вовлечения циркулярной границы резекции и метастатическим поражением лимфатических узлов. Оптимальным интервалом между ХЛТ и операцией необходимо считать 6-8 недель, что способствует увеличению частоты полных регрессий и увеличению резектабельности опухоли, а также снижению частоты местных рецидивов.

### **Тактика хирургического лечения пациентов с осложненным колоректальным раком IV стадии в многопрофильном стационаре**

А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен, Ю.А. Чудиновских

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», отделение колопроктологии, Санкт-Петербург*

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 260 больных раком ободочной и прямой кишки, проходивших лечение в 2010 году в ГБУ «Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Отдаленные метастазы выявлены у 91 (35%) пациентов, из них изолированные метастазы в печень — у 28 человек (30,7%), синхронные метастазы в печени и другие органы — у 27 больных (29,7%), внепеченочные метастазы — у 36 человек (39,6%).

Анализ группы пациентов, у которых имели место изолированные метастазы в печень (n=28) показал, что диагноз был установлен впервые 19 больным (67,9%). У 3-х пациентов диагностированы множественные билобарные метастазы в печени — не резектабельны, у 16 человек — в перспективе возможно выполнение резекции печени. В данной группе выполнено 14 оперативных вмешательств, из них оперировано паллиативно (первичная опухоль удалена) 11 больных (78,6%), симптоматически оперировано 3 пациента (21,4%).

В анамнезе метастазы в печень диагностированы у 9 пациентов (32,1%), из них по экстренной помощи оперировано 5 человек. В одном случае выполнена паллиативная операция — метастазы в печени операбельны, у остальных 4-х пациентов — симптоматическая. По данным СКТ брюшной полости метастазы в печени не операбельны во всех 4-х случаях.

Отмечены следующие варианты синхронного метастазирования в группе пациентов КРР (n=27 (29,7%)):

- метастазы в печени и карциноматоз брюшины n=19 (70,4%)
- метастазы в печени и в легких n=4 (14,8%)
- метастазами в печени и в другие органы n=4 (14,8%)

Больные КРР с внепеченочными метастазами составили 39,6% (n=36):

- Пациенты с карциноматозом брюшины  $n=22$  (61,1%)
- Пациенты с изолированными метастазами в легкие  $n=3$  (8,3%)
- Пациенты с метастазами в другие органы  $n= 11$  (30,6%)

Из проведённого анализа видно, что в многопрофильный стационар по экстренным показаниям преимущественно поступают пациенты с установленным ранее диагнозом метастатического КРР (61,5%). Оперативное вмешательство на специализированном этапе медицинской помощи выполнялось ранее 85,7% больных. Данной группе пациентов, в связи с тяжестью состояния, полиорганной недостаточностью, на фоне прогрессирования опухолевого процесса, проводилась преимущественно симптоматическая терапия.

Впервые диагноз установлен в 38,5% случаях ( $n=35$ ), из них пациенты с метастазами в печени составили 54,3% ( $n=19$ ). Пациенты данной группы поступали преимущественно в стабильном состоянии, без признаков печеночной недостаточности. Частым осложнением у данных пациентов являлась острая кишечная непроходимость. Пациентам данной группы при операбельности метастазов печени и отсутствии признаков печеночной недостаточности необходимо удаление первичной опухоли в стандартном объёме.

## **Лечебнодиагностические алгоритмы оказания медицинской помощи онкоколопроктологическим больным с карциноматозной кишечной непроходимостью и напряженным асцитом**

А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен.  
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Карциноматоз брюшины является частым вариантом прогрессирования КРР и сопровождается двумя наиболее частыми осложнениями — карциноматозной кишечной непроходимостью, которая является причиной летальных исходов большого числа пациентов с КРР, и напряжённым асцитом. В нашем исследовании доля таких больных составила почти 15%.

В рамках предложенного алгоритма была разработана патогенетически обоснованная комплексная консервативная терапия карциноматозной кишечной непроходимости (ККН), обязательным компонентом которой являются глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства и современные антисекреторные препараты, которая позволила разрешить консервативно 56% случаев ККН, тогда как общепринятая тактика позволила это сделать только в 27,2% ( $p<0,05$ ). Уровень послеоперационных осложнений в контрольной и основной группах составил 68,8% и 54,6%, а послеоперационной летальности 45,5% и 24% соответственно ( $p<0,05$ ).

В основе ЛДА по лечению напряжённого асцита лежит определение степени абдоминальной гипертензии. При отсутствии признаков полиорганной недостаточности и 1-2 степени внутрибрюшной гипертензии возможно амбулаторное лечение больных. Решение о необходимости эвакуации жидкости принимается по выраженности клинической картины.



Выявление 3-4 степени абдоминальной гипертензии без признаков органических дисфункций является показанием к госпитализации и экстренной (в течение 2 часов) эвакуации асцита.

Признаки органических дисфункций при повышенном внутрибрюшном давлении, при исключении других причин (острая сердечно-сосудистая недостаточность, желудочно-кишечное кровотечение и др.), позволяют заподозрить развитие синдрома абдоминальной гипертензии. Больных этой группы показано госпитализировать в отделение реанимации с проведением комплекса лечебных мероприятий.

Наиболее подходящим методом для эвакуации асцита, на наш взгляд, является пункция и катетеризация брюшной полости по Сельдингеру наборами для постановки центральных вен. Жидкость необходимо эвакуировать медленно, при тяжёлом состоянии больного — в несколько этапов.

Основу медикаментозной терапии должны составлять коллоидные растворы, позволяющие удерживать внутрисосудистую жидкость и предотвратить её реаккумуляцию. Наибольшую эффективность показали растворы на основе гидроксипропилкрахмала (6-ГЭК, стабизол, рефортан). Монотерапия кристаллоидными растворами приводит к увеличению скорости накопления асцитической жидкости.

Предлагаемая тактика проста и доступна к исполнению стационарами любого уровня. Она значительно повышает качество жизни больных с напряжённым карциноматозным асцитом и позволяет снизить госпитальные осложнения и летальность почти в 2 раза. Уровень послеоперационных осложнений в контрольной и основной группах составил 76% и 12%, а послеоперационной летальности 20% и 11,1% соответственно ( $p < 0,05$ ).

## **Лечебнодиагностический алгоритм оказания медицинской помощи больным с колоректальным раком, осложненным интраабдоминальными хирургическими инфекциями**

А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен.  
*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»*

Самая сложная группа осложнений колоректального рака (КРР) — хирургические инфекции, которые в данном исследовании составили 15,8% ( $n=85$ ).

Согласно разработанному ЛДА, пациенты основной группы ( $n=42$ ) на этапе отделения экстренной медицинской помощи были разделены на 3 группы: 1 группа — паратуморозный инфильтрат (29%), 2 группа — абсцесс (33%) и 3 группа — перфорация опухоли (38%).

При диагностике инфильтрата больным назначалась консервативная терапия, которая оказалась эффективной в 50% случаев ( $n=6$ ) в основной группе и у 69,2% ( $n=9$ ) — контрольной. Общепринятая тактика отличалась от предложенного лечебно-диагностического алгоритма более длительными сроками динамического наблюдения и современными схемами эмпирической антибактериальной терапии. При неэффективности консервативной терапии, что проявлялось формированием абсцессов, выполнялось срочное оперативное вмешательство. Пациенты 2 и 3 групп все были оперированы в первые часы после поступления в стационар после диагностики осложнений. В основной группе все операции сделаны в первые 6 часов после госпитализации.

В дооперационном обследовании основной группы больных упор делался на наличие признаков системного воспаления и сепсиса. В результате признаки SIRS 1-2 выявлены в 47,2% случаев (n=17). Преимущественно это больные с небольшими абсцессами или местными перитонитами, с небольшим сроком заболевания. В 25% случаев (n=9) диагностирован сепсис. По 13,9% (n=5) больных распределились между тяжёлым сепсисом и септическим шоком, то есть в 27,8% случаев (n=10) состояние пациентов приближалось к крайне тяжёлому. В основном это больные с токсической и терминальной фазами перитонита.

В контрольной группе больных признаки SIRS не определялись. Диагноз сепсис фигурирует в историях болезни 38,2% пациентов (n=13), из них септического шока у 3 человек.

Основной задачей оперативного пособия является санация очага инфекции. Во время операции перитонит выявлен у 69,4% (n=25) пациентов основной группы и 76,5% (n=26) — контрольной. В большинстве случаев это был распространённый гнойный перитонит в токсической фазе, что потребовало тщательной санации живота и назогастроинтестинальной интубации. Очагом инфекции в случае КРР является первичная опухоль, которая была удалена 86,1% (n=31) пациентам основной группы и 61,8% (n=21) — контрольной. Доля симптоматических операций в контрольной группе больных значительно выше, чем в основной — 38,2% (n=13) и 13,9% (n=5) соответственно (p<0,05). При диастатических перфорациях кишки предпочтение следует отдавать субтотальной (тотальной) колэктомии.

Разработанный ЛДА позволил снизить количество осложнений с 55,9% (n=19) до 44,4% (n=16), а летальность с 50% (n=17) до 36,1% (n=13), соответственно в контрольной и основной группах (p<0,05).

В основной группе больных уровень общей 2-летней выживаемости оказался достоверно выше, чем в контрольной (70,5% и 55,5%) (p<0,05).

## **Лечебнодиагностический алгоритм оказания медицинской помощи больным с колоректальным раком, осложненным кишечным кровотечением**

А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен.  
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Кишечное кровотечение, как осложнение колоректального рака отмечено у 26,8% больных.

В зависимости от применения разработанных лечебно-диагностических алгоритмов (ЛДА) образовалось 2 группы больных: контрольная — 76 пациентов, проходившие лечение в 2007-2008 годах и которым не применялись разработанные ЛДА, и основная — 68 пациента, госпитализированные в 2009-2010 годах и лечение которых осуществлялась по разработанным ЛДА.

Результаты проведённого исследования показали, что больных с тяжёлым кишечным кровотечением и неэффективными консервативными мероприятиями, которым потребовалось выполнение экстренной операции, не было. Большую часть — 66% (n=50) составили пациенты с анамнестическим кишечным кровотечением и лёгкой степенью кровопотери. После подтверждения диагноза и коррекции анемии, больные



этой группы были направлены для планового лечения в специализированные онкологические стационары. Сдержанный подход к расширению оперативной активности обусловлен преобладанием рака прямой кишки в структуре локализации первичной опухоли—72% (n=36). Современный подход к лечению рака прямой кишки предполагает оказание высокоспециализированной медицинской помощи, которая недоступна большинству неотложных стационаров.

Показанием к операции должны являться рецидивы кровотечения в стационаре и эндоскопические признаки высокого риска кровотечения на фоне многократных анамнестических рецидивов и тяжёлой степени кровопотери при поступлении. В нашем исследовании таких больных оказалось 26 (34%). Все они были оперированы в отсроченном порядке после предоперационной подготовки, включающей разработанный комплекс гемостатических и инфузионно-трансфузионных мероприятий. Как в контрольной, так и в основной группах отмечен высокий процент радикальных вмешательств—76,2% и 80,8% соответственно ( $p \geq 0,05$ ). Количество одноэтапных операций значительно увеличилось в основной группе больных и составило 84,6%, по сравнению с 59,5% в контрольной ( $p < 0,05$ ).

Высокий уровень осложнений и летальности, в которых ведущую роль занимает декомпенсация сердечно-сосудистой системы, связан с неадекватной консервативной терапией и предоперационной подготовкой. Несвоевременная коррекция постгеморрагической анемии у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией неизбежно приводит к гемической гипоксии и декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Это подтверждают 6 летальных исходов (12%) у неоперированных больных, без признаков рецидива кровотечения.

Предложенный ЛДА позволил снизить уровень послеоперационных осложнений с 21,4% до 15,4%, а послеоперационную летальность с 19% до 11,5% ( $p < 0,05$ ).

Отдаленная выживаемость прослежена у пациентов обеих групп после радикальных оперативных вмешательств в течение 2 лет. В основной группе больных уровень общей 2-летней выживаемости оказался достоверно выше, чем в контрольной (73,6 % и 59,2%) ( $p < 0,05$ ).

### **Лечебнодиагностический алгоритм оказания медицинской помощи больным с колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью**

А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен.  
*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»*

Наиболее частым осложнением злокачественных опухолей левой половины толстой кишки является острая кишечная непроходимость (ОКН), которая в настоящем исследовании развилась у 39% больных.

При поступлении больного с ОКН с признаками органических дисфункций и/или перитонита (1 группа) показано обследование и предоперационная подготовка в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии с последующей экстренной операцией (не позднее 2 часов после госпитализации).

Пациентам с диагностированной декомпенсированной формой ОКН (2 группа) показана кратковременная предоперационная подготовка и срочная операция—не

позднее 6 часов после госпитализации. Определяющим звеном дооперационной диагностики степени ОКН является экстренная фиброколоноскопия.

При суб- или компенсированном характере ОКН (3 группа) показана консервативная терапия, дооперационное обследование и отсроченная или плановая операция, по возможности в специализированном лечебном учреждении.

Применительно к вопросам тактики хирургического лечения обозначенных групп больных показано выполнение следующих оперативных пособий.

1 группа: Выполняется симптоматическая операция (наложение двустольного противоестественного заднего прохода или обходного илиотрансверзоанастомоза) с обязательной интраоперационной декомпрессией и санацией тонкой и толстой кишки.

2 группа: Выполняется интраоперационная декомпрессия и санация тонкой и толстой кишки и радикальная резекция толстой кишки. При опухолях прямой кишки выполняется симптоматическая операция—выведение двустольного противоестественного заднего прохода (сигмостомия, трансверзостомия).

3 группа: Выполняются одноэтапные оперативные вмешательства в объёме радикальных резекций в комбинациях с расширенными лимфодиссекциями при наличии показаний.

В зависимости от применения разработанных лечебно-диагностических алгоритмов (ЛДА) образовалось 2 группы больных: контрольная—106 пациентов, которым не применялись разработанные ЛДА, и основная—104 пациента, лечение которых осуществлялось по разработанным ЛДА.

Благодаря разработанной хирургической тактике удалось увеличить долю радикальных вмешательств с 43,4% до 62,5% ( $p<0,05$ ) и снизить количество симптоматических операций с 32,1% до 22,1% ( $p<0,05$ ). Число одноэтапных радикальных вмешательств возросло с 26,4% до 38,5% ( $p<0,05$ ).

Несмотря на увеличение хирургической активности предложенные ЛДР позволили снизить уровень послеоперационных осложнений с 28,3% до 18,3% ( $p<0,05$ ), а послеоперационную летальность с 20,8% до 12,5% ( $p<0,05$ ).

В основной группе больных уровень общей 2-летней выживаемости достоверно выше ( $p<0,05$ ), чем в контрольной (75,4% и 64,2%), что говорит об актуальности соблюдения принципов онкологического радикализма в неотложной хирургии.

## **Пути реализации современных принципов онкологического радикализма в хирургическом лечении острой obturационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза**

А.А. Захаренко, Д.А. Суров, О.В. Бабков, А.А. Кошевой, А.А. Трушин, В.С. Тягун, О.А. Тен, И.А. Палтышев, Ю.Н. Грифанов, М.А. Чернышов  
*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»;  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Введение. Obturационная непроходимость—наиболее частое (50-70%) осложнение рака толстой кишки. Сложная интраоперационная ситуация и необходимость решения приоритетной задачи по ликвидации жизнеугрожающего осложнения отодвигают на второй план онкологические аспекты оперативного вмешательства. В целях повышения радикализма неотложных оперативных вмешательств у больных данной категории



методика тотальной мезоколонэктомии и расширенной лимфодиссекции в медиально-латеральном направлении была адаптирована к условиям экстренной хирургии.

Цель. Оценить возможность выполнения, эффективность и ближайшие результаты тотальной мезоколонэктомии и расширенной лимфодиссекции у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ непосредственных результатов лечения 41 больного (28 мужчин и 13 женщин), оперированных в клинике неотложной онкологии НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с декабря 2010 по апрель 2013г. Средний возраст больных составил  $65,1 \pm 3,9$  лет. Критериями включения в проспективно сформированную основную группу больных являлись: наличие декомпенсированных нарушений толстокишечной проходимости и выполнение тотальной мезоколонэктомии с D3-лимфодиссекцией в медиально-латеральном направлении и соблюдением принципа «no-touch technique». Из исследования были исключены пациенты с явлениями прогрессирующей полиорганной недостаточности и наличием отдаленных метастазов. Стадирование основного заболевания осуществлялось в соответствии с классификацией Duke's. Разрушительный этап операции выполнялся после обязательной интраоперационной декомпрессии и санации толстой кишки. Контрольную группу составил 41 больной, оперированный в период с 2007 по 2010 год по общепринятой методике.

Результаты. Правосторонняя гемиколэктомия у больных основной (контрольной) группы выполнена у 12 (12) пациентов, левосторонняя гемиколэктомия у 11 (11) пациентов, резекция сигмовидной кишки у 18 (18) пациентов, соответственно. Ретроспективный анализ выявил 13 пациентов с опухолью в стадии Duke's B и 29 больных в стадии Duke's C. Средняя продолжительность послеоперационного периода при левом фланге в основной (контрольной) группе составила, соответственно,  $12,1 \pm 1,3$  ( $13,7 \pm 1,1$ ) дней, при правом фланге  $12,3 \pm 1,4$  ( $14,5 \pm 1,2$ ) дней. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в основной (контрольной) группе у больных левосторонней ОТКН составило  $22,8 \pm 7,7$  ( $6,7 \pm 3,2$ ) лимфоузлов, при длине сосудистой ножки  $120,2 \pm 6,1$  ( $80,5 \pm 10,5$ ), при правосторонней ОТКН  $23,9 \pm 6,2$  ( $7,5 \pm 2,4$ ) лимфоузлов, длина сосудистой ножки  $123,2 \pm 6,1$  ( $81,2 \pm 8,3$ ) см. Осложнения в основной группе развились у 9 больных (21,9%), в контрольной у 8 (19,5%) больных. В послеоперационном периоде в основной группе скончалось 2 больных (4,8%), в контрольной 3 (7,3%) больных.

Выводы. Мобилизация толстой кишки в медиально-латеральном направлении, расширенная лимфодиссекция и тотальная мезоколонэктомия является безопасным и эффективным методом повышения радикализма экстренных оперативных вмешательств у больных острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

### **Комплексное лечение рака толстой кишки, осложненного перитонитом и тяжелым абдоминальным сепсисом, с использованием метода VAS-терапии**

А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен,  
Д.В. Кодолов, А.А. Кулешов  
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Проведено проспективное клиническое исследование 15 больных колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом и тяжелым сепсисом, проходив-

ших лечение в 2011-2012 гг.. Критерии для включения больных в исследование: колоректальный рак (КРР), осложненный перфорацией опухоли или перифокального абсцесса в брюшную полость; распространенный перитонит (Мангеймский индекс перитонита более 20 баллов); наличие 3 и более признаков ССБР (SIRS3-4); наличие ПОН (SOFA 4 и более баллов). Критерии исключения из исследования: наличие отдаленных метастазов; хронические сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации; возраст старше 90 лет. Больные были распределены на 2 группы. Контрольная группа—8 больных, лечение по общепринятой тактике: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, санация очага инфекции, декомпрессия ЖКТ, закрытие передней брюшной стенки (ЗБС). Основная группа—7 пациентов. Средний возраст больных основной группы составил  $78,5 \pm 5,0$  лет, контрольной  $77,4 \pm 4,5$ . Больные основной группы распределены на 2 подгруппы. В 1 подгруппе больные без проявлений септического шока. На 1 этапе лечения проводили обструктивные резекции, накладывали VAC—систему. Через 3 суток осуществляли программируемую санацию и решали вопрос о способе ЗБС (переустановка VAC—системы или ушивание). Во 2 подгруппе больные с развитием септического шока. На 1 этапе выполняли санацию, декомпрессию ЖКТ (НГИИ, выведение колостомы), отграничение очага инфекции и наложение VAC—системы. После стабилизации состояния пациента, выполняли удаление первичной опухоли, решали вопрос о способе ЗБС. В качестве объективного показателя к тактике этапных санаций (ЭС) применялся индекс брюшной полости. Для обоснования необходимости ЭС использовался прогностический индекс релапаротомий. Эффективность методики оценивалась по непосредственным результатам лечения (послеоперационные осложнения и летальность), динамике уровня эндогенной интоксикации (эффективная концентрация альбумина—ЭКА), шкалам SOFA и SAPSII, уровню внутрибрюшного давления (ВБД) в пред- и послеоперационном периоде.

У пациентов, лечение которых осуществлялось с применением разработанной тактики, в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение уровня ВБД (с  $25,4 \pm 3,0$  мм. рт. ст. до  $10,2 \pm 1,8$  мм. рт. ст.,  $p < 0,05$ ) и уровня эндогенной интоксикации (увеличение ЭКА с  $20,4 \pm 1,2$  г/л до  $30,8 \pm 0,8$ ). Показатели по шкалам SOFA и SAPS на 1-е, 3-и, 7-е и 12-е сутки послеоперационного периода достоверно снижались с  $7 \pm 0,5$  баллов до  $0 \pm 0,5$ , и с  $52 \pm 3,3$  баллов до  $38 \pm 3,3$  баллов соответственно. В основной группе выявлено снижение частоты послеоперационных осложнений до 52,3% (в контрольной группе 100%), которое достигнуто преимущественно за счет уменьшения частоты воспаления тканей передней брюшной стенки с 75,0% в контрольной группе до 28,6% в основной группе и уменьшения частоты прогрессирования послеоперационного перитонита с 50,0% до 14,2% соответственно. Использование разработанной тактики позволило снизить летальность с 82,5% до 60,3%.

## Сравнение разных методов выявления скрытой крови в кале при колоректальном раке

Е. В. Зенкина, Н. С. Сергеева, Н. В. Маршутина  
ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Высокая заболеваемость и смертность в мире от колоректального рака (КРР) обуславливают важность активного выявления данного заболевания. Первым этапом обследования предполагается использование неинвазивных лабораторных ме-



тодов. Известно, что биохимические тесты для выявления скрытой крови в кале (гемоккульт-тесты) пригодны для активного выявления КРР. Однако низкая специфичность и необходимость длительной подготовки к анализу ограничивают их применение в клинической практике. Поиски лабораторных подходов, лишенных этих недостатков, привели к разработке качественных (экспресс) и количественных иммуноферментных анализов (ИФА) для выявления гемоглобина в кале. Недавно стандартизировали название таких тестов: FIT-fecal immunochemical test. Существенным отличием FIT от биохимических является использование антител, специфичных к гемоглобину человека и комплексу гемоглобина человека с гаптоглобином (hHb/Hp) — глобулином плазмы крови, с высокой аффинностью связывающим свободный гемоглобин плазмы крови человека. Предполагалось, что комплекс hHb/Hp (в отличие от hHb) будет более устойчив к действию пищеварительных протеолитических ферментов и, следовательно, сможет выявлять гемоглобин при кровотечениях не только из нижних, но и из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Содержание hHb было исследовано тремя разными методами: 2-мя количественными (твердофазным-«Hb ELISA Kit» (Immundiagnostik AG, Germany) и автоматизированным-«SentiFOB» Analyser (Sentinel Diagnostics, Italy) ИФА), качественным «FOB One Step Occult Blood Test» (ACON, USA) (тест-кассета), а также hHb/Hp (твердофазный ИФА-«Hb/Hp-Complex ELISA Kit» (Immundiagnostik AG, Germany)) в образцах кала 140 первичных больных КРР, 94 больных раком желудка (РЖ) и 71 донора. Использованы дискриминационные уровни (ДУ): hHb — 2,0 мкг/мл, hHb/Hp — 0,5 мкг/мл и 0,1 мкг/мл для «SentiFOB» Analyser.

Результаты. При проведении твердофазного ИФА «Hb ELISA Kit» доля случаев превышения ДУ у больных КРР, РЖ и доноров была отмечена в 89,6% (121/135); 49,5% (46/93) и 4,2% (3/71) случаев соответственно. Частота превышения порогового значения для hHb/Hp-«Hb/Hp-Complex ELISA Kit» в том же порядке составила: 87,9% (123/140), 41,5% (39/94) и 1,4% (1/71), а при проведении качественного «FOB One Step Occult Blood Test» — 82,5% (33/40), 10,1% (7/69) и (0/23). При использовании же автоматизированного оборудования «SentiFOB» Analyser, было выявлено 66,7% (8/12) превышений ДУ при КРР, 13,2% (5/38) при РЖ и 100% (0/11) у доноров.

Выводы. Наибольшей диагностической чувствительностью (89,6%) в отношении КРР, по представленным данным, обладает тест-система «Hb ELISA Kit» при специфичности 95,8%. Чуть меньше чувствительность у «Hb/Hp-Complex ELISA Kit» — 87,9% при 98,6% специфичности. Автоматизированная «SentiFOB» Analyser показала сходные результаты с количественным методом «FOB One Step Occult Blood Test» у всех категорий обследованных, причем оба метода продемонстрировали практически 100% специфичность.

## Активность протеасом и их субъединичный состав в ткани рака желудка и толстой кишки

Э.В. Иванова, И.В. Кондакова, Л.В. Спирина, С.Г. Афанасьев, О.В. Черемисина,  
А.В. Августинович  
ФГБУ «НИИ Онкологии СО РАМН», Томск

Актуальность. Среди многообразия злокачественных новообразований опухоли желудка и толстой кишки привлекают к себе пристальное внимание ввиду их широ-

кой распространенности, раннего метастазирования, высокой запущенности и смертности, в связи с чем изучение молекулярных механизмов их развития является актуальной задачей. Наиболее перспективно исследование полифункциональных ферментативных систем, к числу которых относятся протеасомы—мультисубъединичные белковые структуры, обладающие несколькими протеолитическими активностями. Активность протеасом и их субъединичный состав, связь с клинико-морфологическими параметрами рака желудка и толстой кишки изучены не достаточно.

**Цель исследования.** Изучить активность протеасом и их субъединичный состав при раке желудка и толстой кишки в зависимости от клинико-морфологических параметров заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 2 группы больных: первая группа состояла из 50 больных с диагнозом рак желудка T1-4N0-3M0-1 (средний возраст  $58,4 \pm 1,5$  лет), вторая группа—49 больных с диагнозом колоректальный рак T2-4N0-3M0-1 (средний возраст  $58,2 \pm 1,6$  лет). Материал исследования составила опухолевая ткань и прилежащая условно-нормальная ткань, находящаяся на расстоянии не менее 2 см от границы опухолей. Тотальная активность протеасом определялась по гидролизу флуорогенного олигопептида Suc-LLVY-AMC и при действии ингибитора MG132. Субъединичный состав протеасом исследовали методом Вестерн блоттинга. Статистическую обработку осуществляли с помощью пакета прикладных программ SPSS 11.5 for Windows.

**Результаты.** Выявлено, что тотальная активность протеасом и активность 26S и 20S пулов в ткани рака желудка достоверно выше в 2,4; 1,9 и 1,6 раза соответственно по сравнению с тканью. Экспрессия  $\alpha 1\alpha 2\alpha 3\alpha 5\alpha 6\alpha 7$  субъединиц протеасом была снижена в опухоли до 68,4% по сравнению с условно-нормальной тканью. Содержание субъединиц LMP7, LMP2, PA28 $\beta$  и Rpt6 повышалась в опухоли на 66,1; 56,0; 58,7 и 53,6% соответственно. Тотальная активность протеасом и активность 26S и 20S пулов в ткани рака толстой кишки была достоверно выше в 1,5; 1,7 и 1,6 раза соответственно по сравнению с неизменной тканью. Выявлены отличия тотальной активности протеасом у пациентов с I стадией заболевания по сравнению с пациентами с IV стадией заболевания. Также выявлена тенденция к увеличению тотальной активности и активности 26S и 20S протеасом в группе пациентов, имеющих метастазы в регионарные лимфоузлы и отдаленные метастазы по сравнению с группой пациентов без метастазов. Экспрессия  $\alpha 1\alpha 2\alpha 3\alpha 5\alpha 6\alpha 7$  субъединиц протеасом была снижена в опухоли до 82,3% по сравнению с неизменной тканью. Содержание субъединиц LMP7, LMP2, PA28 $\beta$  и Rpt6 повышалась в опухоли на 81,0; 79,3; 63,3 и 36,6% соответственно.

**Выводы.** Показано, что повышение активности протеасом и их пулов, а также изменение их субъединичного состава в опухолевой ткани желудка и толстой кишки по сравнению с соответствующей условно-нормальной тканью. Активность протеасом связана с прогрессированием рака толстой кишки, что имеет важное практическое значение и требует дальнейшего изучения.

## Современные тенденции в лечении колоректального рака

Й.П. Йовчев, А.Т. Петров, Г.А. Минков, Ст.Н. Николов, Ив.П. Овчаров  
Университетская больница—Стара Загора, Болгария

Колоректальный рак является одним из наиболее распространенных, злокачественных опухолей в мире /в мировом масштабе/ и до сих пор—нерешенный вопрос



в медицинской онкологии. Это заболевание огромная провокация как для хирурга, так и о применение современных молекулярно- биологических и радиоиммунологических методов, используемых для диагностики и лечения. Сегодня, хирургическое лечение остается краеугольным камнем и лапароскопические способы стали стандартным методом лечения.

Последующие комбинации новых цитостатиков и лучевой терапии, в частности способствовало увеличению 5 -летней выживаемости больных с этим заболеванием.

Материалы и методы. Обзор литературы до 2012 г., который включает: PUBMED, Embase, The Cochrane Library и другие источники.

## **Первый опыт формирования тазового дна после комбинированных и расширенных операций на органах малого таза при местнораспространенных опухолях**

М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, М.В. Васильченко, А.Б. Лычев, К.В. Семенцов, А.В. Колунов, Д.А. Кириллов.

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской и госпитальной хирургии, Санкт-Петербург*

Введение. С 2011г. в клинике военно-морской и госпитальной хирургии применяется новый способ пластики тазового дна четырехкомпонентным неадгезивным сетчатым эксплантатом после комбинированных и расширенных операций на органах малого таза при местно-распространенных опухолях.

Цель—отграничение раневой полости малого таза от внутренних органов с целью профилактики промежностной эвентрации. В случае развития экстраорганный рецидива в отдаленные сроки после операции, сетчатый эксплантат позволит отграничить зону опухолевого роста от петель тонкой кишки.

Материалы и методы. После удаления злокачественной опухоли, образовавшуюся раневую полость отграничивают с помощью четырехкомпонентной неадгезивной сетки, соответствующего размера, которую укладывают у входа в малый таз и сшивают с окружающими мягкими тканями. Операционную рану ушивают наглухо.

Результаты. Данный метод применен у 11 больных, 8 из которых выполнены традиционные операции и 3—лапароскопические. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали. Отмечено более быстрое заживление промежностной раны по сравнению с больными, которым пластика тазового дна не выполнялась.

Выводы:

1. Применение формирования тазового дна четырехкомпонентным неадгезивным сетчатым эксплантатом позволило отказаться от более технически сложных способов.

2. Предлагаемый способ формирования тазового дна у больных с местно-распространенным раком органов малого таза позволяет технически просто восстановить дефект тазовой брюшины и предотвратить возникновение грыж диафрагмы малого таза и спаечной кишечной непроходимости в раннем и позднем послеоперационном периоде.

## Комбинированные и расширенные операции у больных местнораспространенным раком прямой кишки

М.Ю. Кабанов<sup>1</sup>, А.Ю. Шестаев<sup>2</sup>, И.А. Соловьев<sup>1</sup>, М.В. Васильченко<sup>1</sup>, И.П. Костюк<sup>2</sup>,  
А.Б. Лычев<sup>1</sup>, К.В. Семенов<sup>1</sup>, С.В. Амбарцумян<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской и госпитальной хирургии, Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра урологии, Санкт-Петербург

**Введение.** Распространение опухоли прямой кишки, шейки матки, тела матки, яичников и мочевого пузыря на соседние органы диктует необходимость выполнения различных комбинированных операций (передняя, задняя или тотальная эвисцерация). Выполнение эвисцерации тазовых органов сопровождается большим количеством ранних послеоперационных осложнений, при этом острая спаечная кишечная непроходимость развивается в 20-27% случаев. Эвентрация через промежностную рану наблюдается у 13,9% больных. Поздние послеоперационные осложнения встречаются у более чем 21% оперированных больных, частота случаев спаечной кишечной непроходимости, требующая хирургического лечения, достигает 30—48%.

**Материалы и методы.** В клинике военно-морской и госпитальной хирургии с 2010г. по 2013г. на лечении находились 107 больных с местнораспространенными опухолями органов малого таза. В данную группу входили больные, страдающие местнораспространенным раком прямой кишки, яичников, тела и шейки матки и мочевого пузыря. Средний возраст пациентов составил 53,4±3,7 лет. Всем больным выполнены расширенные и комбинированные оперативные вмешательства. При этом—12 тотальных эвисцераций, 16 передних и 24 задних эвисцераций. Метастазы в печени локализовались у 7 больных (13,5%). Остальным больным выполнены расширенные операции—экстирпация прямой кишки, экстирпация матки, передняя резекция прямой кишки с аорто-подвздошной лимфодиссекцией (23 случая) и подвздошно-тазовой лимфодиссекцией (32 больных).

**Результаты.** Общее количество послеоперационных осложнений составило 31 случая: ранняя спаечная кишечная непроходимость—4, внутрибрюшные кровотечения—2, пневмонии—5, серомы послеоперационной раны—13, нагноение послеоперационной раны—6, эвентрация—1. У больных с метастазами в печени характер и частота послеоперационных осложнений не отличалась от больных без метастазов.

**Выводы.**

1. Расширенные и комбинированные операции на органах малого таза при местнораспространенных опухолях являются методом выбора.

2. Наличие метастазов в печени не является определяющим существенным фактором и на количество послеоперационных осложнений не влияет.



**Хирургическое лечение «ранних» форм рака прямой кишки****ОНКОПРОКТОЛОГИЯ**

Р.Г. Каланов, С.Р. Хасанов, А.П. Каланова, Р.З. Канбеков, А.Ю. Васильков, Д.С. Губин, Д.Р. Мушарапов, К.Г. Кутушев

*ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», Уфа*

Рак прямой кишки является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. В структуре онкологической заболеваемости опухоли прямой кишки по Республике Башкортостан занимает пятое место (6,5%). Если в 2011 году в Республике заболеваемость составляла 16,3, то в следующем году — уже 17,7.

Несмотря на внедрение новых подходов в лечении, 5-летняя выживаемость стабильно держится на прежнем уровне. Остаются нерешённые вопросы ранней диагностики, правильности выбора тактики и объёма оперативных вмешательств.

Цель исследования — дифференцированный подход в лечении ранних форм рака прямой кишки, оценить ближайшие и отдалённые результаты.

Нами проанализирован материал, включающий результаты обследования и хирургического лечения 28 больных, которым было выполнено трансанальное иссечение опухоли прямой кишки за период с 2008-2012 гг в Республиканской клинической больнице г. Уфы.

Для выполнения таких оперативных вмешательств учитывались размеры опухоли, глубина инвазии стенки, степень дифференцировки опухоли, форма роста. В наших наблюдениях размеры опухолей не превышали 2,5-3 см, степень дифференцировки опухоли — высоко-умереннодифференцированная аденокарцинома, глубина инвазии стенки кишки в пределах T2. В предоперационном периоде проводились общеклинические исследования, ирригоскопия, фиброколоноскопия, УЗИ органов малого таза (трансвагинальное или трансректальное УЗИ), МРТ органов малого таза. У всех больных оперативное лечение проводилось под перидуральной анестезией.

В первые шесть месяцев после операции динамическое наблюдение проводилось ежемесячно, потом каждые 3 месяца. В четырёх случаях (14,3%) был выявлен продолженный рост опухоли и больным проводили традиционные методы лечения.

Таким образом, трансанальное удаление опухолей при «ранних» формах рака прямой кишки являются приемлимыми при строгом соблюдении предложенных критериев отбора с учетом онкологических принципов.

**Обязательна ли протективная колостома при передних резекциях прямой кишки?**

Э.А. Каливо, М.Х. Фридман

*ГБУЗ «Санкт-Петербургский городской клинический онкологический диспансер»,**Санкт-Петербург*

Низкие передние резекции прямой кишки как правило заканчиваются формированием протективной трансверзо(илео-)стомы с целью отключения прямокишечного анастомоза от пассажа кишечного содержимого. В случае несостоятельности анастомоза, хорошо ушитая тазовая брюшина, адекватное дре-

нирование пресакрального пространства и протективная колостома позволяют не прибегать к релапаротомии и разобщению анастомоза. Однако, анализируя соотношение частоты развития несостоятельности прямокишечного анастомоза к количеству сформированных протективных колостом, мы увидели, что в 70% случаев протективная колостома была сформирована напрасно. Это приводит к материальным затратам по обеспечению стомированного пациента средствами ухода, психологической травме, а также к значительным затратам и риску при выполнении восстановительной операции. В связи с этим, у ряда больных мы предлагаем изменить подход к идее протективной колостомии. Если позволяют анатомо-конституциональные особенности пациента (отсутствие ожирения, мобильная поперечно-ободочная кишка), надежно ушита тазовая брюшина, адекватно дренировано пресакральное пространство и полость малого таза, то можно обойтись формированием т.н. превентивного турникета, заведенного под поперечно-ободочную кишку.

Суть метода заключается в следующем. В ср/3 поперечно-ободочная кишка мобилизуется от большого сальника и желудочно-ободочной связки так, как это было бы надо для протективной трансверзостомы. Под кишку заводится тонкий латексный или полихлорвиниловый турникет. Проверяется мобильность кишки путем ее тракции за турникет через лапаротомную рану и кишка возвращается в брюшную полость. Оба конца турникета выводятся между швов лапаротомной раны наружу. Состоятельность анастомоза контролируется по характеру отделяемого по дренажам, температурной реакции, лабораторным показателям. В случае неосложненного послеоперационного периода турникет свободно извлекается на 8-9 сутки. При появлении признаков несостоятельности анастомоза снимаем 5 швов с кожи и апоневроза и вытягиваем петлю поперечно-ободочной кишки за турникет, который меняется на более плотный накожный ретрактор, надежно фиксирующий колостому в ране. Лечение самой несостоятельности занимает около 2 недель. За это время колостома надежно срастается с передней брюшной стенкой, что позволяет убрать накожный ретрактор, рассечь заднюю стенку колостомы и получить полноценную двуствольную колостому, отграничивающую прямокишечный анастомоз от кишечного содержимого. Аналогичным методом за превентивный турникет формируется петлевая илеостома в нижнем углу лапаротомной раны. Технически данный способ является еще более простой задачей вследствие мобильности тонкой кишки.

С использованием превентивного турникета нами оперировано 43 пациента. Все пере-несли низкую переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака. У 7 пациентов возникла несостоятельность прямокишечного анастомоза, диагностированная на 4-6 сутки. Без релапаротомии (в условиях перевязочной!) сформирована отсроченная двуствольная трансверзостомия с использованием превентивного турникета по вышеописанной методике. Все больные поправились, выписаны. 5 пациентов успешно оперированы повторно по поводу восстановления непрерывности толстой кишки.

Выводы. 1. Количество сформированных протективных коло(илео)стом значительно превышает число несостоятельств прямокишечных анастомозов.

2. Формирование отсроченной колостомы с использованием превентивного турникета помогает просто и эффективно лечить пациентов непосредственно по факту возникновения осложнения.

3. Методика «превентивного турникета» позволяет добиться значимого экономического эффекта и улучшения социальной реабилитации онкологических пациентов.



**Роль видеоэндоскопических операций при раке толстой кишки****ОНКОПРОКТОЛОГИЯ***А. М. Карачун, Ю. В. Пелипась, А. С. Петров, Е. А. Петрова  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова МЗ РФ», Санкт-Петербург*

По данным Всемирной организации здравоохранения общемировая заболеваемость колоректальным раком составляет 20,3 случаев на 100.000 населения, а смертность — 9,6 случаев на 100.000 населения. Аналогичные показатели для Российской Федерации составляют 23,8 и 15,2 соответственно, что определяет четвертое место колоректального рака по частоте возникновения и второе место как причина смерти.

Ведущим методом лечения больных колоректальным раком остается хирургический. Последние десятилетия активно пропагандируется выполнение у этой категории больных видеоэндоскопических операций. Однако, если для рака ободочной кишки преимущества лапароскопического подхода были подтверждены рядом крупных рандомизированных исследований (COLOR, COST, Barcelona Study, CLASSIC), то целесообразность выполнения лапароскопических операций при раке прямой кишки подвергается дискуссии.

Проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов лечения пациентов, подвергнувшихся видеоэндоскопическим хирургическим вмешательствам по поводу колоректального рака в 2012 году.

Всего было выполнено 27 лапароскопических и видеоассистированных вмешательств (15 по поводу рака ободочной кишки и 12 по поводу рака прямой кишки), что составило 12,9% от общего числа больных, получавших хирургическое лечение по поводу колоректального рака.

У пациентов, оперированных по поводу рака ободочной кишки, наиболее частой локализацией опухоли являлись правый фланг (n=8) и сигмовидная кишка (n=6), в то время как опухоли левого фланга встречались реже (n=1). При раке прямой кишки с одинаковой частотой выполнялись передние резекции (n=6) и брюшно-промежностные экстирпации (n=6), в том числе и эксталевавторные.

Средняя продолжительность видеоассистированных операций при раке ободочной и прямой кишок составила 168 минут и 205 минут соответственно. Интраоперационная кровопотеря — 76,7 мл при операциях на ободочной кишке и 108,3 мл при операциях на прямой кишке.

Конверсий доступа в исследуемой группе больных не было. Умер один больной после правосторонней гемиколэктомии. Причиной смерти явился перитонит, связанный с развитием в послеоперационном периоде спаечной кишечной непроходимости и формированием межпетельного абсцесса. У 4 больных (14,8%) в послеоперационном периоде возникли осложнения, потребовавшие повторных оперативных вмешательств. Возникло по две спаечной непроходимости и несостоятельности анастомоза.

Таким образом, при отборе пациентов, видеоэндоскопические вмешательства могут являться альтернативой традиционным операциям, при этом отсутствие в нашем исследовании случаев конверсии доступа может свидетельствовать о некотором завышении противопоказаний к выполнению малоинвазивных вмешательств.

Результаты лечения пациентов путем видеоэндоскопических операций свидетельствуют о технической возможности и безопасности данной хирургической методики, что позволяет продолжить ее внедрение в клиническую практику с целью накопления данных и оценки отдаленных результатов.

## Динамика числа лимфоцитов после онкологической абдоминальной операции на фоне периоперационной инфузии аденозинтрифосфата натрия

А.Е. Карелов, Л.В. Горохов, Е.Г. Кремзель  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Растущая опухоль обуславливает развитие синдрома, который имеет явные атрибуты стрессового состояния. Аденозин и его фосфаты обладают способностью модулировать стрессовую реакцию на сильное ноцицептивное раздражение, но не имело положительного влияния на число лимфоцитов после операции в общей популяции хирургических больных (Карелов А.Е., 2004). Целью настоящего исследования является анализ антистрессового действия инфузии аденозинтрифосфата натрия (АТФ-На) у онкологических пациентов на основании динамики числа лимфоцитов в периферической крови после хирургического лечения.

Материалы и методы. В настоящее исследование вошли 19 пациентов, которые перенесли в плановом порядке резекцию различных отделов толстой кишки по поводу злокачественного новообразования. Все больные были распределены в основную (N=13) и контрольную (N=6) группы, которые различались только методом интраоперационной анальгезии. В основной группе общую анестезию проводили на фоне постоянного объемно-дозированного внутривенного введения 1% раствора АТФ-На ( $17—25 \text{ мкг} \cdot \text{кг}^{-1} \cdot \text{мин}^{-1}$ ), а в контрольной обезболивание обеспечивали внутривенным введением фентанила ( $0,03—0,09 \text{ мкг} \cdot \text{кг}^{-1} \cdot \text{мин}^{-1}$ ). Статистически значимых различий в возрасте, длительности операции и сопутствующей патологии выявлено не было.

Клинический анализ крови выполнили на трех этапах: до операции, в конце первых и вторых суток после операции. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Результаты. В основной группе количество лимфоцитов повышалось на вторые сутки после хирургического вмешательства и становилось достоверно больше, чем в контрольной группе, в которой обезболивание осуществляли по традиционной схеме с помощью опиоидного агониста фентанила ( $p < 0,05$ ; U-критерий Mann-Whitney)

Вывод: инфузия аденозинтрифосфата натрия ускоряет постстрессовую адаптацию защитных систем организма у онкологических пациентов, в частности, ускоряет возможность организма к восстановлению пула лимфоцитов после хирургического лечения.

## Неоцистопластика при тотальной эвисцерации таза по поводу колоректального рака

В.Ф. Касаткин, О.И. Кит, А.Ю. Максимов, А.В. Снежко, Ю.А. Фоменко  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Эвисцерация малого таза у больных с местнораспространённым колоректальным раком с прорастанием мочепузырного треугольника позволяет улучшить качество, увеличить продолжительность жизни, а в ряде случаев добиться выздоровления у этой тяжёлой категории пациентов. Тотальные эвисцерации таза в Ростовском научно-ис-



следовательском институте выполняются с 1997 года. Всего выполнено 119 операций, из них по поводу местно-распространённого и рецидивного колоректального рака—89 вмешательств. Первичный местнораспространённый процесс был у 62 больных, 27 пациентов оперированы по поводу локорегионарного рецидива. Мужчин было 59, женщин 30. Средний возраст составил 61,7 года. Во II (T4N0M0) стадии процесса оперированы 7 (8,0%), в III (T4N1-2M0) 71 (79,3%), в IV (T4N0-2M1)—12(13,8%) пациентов. Гистологически у всех больных определялась аденокарцинома. Эвисцерация таза сочеталась с резекцией тонкой кишки в 12 наблюдениях, с резекцией влагалища у 7 пациенток. У 10 больных одновременно с эвисцерацией таза выполнена резекция печени по поводу одиночных метастазов. Гетеротопические мочевые резервуары были сформированы в 73, ортотопические в 16 наблюдениях. На разрушительном этапе операции производим полное удаление мезоректума, широкое иссечение брюшины стенок таза и билатеральную тазовую и парааортальную лимфодиссекцию. На реконструктивном этапе эвисцерации таза важнейшее значение имеет обеспечение оптимальной деривации мочи. Мы считаем, что обязательным является формирование мочевого резервуара. Выбор органа, используемого для его создания должен определяться индивидуально у каждого пациента. Гетеротопическая пластика мочевого пузыря является операцией выбора. Ортотопическая пластика использовали только при реальной возможности сохранения волевого удержания мочи, строго соблюдая принципы онкологического радикализма. Принципиальным моментом считаем обязательное использование специальных технических приёмов, обеспечивающих предотвращение заброса содержимого искусственного мочевого резервуара в проксимальные отделы мочевых путей. Необходимо одновременное использование сразу нескольких антирефлюксных методик, воздействующих на различные составляющие патогенеза ретроградного заброса мочи. В 45 случаях для создания уронеоциста был использован илеоцекальный сегмент, обеспечивающий наиболее оптимальное сочетание антирефлюксных механизмов. При этом дополнительным антирефлюксным фактором служит естественный клапан—баугиниева заслонка. В 22 наблюдениях мочевой пузырь формировали из тонкой кишки, в 15 из сигмовидной кишки, в 6 из желудка, и в 1—из жёлчного пузыря. Осложнения раннего послеоперационного периода отмечены у 63 (72,4%) больных. Наиболее тяжёлыми из них были несостоятельность анастомозов полых органов (14 пациентов) и гнойно-септические процессы в брюшной полости и забрюшинном пространстве (27 больных). Госпитальная летальность составила 7,9% (7 пациентов). Из выписанных больных 1 год после операции прожили 65 (73,0%) больных. Локальные рецидивы заболевания развились у 26 (31,7 %) больных в срок от 8 до 14 месяцев. Три года пережили 18 пациентов, 7 больных живут 5 лет и более. Средняя продолжительность жизни больных при наличии отдалённых метастазов составила 15,2 месяца. Таким образом, при местнораспространённом колоректальном раке эвисцерация таза с формированием мочевого резервуара позволяет улучшить качество и увеличить продолжительность жизни, а в ряде случаев добиться полного выздоровления.

## **Рак толстой кишки на фоне язвенного колита**

В. Н. Кашников, И. Л. Халиф, О. В. Головенко, К. В. Болихов, А. В. Гусев  
*ФГБУ ГНЦ Колопроктологии Минздрава России, Москва*

Цель: изучить особенности развития и течения рака толстой кишки (РТК) у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

Материалы и методы: у 39 (2.2%) из 1743 больных с ЯК, проходивших лечение в ГНЦК в период с 1989 по 2010 гг, был диагностирован РТК. Из них мужчин 19 (48.7%), женщин—20 (51.3%), в возрасте от 21 до 81 года.

Результаты: диагноз ЯК установлен в возрасте: до 10 лет—у 2 (5.1%) пациентов, от 11 до 20 лет—в 9 (23.1%) наблюдениях, 21-30 лет у 15 (38.5%), 31-40 лет у 4 (10.3%), 41-50 лет у 5 (12.8%), старше 51 года—у 4 (10.2%) больных. По распространённости поражения толстой кишки ЯК: тотальное поражение—у 31 (79.4%) больного, левостороннее в 4 (10.3%) наблюдениях, проктит у 4 (10.3%) пациентов. По характеру течения: хроническое непрерывное течение ЯК—у 8 (20.6%) больных, хроническое рецидивирующее в 31 (79.4%) наблюдениях. Длительность анамнеза ЯК на момент установления диагноза РТК составила: до 5 лет—3 (7.6%) пациента, 6-10 лет—7 (18.0%) больных, 11-15 лет—10 (25.6%), 16-20 лет—6 (15.4%), 21-25 лет—4 (10.3%), 26-30 лет—7 (18.0%), 31-35 лет—в 2 (5.1%) наблюдениях. При анализе выявлено, что РТК чаще развивался у больных, длительность анамнеза которых составляет более 10 лет, с достижением максимума в период от 11 до 15 лет—10 пациентов (25.6%) и от 26 до 30 лет—7 пациентов (18.0%) пациентов. В прямой кишке опухоль располагалась в 18 (46.2%) случаях, в различных отделах ободочной кишки—13 (33.3%) наблюдение, а сочетанное расположение опухоли у 8 (20.5%) пациентов. Степень выраженности дисплазии слизистой оболочки толстой кишки составляла: в 16 (41.0%) наблюдениях—значительная дисплазия, в 17 (43.6%) случаях—умеренная дисплазия эпителия кишки и у 6 (15.4%) пациентов признаков дисплазии эпителия в непоражённых опухолевым процессом отделах толстой кишки не выявлено. У 6 (15.3%) больных структура опухоли носила характер хорошо дифференцированной аденокарциномы, в 21 (53.9%) наблюдениях—умеренно дифференцированной, у 5 (12.8%) больных имелась малодифференцированная аденокарцинома, у 7 (18.0%) пациентов—слизистая аденокарцинома. По классификации TNM опухоль в стадии T4—у 26 (66.7%) пациентов, T3—у 12 (30.8%), T2—1 (2.5%), T1—0; N+—7 (18.0%), N0—32 (82.0%). В 7 (18.0%) препаратах обнаружены метастазы в лимфатических узлах. Выживаемость в течение 1 года после операции составила 92.3% (36 пациентов), в течении 5 лет—74,4% (29 больных).

Выводы. Таким образом, у больных с РТК на фоне ЯК чаще отмечается тотальное поражение толстой кишки, хроническое рецидивирующее течение. При этом средняя продолжительность ремиссии в среднем составляла 2.06 лет, максимально 15 лет. Риск развития РТК значительно увеличивается у пациентов с длительностью анамнеза ЯК более 6 лет, а наибольшую частоту мы выявили у больных с длительностью анамнеза от 11 до 15 лет и от 26 до 30 лет. При этом в большинстве случаев, у 21 пациент (53.8%), опухоль представлена умеренно-дифференцированной аденокарциномой в стадии T4.

## К вопросу о перспективах повышения эффективности комплексного лечения рака прямой кишки и анального канала

Е. В. Кижаяев, Е. П. Симакина, С. М. Банов, Н. Ф. Карякина, Е. Л. Разумова,  
Е. М. Жмаева, Е. А. Уколова  
ГБОУ ДПО Российская Медицинская Академия последипломного образования, Москва

Общеизвестные показатели заболеваемости и смертности, темпов прироста рака прямой кишки (РПК) и рака анального канала (РАНК), преобладание в России мест-



нораспространенных и генерализованных форм заболевания, высокая частота (26-37%) рецидивов после хирургического вмешательства, низкая пятилетняя (38-52%) выживаемость выделяют эту патологию в одну из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Несмотря на имеющиеся подтверждения эффективности комбинированных и комплексных методов лечения РПК, их применение в 2010 г не превышало 39%. Анализ многолетнего клинического опыта показал, что в поиске дальнейших терапевтических перспектив ведущий акцент должен быть направлен на совершенствование и расширение возможностей неoadъювантного предоперационного воздействия. Предпринятое нами совместно с сотрудниками ГНЦ Колопроктологии рандомизированное исследование показало, что предоперационная дистанционная лучевая терапия при мультифракционировании дозы на фоне радиомодифицирующего эффекта 5-фторурацила в редуцированных дозах способствовала в 82% случаев достижению значительной резорбции железистого РПК, при этом в 66% случаев выявлена III и IV степень лучевого патоморфоза, в 16% случаев полная морфологическая регрессия, благодаря чему в большинстве случаев представилась возможность выполнения сфинктеросохраняющих операций, а 5-летняя выживаемость составила 69% по сравнению с 39% в контроле. Данная методика позволила также повысить результаты у 85 больных плоскоклеточным РАнК при сохранении анатомической и функциональной полноценности органа. В случаях T1 и T2 достигнута 100% 5-летняя выживаемость, при T3-T4 она составила 73%. На втором этапе исследования с учетом иммуногистохимических и генетических характеристик опухоли, применялись 2-3 цикла неoadъювантной полихимиотерапии по схеме «XELOX» с последующей предоперационной дистанционной лучевой терапией на фоне редуцированных доз фторпиримидинов. В 3 случаях при выявлении в клетках дикого немутированного гена K-ras использовался также препарат Эрбитукс. В результате у всех больных отмечена значительная регрессия опухоли и высокая степень лучевого патоморфоза. Побочные местные и общие реакции были выражены в минимальной степени.

Таким образом, реализация принципов полирадиомодификации как с позиции лучевого так и лекарственного компонентов значительно расширяет терапевтические возможности лечения больных с местнораспространенными формами РПК и РАнК, но и диктует необходимость дальнейшего совершенствования методик комплексного лечения.

## **Органосохраняющее лечение больных плоскоклеточным раком анального канала**

Д. Ф. Ким, Ю. А. Барсуков, А. В. Николаев, С. И. Ткачев, В. В. Глебовская  
*ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина», Москва*

Цель: улучшить результаты лечения плоскоклеточного рака анального канала путем создания нового варианта комплексного лечения.

Злокачественные опухоли анального канала являются редким заболеванием. Они составляют 1—6% от всех злокачественных опухолей прямой кишки. Плоскоклеточный рак анального канала составляет 85—90% опухолей данной локализации.

В отделении проктологии ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина с 1984 г. разрабатываются различные варианты лечения плоскоклеточного рака анального канала основанные на сочетанном применении радиомодифицирующих компонентов — терморрадиотерапия, терморрадиохимиотерапия, и с 1990 г. терморрадиохимиотерапия с добавлением радиомодификатора метронидазола.

С 1990 г. по 2012 г. было пролечено 157 пациентов, с плоскоклеточным раком анального канала без отдаленных метастазов. Значительно преобладали женщины с общим соотношением 5:1 — 131 женщин (83,44%), мужчин 26 (16,6%). Средний возраст пациентов был 55,9 лет. Пациенты были разделены на три группы — группа терморрадиотерапии (ТРТ  $n=22$  (14,0%)), группа терморрадиохимиотерапии (ТРХТ  $n=88$  (56,1%)), группа терморрадиохимиотерапии с метронидазолом (ТРХТ+М  $n=47$  (29,9%)). Наибольшее количество пациентов в нашем исследовании было со II стадией по классификации TNM — 89 (56,7%), с I стадией — 24 (15,3%), с IIIA стадией 12 (7,6%), с IIIB стадией 32 (20,4%). Все пациенты получали лечение в два этапа. Лучевому воздействию подвергалась область малого таза, включая первичную опухоль и зону регионарного метастазирования. Разовая очаговая доза (РОД) 2Гр (в дни введения метронидазола РОД 4Гр) ежедневно, 5 раз в неделю, 20—22 сеансов до СОД 44—46Гр. Локальную электромагнитную гипертермию проводили после СОД 14—16Гр 2 раза в неделю. Температуру в опухоли поддерживали на уровне 42,5°—43°C. Всего проводили 4—5 сеансов. Химиотерапевтическое лечение в группе ТРХТ и ТРХТ+М проводилось цисплатином (20 мг/м<sup>2</sup>/сутки). Суммарная доза цисплатина составляла 240—320 мг на весь курс лечения и блеомицином 15 мг внутримышечно. Суммарная доза блеомицина составляла 120 мг. В группе ТРХТ+М полимерную композицию в виде гидрогеля содержащую метронидазол (10 мг/м<sup>2</sup>) вводили ректально дважды за 5 часов до выполнения локальной электромагнитной гипертермии, два раза за курс. На втором этапе через 1,5—3 недели проводили локальное облучение первичной опухоли до СОД 20—24Гр или в случае продолженного роста опухоли (регрессия менее 75%) выполняли брюшно-промежностную экстирпацию.

Лечение во всех группах было удовлетворительно переносимым. Редукция лечения из-за токсичности была произведена в группе ТРТ у 2 (9,1%), в группе ТРХТ у 14 (15,9%), в группе ТРХТ+М у 7 (14,9%). У 126 (80,25%) пациентов лечение ограничилось сфинктеросохраняющей химиолучевой терапией. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки после комбинированной химиолучевой терапии выполнена у 31 (19,75%) пациента. В группе ТРТ из 22 пациентов — 11 (50%), удалось провести сфинктеросохраняющее лечение, в ТРХТ группе из 88 пациентов — 71 (80,68%) и в ТРХТ+М соответственно из 47 пациентов — 44 (93,62%). В группе ТРХТ+М больных удалось провести сфинктеросохраняющее лечение у большего количества пациентов чем в двух других группах. Разница статистически достоверна ( $p=0,0012$ ). Таким образом созданный новый вариант химиолучевого лечения с применением радиомодификатора метронидазола, позволяет увеличить количество пациентов пролеченных консервативно и не увеличивает токсичность химиолучевой терапии.

## Изучение частоты соматических мутаций в гене KRAS при колоректальном раке в Западно-Сибирском регионе России

Е. Ю. Кирс<sup>1</sup>, Н. А. Оськина<sup>1</sup>, А. Ф. Лазарев<sup>2</sup>, В. Д. Петрова<sup>2</sup>, В. С. Дорошенко<sup>2</sup>, С. А. Фурсов<sup>3</sup>, М. Л. Филипенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск

<sup>2</sup> Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Барнаул

<sup>3</sup> ГБУЗ НСО Новосибирский областной онкологический диспансер, Новосибирск

В России по сравнению с Европой значительно реже диагностируется колоректальный рак (23,8 против 33,1 на 100 тыс. населения в Западной Европе). Однако уровень



смертности при данной патологии в России на 27,7% выше, чем в странах Западной Европы (15,2 и 11,9 на 100 тыс. населения соответственно). Данная статистика может указывать на проблемы своевременной диагностики и качества лечения колоректального рака в нашей стране. В настоящее время пациенты с колоректальным раком сразу после постановки диагноза могут пройти тест для определения статуса гена KRAS в опухолевой ткани. Это позволяет врачам в самом начале выбрать оптимальное лечение и улучшить отдаленные результаты. KRAS - протоонкоген, представитель семейства белков Ras. Белок KRAS представляет собой ГТФазу и является компонентом многих путей передачи сигнала. KRAS участвует в передаче сигнала от EGFR и стоит в начале цепочки сигнального пути RAS-RAF- MAPK. Ген, кодирующий белок KRAS, активируется на ранних стадиях канцерогенеза. Мутация в 12–13 кодонах гена транслируется в постоянную активацию белка KRAS, что вызывает рост и выживание клеток опухоли независимо от наличия, или отсутствия сигналов от EGFR. В условиях автономной активации гена KRAS блокада EGFR теряет смысл, а лечение препаратами, блокирующими EGFR, становится неэффективным. Наиболее часто (90%) мутация в гене KRAS встречается в кодонах 12 и 13. У пациентов с “диким” типом гена KRAS при использовании анти-EGFR терапии в первой линии лечения может наблюдаться частота ответа более 60% и снижение риска прогрессирования на 40%. Целью работы- разработать экономически выгодный метод детекции клинически значимых мутаций в гене KRAS для назначения таргетной терапии у российских пациентов и изучить частоту наиболее распространенных мутаций в гене KRAS у пациентов с колоректальным раком, проживающих в Западно-Сибирском регионе РФ. Для решения поставленной задачи была создана коллекция ДНК, выделенная из 57 образцов опухолевой ткани (гистологические блоки, залитые в парафин). Ткань была получена при выполнении радикальных, либо паллиативных оперативных вмешательств различного объема у пациентов с КРР. Средний возраст у мужчин 50 лет (n=37), у женщин 57 лет (n=20). Определение мутаций проводили при помощи аллель-специфичной ПЦР в режиме реального времени. Наиболее часто встречаются замены в 12 кодоне Gly12Asp (22,8% всех KRAS мутаций) и Gly12Val (10,5%) всех KRAS мутаций. Описано, что замена Gly12Val усиливает сродство KRAS белка к ГТФ и характеризует наиболее агрессивный фенотип опухоли в культурах клеток. Мутация в 13 кодоне выявлены в 3,5% всех КРР с мутациями. Замена Gly13Asp встречается у российских больных КРР значительно реже, чем у европейских больных—18,5%. Известно, что опухоли с заменой Gly13Asp сохраняют чувствительность к лечению МКА к EGFR. Данные молекулярно-генетического анализа подтверждают целесообразность проведения генетического анализа для назначения терапии МКА при колоректальном раке.

### **Взаимодействие трипсиновых протеиназ и кининовой системы в перифокальной ткани полипов и злокачественных опухолей нижних отделов толстого кишечника**

Л.С. Козлова, Е.М. Франциянц, А.Л. Терпугов  
ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ, Ростов-на-Дону, Россия;  
МЛПУЗ «Городская больница № 6 МЗ РФ» Ростов-на-Дону

Не вызывает сомнений, что образование полипов происходит в связи с нарушением пластических процессов в стенке кишечника. При озлокачествлении

---

полипов наблюдаются изменения в протеолитических и регуляторных системах организма.

Цель исследования. Сравнение активности трипсиноподобных протеиназ (АТП) и калликреин-кининовой системы (ККС) в перифокальной ткани полипов (ПТП) и злокачественных опухолей (ПЗО) сигмы и прямой кишки.

Материалы и методы. Изучена ПТП и ПЗО от 29 больных, с полипами сигмы или прямой кишки и 28 (ТЗN0-1M0-2) — со злокачественной опухолью (ЗО) той же локализации. Определение АТП и ККС велось кинетическими методами, измерения скорости реакции проводили спектрофотометрически.

Результаты. Установлено, что баланс АТП и калликреина (АТП/К) практически одинаков в ПТП и условно здоровой ткани (УЗТ) из линии его резекции (ЛР). Прекалликреин/К (ПК/К) и К/карбоксипептидазаN (К/КПН) соответственно были ниже на 18,2 и 70,1%, чем в УЗТ полипа. Доля активного К в АТП в ПТП практически совпадала с данными УЗТ, но была в 2,1 раза выше, чем в перифокальной ткани опухоли. В ПЗО баланс АТП/К был повышен на 59,5%, относительно её ЛР. Доля активного К в АТП ПЗО была на 61,5% ниже, чем в её ЛР. Баланс ПК/К в ПЗО ниже, чем в её ЛР на 97,1%. Баланс К/КПН в ПЗО, сравнительно с ЛР, увеличивался в 4,8 раза за счёт достоверного роста активности калликреина и резкого снижения активности КПН. Сравнение результатов показало, что АТП в ПТП в 7,1 раза ниже, чем в такой же ткани опухоли. Баланс ПК/К перифокальной ткани полипов выше на 60,6%, а К/КПН — ниже в 5,4 раза, чем в соответствующей ткани злокачественной опухоли. В молекуле кининогенов имеются участки, представляющие собой неактивный фактор некроза опухоли, активирующийся после освобождения кининов. Молекулы всех тканевых К содержат факторы роста, поэтому их участие в регуляции пролиферации клеток и развитии опухолевого процесса несомненно.

Заключение. Нарушение своевременного синтеза ПК и КПН в ткани перифокальной зоны опухоли свидетельствует о патологической активации ККС, её истощении и нерегулируемой продукции свободных кининов. Трипсиноподобные протеиназы, умеренно активированные в перифокальной зоне полипов, могут выполнять функции санации и защиты, создавая «барьерную» зону, препятствующую свободному проникновению метаболитов из головки полипа в окружающие ткани. Налицо физиологический тип активации ККС с увеличением содержания ПК и ростом активности КПН в исследованных участках полипов. С другой стороны, это не исключает риска искажения процессов пролиферации и дифференцировки под влиянием генотоксических факторов, экспрессии онкогенов, освобождающихся фактора некроза опухоли и цитокинов при активации ККС, даже физиологической, что стимулирует экспрессию VEGF и ангиогенез. Возможно, решающим моментом окажется равновесие в ПТП взаимодействия трипсиноподобных протеиназ и компонентов ККС со смежными системами регуляции гомеостаза. Допустимо предположение о том, что нарушение физиологического баланса в активности ККС и АТП перифокальной ткани полипов может повлечь за собой их озлокачествление.



## Трипсиновые протеиназы и кининовая система в злокачественных опухолях и полипах нижних отделов толстой кишки

Л. С. Козлова, Е. М. Франциянц, А. Л. Терпугов  
ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ, Ростов-на-Дону;  
МЛПУЗ «Городская больница № 6 МЗ РФ», Ростов-на-Дону

Почти все виды рака прямой и толстой кишки развиваются из полипов. Считается, что основным патогенетическим фактором появления полипов в кишечнике является хроническое воспаление слизистой оболочки.

Цель исследования. Изучение баланса активности трипсиноподобных протеиназ (АТП) и компонентов калликреин-кининовой системы (ККС) в ткани злокачественных опухолей и полипов сигмовидной и прямой кишки.

Материалы и методы. Изучена ткань злокачественных опухолей (ЗО) и полипов 28 больных, имеющих злокачественную опухоль сигмы или прямой кишки (Т3N0-1M0-2) и 29—полипы той же локализации. Определение АТП и ККС велось кинетическими методами, измерения скорости реакции проводили спектрофотометрически.

Результаты. Установлено, что баланс «АТП/каликреин» (АТП/К) и «К/карбокси-пептидаза N» (К/КПН) опухоли был выше, чем в её линии резекции в 1,55 и в 4,7 раза, соответственно, а «прекаликреин/К» (ПК/К)—снижен в 2 раза. В полипах АТП/К, К/КПН и ПК/К были ниже на 21,7% ( $p < 0,01$ ), 79,2% и на 30%, чем в их линии резекции. В ткани ЗО АТП/К и К/КПН выше, чем в головке полипов в 2,5 раза и в 5,3 раза, а ПК/К ниже на 46%. При одинаковой активности К в тканях опухоли и полипов содержание ПК в последних было в 1,8 раза выше. Баланс АТП/К в линии резекции ЗО выше на 32,1%, К/КПН—ниже на 60,8%, а ПК/К—не отличался от таковой полипа. Однако в линии резекции полипов содержание ПК и активность К были на 33,1 и 49% выше, чем в линии резекции злокачественной опухоли, АТП практически не отличалась, а активность КПН была на 20% ниже ( $p < 0,05$ ). Различия на уровне т.н. «условно здоровой ткани», из линии резекции опухоли доказывают, что равновесие «АТП/К» сдвинуто влево, что, при истощении ККС в этой ткани, нарушает её физиологический метаболизм. Нарушения баланса в системе образования и распада кининов, могут вызвать изменения в образовании цитокинов, которые, модулируя соотношение внутриклеточных и мембранных белков, определяют восприимчивость клеток стенки толстой кишки к апоптозу и могут приводить к нарушению процессов клеточной пролиферации и дифференцировки. Наблюдаемые в ЗО повышение АТП и угнетение ККС свидетельствуют об ухудшающейся патологической ситуации. Активированные протеиназы принимают участие в разрыхлении межклеточного матрикса, деградации мембран, тем способствуя миграции клеток и прогрессированию ЗО. Свободный брадикинин освобождает гистамин из тучных клеток, стимулирует синтез и освобождение простагландинов, участвует в освобождении ряда интерлейкинов, способствует процессам репарации, обладает инсулиноподобным действием и т.д. Главным различием статуса трипсиновых протеиназ и ККС в образцах злокачественной опухоли и полипов является степень активации и эффективность взаимодействия изученных компонентов.

Выводы.

1. Протеолитическая агрессия и истощение ККС в линии резекции злокачественной опухоли указывают на то, что нельзя считать здоровой, даже условно, ткань окружающую опухоль, по крайней мере, в пределах поражённого органа.

---

2. Трипсиноподобные протеиназы и ККС полипов, а также окружающей их условно здоровой ткани сохраняют физиологический баланс, выполняя соответственно функции санации и адаптации, защищая окружающие ткани.

## **Паранеопластические нарушения гормонального гомеостаза у больных с одиночным и с первично множественным раком толстой кишки**

М.Б. Козлова, Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, Е.А. Никипелова, М.А. Аверкин, А.М. Салатова  
*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ, Ростов-на-Дону*

Колоректальный рак (КР) является одной из наиболее распространенных злокачественных патологий, характеризующейся неуклонным ростом заболеваемости и значительной частотой развития метастазов, рецидивов и первично-множественных процессов. В связи с этим остаются актуальными и активно изучаются различные аспекты как возникновения, так и течения заболевания. В работах ряда авторов обсуждается возможная роль половых гормонов в развитии КР, при этом имеющаяся информация о состоянии у больных сопутствующего злокачественному процессу системного гормонального фона, которая помогла бы расширить представление о связи толстокишечных неоплазий и гормонального статуса пациентов, крайне ограничена.

Цель работы — исследование у пациентов с одиночным (ОКР) и первично-множественным (ПМКР) процессами с вариантами метакронного (МКР) и синхронного (СКР) опухолевого роста системного статуса тиреоидных, глюкокортикоидного, половых и гонадотропных гормонов.

Материал и методы. В крови 66 больных обоего пола (средний возраст 64,8 лет) со II и III стадиями заболевания радиоиммунным методом с использованием стандартных тест-наборов Иммунотех (Чехия) определяли содержание общих и свободных форм Т3 и Т4, ТТГ, кортизола, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, пролактина, ФСГ и ЛГ.

Результаты. В тиреоидной панели у всех больных, особенно с ОКР, был достоверно снижен уровень общих фракций Т4 ( в 2,3 раза, в 1,7 и в 1,4 раза соответственно при ОКР, МКР и СКР) и Т3 ( в 1,9 раза, в 1,7 и в 1,8 раза) и свободной формы Т4 ( в среднем в 1,4 раза при сравниваемых вариантах опухолевого роста) при сохранении в большинстве случаев нормальной концентрации свободного Т3 на фоне двукратного снижения секреции ТТГ при ОКР или отсутствия ее достоверных изменений у пациентов с ПМКР. У всех больных с ОКР и у большинства с ПМКР выявлена гиперкортизолемиа с повышением уровня циркулирующего гормона в 2,2 раза, в 2,7 и в 2,1 раза.

В спектре половых гормонов у всех обследованных обоего пола обнаружено снижение уровня прогестерона с сохранением нормальной концентрации эстрадиола при ОКР и отсутствием ее изменений или повышением у женщин и повышением у мужчин с ПМКР, что сопровождалось выраженным отклонением от нормы индекса эстрадиол/прогестерон и отражало наличие у всех пациентов независимо от варианта процесса абсолютной или относительной гиперэстрогении. Наиболее резко



выраженные сбои выявлены у пациентов обоего пола в содержании тестостерона, ФСГ и ЛГ, степень и направленность которых имела как гендерные различия, так и обусловленные вариантом опухолевого роста.

Выводы. Развитие ОКР, МКР и СКР сопряжено с формированием у больных патологической структуры системного гормонального гомеостаза, обусловленной сбоями в содержании как половых гормонов, определившими во всех случаях состояние относительной или абсолютной гиперэстрогении, так и основных гормонов-регуляторов метаболизма, что может быть одним из значимых факторов, влияющих на течение процесса и эффективность лечебных мероприятий у данной категории пациентов.

### **Тканевой статус половых гормонов у больных колоректальным раком**

М.Б. Козлова, Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, Е.А. Никипелова, М.А. Аверкин  
*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
Ростов-на-Дону*

Несмотря на постоянное внимание исследователей к проблемам рака толстой кишки (РТК) многие вопросы, касающиеся этиопатогенеза заболевания, до настоящего времени не имеют однозначного решения. Это относится, в частности, и к продолжающемуся изучению возможной роли половых гормонов в развитии кишечных неоплазий. В данном аспекте остается практически не изученным вопрос о локальном статусе половых гормонов как в опухолевых, так и в неповрежденных тканях толстой кишки у больных с данной патологией.

Цель работы—исследование содержания половых гормонов в опухолевых и в окружающих тканях у больных при одиночном (ОРТК) и первично-множественном РТК с метакронным (МРТК) и синхронным (СРТК) вариантами опухолевого роста.

Материал и методы. В 198 образцах тканей рака, перитуморальной зоны и неповрежденных (условно здоровых) участков кишки (линия резекции), выделенных из операционного материала при хирургическом вмешательстве у 66 пациентов обоего пола со II—III стадиями процесса, радиоиммунным методом с использованием стандартных тест-наборов фирмы Иммунотех (Чехия) определяли содержание эстрадиола, прогестерона, тестостерона и пролактина.

Результаты. Установлено, что все исследованные ткани в наибольшем количестве содержали пролактин, в концентрациях на порядок ниже в них присутствовали прогестерон и тестостерон, в наименьших—эстрадиол, при этом для большинства тканей была характерна значительная вариабельность уровней гормонов.

Оценка содержания половых гормонов в опухолях при разных вариантах РТК показала, что патологическая ткань при ОРТК в сравнении с СРТК и, особенно, с МРТК в большинстве образцов отличалась значительно более высокой эстрогенизацией с превышением уровня эстрадиола в ней в среднем в 4,1 и в 66,8 раза соответственно и менее высоким, чем в СРТК, уровнем пролактина (в 1,2 раза). В отличие от этого, концентрация прогестерона и тестостерона в сравниваемых опухолях не имела достоверных различий.

Определение гормонального статуса тканей перитуморальной зоны на фоне разных вариантов злокачественного процесса выявило при ОРТК полную однотипность

---

прилегающей ткани и опухоли по степени насыщенности всеми исследованными гормонами, в то время как при развитии первично-множественного процесса перитуморальная ткань при МРТК резко отличилась от опухолевой по концентрации прогестерона, а при СРТК она в значительном числе случаев содержала в сравнении с опухолью меньше эстрадиола (в 1,5 раза).

Условно здоровые ткани толстой кишки существенно различались по содержанию гормонов в зависимости от варианта опухолевого роста—при ОРТК в сравнении с первично-множественным процессом в большинстве образцов обнаружены более высокие уровни эстрадиола, прогестерона и тестостерона, при этом здоровая ткань как при ОРТК, так и при СРТК в большинстве случаев не отличалась по уровню гормонов и от опухоли, и от перитуморальной ткани, но при МРТК содержала меньше прогестерона, чем перитуморальная зона (в 4,2 раза).

Выводы. При одиночном и первично-множественном РТК для опухолей и окружающих тканей характерны значительные различия в содержании половых гормонов, что может быть одним из значимых факторов в особенностях развития данных вариантов патологии.

## **Возможности диагностики опухолей тонкой кишки, осложненных тонкокишечной непроходимостью**

А.Я. Коровин, А.В. Андреев, Н.Н. Кизименко, И.В. Бочкарёва  
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар*

Особенностью течения опухолей тонкой кишки является часто встречаемая ремиттирующая форма кишечной непроходимости (ОКН). Диагностические преимущества УЗИ в настоящее время не могут быть реализованы из-за отсутствия точной ультразвуковой семиотики ОКН и надежных критериев, определяющих место УЗИ в системе комплексной диагностики данной патологии.

Материал и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 36 пациентов с опухолями тонкой кишки, вызвавшими различные формы непроходимости. Из них у 15 пациентов (41,7%) имелись доброкачественные опухоли, а у 21 пациента (48,3%)—злокачественные. Всем больным выполнялось УЗИ в режиме серой шкалы с использованием дуплексного сканирования и цветного доплеровского картирования. Обсуждение и результаты. Обязательным этапом исследования больных с подозрением на ОКН, особенно в условиях выраженного метеоризма, было исследование из позиции латерального доступа живота (продолжение подмышечной линии) по направлению к центральным отделам брюшной полости. При первичном УЗИ чаще всего наблюдалось неоднородное жидкое содержимое в петлях тонкой кишки за счет внутриполостного депонирования жидкости, и присутствовал симптом “пораженного полого органа”—у 32 больных. Нарушение перистальтики в виде активной антиперистальтики было отмечено у 30 больных, а сегментарное расширение приводящих отделов кишечника—у 29 больных. По мере прогрессирования ОКН, характер содержимого кишки становился более однородным, наблюдалось снижение экзогенности содержимого вплоть до анэхогенности. Этот период обычно сочетался со снижением интенсивности сократительных движений кишечной стенки за счет антиперистальтической паузы. Близость к месту обтурации определялась выраженностью утолщения стенок и складок кишки. Чем дистальнее располагалась



обтурация, тем в большем количестве анатомических областей визуализировались признаки патологического процесса в петлях кишки. По выраженности секвестрации внутрипросветной жидкости чётко дифференцировался уровень ОКН (высокий, средний, низкий). На фоне газа, жидкости (или на границе двух сред) в области обтурации, лоцировались ЭХО+ и ЭХО- образования, а в 3 случаях инвагинаты, имеющие в своём составе опухолевидные образования. Изменение гемодинамических показателей внутривенного кровотока тонкой кишки позволяло заподозрить наличие некротизированных участков кишечной стенки. Всего у 27 больных была выполнена резекция тонкой кишки с формированием одностороннего анастомоза «конец в конец»; еюнотрансверзоанастомоз при неудаляемых злокачественных опухолях подвздошной кишки был выполнен у 2 больных; правая гемиколэктомия при дистальных опухолях—у 7 пациентов. Патоморфологически (злокачественные Neo) часто встречающимся гистотипом была аденокарцинома—у 14 больных, в 7 случаях другие иммуногистохимические формы GIST.

Заключение. Полипозиционное УЗИ с анализом доплеровского спектра позволяет определить уровень и подтвердить обтурационный характер ОКН, а также состояние кишечной стенки приводящих отделов кишки и на уровне обтурации. Динамическое УЗИ позволяет определиться с показаниями и сроками оперативных вмешательств при опухолевой тонкокишечной непроходимости.

## **Выбор объема оперативного вмешательства при опухолевой толстокишечной непроходимости**

А.Я. Коровин, И.В. Бочкарёва, А.Н. Манжос, Д.В. Туркин, Л.Л. Беспалов  
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар*

Хирургическое лечение опухолевых заболеваний толстой кишки неразрывно связано с понятием обтурационной непроходимости. В 60-80% случаев опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН) является первым клиническим проявлением онкозаболевания. В подавляющем большинстве случаев лечение ОТКН является уделом стационаров оказывающих экстренную хирургическую помощь. Цель. Обосновать выбор объема операции в зависимости от степени выраженности ОТКН, оценить результаты оперативного лечения и реабилитации пациентов. Материал и методы. Ретроспектива лечения ОТКН оценена у 439 больных. В основу оценки положены следующие критерии: обоснованность хирургической тактики, выбор метода операции, онкологический радикализм, качество жизни и реабилитация оперированных пациентов. Опухоли правой половины толстой кишки отмечены у 22,1% пациентов, поступивших с ОТКН, левой половины в 77,9% случаев. Результаты и обсуждение. Выполнение одномоментных радикальных операций считали возможным при компенсированной и субкомпенсированной ОТКН и локализации патологического процесса в правой половине толстой кишки. При ОТКН левой половины толстой кишки, одномоментные радикальные операции выполнялись в компенсированной стадии и субкомпенсированной ОТКН в отсроченном порядке. В этих условиях генерализация опухолевого процесса не являлась противопоказанием к паллиативным резекциям с наложением анастомоза. При неабортивном течении субкомпенсированной ОТКН и декомпенсированной стадии ОТКН выполнялись радикальные двух- и трёхмоментные операции, а также условно-радикальные (в

т.ч. циторедуктивные) и паллиативные оперативные вмешательства. Одномоментные радикальные и условно-радикальные операции выполнены у 35,8% пациентов и представлены правой и левой гемиколэктомией, резекцией поперечно-ободочной и сигмовидной кишки и субтотальной колэктомией при первично-множественном раке. Двухмоментные радикальные вмешательства составили 11,8%, а трёхмоментные операции выполнены в 4,1% случаев. При одномоментных радикальных операциях и реконструктивно-пластических этапах многоэтапных операций предпочтение отдавали однорядному кишечному шву с применением современных шовных материалов и сшивающих аппаратов при формировании анастомозов. Паллиативные декомпрессионные, паллиативные и условно-радикальные операции с колостомой выполнены в 48,3% случаев. Петлевые колостомы накладывались больным только в первом, в последних двух случаях формировались концевые колостомы, причём методом выбора считали плоскую колостому. Общая летальность после радикальных операций составила 1,3%. При третьей стадии ОТКН непосредственные результаты операций ухудшались. Летальность после паллиативных операций составила 12,9%, а после условно-радикальных операций с колостомой — 5,3%. Изучение отдалённых результатов проведено у 205 (47%) пациентов. Пятилетняя выживаемость — 35%. Заключение. Наблюдения позволяют надеяться на прогресс в лечении ОТКН и констатировать необходимость дальнейшего совершенствования тактических принципов выбора оперативных вмешательств, накопления опыта первично-отсроченных и отсроченных анастомозов и реабилитации колостомированных больных

## Продленная эпидуральная аналгезия в ургентной онкохирургии

А.Я. Коровин, Г.В. Соколенко, Г.А. Бебуришвили  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Краснодар

Целью исследования явилась сравнительная оценка адекватности послеоперационного обезболивания трамадолом в сочетании с НПВС и современными технологиями продленной эпидуральной аналгезии у онкологических больных.

В исследование включено 105 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу новообразований толстого кишечника. Пациенты разделены на две группы, сравнимые по возрасту и степени операционно-анестезиологического риска. Первую группу составили 75 больных, которым в послеоперационном периоде в течение 3-4 суток обезболивание осуществлялось внутримышечным введением трамадола в сочетании с кетоналом. Во второй группе (30 человек) послеоперационную аналгезию проводили непрерывной эпидуральной инфузией 0,2% раствора наропина. Эффективность обезболивания оценивалась больными по вербальной шкале. Учитывалась физическая и когнитивная активность пациентов, сроки восстановления перистальтики, характер и частота послеоперационных осложнений.

Анализ результатов опроса больных первой группы показал, что после операции умеренные болезненные ощущения испытывали две трети пациентов, а интенсивную боль, несмотря на регулярное введение трамадола и кетонала, отметил каждый десятый больной. Пациенты были недостаточно активными, у большинства при выполнении тестовых заданий выявлялось нарушение памяти, концентрации



и внимания. У трети больных отмечались немотивированные действия: удаление желудочных зондов и дренажей, венозных и мочевых катетеров, они непрерывно обращались к персоналу с несущественными просьбами, провоцировали конфликтные ситуации и т.п.

Во второй группе эпидуральная аналгезия позволила полностью исключить послеоперационную боль у половины больных, у остальных больных боль слабой интенсивности появлялась только при активных движениях пациентов и при грубой пальпации операционной раны. Поведение пациентов было более адекватным и активным, некоторая когнитивная дисфункция наблюдалась только у одного человека.

У подавляющего большинства больных второй группы уже через 24-48 часов восстанавливался пассаж кишечного содержимого, в то время как при обезболивании наркотическими анальгетиками, не смотря на медикаментозную стимуляцию, это происходило только на 3-4 сутки после операции.

Адекватное обезбоживание, раннее устранение пареза кишечника позволяло больным более активно вести себя в послеоперационном периоде, предотвращало застойные явления в легких, желчных путях и поджелудочной железе, что положительно отразилось на течении послеоперационного периода и практически в два раза сократило количество послеоперационных осложнений.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что технология непрерывной эпидуральной аналгезии 0,2% раствором наропина является эффективным методом обезбоживания после операций на органах брюшной полости у онкологических больных, дают возможность в ранние сроки ликвидировать парез кишечника и активизировать больных, существенно не нарушая когнитивные способности пациентов.

Назначение трамала 4-5 раз в сутки в сочетании с НПВС не обеспечивает достаточно адекватной послеоперационной аналгезии, нарушает функцию ЖКТ и снижает когнитивную продуктивность больных, приводя к познавательным и аффективным расстройствам.

## **Результаты стандартизированного лечения рака прямой кишки в Республике Беларусь**

**В. Т. Кохнюк**

*ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск*

В Республике Беларусь в течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки (РПК), которая с 1976 по 2010 гг. увеличилась в 2,6 раза, с 7,7 до 19,9 на 100 000 населения.

Цель: изучить эффективность стандартизированного лечения пациентов с РПК.

Материалы и методы. С 2004г. в Республике Беларусь применяется многокомпонентное лечение пациентов с РПК в соответствии с национальными стандартами. В зависимости от распространенности опухолевого процесса применяются хирургические вмешательства, лучевая терапия, химиотерапия.

Хирургические вмешательства проводятся с выполнением тотальной мезоректальной эксцизии и лимфаденэктомии от устья нижней брыжеечной артерии. Основными тенденциями в лечении РПК в последние годы являются расширение показаний к комбинированным, сфинктеросохраняющим и циторедуктивным операциям.

Сфинктеросохраняющие операции в 2012 г. в РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова составили 60,3%, комбинированные—15,9%.

Предоперационная лучевая терапия проводится в статическом или ротационном режимах (+90° сзади) на гамма-терапевтических установках с зарядом  $^{60}\text{Co}$  или тормозным излучением на ускорителях высоких энергий (15—20 МэВ). Применяется объемное планирование облучения. При статическом облучении используется трехпольная методика (1 крестцовое и 2 паракрестцовых поля) или четырехпольная методика (2 боковых и 2 паракрестцовых поля). Размер полей 6—8х8—16 см в зависимости от протяженности опухоли по длине кишки. В зону облучения входят первичный очаг и параректальная клетчатка с регионарными лимфатическими узлами. Ритм облучения ежедневный. Разовая доза на очаг и зону регионарного метастазирования (параректальная клетчатка)—5 Гр. Суммарная доза на очаг и зону регионарного метастазирования—25 Гр. Операцию проводят через 1—3 дня после окончания лучевой терапии.

Схемы адьювантной химиотерапии

1. Фторурацил в разовой дозе 400 мг/м<sup>2</sup> + кальция фолинат в разовой дозе 200 мг/м<sup>2</sup>; оба препарата вводят внутривенно в течение 5 дней с интервалом в 4 недели. Кальция фолинат вводят в течение 15 мин и через 45 мин вводят 5-фторурацил. Начало первого курса через 28 дней после операции. Всего проводят 6 курсов.

2. Капецитабин по 1250 мг/м<sup>2</sup> 2 раза в день внутрь дни 1—14, перерыв дни 15—21, всего 8 курсов.

3. Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> внутривенная 2-часовая инфузия в 1-й день; кальция фолинат 200 мг внутривенная 2-часовая инфузия в 1-й и 2-й дни (в 1-й день одновременно с оксалиплатином через двухпросветный катетер); фторурацил 400 мг/м<sup>2</sup> внутривенное струйное введение (сразу после инфузии кальция фолината) в 1-й и 2-й дни, затем внутривенная 22-часовая инфузия 600 мг/м<sup>2</sup> в 1-й и 2-й дни. Курсы—каждые 2 недели в течение 3 месяцев.

Результаты. Об эффективности применяемых стандартизированных методов лечения свидетельствует увеличение числа пациентов, состоящих на учете в онкологических учреждениях Республики 5 и более лет с момента установления диагноза: в 2000 г.—44,2%; в 2005 г.—49,5%; в 2010 г.—53,5%.

## Посттерапевтические изменения в опухоли прямой кишки после проведения комбинированного и комплексного лечения рака прямой кишки (предварительные результаты)

В. Т. Кохнюк, П. Ч. Вильбик, А. А. Юдин, М. А. Возмитель, И. А. Карась  
ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова», Минск

Целью данного исследования является определение наиболее эффективного метода предоперационного воздействия в лечении низлокализованного рака прямой кишки.

Материалы и методы. В исследование включены 64 пациента с раком (аденокарцинома) нижнеампулярного отдела прямой кишки. Пациенты были рандомизированы в 3 группы: контрольная группа 1, контрольная группа 2 и основная группа. Пациентам всех групп проводили курс предоперационной лучевой терапии (ЛТ) РОД 5 Гр до СОД 25 Гр. Пациентам 1 контрольной группы через



0-3 дня после окончания ЛТ выполняли операцию. Пациентам 2 контрольной группы операцию выполняли через 6 недель после окончания ЛТ. Пациентам основной группы ЛТ начинали синхронно с 2-мя последовательными курсами монокимиотерапии (препарат капецитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> x 2 раза/сутки в течение 14 дней с интервалом 7 дней), операцию выполняли через 6 недель после окончания лучевой терапии.

Оценка посттерапевтических изменений в опухоли проведена по шкале RCRG и по системе Лушников (ПТИ).

Для исключения влияния на результаты исследования факторов отличных от вида лечения, был проведен статистический анализ групп на различие по таким параметрам как пол, возраст, индексы N и T. Расчетное значение p при анализе групп по этим параметрам было не менее 0,08, что при выбранном уровне значимости 0,05 позволяет принять, что статистические различия между группами по указанным параметрам отсутствуют, а значит, не влияют на результаты исследования.

Результаты. При изучении посттерапевтического патоморфоза слабые повреждения в опухоли выявлены у 13 (72,2%) пациентов первой контрольной группы, у 4 (17,4%) пациентов второй контрольной группы и 3 (13,0%) пациентов основной группы. Умеренные повреждения в опухоли выявлены у 5 (27,8%) пациентов первой контрольной группы, у 4 (17,4%) пациентов второй контрольной группы и 8 (34,8%) пациентов основной группы. Сильные повреждения в опухоли выявлены у 6 (26,1%) пациентов второй контрольной группы и у 4 (17,39%) пациентов основной группы. У пациентов первой контрольной группы сильных повреждений в опухоли не выявлено. У остальных пациентов постлучевые повреждения в опухоли не определены: (9 -второй контрольной группы и 8—основной группы).

Расчетное значение p для сравнения групп по уровню посттерапевтических повреждений равно 0,015 и при выбранном уровне значимости в 0,05 можно принять, что в группах существуют статистически значимые различия. Можно сделать предварительные выводы, что для группы с минимальным интервалом до операции (первая контрольная) характерны слабые повреждения, в то время как для двух других групп с интервалом до операции 6 недель процент результатов с умеренными и сильными повреждениями более высок.

Заключение. Представленные результаты являются промежуточными, так как исследование еще не завершено, но уже на данном этапе можно утверждать о наличии положительного терапевтического эффекта от внесения интервала в 6 недель между радиотерапией и операцией.

## **Трансанальные эндомикрохирургические операции как органосохраняющие методы при лечении новообразованиях прямой кишки**

Н. С. Кузнецов, С. В. Чернышов, Е. Г. Рыбаков  
ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии» МЗ РФ, Москва

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений, что трансанальные эндоскопические операции (ТЭО) являются методом выбора в органосохраняющем лече-

нии новообразований прямой кишки. Существуют альтернативные методы, одним из них является открытая безгазовая трансанальная эндохирургия (ТЭХ). В ГНЦ Колопроктологии накоплен опыт применения как открытого метода эндохирургии так и классической методики.

Цель: определить эффективность трансанальной эндохирургии (безгазовый вариант) и эффективность трансанальных эндоскопических операций при аденомах и ранних стадиях рака прямой кишки (T1).

Материалы и методы: С 2008 по 2012 в исследование включено 125 больных с новообразованиями прямой кишки. ТЭО выполнены 80 пациентам, ТЭХ выполнены 45 пациентам. Предоперационное стадирование ранних стадий рака прямой кишки осуществляли при помощи эндоректального ультразвукового исследования (uT, uN), КТ, МРТ малого таза (rN). У всех больных с аденокарциномами прямой кишки, по данным ЭРУЗИ и КТ, отсутствовали признаки поражения параректальных лимфатических узлов (urN0).

Результаты. Средний возраст больных в группе ТЭО составил  $62 \pm 12,7$  (21-83) лет, в группе ТЭХ  $60 \pm 10,2$  (29-83). По данным гистологического исследования биоптата ТЭО выполнены 64/80 (80%) пациентам с аденомами, 10/80 (12,5%) с аденокарциномами (Tis, T1) и 6/80 (7,5%) пациентам с карциноидами прямой кишки. ТЭХ выполнены 44/45 (98%) пациентам по поводу аденом, 1/45 (2%) с аденокарциномой прямой кишки. Средний размер опухолевидного образования в группе ТЭО составил  $3,1 \pm 1,3$  (0,6-8,0) см, в группе ТЭХ  $3,4 \pm 0,9$  (1,5-5,0) см, ( $p=0,06$ ). Среднее расстояние от нижнего полюса опухоли до анального канала и зубчатой линии в группе ТЭО составило  $7,9 \pm 1,9$  (4,0-12,0) см и  $4,9 \pm 2,1$  (1,5-10,0) см, соответственно, в группе ТЭХ  $7,1 \pm 1,9$  (3,0-13,0) см и  $4,9 \pm 1,8$  (1,0-10,0) см, соответственно ( $p=0,06$ ). Медиана времени ТЭО составила 40 (25-160) мин, медиана времени ТЭХ составила 62 (25-150) ( $p=0,06$ ). В группе ТЭО края резекции, свободные от опухоли были получены во всех операционных препаратах, ни одна опухоль не была фрагментирована. Все ТЭО были выполнены с полностенной резекцией кишечной стенки в пределах здоровых тканей и после изучения макропрепарата признаны R0 операциями, среднее расстояние от опухоли до границы резекции составило  $0,9 \pm 0,2$  (0,5-1,0) см. После ТЭХ в 20/45 (44,4%) случаях была фрагментация опухоли, при этом отсутствовала латеральная граница резекции. Послеоперационные осложнения после ТЭО составили 4/80 (5,0%), осложнения после ТЭХ наблюдались у 2/45 (4,4%) пациентов, различия статистически недостоверны ( $p=0,07$ ). При патоморфологическом исследовании препаратов после ТЭО выявлено: аденома у 41/80 (51%), аденокарцинома в стадии Tis, T1 и T2 в 33/80 (41%) пациентов. Данные предоперационного и окончательного диагнозов совпадали в 62% наблюдений. При патоморфологическом исследовании после ТЭХ выявлено: аденома у 29/45 (64,4%), аденокарцинома в стадии Tis, T1 и T2 в 16/45 (35,5%) пациентов. Данные предоперационного и окончательного диагнозов совпадали в 69% наблюдений.

Заключение: ТЭО является приоритетным методом органосохраняющего лечения при аденомах и аденокарциномах прямой кишки, с низкой частотой послеоперационных осложнений. Одним из основных преимуществ ТЭО перед ТЭХ является полностенное удаление опухоли с соблюдением латеральной границы резекции без фрагментации новообразования, что может повысить онкологическую эффективность методики.



**Семейный аденоматоз толстой кишки: хирургическое лечение с применением клеточных биотехнологий**

ОНКОПРОКТОЛОГИЯ

А. М. Кузьминов, Д. В. Вышегородцев, Л. Л. Капуллер, Г. Т. Сухих  
*ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии МЗ РФ», Москва;*  
*ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» МЗ РФ, Москва*

Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК) является наследственным заболеванием и характеризуется поражением толстой кишки множеством полипов с неизбежным развитием рака в случае отсутствия своевременного хирургического лечения. Хирургическое лечение САТК предусматривает удаление всей толстой кишки. За рубежом накоплен значительный опыт выполнения операций с формированием тазовых тонкокишечных резервуаров, что позволяет избавить пациентов от формирования постоянной илеостомы и улучшить качества жизни. Однако по-прежнему публикуются сведения о большом числе поздних функциональных осложнений.

Разработан способ хирургического вмешательства САТК, предусматривающий оставление мышечного футляра прямой кишки, что позволяет сохранить резервуарную и эвакуаторную функции. После колэктомии производится полное удаление слизистой оболочки прямой кишки (мукозэктомия). Для создания реконструированной слизистой оболочки выполняется аллотрансплантация в демукозированную прямую кишку фетальных клеток эпителиального происхождения, а также мезенхимы различного (печеночного и костномозгового) происхождения, обогащенную стволовыми и прогениторными предшественниками.

Всего хирургические вмешательства с формированием тонкокишечных резервуаров при САТК выполнены 87 пациентам. Из них операции с использованием клеточных биотехнологий по указанной методике осуществлены 43 пациентам в возрасте от 17 до 56 лет. Все пациенты были детально информированы о характере своего заболевания, дали свое согласие на применение у них клеточной трансплантации и подписали информированное согласие. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (9,3%) пациентов.

У 92,6% пациентов в достаточно короткие сроки отмечено формирование реконструированной слизистой оболочки прямой кишки. Максимальные сроки наблюдения составили 6,5 лет. У всех пациентов при морфологических исследованиях участков дисплазии эпителия не обнаружено. Роста полипов в сохраненной части прямой кишки не отмечено. В отдаленные сроки получены хорошие функциональные результаты у 38 (88,4%) пациентов.

**Мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография в предоперационном стадировании и определении тактики лечения рака прямой кишки**

Ю. Е. Куликова, А. С. Мирчетич, М. Е. Рязанцев, Ю. Д. Каминский  
*ГБУ РО ОКОД, Рязань*

В структуре заболеваемости и смертности колоректальный рак занимает одно из ведущих мест.

---

Летальность среди больных со злокачественными новообразованиями в течении первого года после установления диагноза является одним из наиболее объективных параметров, отражающих состояние диагностики и лечения данной категории больных.

МСКТ может быть полезен для разработки критериев оценки опухолевого поражения в соответствии с Международной классификацией TNM.

Точность данного метода в зависимости от размеров опухоли и качества подготовки больного составляет 65-98%. Чувствительность для местного распространения—55%, выявление регионарных лимфатических узлов—75%.

МСКТ передает изображение анатомических структур в виде поперечных срезов, исключая наложение изображений, позволяет количественно определить плотность ткани на каждом участке изображения для проведения дифференциальной диагностики, указывает точную локализацию опухоли в толстой кишке и за ее пределами, состояние брыжейки толстой кишки, выявляет метастатическое поражение лимфатических узлов и органов.

Недостатком данного метода является низкая точность для идентификации ранних стадий злокачественности процесса.

Нами была проведена оценка данных МСКТ органов малого таза и брюшной полости 21 пациента в возрасте от 36 до 72 лет. Среди них были 9 женщин и 12 мужчин. Диагноз основывался на результатах пальцевого исследования, ректороманоскопии, ирригоскопии, гистологического исследования. Исследование проводилось на 6-срезовом компьютерном томографе фирмы Siemens с в/в контрастным усилением и раздуванием прямой кишки воздухом. У всех пациентов, кроме одного (вследствие малых размеров опухоли) при сканировании подтвердилось наличие опухоли в стенке прямой кишки. У 4 пациентов определялось поражение нижнеампулярного отдела кишки, у 6—области ректосигмоидного перехода с распространением на дистальные отделы сигмы. У 16 обследуемых было выявлено распространение процесса в мезоректальную клетчатку, из них у 11—вовлечение мезоректальной фасции. У 19 пациентов визуализировались в прилежащей клетчатке множественные (более 10) лимфатические узлы, из них—у 13 их размеры не превышали 10 мм. У 4—были диагностированы лимфатические узлы в пресакральном пространстве диаметром 10-12 мм. У одной женщины стенка измененной кишки не дифференцировалась от шейки матки, у двух мужчин—от задней наружной стенки простаты. По ходу нижнебрыжеечной артерии в четырех случаях визуализировались лимфатические узлы диаметром 10-12 мм. У 5 пациентов диагностированы метастазы в печень.

Таким образом, МСКТ достаточно эффективна в дооперационной оценке распространенности процесса в пределах стенки прямой кишки и на окружающие органы. А значит, может применяться для оценки прогностических факторов и выборе метода лечения.



## Выживаемость больных с метастазами колоректального рака в печень после радикального или циторедуктивного лечения первичной опухоли и последующих неполных курсов химиофили симптоматической терапии

О.К. Курпешев<sup>1</sup>, Н.Ю. Флоровская<sup>2</sup>, Б.А. Бердов<sup>1</sup>, Т.В. Лебедева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Министерства здравоохранения России, Обнинск;

<sup>2</sup> Мурманский областной онкологический диспансер Министерства здравоохранения России, Мурманск

Продолжительность жизни больных с метастазами (мтс) колоректального рака в печень, не подвергшихся специфическому лечению или получивших неполные курсы химиотерапии, колеблется в широких пределах—от 6 до 18 мес., а медиана выживаемости—от 4,8 до 12 мес. Такой разброс связан с тем, что эти показатели зависят от различных факторов и, в первую очередь, от объема поражения печени. Кроме того, нельзя отрицать и тот факт, что продолжительность жизни таких больных зависит от уровня онкологической помощи на местах и от инфраструктуры региона.

В работе изучена общая выживаемость 76 больных с мтс колоректального рака в печень, находившихся на учете в Мурманском онкологическом диспансере. На первичную опухоль были проведены радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства и только в 8 случаях—лучевая терапия с химиотерапией, где была достигнута частичная регрессия. В зависимости от характера лечебных воздействий на мтс в последующем пациенты были разделены на 2 группы: 1 гр. (24 больных)—неполные и нерегулярные курсы химиотерапии с 5-фторурацилом (1-3 цикла с интервалами 6-8 недель), 2 гр. (52 пациентов)—симптоматическое лечение. Выживаемость больных изучали в зависимости от срока развития мтс (синхронный, метакронный), локализации первичной опухоли, объема поражения печени, возраста и пола пациентов.

Было установлено, что 1-3 нерегулярных курса химиотерапии с использованием 5-фторурацила, проводимой с интервалами 6-8 недель, не оказывают влияния на продолжительность жизни пациентов. Выживаемость больных также не зависела от локализации первичной опухоли, срока развития мтс (синхронные и метакронные), пола и возраста. На продолжительность жизни оказывал влияние только объем поражения печени опухолевым процессом. Медиана выживаемости при замещении паренхимы органа мтс до 25% (1 стадия) составила 12,0 мес., при 25-75% (2 стадия)—7,0 мес., более 75% (3 стадия)—2,0 мес., со средней продолжительностью жизни 13,2; 7,1 и 2,4 мес. соответственно.

Полученные данные имеют важное научное значение для сравнительной оценки эффективности вновь разрабатываемых методов лечения для этой категории пациентов, а также при решении социально-экономических вопросов и планирования медицинской помощи в интенсивно развивающейся системе медицинского страхования.

---

## Использование пробиотиков для оптимизации комплексных программ реабилитации больных колоректальным раком

Г.Д. Кутлиева, Д.К. Огай, С.Н. Наврузов, Х.Д. Исламов, Б. Караходжаев  
Институт микробиологии АН РУз;  
Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз, Ташкент

Актуальность проблемы: рак толстой кишки является третьей наиболее распространенной формой рака во всем мире и остается одной из актуальных проблем в Узбекистане. Наблюдается неуклонный рост заболеваемости и высокой смертности от данной онкологической патологии. Наличие отягощающего влияния массивной химио и лучевой терапии на состояние микрофлоры толстой кишки послужили основанием для проведения исследований у больных с данной патологией. Цель и задачи исследований: изучение микрофлоры кишечника больных колоректальным раком, проведение диагностики дисбиоза с последующей коррекцией отечественными пробиотическими препаратами. Исследования проводятся на базе РОНЦ МЗ РУз в отделении онкоколопроктологии. Объектом исследования послужили 20 больных с колоректальным раком в возрасте 40–75 лет. Для определения дисбактериоза кишечника были отобраны образцы фекалий. Обследования проводили до и после курса лечения. Результаты исследований: Полученные результаты показали 100% наличие дисбиоза кишечника различной степени у больных: полное отсутствие лактобактерий и бифидобактерий у 80% больных, тогда когда в норме количество пробиотических бактерий должно составлять не менее 10<sup>7</sup> КОЕ /1 г фекалия. Среди условно-патогенной микрофлоры кишечника доминировали: *Enterococcus faecalis* (8,9 log<sub>10</sub> КОЕ/г) 58%, *Klebsiella pneumoniae* (7 log<sub>10</sub> КОЕ/г) 18 %, *Proteus vulgaris* (5,7 log<sub>10</sub> КОЕ/ г) 10%, *Staphylococcus aureus* (4,6 log<sub>10</sub> КОЕ/г) 10%, *Candida spp.* (6 log<sub>10</sub> КОЕ/г) 2%, *Pseudomonas aeruginosa* (6 log<sub>10</sub> КОЕ/г) 2%. У 6 больных из 20 наблюдается увеличение лактозанегативных кишечных палочек от 2 до 10 раз. Коррекцию проводили индивидуально по полученным анализам бакисследований отечественными препаратами «Лактобактерин», «Бифидумбактерин», «Колибактерин» и «Бификол». Для каждого больного был назначен индивидуально пробиотический препарат и его дозировка. Получены первые положительные результаты по восстановлению нормофлоры кишечника. Установлено, что у 80% леченных больных наблюдается изменение заболевания в положительную сторону, связанное с восстановлением нормофлоры толстой кишки (титр клеток лакто и бифидобактерий был восстановлен до 10<sup>6</sup>-10<sup>7</sup> КОЕ/г). Количество условно-патогенных бактерий обнаружено в пределах допустимой нормы. Таким образом, результаты клинических испытаний показали эффективность отечественных пробиотических препаратов при коррекции дисбиотического состояния больных. Применение пробиотиков до и после операций способствует восстановлению функции кишечника, улучшению течения послеоперационного периода и уменьшению количества осложнений, а также улучшению общего состояния больных. Начатый клинический опыт свидетельствует о положительных изменениях состояния пациентов этой категории что, безусловно, способствует повышению эффективности проводимого лечения и качества жизни больных.



**Острая непроходимость кишечника опухолевой этиологии**

В. В. Кутуков, В. В. Севостьянов, Л. В. Служко  
ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России, ГБУЗ АО ООД, Астрахань

Кишечная непроходимость является самым частым осложнением рака толстого кишечника и составляет около 75-78% в структуре всех осложнений. Нарушение кишечной проходимости при злокачественных новообразованиях толстого кишечника может носить как острый, так и хронический характер. Как правило, с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза чаще встречаются хирурги общего профиля, оказывающие экстренную хирургическую помощь, в то время как хроническая непроходимость встречается в практике онкологов.

**Материалы и методы.** В основной группе пациентов острая кишечная непроходимость наблюдалась у 37 пациентов; в контрольной группе больных — в 60 случаях. Чаще всего острая кишечная непроходимость встречается у лиц пожилого возраста — в основной группе у 70,3% больных, в контрольной группе у 72,3% пациентов.

Обструктивные резекции при острой кишечной непроходимости у больных основной группы выполнялись в случае резектабельной опухоли, наличия раздутых петель кишечника с признаками отека и гипертрофии кишечной стенки. Резекции толстого кишечника с формированием первичного анастомоза производились при отсутствии макроскопических признаков нарушения кровоснабжения стенки кишечника. Обходные анастомозы формировались при нерезектабельности опухолевого конгломерата. Поводом для выведения колостомы в основной группе больных послужили выраженные нарушения кровоснабжения кишечной стенки, тяжесть состояния пациента в связи с длительными сроками заболевания (24-72 часа), а также наличие сопутствующей патологии, не позволяющей выполнить радикальное хирургическое вмешательство даже при наличии резектабельной опухоли. Колостомы формировались и при местнораспространенном процессе в тех случаях, когда опухолевый конгломерат удалить не представлялось возможным. Пациентам основной группы, которым были выведены колостомы с разгрузочной целью (60%), после стабилизации основных показателей гомеостаза и купирования явлений кишечной непроходимости, вторым этапом (через 2-3 недели) выполнены радикальные вмешательства с формированием анастомоза и иссечением колостомы.

У пациентов контрольной группы колостомия выполнялась даже при наличии резектабельной опухоли и при отсутствии выраженных нарушений кровоснабжения кишечной стенки. Во всех случаях острой кишечной непроходимости операцию заканчивали декомпрессией желудочно-кишечного тракта путем проведения назогастроинтестинальной интубации кишечника.

Общее количество осложнений, наблюдаемых у больных основной группы с острой кишечной непроходимостью, составило 22 (59,5%); летальность — 6 (16,2%); у пациентов контрольной группы — 13 (72,2%) и 3 (16,7%) соответственно. Несостоятельность швов толстокишечного анастомоза зафиксирована в 2 случаях (5,4%) в основной группе и в 1 случае (5,6%) в контрольной группе при резекции кишечника с левосторонней локализацией опухолевого процесса.

**Выводы.** Таким образом, операцией выбора при правосторонних локализациях опухоли толстой кишки с явлениями острой кишечной непроходимости является правосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом, а при невозможности удалить опухоль необходимо накладывать обходной анастомоз. В случае острой кишечной непроходимости, обусловленной опухолью левых отделов, должна выпол-

няться обструктивная резекция с восстановлением непрерывности толстой кишки вторым этапом. Первичный анастомоз при левосторонних локализациях сопровождается более высоким уровнем послеоперационных осложнений.

## Питание пациентов с раком толстой кишки

В.В. Кутуков, Ю.В. Оганесян, В.В. Севостьянов, Л.В. Служко  
ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России;  
ГБУЗ АО ООД, Астрахань

Энтеральное питание является важнейшей и неотъемлемой частью комплексного лечения онкологических больных. Оптимально подобранное питание должно обеспечивать не только поддержание энергетических и пластических потребностей организма пациента, но и являться самостоятельно воздействующим лечебным фактором.

Цель. Разработать схему интра- и раннего послеоперационного энтерального питания у пациентов с местнораспространенными формами рака толстого кишечника.

Материалы и методы. Нами проведено исследование результатов применения периоперационного энтерального питания у больных, которым были выполнены комбинированные резекции по поводу местного распространения рака толстого кишечника. Больные были разделены на 2 группы—пациенты, получавшие периоперационное энтеральное питание (18 человек—22,8%), и больные, которым периоперационная нутритивная поддержка не проводилась (61 пациент—77,2%).

Результаты. В группе больных, которым проведена периоперационная нутритивная поддержка, до операции уровень общего белка плазмы крови составил  $72,1 \pm 3,32$  г/л; на 1 сутки показатель снизился до  $58,3 \pm 2,24$  г/л, на 3 сутки—повышение до  $68,7 \pm 3,56$  г/л, на 5 сутки— $71,4 \pm 2,42$  г/л. В группе пациентов, которым не проводилось зондовое питание, до операции уровень общего белка составил  $70,5 \pm 2,64$  г/л, на 1 сутки уровень снизился до  $56,3 \pm 2,18$  г/л, на 3 сутки происходило некоторое увеличение показателя до  $62,4 \pm 2,45$  г/л, на 5 сутки—до  $65,2 \pm 2,05$  г/л, что ниже исходного. В группе больных, получавших периоперационное энтеральное питание, уровень мочевины до операции составил  $7,8 \pm 0,32$  ммоль/л, на 1 сутки—снижение показателя до  $6,2 \pm 0,25$  ммоль/л, на 3 сутки показатель снизился до  $5,88 \pm 0,26$  ммоль/л, на 5 сутки— $5,2 \pm 0,3$  ммоль/л. У больных, не получавших периоперационную нутритивную поддержку, до операции уровень мочевины составил  $7,5 \pm 0,27$  ммоль/л, на 1 сутки он увеличился до  $7,7 \pm 0,36$  ммоль/л, на 3 сутки—снижение до  $6,9 \pm 0,21$  ммоль/л, а к 5 суткам данный показатель снизился до  $6,1 \pm 0,24$  ммоль/л. Показатель креатинина в группе пациентов, которым проведено периоперационное зондовое питание, составил  $1,07 \pm 0,08$  мг/дл, на 1 сутки уровень повышался до  $1,14 \pm 0,08$  мг/дл, на 3 сутки показатель снижался до  $0,88 \pm 0,07$  мг/дл, на 5 сутки составил  $0,85 \pm 0,06$  мг/дл. В группе больных, не получавших нутритивную поддержку, уровень креатинина до операции составил  $1,02 \pm 0,07$  мг/дл, на 1 сутки показатель повысился до  $1,18 \pm 0,05$  мг/дл, на 3 сутки снижение до  $0,96 \pm 0,04$  мг/дл, к 5 суткам—до  $0,92 \pm 0,06$  мг/дл.

Выводы. У больных, получавших периоперационную нутритивную поддержку в комплексе послеоперационной терапии, отмечалась стимуляция белковообразовательной функции печени, что сопровождалось положительной динамикой показателей белкового обмена—повышение уровня общего белка крови на 3 и 5 сутки



после операции происходит на 17,8% и 22,5% соответственно по сравнению с исходными показателями. В группе пациентов, которые не получали энтеральное питание в периоперационном периоде, показатели повышения концентрации общего белка составляют 10,8% и 15,8% в аналогичные сроки послеоперационного периода. На фоне нутриционной поддержки нами отмечено понижение показателя мочевины на 33%, креатинина—на 20,6%. В группе пациентов, не получавших периоперационное энтеральное питание, также отмечается их снижение, но на 18,6% и 9,8% ниже предоперационного уровня. У пациентов, получавших нутриционную поддержку, отмечалось улучшение показателей азотистого баланса.

### Хирургическое лечение местнораспространенного рака толстой кишки

В. В. Кутуков, В. В. Севостьянов, Л. В. Слывко  
ГБОУ ВПО АГМА Минздрава РФ, Астрахань;  
ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер», Астрахань

В настоящее время, несмотря на широкое внедрение в практику современных методов диагностики рака толстого кишечника, возрастает частота его распространенных форм. Следует отметить, что радикальное оперативное вмешательство в ряде случаев у таких пациентов бывает возможным даже при плотном сращении с соседними органами, так как эти сращения весьма часто имеют воспалительное происхождение.

Цель. Улучшить результаты лечения местнораспространенного рака толстой кишки путем дифференцированного подхода к выбору объема хирургического вмешательства.

Материалы и методы. С местнораспространенными формами рака толстого кишечника в основной группе наблюдали 133 (62,7%) пациента. В контрольной группе с местным распространением опухоли толстой кишки было 76 (64,8%) больных. Среди пациентов с местнораспространенными формами рака толстого кишечника чаще встречались лица мужского пола: в основной группе—58,6% (78 больных), в контрольной группе—61,9% (47 пациентов). В дооперационном периоде распространение опухоли на смежные структуры у больных обеих групп выявлено в 20,3% случаях, интраоперационно врастание злокачественного новообразования в соседние органы и ткани установлено в 79,7% наблюдениях.

У 133 больных с местным распространением опухоли в основной группе расширенные комбинированные резекции произведены в 79 (59,4%) наблюдениях: первичный толстокишечный анастомоз сформирован у 62 пациентов (78,5%), обструктивная резекция толстого кишечника выполнена в 17 случаях (21,5%). Симптоматические вмешательства у данной группы больных выполнены у 54 (40,6%) пациентов: формирование обходного анастомоза—28 (51,9%), выведение колостомы—22 (40,7%), наложение илеостомы—4 (7,4%);  $p < 0,05$ .

К выполнению расширенных комбинированных резекций при местнораспространенном раке толстой кишки был дифференцированный подход с учетом возможности удаления опухолевого конгломерата, состояния кишечной стенки, наличия сочетания местного распространения опухолевого процесса с осложнениями, состояния пациента, а также сопутствующей патологии.

У 76 пациентов контрольной группы при местнораспространенном раке толстой кишки комбинированные резекции выполнены у 4 больных (5,3%) и у 72 больных симптоматические операции (94,7%). При комбинированных резекциях в контрольной группе пациентов выполнялись только резекции передней брюшной стенки.

Результаты. При местном распространении опухоли толстого кишечника у пациентов основной группы осложнения отмечены в 18 случаях (13,5%); в контрольной группе — в 14 случаях (18,4%). Зафиксировано 16 летальных исходов (12%) в основной группе. В контрольной группе пациентов умерло 19 больных (24,1%).

Выводы. Таким образом, при местном распространении опухоли оправданы комбинированные операции при состоянии пациента, позволяющего выполнить травматичное и большое по объему хирургическое вмешательство. Симптоматические вмешательства следует выполнять при нерезектабельности опухолевого конгломерата в сочетании с явлениями острой и хронической кишечной непроходимости и наличием кишечных свищей с целью разобщения последних и профилактики возникновения воспалительных процессов.

## Эпидемиология рака ободочной кишки в Архангельской области в 2000 – 2010 гг.

Л.Н. Лебедева, Н.А. Глухарева, М.Ю. Вальков, А.В. Красильников  
ГБУЗ АО «Архангельский онкологический диспансер», Архангельск, Россия;  
ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет Минздрава России»,  
Архангельск

Введение. Заболеваемость раком ободочной кишки (РОК) растет в России, как и во многих странах, хотя в развитых странах она стабилизировалась в течение последних двух десятилетий. В России РОК занимает одну из ведущих позиций. За последние 20 лет РОК переместилась в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации с 6-го на 3-е место.

Цели. Дать эпидемиологическую характеристику опухолям ободочной кишки в Архангельской области в период с 2000 по 2010 год.

Материалы и методы. Из базы данных АОКР были извлечены анонимизированные данные обо всех случаях злокачественных новообразований ободочной кишки (С18.0–С18.9) в Архангельской области в 2000—2010 годах. Численность населения была получена из Регионального бюро статистики. Было оценено распределение заболеваемости и смертности новообразованиями ободочной кишки по полу, возрасту, району проживания, основным морфологическим формам опухолей. Рассчитаны стандартизированные по возрасту ежегодные показатели заболеваемости. Для этого данные о численности населения Архангельской области и его половозрастному составу были получены в региональном бюро статистики Архангельскстат.

Результаты. За период с 2000 по 2010 год в Архангельской области было зарегистрировано 3225 случаев злокачественных новообразований ободочной кишки. Рак сигмовидной, слепой, восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей ободочной кишки и другие составили 43,0%, 12,5%, 10,1%, 8,8%, 7,9% и 17,7% соответственно. Средний возраст составил 68,5 лет. Больные с неизвестной, первой, второй, третьей и четвертой стадиями составили 5,8%, 6,0%, 23,4%, 35,3% и 29,5% соответственно.



Женщины и мужчины составляли 62,5 и 37,5% случаев соответственно. Доля городского населения (Архангельск, Северодвинск, Новодвинск, Котлас, Коряжма, Мирный) составила 66,4% всех диагностированных случаев РОК в Архангельской области. Стандартизованная по мировой популяции заболеваемость РОК для обоих полов составляла в 2000 году 14,0 на 100 000, в 2010—17,8 на 100 000. В рассматриваемый период заболеваемость РОК среди мужчин и женщин увеличилась с 21,0 на 100 000 до 28,8 и 13,6 на 100 000 до 22,1 на 100 000 соответственно. Заболеваемость РОК городского населения Архангельской области выросла с 15,5 на 100000 в 2000 году до 24,4 на 100000 в 2010 году. Заболеваемость РОК в сельской местности была несколько выше и составляла от 23,3 на 100000 2000 году и 29,2 на 100000 в 2010. Смертность увеличилась с 5,7 на 100000 в 2000 году до 18,8 на 100000 в 2010 году. Стандартизованная по мировой популяции смертность РОК составляла в 2000 году 4,5 на 100 000, в 2010—12,5 на 100 000.

Выводы. Заболеваемость РОК в Архангельской области увеличилась в период 2000-2010 гг. Большинство пациентов составляют женщины. Заболеваемость РОК выше среди сельского населения по сравнению с городским. Смертность от РОК за исследуемый период возросла, не исключен эффект когорты.

## **Принципы лечения больных местнораспространенным колоректальным раком с вовлечением органов мочевой системы**

М.С. Лихтер, Ю.А. Шельгин, С.А. Ачкасов  
*ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, Москва*

В Российской Федерации ежегодно регистрируется до 5000 новых случаев заболевания колоректальным раком. Из них— местнораспространенный колоректальный рак (МРКР) с вовлечением в опухолевый процесс соседних органов таза составляет 25-30%. При этом в 50-60% случаев страдают органы мочевой системы.

В период с 1991 по 2012 гг. в ГНЦК на лечении находилось 314 пациентов с местнораспространенным колоректальным раком (МРКР) стадии Т4 с вовлечением в опухолевый процесс органов мочевой системы. Мужчин было 189 (60,2%), женщин—125 (39,8%). Возраст больных составил от 31 до 79 ( $59,6 \pm 5,7$ ) лет. Комбинированные операции с резекцией пораженных отделов мочевой системы en bloc произведены 277 (88,2%) больным. Паллиативная урологическая помощь в связи с обструктивными поражениями мочевой системы была оказана 37 (11,8%) пациентам. Оперативное вмешательство проводилось хирургической бригадой, состоящей из колопроктологов и уролога. Лечение подавляющего числа больных носило мультимодальный характер. В результате установлено, что вовлечение органов мочевой системы в опухолевый процесс у пациентов с МРКР не должно являться причиной отказа от выполнения комбинированных операций. Субтотальная резекция мочевого пузыря при обширном его поражении у больных с МРКР является функционально оправданной и онкологически радикальной операцией. Эффективность данного вмешательства подтверждается также приемлемым уровнем социальной адаптации—18 (51,4%) из 35 прослеженных пациентов вернулись к прежней трудовой деятельности. Резекция различных отделов мочевыводящей системы не оказывает существенного

---

влияния на послеоперационную летальность. Паллиативная урологическая помощь при обструктивных поражениях органов мочевой системы у больных с МРКР позволяет улучшить качество жизни и служит повышению эффективности традиционных методов лечения. Для лечения данного тяжелого контингента больных необходимо участие уролога в качестве специалиста, определяющего оптимальные способы дериивации мочи, выполняющего реконструктивный этап операции и осуществляющего динамическое наблюдение на разных этапах послеоперационного периода.

## Оценка состояния пациентов с осложненными формами колоректального рака

О.Г. Макаров

ГБУЗ «Брянская городская больница № 1», Брянск

Лечение больных раком толстой кишки остается одним из сложных вопросов современной хирургии. Длительное бессимптомное течение болезни, несвоевременное обращение пациентов к специалистам, а так же низкая онкологическая настроженность врачей первичного звена здравоохранения приводят к неутешительным результатам—до 73% больных поступают в клинику с осложненными формами рака, наиболее частым из которых является кишечная непроходимость (Яицкий Н.А., 2004; Nemes R, 2004; Giglio D,2004). Для объективной оценки тяжести состояния больных нами применялась шкала SAPS, предложенная Le Gall JR в 1984 году. С целью адаптации данной шкалы к больным раком толстой кишки с кишечной непроходимостью оценивались следующие параметры: возраст, частота сердечных сокращений, артериальное давление, температура тела, частота дыхания, мочевины, гематокрит, калий, лейкоциты, наличие симптомов перитонита и рентгенологические признаки непроходимости. После проведения указанных исследований проводилась их оценка по бальной шкале. При сравнительной оценке стадии острой кишечной непроходимости отмечено, что у всех больных с компенсированной стадией непроходимости тяжесть состояния не превышала 10 баллов по шкале. Так же менее 10 баллов выявлено у пациентов с субкомпенсированной стадией непроходимости, в то время как для абсолютного большинства пациентов с декомпенсированной стадией непроходимости было характерно наличие 10 и более баллов по применяемой шкале. Аналогичная зависимость прослежена между сроками госпитализации больных от начала клинических проявлений и тяжестью их состояния. Если в первые 48 часов заболевания тяжесть состояния соответствовала менее 10 баллам по шкале SAPS у подавляющего числа пациентов, то по мере увеличения сроков от начала заболевания до госпитализации пациента в стационар, тяжесть состояния оценивалась как 10 и более баллов у 67,7% больных к 72 часам и достигала 100% к 5 суткам от начала заболевания. Среди 110 больных, включенных в данное исследование, было 65 (59,2%) мужчин и 45 (40,8%) женщин в возрасте от 43 до 82 лет, при этом средний возраст составил  $67,3 \pm 5,4$  года. В 76 (69,1%) наблюдениях пациентам выполнено удаление первичной опухоли, в то время, как у 34 (30,9%) человек оперативное вмешательство было ограничено формированием обходного анастомоза и илео- или колостомы. Летальность в послеоперационном периоде после радикальных и паллиативных вмешательств составила 5,45%. При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации (более 10 баллов по шкале SAPS) и резектабельной опухоли



толстой кишки, осложненной кишечной непроходимостью, показано двухэтапное лечение. Первым этапом рекомендовано выполнение разгрузочной илео- или колостомы различными способами. Вторым этапом показано удаление первичной опухоли после ликвидации явлений кишечной непроходимости и коррекции сопутствующих заболеваний и водно-электролитных нарушений. Результаты проведенного исследования показали, что применение разработанного алгоритма диагностики и лечения больных раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью, позволяет не только снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность, но и позволяет в ряде случаев исключить необходимость повторной госпитализации с целью медико-социальной реабилитации больных.

### **Анатомофопографические взаимоотношения сегментов толстой кишки после обструктивных резекций и влияние их на выбор операционного доступа при восстановительных операциях**

И. А. Матвеев

*ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1». Тюмень*

После обструктивных резекций толстой кишки, формирования стомы и культы заглушенной кишки в брюшной полости создаются новые анатомо-топографические условия, связанные, прежде всего, с локализацией и отношением между стомой и культей заглушенной кишки. Анатомические особенности строения оперированного живота влияют на травматичность выполнения восстановительных операций, в частности, на выбор операционного доступа.

Цель исследования—изучить локализацию стомы и заглушенной кишки в брюшной полости у онкологических больных и пациентов с доброкачественными заболеваниями после экстренных обструктивных резекций толстой кишки и их влияние на восстановительные операции.

Изучены изменения в брюшной полости у 141 больного после экстренных обструктивных резекций, у 35 (24,8%) из них операции выполнены по поводу осложненного рака. Доброкачественные заболевания были у 106 пациентов (75,2%).

Исследование выполнено на основании изучения прокто- и ирринограмм, операционных данных локализации культы и стомы в брюшной полости и их взаимоотношений между собой. В данной работе не анализировались другие анатомические изменения в брюшной полости—длина и мобильность стомального и постстомального отдела толстой кишки.

В одной анатомической области культя и стома была у 51 больного (36,2%). Из них у 8 (22,85%) из 35 оперированных по поводу рака кишки и у 43 (40,65%) из 106 с доброкачественной патологией. Это наиболее благоприятные условия проведения восстановительных операций, позволяющие выполнить их из парастомального доступа.

У 67 (47,5%) пациентов стома и культя были в соседних областях брюшной полости. У 17 (48,57%) онкологических пациентов, и у 50 (47,16%) оперированных по поводу доброкачественной патологии и травмы. В такой анатомической ситуации наложение анастомоза из местного доступа возможно при достаточной подвижности анастомозируемых сегментов.

---

В разделенных между собой областях брюшной полости культи и стома были у 23 (16,3%) пациентов: у 10 (28,57%) — после вмешательств по поводу рака толстой кишки и у 13 (12,26%) — с доброкачественной патологией. При такой анатомической локализации восстановление непрерывности планировалось из срединного доступа, при отсутствии мобильности анастомозируемых отделов, выполнение колопластики.

Таким образом? анатомо-топографической особенностью стомы и культи заглушенной кишки при онкологических заболеваниях, в отличие от доброкачественной патологии, является более редкое расположение культи кишки в парастомальной области (соответственно 22,85% и 40,65%) и более частое в разделенных между собой отделах брюшной полости (28,57% и 12,26% соответственно), что свидетельствует о менее благоприятных условиях проведения восстановительных операций из местного доступа у онкологических больных.

## **Восстановительные операции различными оперативными доступами у онкологических больных после экстренных обструктивных резекций толстой кишки**

И. А. Матвеев, Б. К. Гиберт.

*ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень*

Обструктивные резекции толстой кишки в экстренных ситуациях являются ведущим оперативным вмешательством, в том числе, у больных с осложненным раком толстой кишки. Восстановительные операции относятся к категории сложных вмешательств и процент устранения колостом остается не высоким. Одним из направлений увеличения числа реабилитированных больных является снижение травматичности операции.

Цель исследования — изучить особенности проведения восстановительных операций различными доступами у онкологических больных после экстренных обструктивных резекций толстой кишки.

Восстановление непрерывности толстой кишки выполнено у 41 онкологического пациента после обструктивной резекции кишки, что составляет 25,46% от всех восстановительных вмешательств, выполненных в клинике за это время. У 31 (75,6%) больного операция проведена из срединного и 10 (24,39%) — местного парастомального доступа. Умерла 1 (2,4%) больная от острой сердечной недостаточности, оперированная срединным доступом.

Парастомальная лапаротомия планировалась при исключении рака брюшной полости, с этой целью проводилось комплексное обследование, включающее позитронно-эмиссионную томографию. Вторым условием выбора местного доступа были соответствующие анатомо-топографические взаимоотношения культи заглушенной кишки и стомы, позволяющие восстановление непрерывности из данного доступа: мобильность, расположение в одной или соседних анатомических областях, локализация культи прямой кишки не ниже 2 крестцового позвонка. Наиболее благоприятные условия оперирования из парастомальной лапаротомии были у больных с энтеростомами после резекции правой половины толстой кишки, сегментарной резекции поперечноободочной и сигмовидной кишки с оставлением ректосигмоидного отдела прямой кишки. Из парастомальных доступов использовался попереч-



ный, параректальный и косопереманный. У 4 больных выполнены несложные виды колопластики — мобилизация и перемещение оставшейся части поперечноободочной и нисходящей кишок.

У 31 больного восстановление непрерывности выполнено из срединной лапаротомии, она планировалась при технической невозможности проведения парастомального доступа, короткой культе прямой кишки и проведении сочетанных операций.

Интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции, время восстановления двигательной функции кишечника, потребность в анальгетиках при местном доступе были меньше, чем аналогичные показатели у больных оперированных срединной лапаротомией. Меньшая травматичность парастомальных лапаротомий связана с размерами доступа, отсутствием ревизии брюшной полости, при этом петли тонкой кишки остаются в стороне и не травмируются при выделении анастомозируемых сегментов и наложении анастомоза, значительно меньше объем рассекаемых спаек.

Вывод. Восстановление непрерывности кишечного тракта парастомальным доступом является перспективным направлением снижения травматичности восстановительных вмешательств у части онкологических больных после обструктивных резекций.

## **Первый опыт радиочастотной абляции при метастатическом поражении печени**

А. Н. Махсон, Н. П. Забазный, О. А. Ядыков, А. О. Швейкин, З. Э. Азизова, В. М. Ахметшина

*Московская городская онкологическая больница № 62*

С ноября 2011 по февраль 2013 года в Московской городской онкологической больнице №62 оперировано 20 больных по поводу первичных и метастатических опухолей печени, всего выполнено 23 операции. Среди них 17 больных с метастазами колоректального рака (КРР), одна пациентка с гепатоцеллюлярным раком печени, двебольные с метастазами рака молочной железы; 7 мужчин, 13 женщин; средний возраст составил 57,6 лет. Среди пациентов с КРР 11 оперированы по поводу синхронных метастазов в печени, 6 — по поводу метасинхронных. Всего удалено или проведено абляций 49 метастатических очагов в печени.

Произведено 16 радиочастотных абляций (РЧА) метастазов печени (14 открытых и 2 чрезкожных с использованием ультразвукового наведения), 6 резекций печени различного объема. У одного больного резекция печени сочеталась с РЧА; 3 пациентам произведена симультанная операция по поводу первичной опухоли и метастазов в печени (2 больным по поводу колоректального рака с метастазами в печени, одной больной по поводу рака молочной железы с солитарным метастазом в печени). У 11 больных с метастазами КРР проведена предоперационная химиотерапия по общепринятым схемам с включением оксалиплатина или иринотекана; 11 больным продолжена послеоперационная химиотерапия.

Всем больным, которым произведена РЧА метастазов печени проведено МРТ исследование печени с внутривенным контрастированием: до операции, на 1-е сутки после операции, через 1 месяц после операции и далее каждые 3 мес. Каждая операция сопровождалась обязательным интраоперационным УЗИ исследованием.

Больным, которым планировали резекции печени, выполняли функциональные тесты печени: дыхательный метацетиновый тест, исследование клиренса ICG-индоцианина зеленого. Считаем проведение резекции печени более 60% объема паренхимы опасной в плане развития острой печеночной недостаточности у пациентов со сниженными функциональными резервами печени. Критическими значениями функциональных тестов являются снижение суммарной выведенной метки на 120 минуте ниже 19% (дыхательный метацетиновый тест), а также процент остаточного индоцианина зеленого в крови более 14% на 15 минуте исследования (Dig Surg 1998;15:1–11).

У 2 больных во время интраоперационного ультразвукового исследования выявлены дополнительные метастатические очаги в печени, ранее не определявшиеся при рентгеновской или магнитно-резонансной томографии.

Осложнений после РЧА метастазов не было, за исключением случая тяжелой резорбционной лихорадки и интоксикации (постабляционного синдрома) у больной с метастазом рака молочной железы в печени, у которой зона абляции была более 6 см в диаметре. У одной пациентки, после правосторонней гемигепатэктомии, ранний послеоперационный период осложнился острой печеночной недостаточностью, купированной в течении 6-ти суток. Летальных исходов не было.

В одном случае выявлен локальный рецидив метастатического поражения печени у пациентки после РЧА. В последующем данной больной успешно произведена повторная абляция. В 2 случаях выявлена прогрессия заболевания с появлением внепеченочного метастазирования и у 2 больных выявлены новые метастазы в печени.

Таким образом, использование радиочастотной абляции метастазов в печени эффективно и сопровождается низким уровнем послеоперационных осложнений. Считаем необходимым в случаях планирования резекции печени проведение функциональных тестов; обязательное интраоперационное ультразвуковое исследование печени, что позволяет получить достоверную информацию о состоянии печени. РЧА является методом выбора в лечении больных с множественным метастатическим поражением печени.

## Возможности ультразвуковой диагностики метастатического поражения большого сальника и корня брыжейки

Л.А. Митина, В.И. Казакевич, С.О. Степанов  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Для решения вопроса о возможности хирургического лечения больных раком желудка, раком ободочной кишки и раком поджелудочной железы необходимо уточнить распространенность опухолевого процесса. Ультразвуковая диагностика метастазов в печень хорошо изучена. Ультразвуковое исследование поражения большого сальника (БС) и корня брыжейки тонкой кишки (КБ) — типичных зон поражения при опухолях желудка, поперечной ободочной кишки (ОК) и поджелудочной железы описаны недостаточно.

Цель: улучшить ультразвуковую диагностику опухолевого поражения БС и КБ.

Материалы и методы: ультразвуковое исследование брюшной полости выполнено 175 (74,46%) больным раком желудка, 38 (16,17%) больным раком поперечной ободочной кишки, у 22 больным раком поджелудочной железы. (9,37%)



Результаты: у 82 (34,9%) больных выявлено поражение БС или КБ. Нами выделены три варианта поражения БС и КБ. Первый — метастазы в лимфатических узлах БС (у большой кривизны желудка) и КБ, второй — опухолевая инфильтрация гиперэхогенной структуры и третий — инфильтрация гипоехогенной структуры. Лимфатические узлы в БС и КБ по структуре не отличаются от узлов других локализаций. Инфильтрация БС гиперэхогенной структуры встречается при опухолях желудка и ОК, лучше видна при наличии асцита, выглядит как пласт ткани небольшой протяженности, не имеющий границы с большой кривизной желудка (при опухолях желудка) или измененной стенкой ОК (при опухолях ОК). При втором типе поражения КБ выглядит гиперэхогенным, утолщенным; диагностика этого варианта поражения крайне трудна, т.к. измененный КБ часто четко не дифференцируется от окружающих тканей. Третий тип поражения БС изредка встречается при опухолях желудка и ОК, поражение КБ третьего типа характерно для опухолей тела поджелудочной железы. Диагностика этого типа достаточно проста: видно, как опухоль непосредственно переходит на БС или КБ. В сложных случаях отличить БС от КБ помогают брыжеечные сосуды, а также функциональный прием: при дыхании БС движется параллельно брюшной стенке, КБ отодвигается от нее вглубь.

Заключение: ультразвуковая диагностика помогает уточнить местную распространенность злокачественных опухолей желудка, ОК и поджелудочной железы при поражении БС и КБ.

## Результаты выполнения тотальной мезоректумэктомии в лечении рака прямой кишки

И. П. Мошуров, Д. А. Головков, А. А. Михайлов, Д. В. Суховерков, Г. Ю. Пресняков, М. Б. Быковцев  
*БУЗ ВО Воронежский областной клинический онкологический диспансер, Воронеж*

До нас тоящего времени хирургическое вмешательство остается ведущим методом лечения колоректального рака. В начале 80-х годов прошлого столетия Heald с соавторами предложили новую методику выделения прямой кишки — тотальная мезоректумэктомия (ТМЕ), концепция которой основана на выделении прямой кишки с опухолью в пределах единого фасциально — футлярного слоя.

В ВОКОД в период с 2009 по 2012 годы прооперирован 391 пациент с гистологически верифицированным аденогенным раком прямой кишки. По полу пациенты распределились следующим образом — 176 (45%) мужчин и 215 (55%) женщин в возрасте от 35 до 83 лет (средний возраст 61 год). Основную группу (n=85) составили пациенты, которым выполнялась ТМЭ, контрольную (n=306) — пациенты, которым мобилизация прямой кишки выполнялась «стандартным» тупым путем. Оценка качества выполнения ТМЭ проводилась по следующей системе: хорошее (grade 3), удовлетворительное (grade 2) и неудовлетворительное (grade 1).

ТМЭ с сохранением висцеральной фасции в основной группе выполнено в качестве grade 3 в 64 наблюдениях (75%), что позволило провести резекцию прямой кишки с соблюдением всех принципов онкологического радикализма. В группе контроля подавляющее большинство пациентов имело неудовлетворительное качество ТМЭ (grade 1) — 272 (89%). Частота выполнения сфинктеросохраняющих операций в группе больных с ТМЭ была достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем в группе контроля,

---

что связано с возможностью прецизионной лимфодиссекции и адекватным выделением стенки прямой кишки в месте формирования анастомоза.

Продолжительность операции в основной группе и группе контроля достоверно не отличалась, однако необходимость тщательной визуализации анатомических структур и межфасциального пространства несколько удлиняло выполнение оперативного вмешательства с ТМЭ. Объем интраоперационной кровопотери в основной группе был статистически достоверно ниже, что связано с выделением прямой кишки в бессосудистой зоне при ТМЭ.

При проведении сравнительного анализа по частоте несостоятельности анастомоза не выявлено статистически достоверной разницы. В обеих группах данный показатель составлял в среднем 6%. В основной группе больных отмечено статистически достоверное снижение частоты развития атонии мочевого пузыря, обусловленной выполнением операции с сохранением элементов вегетативной нервной системы.

Таким образом, использование техники ТМЭ позволяет выполнить радикальное оперативное вмешательство с уменьшением объема интраоперационной кровопотери, снижением количества урологических осложнений и значимым увеличением количества сфинктеросохраняющих операций.

## Наш опыт атипичных радиочастотных резекций печени у больных с метастазами рака прямой кишки

А.В. Муравьев, К.В. Хурцев, В.И. Линченко  
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»;  
МБУЗ «2-я городская клиническая больница», Ставрополь

По данным публикаций последних лет имеется явная тенденция к росту заболеваемости раком прямой кишки во всём мире. Более чем 20—25 тыс. новых случаев рака прямой кишки ежегодно устанавливается в России. К сожалению, на момент установки этого диагноза выявляются отдалённые метастазы в печень у 7-10 % больных. Продолжительность жизни у этих больных без специфического лечения не превышает 1 года. В большинстве случаев этим больным отказывают в проведении лечения.

Цель исследования: оценить результаты атипичных радиочастотных резекций печени при метастазах рака прямой кишки.

Материал и методы: нами изучены результаты лечения больных раком прямой кишки с единичными или несколькими (до 4—х) метастазами в печень, пролеченных в краевом колопроктологическом отделении МБУЗ «2-я городская клиническая больница» г. Ставрополя печень за период 2011—2012 год. Всего было 8 больных, что составило 9,5% от всех больных раком прямой кишки. Мужчин было 6, женщин—3. Диагноз рака верифицирован у всех больных, метастазы в печень обнаружены при МРТ. Перед оперативным вмешательством всем больным проведён курс лучевого лечения. Всем больным выполнена низкая передняя резекция прямой кишки (опухоли локализовались в средне и верхнепузырном отделах прямой кишки) и атипичные резекции печени системой радиочастотной дистрикции «RITA 1500x» по методике Nabiba. Одному больному выполнена атипичная радиочастотная резекция левой доли печени по поводу 2-х метастазов и 7 сегмента—по поводу 1 метастаза; одному больному—резекция левой доли ( 2 метастаза); 2—м боль-



ным—резекция 7 сегмента печени по поводу единичных метастазов; 1 больному резекция 7 сегмента с переходом на 8 (1 метастаз); 2—м пациентам—резекция 8 сегмента (единичные метастазы) и одному—резекция 5 сегмента печени (1 метастаз). Всем больным в послеоперационном периоде проведена адьювантная химиотерапия.

Результаты: нами прослежены результаты лечения у всех больных от 1 до 1,5 лет. У одного больного через месяц после операции образовалась беломя, под контролем УЗИ произведена пункция, эвакуация содержимого. Всем больным с целью контроля выполнялись УЗИ, КТ и МРТ исследования через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Рецидива заболевания и повторных метастазов в печень не выявлено.

Выводы: при лечении рака прямой кишки с метастазами в печень целесообразно выполнять радикальную операцию по поводу рака прямой кишки и атипичные радиочастотные резекции печени по поводу метастазов, это даёт возможность увеличить продолжительность жизни пациентов и улучшает её качество.

## **Инновационные технологии в хирургическом лечении рака прямой кишки**

С.Н. Наврузов, С.Б. Абдужаппаров, Б.С. Наврузов, Х.Д. Исламов  
*Республиканский онкологический научный центр, Ташкент*

Наложение так называемых «низких» и «ультранизких» колоректальных анастомозов после резекции прямой кишки имеют свои показания и противопоказания. Если при «низких» резекциях прямой кишки еще можно выполнять ручной способ наложения колоректальных анастомозов, то после «ультранизких» резекций становится очевидным невозможность выполнения данного способа. Разработанные циркулярно-сшивающие аппараты, где головка степлера повторяет ход прямой кишки, позволяет наложить колоректальные анастомозы на короткой культе. Морфологические исследования большинства авторов обосновали с точки зрения онкологического радикализма, возможность «ультранизких» колоректальных анастомозов.

Цель исследования: изучить и оценить роль ЦСА в хирургическом лечении низкоампулярного рака прямой кишки

Материал и методы исследования: В отделение колопроктологии РОНЦ МЗ РУз у 35 пациентов раком прямой кишки выполнена низкая и ультранизкая резекция прямой кишки с лимфодиссекцией в различном объеме (Д2, Д3). Стадия Т3-4 N0 M0 было у 17 пациентов, Т3-4 N1 M0—у 13 больных. Мужчин было 12, женщин—18. Возраст больных составил  $62,4 \pm 4,6$  лет. Кишечный тракт восстанавливался путем применения коло-ректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов фирмы «Ethicon» с рабочим объемом головки 29,31 и 33. У 25 пациентов оперативное лечение проводилось одноэтапно, а у 10 больных операция разделена на два этапа в следствии наличия у пациентов явлений кишечной непроходимости. Первым этапом проводили «низкую» или «ультранизкую» резекцию прямой кишки с выведением колостомы. Через 8-12 месяцев проводился реконструктивно-восстановительный этап с наложением колоректальных анастомозов циркулярно-сшивающими аппаратами.

Полученные результаты и обсуждение. При изучении непосредственных и ближайших результатов оперативного лечения получены следующие: продолжительность всей операции составило  $180 \pm 25,6$  мин. При этом, этап лимфодиссекции при

проведении стандартном ее варианте составило  $42,5 \pm 8,4$  мин, при расширенном варианте —  $64,3 \pm 6,3$  мин. Кровопотеря составило  $256 \pm 35,7$  мл.

При морфологическом исследовании макропрепаратов во всех случаях выявлена аденокарцинома кишечника различной степени дифференцировки. Большое значение имело изучение лимфатических узлов для прогнозирования и определения дальнейшей тактики лечения (химио- или лучевой терапии). У больных с метастазами в лимфатических узлах в адьювантном режиме проведено химиотерапия по схеме FOLFOX-4. Осложнений со стороны колоректальных анастомозов не отмечено. У одной больной через 3 месяца после операции возник рецидив опухоли в зоне колоректального анастомоза.

Выводы:

1. При расположении опухоли прямой кишки на высоте 5-10 см и при отсутствии явлений кишечной непроходимости операций выбора может быть передняя резекция прямой кишки с расширенной лимфодиссекцией в объеме Д3 и наложением «ультранизкого» сигма-ректального анастомоза.

2. При расположении опухоли прямой кишки на высоте 11-16 см рекомендуется выполнение передней резекции со стандартной лимфодиссекцией в объеме Д2 и наложение «низкого» сигма-ректального анастомоза.

## Изучение роли молекулярно-генетических маркеров у больных местнораспространенным колоректальным раком

С.Н. Наврузов, С.Б. Абдужаббаров, Д.А. Пулатов, Ж.М. Ибрагимов, Л.Р. Салимова  
РОНЦ МЗ РУз, Ташкент

Лечение местнораспространенного колоректального рака (КРР) представляет собой комплексную проблему, требующую слаженной работы целой команды специалистов-онкологов различного профиля. КРР является относительно резистентной к воздействию цитостатиков опухолью. В настоящее время проводится большое количество исследований, которые позволят рационально применять молекулярные маркеры в практике лекарственного лечения КРР. Молекулярный анализ опухолей может привести к более рациональной индивидуализации терапии. При этом пациенты с высоким риском рецидива могут получить лечение, подобранное с более высокой вероятностью успеха при более низкой токсичности.

Цель исследования заключалась в изучении молекулярно-генетических показателей у больных местнораспространенным колоректальным раком

Проведен анализ клинических данных 7 больных раком прямой кишки с T4N0-1M0 стадиями заболевания, которые проходили лечение в отделении онкопроктологии РОНЦ МЗ РУз в 2012 г. Мужчин было 4 и женщин — 3. Средний возраст больных составил  $47,6 \pm 6,7$  года. У больных проводилось иммуногенетическое исследование онкомаркеров BRCA1 и TOP2A и наличия в них мутаций. Иммуногистохимические исследования проводили стандартными методами применительно к биопсийному материалу, залитому в парафин с помощью моноклональных антител фирмы «Dako». Для изучения геномных нарушений использовалась методика флуоресцентной гибридизации *in situ* (FISH реакция). Оценка результатов проводилась с использованием флуоресцентного микроскопа Axioscop2Plus (Zeiss).



Высокая экспрессия BRCA1 и TOP2A выявлена у 5 и 4 пациентов соответственно. Низкая экспрессия этих маркеров обнаружена у 2 и 5 больных соответственно. Мутация в гене BRCA1 5382insC была выявлена у 1 больной. У нее в образцах опухолевой ткани отмечена потеря аллеля дикого типа, что является ключевым событием в генезе BRCA-ассоциированных опухолей. У данной больной, в возрасте 56 лет в анамнезе имеются признаки наследственного рака. Мутация в гене TOP2A была выявлена у 2 больных РПК—1 мужчины 47 лет и 1 женщины 52 года, при этом анамнестических данных о наличии наследственной предрасположенности к КРР не было выявлено.

Полученные данные показывают выраженную неоднородность экспрессии молекулярных маркеров при КРР, что говорит о биологической гетерогенности опухолей с различной чувствительностью к лекарственной терапии.

## Рецидивы рака прямой кишки после тотальной мезоректумэктомии

А.А. Невольских, Б.А. Бердов, Н.А. Горбань, Л.М. Кондрашова  
*ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России, Обнинск*

Актуальность. Данные рандомизированных исследований показывают, что расстояние от опухоли до циркулярной границы резекции (ЦГР) и наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы являются наиболее значимыми факторами, влияющими на возникновение местных рецидивов рака прямой кишки (РПК). Вместе с тем, существуют работы, которые показывают, что в условиях ТМЭ состояние лимфатических узлов не оказывает влияния на частоту местных рецидивов. Таким образом, остается неясным значение этого фактора в условиях современной хирургии, в частности у больных, перенесших оперативные вмешательства в объеме тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ).

Цель: ретроспективный анализ прогностических факторов, влияющих на возникновение местных рецидивов у больных, перенесших ТМЭ.

Материал и методы. В период 2000-2012 г. в ФГБУ МРНЦ было выполнено 150 радикальных оперативных вмешательств с применением техники ТМЭ и последующей оценкой состояния ЦГР. У 26 больных было проведено хирургическое лечение. В 93 случаях до операции больным была проведена лучевая терапия в СОД 25 Гр с дневным дроблением дозы (2,5x10). У 31 больного операции предшествовала пролонгированная лучевая терапия в СОД 50 Гр (2x25) в сочетании с химиотерапией препаратами фторпиримидинового ряда (5-фторурацил или кселода). Медиана возраста больных составила 65 лет (27-85), соотношение мужчины и женщин—1,2:1, медиана расстояния от нижнего полюса опухоли до анального края—8,0 см (0-15). У 29 больных имелась I (19,3%), у 48 (32,0%)—II, у 70 (46,7%)—III стадия заболевания. Медиана наблюдения составила 38 месяцев (1-156). Расстояние от опухоли до ЦГР определяли при микроскопическом исследовании.

Результаты. Расстояние от опухоли до ЦГР колебалось в пределах 0-25 мм (медиана 5 мм). У 19 больных (12,7%) значение латерального края было  $\leq 1$  мм. При сравнении этой группы больных с больными, у которых расстояние от опухоли до ЦГР было  $>1$  мм, были получены достоверные различия по частоте местных рецидивов (21% и 3%; OR 10,0 [95% ДИ 1,8-25,3];  $P=0,009$ ), отдаленного метастазиро-

вания (37% и 12%; OR 3,2 [95% ДИ 1,1-10,0]; P=0,003) и безрецидивной 5-летней выживаемости больных (49% и 82%;  $\chi^2=9,856$ , P=0,002). При многомерном анализе неблагоприятное влияние на частоту местных рецидивов оказывали только расстояние от опухоли до ЦГР <1мм (OR 5,5 [95% ДИ 1,3-22,2]; P=0,017) и низкая степень дифференцировки опухоли (OR 5,6 [95% ДИ 1,3-23,8]; P=0,018).

Выводы. Расстояние от опухоли до латерального края резекции  $\leq 1$  мм у больных резектабельным раком прямой кишки является ключевым прогностическим фактором, влияющим на частоту местных рецидивов, отдаленного метастазирования и выживаемость больных. Таким больным, показано проведение пролонгированной лучевой терапии в сочетании с химиотерапией и отсроченным оперативным вмешательством.

## Исследование содержания каталазы и раковоэмбрионального антигена и возможность прогнозирования развития первично множественного рака толстой кишки

Е.А. Никипелова, О.И. Кит, Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков, Д.А. Харатегзов  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Значение проблемы рака толстой кишки не снижается на протяжении многих лет и становится более актуальной в связи с ростом заболеваемости и увеличением частоты первично-множественного рака, который составляет 17% от всех полинеоплазий и считается одной из наиболее частых локализаций синхронных и метахронных опухолей (Вашакмадзе Л.А. и соавт., 2002; Чиссов и соавт., 2010).

Цель исследования: разработка способа прогнозирования развития первично-множественного рака толстой кишки на основе изучения содержания каталазы и раково-эмбрионального антигена.

Материалы и методы: 82 больных (основная группа) первично-множественным раком толстой кишки T1-4N0-1M0 в возрасте от 35 до 78 лет, гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. Из них у 66 (81%) больных — метахронный рак, у 15 (19%) — синхронный. 354 больных (контрольная группа) одиночным раком толстой кишки T1-4N0-2M0 ст1-3 в возрасте от 36 до 75 лет, гистологически — аденокарцинома. В ткани опухоли и в перифокальной зоне определяли активность фермента каталазы (Королюк М.А., Иванова Л.И., 1988) и рассчитывали соотношение активности фермента в ткани злокачественной опухоли к активности в перифокально расположенной ткани. При получении результата соотношения выше или равном  $1,0 \pm 0,2$  прогнозировали возможность развития метахронного рака толстой кишки. В ткани удаленной опухоли толстой кишки также исследовали содержание раково-эмбрионального антигена с использованием наборов для ИФА фирмы «Хема», инкубатор-мейкера «Biosun» на иммуноферментном планшетном анализаторе и промывочном устройстве «Тесан». Наблюдалось 18 больных метахронным раком толстой кишки и 134 больных одиночным раком толстой кишки.

Результаты исследования. Из 134 больных одиночным раком толстой кишки, у 119 больных — уровень РЭА составил  $454,5 \pm 50,2$  нг/г ткани, у 15 больных он не отличался от значений в группе больных метахронным раком толстой киш-



ки— $1186\pm 50,2$  нг/г ткани и выше, что дало возможность прогнозирования развития метастазной опухоли. Динамическое наблюдение за этими больными выявило появление у них в сроки от 1,5 до 2 лет метастазного рака толстой кишки.

При метастазном раке толстой кишки соотношение активности каталазы в ткани опухоли и перифокальной зоне составило  $1,0\pm 0,2$ . Из 354 больных одиночным раком толстой кишки, у 342 больных это соотношение составило  $0,5\pm 0,04$ , у 12—не отличалось от значений при метастазном раке. Динамическое наблюдение за этими больными выявило появление у 10 из них метастазной опухоли в сроки от 2 до 4 лет.

Выводы: определение соотношения активности каталазы в ткани опухоли и перифокальной зоне, раково-эмбрионального антигена в ткани опухоли позволяют прогнозировать вероятность развития метастазных опухолей толстой кишки. Полученные результаты позволяют формировать группы риска развития метастазной опухоли, что будет способствовать своевременной диагностике и улучшению результатов лечения больных.

## Прогностическое значение определения онкомаркеров для развития колоректального рака

Е. А. Никипелова, Е. Ф. Комарова, Е. М. Франциянц, Н. Д. Черярина  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава  
России, Ростов-на-Дону

Несмотря на достаточно большое число работ, в которых изучались опухолевые маркеры при раке толстой кишки, мнения об информативности различных опухолевых маркеров при раке желудка и толстой кишки весьма противоречивы, а в некоторых работах и противоположны (Белохвостов А.С., Румянцев А.Г., 2003; Spila A. et al., 2001; Duffy M. , 2001; Carpelan-Holmstrom M. et al., 2004).

Целью исследования явилось изучение некоторых опухолевых маркеров в ткани колоректального рака.

Материалы и методы. Методом ИФА мы изучили уровни молекулярных маркеров альфа-фетопротейна (АФП), Са-19.9 и Са-72.4 в ткани злокачественной опухоли прямой (30 образцов) и сигмовидной (25 образцов) кишки в зависимости от наличия или отсутствия у больных метастазов в печени, в ткани полипов прямой кишки (20 образцов) и соответствующих перифокальных зон. Возраст больных составил от 38 до 74 лет. Гистологическая верификация процесса—умереннодифференцированная аденокарцинома (T2-4N0-2M0-1). В качестве контрольных образцов использовали интактную ткань (15 образцов), полученную по линии резекции.

Результаты. Обнаружено снижение уровня маркеров в ткани злокачественной опухоли прямой кишки и ее перифокальной зоны больных с метастазами в печени относительно показателей в ткани больных без метастазов: уровень АФП, Са-72.4 и Са-19.9 снизился в 3,7 раза, 2,2 раза и 2 раза соответственно в ткани опухоли, а в ткани перифокальной зоны снижение отмечено для АФП и Са-72.4 в 7,8 раза и 1,8 раза соответственно. Соотношение уровня Са-19.9 в ткани опухоли и перифокальной зоны составило у больных с метастазами в печени 1,1, тогда как у больных без метастазов в печень—2,4. В ткани опухоли сигмовидной кишки и ее перифокальной зоны у больных с метастазами в печени не зарегистрировано достоверных измене-

ний уровня Са-19.9 относительно показателей в соответствующих тканях больных без метастазов, однако, найдено увеличение содержания маркера Са-72.4 в ткани опухоли в 2,4 раза, а в ткани перифокальной зоны—в 2 раза. Соотношение уровня Са-72.4 в ткани опухоли и линии резекции составило 10,5, тогда как у больных, не имеющих метастазов в печени—4,5.

Для выяснения патогенетической значимости указанных маркеров изучен их уровень в полипах толстой кишки. Найдено, что в ткани полипов уровень АФП не имел достоверно значимых отличий от показателя в интактной ткани. Содержание Са-72.4 и Са-19.9 было повышено в 3 раза и 3,6 раза соответственно, но оставалось ниже значений в ткани злокачественной опухоли в 3,6 и 2,1 раза соответственно. В ткани перифокальной зоны полипов содержание Са-72.4 было выше, чем в интактной ткани в 1,7 раза и ниже, чем в перифокальной ткани опухоли в 1,7 раза.

Выводы. Соотношение уровня Са-19.9 в ткани опухоли к уровню в перифокальной зоне является показательным для наличия метастазов рака прямой кишки в печени. Для сигмовидной кишки таким показателем является соотношение уровня Са-72.4 в ткани опухоли и ее перифокальной зоны. Анализируя полученные результаты можно отметить, что полипы по метаболическим характеристикам являются предраковыми новообразованиями.

## Хронофизиологический подход к профилактике колоректального рака

В.И. Овсянников, К.А. Шемеровский  
ФГБУ «НИИ экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Заболеваемость колоректальным раком в России ежегодно составляет около 55000 случаев. Заболеваемость населения Санкт-Петербурга колоректальным раком (более 2500 случаев в год) в 2007 году превысила все виды онкологической заболеваемости: колоректальный рак—2672 случая, рак молочной железы—2203 случая, рак легких—1847 случаев, рак желудка—1584 случая. Подходы к профилактике рака толстой кишки остаются мало изученными. Усилия онкологов направлены на раннюю диагностику уже возникшего рака толстой кишки (по наличию крови в стуле при кровоточащей опухоли или по эндоскопической картине при морфологическом повреждении слизистой оболочки толстой кишки), а также на лечение преимущественно поздних стадий (III и IV) колоректального рака. Следует отметить, что, по данным Rabeneck L (2008), из общего числа 97091 колоноскопий в 159 случаях имело место кровотечение, в 82 случаях—перфорация толстой кишки, а в 7 случаях—летальный исход, что свидетельствует об опасности инвазивного подхода в виде колоноскопии. В последние годы появились достоверные данные о том, что одним из ключевых факторов риска возникновения рака толстой кишки является нарушение регулярности ритма дефекации в виде хронического запора (Ривкин В, Л. и др. 2004, Маев И.В., 2005, Шемеровский К.А., 2005, Talley, 2009, Friess H, Schmid R, Perchel Ch, 2010).

Хронофизиологическое исследование регулярности функционирования кишечника показало, что ритм дефекации является одним из фундаментальных циркадианных ритмов (с периодом  $24 \pm 4$  часа) организма человека. Обследование 2500 врачей Санкт-Петербурга, Москвы и других городов России неинвазивным методом хроноэнтеро-



рафии позволило обнаружить физиологическую закономерность функционирования толстой кишки. Суть этой закономерности состоит в том, что ключевым фактором регулярности ректального ритма является своевременность акрофазы ритма дефекации. Физиологически нормальной является акрофаза, приуроченная к утренним часам. Несвоевременность акрофазы циркадианного ритма дефекации (отсутствие утреннего стула) является главным фактором риска запора. Ключевая роль акрофазы для регулярности ректального ритма обусловлена тем, что значимость соблюдения утренней акрофазы (48%) соизмерима с совокупной значимостью трех других факторов этой регулярности (адекватное питание—15%, достаточная физическая активность—18% и оптимальный период сна—19%). Эти исследования показали, что при соблюдении утренней акрофазы ритма стула риск нерегулярности ректального ритма минимален и не превышает 10%, а при отсутствии утренней акрофазы ритма стула—риск запора возрастает почти в четыре раза (до 40%). Ожирение (как фактор риска рака толстой кишки) у лиц без запора выявлялось в 7% случаев, а у лиц с запором—в 24% случаев, следовательно, запор повышает риск рака толстой кишки почти в 3 раза.

Хронофизиологический подход к профилактике колоректального рака (методом хроноэнтерографии) предполагает проведение неинвазивного скрининга и устранения нерегулярности ректального ритма—как одного из самых ранних (донозологических) факторов риска колоректального рака. Ранняя диагностика нарушения циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника (хронического запора) может служить одним из компонентов комплексной неинвазивной профилактики колоректального рака.

## **Особенности вариантной анатомии прямокишечных артерий в комбинированном лечении местнораспространенного рака прямой кишки**

М.С. Ольшанский, А.И. Жданов, Н.Н. Коротких, Р.В. Попов, О.В. Казарезов  
*БУЗ ВО ВОКБ № 1, Воронеж;*  
*ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ», Воронеж*

Колоректальный рак занимает 3 место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта и 45% среди новообразований кишечника. Значительная часть больных раком прямой кишки попадает в специализированные лечебные учреждения уже с местнораспространенными формами, при которых 5-летняя выживаемость составляет менее 30%.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов комбинированного лечения местнораспространенного рака прямой кишки с учетом особенностей ангиоархитектоники прямокишечных артерий.

В исследование включили 15 пациентов, с гистологически верифицированной аденокарциномой прямой кишки и клиникой обтурационной толстокишечной непроходимости. У всех больных провели селективную ангиографию нижней брыжечной артерии, верхней прямокишечной артерии (ВПКА), правой и левой внутренних подвздошных артерий, левой средней прямокишечной артерии (СПКА), нижних прямокишечных артерий (НПКА). После чего выполнили селективную масляную химиоэмболизацию доминантных артерий прямой кишки эмульсией оксалиплатина и липиодола (процедура RACHEL). Все больные были оперированы через 24-72 ч.

В 4 (26,7%) случаях наблюдали 3 ВПКА, отходящих отдельными стволами, в 2 (13,3%) случаях—2 крупных ствола, в остальных случаях имелся 1 ствол. Масляную химиоэмболизацию ВПКА проводили только после селективной катетеризации каждого ствола. Левая СПКА была менее вариабельна и хорошо развита у всех пациентов. Правая СПКА у 8 (53,3%) больных отсутствовала или была слабо развита. В этих случаях ограничились масляной химиоэмболизацией левой СПКА. НПКА у 8 (53,3%) больных являлась продолжением левой СПКА, а у 1 (6,67%) больного—продолжением ВПКА, поэтому суперселективную катетеризацию и масляную химиоэмболизацию НПКА осуществили только у 6 пациентов, у которых было отдельное отхождение НПКА от внутренней половой артерии. Никаких осложнений не было отмечено. У всех пациентов толстокишечная непроходимость разрешилась в течение 24ч. По данным МРТ через 3 дня после процедуры RACHEN у 10 больных отмечено уменьшение размеров лимфоузлов мезоректума, а в 14 случаях уменьшение объема опухоли на 35–40%. Полученные положительные результаты эндоваскулярного лечения явились основанием для выполнения вторым этапом радикальных хирургических вмешательств.

У 8 больных срок наблюдения составил 5 лет. В течение первых 3 лет после лечения общая и свободная от заболевания выживаемость составила 100%. Общая 5-летняя выживаемость составила 75%. Отдаленных метастазов за 5-летний период наблюдения не было отмечено ни в одном случае.

При выборе оптимального объема эндоваскулярного вмешательства ключевым моментом является изучение индивидуальной анатомии прямокишечных артерий. Вмешательства на СПКА возможны только с учетом индивидуальных анатомических особенностей кровоснабжения прямой кишки. Они являются существенным фактором улучшения непосредственных и отдаленных результатов комбинированного лечения местнораспространенного рака прямой кишки.

## **Результаты применения экстралеваторной экстрафасциальной брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки в лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала**

Р.Г. Пегов<sup>1,2</sup>, В.М. Терехов<sup>1</sup>, И.Г. Терентьев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер», Нижний Новгород;

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, Нижний Новгород

**Введение.** На фоне неуклонного роста заболеваемости раком прямой кишки и неудовлетворительных результатов комбинированного лечения продолжается поиск эффективных методов лечения, позволяющих увеличить безрецидивный период. Представленные T.Holm преимущества экстралеваторной экстрафасциальной брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки в случае рака нижнеампулярного отдела несомненно должны быть учтены, а сама методика широко внедряться в практику при невозможности сфинктеросохранного оперативного вмешательства.

**Цель исследования.** Изучить ближайшие результаты хирургического компонента лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала с применением экстралеваторной экстрафасциальной брюшнопромежностной экстирпации (ЭБПЭ) прямой кишки.



Материал и методы. В период 2010-2012гг в ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер» выполнено 54 ЭБПЭ прямой кишки, по методике, предложенной Т.Holm. Контрольную группу составили 33 больных, которым была выполнена стандартная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Средний возраст больных 1 группы составил  $66,7 \pm 9,5$  лет, в контрольной группе  $63 \pm 13,2$  лет. Соотношение женщин к мужчинам 36 к 18 в группе ЭБПЭ, против 21 к 12 в контрольной группе. 27,7% больных обеих групп проведена предоперационная ХЛТ. Средний послеоперационный койко-день в первой группе составил  $12,4 \pm 2,3$ , в контрольной группе  $14,9 \pm 1,5$ . Средняя продолжительность операции в 1 группе  $167,8 \pm 31,9$  мин., в контрольной—  $145 \pm 34,4$  мин.

Результаты. Интраоперационные осложнения (кровотечение, непреднамеренная перфорация кишки и опухоли) чаще возникали в контрольной группе (25%), чем в группе больных ЭБПЭ (5%). Положительная циркулярная граница резекции чаще выявлялась в контрольной группе (18%), чем в группе ЭБПЭ (9%). Вторичное заживление промежностной раны, формирование тазового абсцесса, послеоперационные кровотечения также чаще присутствовали в контрольной группе (41%), чем в 1 группе (11,9%,  $p < 0,05$ ). Средняя продолжительность операции в 1 группе выше, но достоверного отличия не было. Средний послеоперационный койко-день в группе ЭБПЭ достоверно ниже, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Среднее время нахождения больного в стационаре в 1 группе ниже  $24,5 \pm 3,8$ , чем в контрольной  $28,5 \pm 1,7$  ( $p < 0,05$ )

Выводы. Внедрение ЭБПЭ, предложенной Т.Holm, позволило снизить количество интра- и послеоперационных осложнений, уменьшить частоту положительной циркулярной границы резекции, а также сократить время нахождения больных в стационаре за счёт снижения срока послеоперационного периода. Необходимость перевода больного в положение «перочинного ножа» не сказывается на продолжительности операции.

## Результаты лечения диастатических разрывов толстой кишки при опухолевой толстокишечной непроходимости

С.И. Перегудов, Г.И. Синенченко, С.В. Коновалов  
*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

В последние годы частота встречаемости рака толстой кишки неуклонно растет. По данным литературы, диастатические разрывы встречаются 4% случаев осложнённого колоректального рака. Послеоперационная летальность при этом достигает 54%. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 304 больных острой толстокишечной непроходимостью, находившихся на лечении в клинике на базе СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. При этом диастатические разрывы толстой кишки наблюдались у 30 таких больных. Средний возраст их превысил 74 года.

Все 30 пациентов экстренно оперированы после короткой предоперационной подготовки. Опухоль, вызывавшая непроходимость, локализовалась в ректосигмоидном отделе (у 9 больных), сигмовидной (у 9) и нисходящей ободочной (у 1) кишках, в области селезеночного (у 7) и печеночного (у 3) изгибов, в поперечной ободочной кишке (у 1). При этом диаметр вышерасположенных отделов толстой кишки достигал 15 см. Полные диастатические разрывы слепой кишки развились у 8 пациентов, восходящей ободочной—у 2, поперечной ободочной—у 4, нисходящей ободочной—у

2, сигмовидной—у 6, множественные разрывы разных отделов толстой кишки—у 8. Размеры полных дефектов стенки толстой кишки варьировали от 2 до 15 мм, неполных—до 12 см. У 9 пациентов выявлены отдаленные метастазы колоректального рака, как правило, в печени. Индекс Манхаймера <20 имели 3 больных, от 20 до 30—9, >30—18 пациентов. Радикальные операции выполнены 12 больным: типа Гартмана—4, гемиколэктомия слева—3, справа—4, резекция поперечной ободочной и сигмовидной кишок—по 1 случаю. Различные варианты колостомии применены у 27 больных. Места разрывов удалены вместе с опухолью у 8 пациентов, ушиты—у 14 (в том числе экстраперитонизированы—у 5, выведены в виде колостомы—у 8). 12 больным выполнена назогастроинтестинальная интубация. Все оперативные вмешательства сопровождались санацией и дренированием брюшной полости.

Умерли после операции 18 пациентов (средний возраст их превысил 77 лет). Основная причина смерти—интоксикация на фоне гнойных осложнений и декомпенсации сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В раннем послеоперационном периоде у 19 больных развились инфекционные осложнения в виде нозокомиальной пневмонии (у 5), прогрессирующего перитонита (у 3), нагноения раны (у 4) и эвентрации (у 3). Несостоятельность швов культи толстой кишки развилась у 3 пациентов, несостоятельность швов ушитого диастатического разрыва слепой кишки—у одного (цекостома не накладывалась, место разрыва не экстраперитонизировали). Релапаротомия выполнена у 5, умерло 2 больных. Повторные операции включали зашивание участков несостоятельности швов (у 4 пациентов), устранение эвентрации (у 3). Смертельные тромбоэмболические осложнения возникли у 2 пациентов. У одного больного развился эрозивно-язвенный гастрит, осложненный желудочным кровотечением, успешно остановленным с помощью лечебной фиброгастроскопии. Таким образом, диастатические разрывы толстой кишки требуют дифференцированной хирургической тактики, которая в настоящее время не определена. По нашему мнению, перфорированные участки следует, по возможности, удалять вместе с опухолью или экстраперитонизировать с выведением разгрузочной колостомы.

## Клиническое значение предоперационного сывороточного уровня VEGF у пациентов с колоректальным раком

А. Т. Петров, Й. П. Йовчев, Г. А. Минков, Ст. Н. Николов, Ив. П. Овчаров  
*Университетская больница—Стара Загора, Болгария*

Данное исследование предназначено для определения влияния дооперационных сывороточных уровней VEGF и с результатом лечения.

Материалы и методы. С 2011 по 2013 г., проанализированы результаты лечения 41 больного с диагнозом колоректальный рак в хирургической клинике Университетской больницы—Стара Загора, Болгария.

Параллельно с этим, 40 пациентов были испытаны для определения среднего уровня индекса. Определение уровня индекса сделано через ELISA-метод.

Результаты. В начале более высокие уровни сыворотки крови у пациентов с колоректальным раком влияют на последующее выживание. Различия были обнаружены в подгруппах, определенных в зависимости от стадии заболевания и метастазов ( $P>0.001$ ).

Вывод. Предоперационные сывороточные уровни VEGF можно рассматривать как полезный диагностический индикатор.



## Сфинктеросохраняющий подход в хирургической реабилитации больных раком прямой кишки на уровне зубчатой линии

Д.Ю. Пикунов, Е.Г. Рыбаков, В.Н. Кашников, Ю.А. Джанаев  
ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии МЗ РФ», Москва

**Введение.** До настоящего времени при раке нижеампулярного отдела прямой кишки единственным радикальным методом хирургического лечения является экстирпация органа с формированием колостомы на передней брюшной стенке со всеми известными негативными последствиями этого вмешательства. В то же время, на основании морфологических исследований удаленных при экстирпации прямой кишки операционных препаратов, проведенных в ГНЦК, доказана онкологическая обоснованность сохранения элементов анального жома даже при локализации опухоли на уровне зубчатой линии.

**Материалы и методы.** В ГНЦК разработана операция—проктэктомия с удалением глубокой порции наружного сфинктера, дополненная формированием С-образного толстокишечного резервуара, концевой гладкомышечной манжетки и формированием колоанального анастомоза. В период с 2002 по 2011 год с использованием данной методики оперировано 60 пациентов по поводу рака прямой кишки на уровне зубчатой линии  $uT2-3N0M0$ , средний возраст которых составил 54 (29-75) лет. Тридцати двум пациентам проведен пролонгированный курс предоперационной химио-лучевой терапии. Во всех случаях производилось формирование превентивной стомы.

**Результаты.** Летальности не было. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 3 пациентов (дисфункция илеостомы, частичная ретракция низведенной кишки, длительный парез желудочно-кишечного тракта)—не потребовали повторных хирургических вмешательств. Гистологическое исследование удаленных препаратов показало, что стадия  $pT2N0$  была у 9 больных,  $pT2N1$ —у 2 пациентов ( $n=19$ ),  $pT3N0$ —у 13 больных,  $pT3N1$ —у 4 больных, у пациентов после предоперационной ХЛТ полная регрессия опухоли  $urT0N0$  зафиксирована у 3 больных,  $urT2N0$ —у 8 пациентов,  $urT3N0$ —у 16 больных,  $urT3N1$ —у 5 пациентов. Дистальная линия резекции составила  $2,0\pm 0,4$  (1,5-2,8) см, латеральная линия резекции— $0,8\pm 0,3$  (0,2-1,4) см. Все пациенты прослежены в сроки 10-86 месяцев с медианой 38 месяцев. У 3 пациентов выявлен рецидив рака в полости таза—выполнена экстирпация низведенной кишки. У всех остальных пациентов признаков рецидива заболевания не выявлено. 5-летняя актуаральная выживаемость составила  $73,4\pm 10,6\%$ . Функциональные результаты оценивались через 3, 6, 12, 24 месяцев после закрытия стомы при опросе и объективизировались с помощью анальной манометрии и электромиографии, качество жизни оценивали с помощью опросника FIQL. При динамической оценке отмечается стабильная тенденция к нарастанию активности и сократительной способности сохраненных порций наружного сфинктера. При этом отмечается незначительное снижение функциональных показателей у больных в группе с предоперационной ХЛТ по сравнению с необлученными пациентами, что, однако, значительно не влияет на качество жизни оперированных больных—результаты оценки FIQL практически идентичны в обеих группах. Все пациенты социально адаптированы, вернулись к выполняемой ранее работе.

**Выводы.** Разработанный метод хирургической реабилитации больных нижеампулярным раком прямой кишки на уровне аноректальной линии можно считать одной из альтернатив экстирпации прямой кишки у мотивированных больных, сочетающей в себе функциональную направленность без ущерба онкологическому радикализму.

## Ранняя выявляемость рака толстой кишки у жителей Краснодарского края (скрининговое исследование)

С.Н. Потемин, М.В. Казанцева, С.Е. Гуменюк  
ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1 МЗ Краснодарского края»

В России колоректальный рак (КРР) занимает второе место в общей онкологической заболеваемости. За прошедшие 15 лет изучены данные Популяционного ракового регистра Краснодарского края по заболеваемости КРР с учетом пола, возраста, локализации опухоли, стадии, морфологической верификации. За период с 1996 по 2011 г. заболеваемость раком ободочной кишки выросла на 54,4%, прямой кишки — на 39,1% и анального канала — на 0,2%. На фоне прироста показателей заболеваемости и смертности от КРР одногодичная летальность и запущенность снизились на 16 и 24% соответственно.

Целью исследования было выявить методом скрининга раннюю неопластическую патологию толстой кишки у жителей Краснодарского края.

Материалы и методы. С 1-го по 28 июля 2011 года в Клиническом онкологическом диспансере №1 г. Краснодара было организовано скрининговое исследование. О готовящейся акции объявлено заранее, и все желающие прошли обследование, которое включало консультацию проктолога, анкетирование, анализ кала на скрытую кровь, по показаниям колоноскопию с биопсией. Проанализированы данные 663 человек, из них женщин—519 (78,3%), мужчин—144 (21,7%). Средний возраст обратившихся составил  $61,7 \pm 10,8$  лет. Жалобы на хронические запоры предъявило 418 человек (63%).

Результаты. Положительных реакций кала на скрытую кровь выявлено 45 (6,78%). Этим 45 пациентам произведена фиброколоноскопия, которая выявила 28 ложноположительных реакций (62,2%), и 17 истинно положительных, из которых рак сигмовидной кишки I-II стадии у 8 (1,21% из 663 обследованных), полипы толстой кишки—у 4, геморрой—у 5.

Выводы.

1. Скрининг населения для выявления раннего колоректального рака экономически обоснован и необходим, так как позволил выявить и своевременно пролечить 12 (1,8%) человек с неопластическими заболеваниями толстой кишки.

2. Выявление и удаление аденоматозных полипов является важным фактором профилактики рака ободочной кишки.

3. Фоновые предраковые заболевания толстой кишки чаще возникают на фоне хронических запоров.

## Мультидисциплинарный подход в планировании и оценке результатов комбинированного лечения больных местнораспространенным раком прямой кишки

И.В. Правосудов, С.В. Канаев, И.И. Алиев, А.В. Мищенко, А.В. Шулепов  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Основной задачей хирургического лечения является достижение периферической границы резекции свободной от опухоли, т.к. именно это ассоциируется с низ-



кой частотой местных рецидивов. Краеугольным камнем в достижении этой цели является отношение опухоли к собственной фасции прямой кишки. Неоадьювантная химиолучевая терапия и соблюдение принципов онкологического радикализма уменьшают частоту местных рецидивов и улучшают отдаленные результаты лечения. Развитие магнитнорезонансной томографии позволяет более точно оценить степень местно регионарного распространения и сформулировать показания к комбинированному лечению больных раком прямой кишки.

**Цель исследования.** Оценка степени клинического и патологического регрессов опухоли у больных, подвергавшихся предоперационной химиолучевой терапии с последующей операцией по поводу местнораспространенного рака прямой кишки и их влияние на отдаленные результаты лечения.

**Материал и методы.** В исследование включены 132 больных без признаков генерализации процесса, с опухолью прямой кишки, расположенной на расстоянии не более 15 см от зубчатой линии. Все пациенты подвергались лечению, включавшему дистанционную лучевую терапию в СОД 50,4Гр на фоне приема препарата Capecatabine (Кселода) 825мг/м<sup>2</sup> с последующей операцией через 8 недель.

**Результаты.** По данным морфологического исследования удаленных препаратов качество резекций расценивалось как полное или почти полное, и циркулярная граница была свободна от опухоли у всех больных. Полный клинический регресс был достигнут у 16,5%, частичный регресс выявлен у 52,8% и стабилизация процесса у 30,7% больных. Патоморфологическое исследование удаленного препарата показало, что у 23% больных имел место полный, а у 51,2% — частичный регресс опухоли. Частота местных рецидивов уменьшалась с нарастанием степени регресса. При полном патологическом регрессе ни у одного больного не были выявлены признаки генерализации или местного рецидива опухоли.

**Выводы.** Степень регресса опухоли после предоперационной химиолучевой терапии четко коррелирует с частотой местных рецидивов и выживаемостью больных. Мультидисциплинарный подход позволяет сформулировать показания к комбинированному лечению, оценить качество резекций, степень регресса и тем самым улучшить результаты лечения больных раком прямой кишки.

## **Непосредственные результаты комбинированного лечения рака прямой кишки**

И. В. Правосудов, А. В. Гуляев, И. И. Алиев  
*ГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

**Цель работы:** уменьшение частоты интра и послеоперационных осложнений у больных с местнораспространенным раком прямой кишки.

**Материалы и методы.** Начиная с 2007 года по настоящее время 100 больных местнораспространенным резектабельным раком прямой кишки прошли полный курс комбинированного лечения. Критериями включения в исследование была установленная клиническая стадия заболевания как T2N+ или cT3–T4, любая N.

Среди прошедших полный курс лечения было 54 мужчины и 46 женщин в возрасте от 19 до 79 лет. В сроки от 6 до 12 недель от момента завершения химиолучевой терапии все больные подверглись хирургическому вмешательству с применением методики тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ).

Результаты. В 51 (51%) случаях выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, низкая передняя резекция произведена 44 больным (44%), в 4-х случаях (4%) выполнена брюшно-анальная резекция и по одному пациенту подверглись операции Гартмана и эвисцерации таза. В 15 (15%) случаях операция носила комбинированный характер и сопровождалась резекцией соседних органов.

С целью профилактики несостоятельности анастомоза после низкой передней резекции в 24 случаях операция завершилась формированием превентивной колостомы. Помимо этого у 8 больных разгрузочная колостома была сформирована ранее. Таким образом, всего 25 (56,8%) больным из 44 со сфинктеросохраняющими вмешательствами была сформирована разгрузочная колостома. Продолжительность оперативного пособия составила в среднем 162,5 минуты (60—380 минут). Средний объем кровопотери составил 446,1 мл (100—900 мл). Интра и послеоперационные осложнения возникли у 52 больных. В ходе операции перфорация опухоли произошла в 6-ти случаях. У одного пациента при выполнении абдоминального этапа БПЭ прямой кишки произошло повреждение мембранозной части уретры. Повреждение пресакрального венозного сплетения произошло в 2-х случаях и еще в 1-ом наблюдении отмечено повреждение левого мочеточника. В послеоперационном периоде различные осложнения отмечены у 49 (49%) больных. Из них у 14 осложнения в виде атонии мочевого пузыря или цистита имели временный, функциональный характер и на фоне медикаментозной терапии были купированы во всех случаях кроме одного, когда самостоятельное мочеиспускание не восстановилось в течение 3-х месяцев, и больному была сформирована эпицистостома. У остальных 35 больных осложнения распределялись следующим образом: несостоятельность межкишечного анастомоза выявлена в 6-ти случаях (13,6%) из 44 — после сфинктеросберегающих вмешательств. 3-м больным в связи с ранней кишечной непроходимостью, причиной которой в 2-х случаях был спаечный процесс и в 1-м случае ущемление петли тонкой кишки выполнены повторные операции. Еще у 2 больных возникла эвентрация петель кишки без перитонита. Двое больных после брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки были повторно оперированы по поводу внутрибрюшного кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Только 1 больной с развившимся перитонитом умер в послеоперационном периоде в стационаре. Гнойно-некротические осложнения выявлены у 45 больных. В 35 случаях отмечено нагноение промежностной раны и 10 больных имели нагноение раны брюшной стенки. В 5 случаях имелось сочетанное осложнение как со стороны промежностной, так и раны брюшной стенки.

## Меры профилактики осложнений лапароскопической лимфаденэктомии при раке прямой кишки

К.В. Пучков, Д.А. Хубезов, А.Ю. Огорельцев, Р.В. Луканин, Д.К. Пучков  
ГОУ ВПО «РязГМУ им. И.П. Павлова», Рязань;  
Центр клинической и экспериментальной хирургии, Москва, Россия.

До настоящего времени нет единого мнения относительно целесообразности выполнения лимфодиссекции (ЛД). Одни авторы настаивают на том, что ЛД должна стать такой же рутинной операцией при раке прямой кишки. Другие исследователи, напротив, считают ее не только бесполезной с точки зрения онкологии, но крайне рискованной, сопровождающейся большим числом осложнений.



Цель исследования. Разработать систему мер профилактики интра—и послеоперационных осложнений лапароскопической лимфодиссекции (ЛЛД).

Материалы и методы. Система мер профилактики интраоперационных осложнений заключалась в ранней идентификации или катетеризации мочеточников и в технике препаровки тканей «от сосуда». Для предупреждения лимфорееи тщательно коагулировалась рассекаемая клетчатка. С целью недопущения урогенитальных осложнений применялась нерв-сохраняющая техника.

За период 1999-2010 указанная техника применялась у 110 больных раком прямой кишки в возрасте 25-79 лет. Выполнены передняя резекция прямой кишки у 81 (80,9%) больных; операция «низведения» у 3 (2,7%) больных; операция Гартмана— у 3 (2,7%) пациентов, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки— 13 (11,8%). У 1 (0,9%) пациента имелась опухоль T1 стадии, у 8 (7,3%)—T2; у 80 (72,7%)—T3; у 21 (19%)—T4. При этом выполнены следующие комбинированные резекции: экстирпация и ампутация матки— в 11 наблюдениях; резекция мочевого пузыря— в 5 наблюдениях, резекция тонкой кишки— в 3 случаях. Нерв-сохраняющие операции выполнены у 7 (6,4%) пациентов.

Результаты. Летальных исходов не было. Зарегистрировано 3 (2,7%) интраоперационных осложнения (ранение аорты и мочеточника). Все осложнения удалось ликвидировать без конверсии: дефект аорты был закрыт пластиной «тахокомб», а дефекты мочеточника ушиты над катетером. Всего зарегистрировано 13 (11,8%) рецидивов болезни. Умерло 6 (5,5%) пациента в сроки от 24 до 48 месяцев после операции. 5-летняя выживаемость у прослеженных пациентов составила (75,5%).

Выводы. Использование нерв-сохраняющей техники, диссекции тканей «от сосуда» с тщательной коагуляцией пересекаемых лимфатических сосудов и ранняя идентификация мочеточников позволяет избежать интра- и послеоперационных осложнений ЛЛД.

## **Сфинктеросохраняющие операции после химиолучевой терапии рака прямой кишки**

А. О. Расулов, Ю. А. Шельгин, А. В. Бойко, И. В. Дрошнева  
*ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохин РАМН», Москва;*  
*ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» МЗ РФ, Москва;*  
*ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва*

Экстирпация прямой кишки по поводу рака носит калечащий характер и ограничивает дееспособность пациента, приводя к его изоляции от общества. Наряду с уменьшением частоты возникновения местных рецидивов после хирургического лечения рака прямой кишки пролонгированное предоперационное облучение уменьшает размеры первичной опухоли, создавая условия для выполнения сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств.

Цель: увеличение частоты выполнения сфинктеросохраняющих операций путем применения предоперационной химиолучевой терапии (ХЛТ) при раке прямой кишки (РПК).

Материалы и методы. С 2006 по 2011 гг. в протокол исследования по комплексному лечению включено 338 пациентов РПК T2-4N0-1, из которых 193 пациентов

направлены на ХЛТ (основная группа) и 145 получили хирургическое лечение (контрольная группа). Расстояние от ануса до опухоли составило в среднем—  $5,0 \pm 2,1$  см и  $6,9 \pm 2,8$  см. ХЛТ проводилась в режиме динамического фракционирования СОД 47 Гр, 5-ФУ СД 2,5-3 г, цисплатина СД—90 мг. Хирургическое вмешательство выполнялось через 5-7 недель после окончания ХЛТ. Всем пациентам проводилась послеоперационная химиотерапия в режиме Xelox или монокимиотерапия капецитабином.

Результаты. Регрессия стадии опухоли зарегистрирована у 66,4% облученных больных. В 72,1% наблюдений выявлен лучевой патоморфоз 1-3 степени по Mandard, что свидетельствует о значительном повреждении опухоли. В результате химиолучевого воздействия расстояние от края ануса до опухоли увеличилось с  $5,0 \pm 2,3$  до  $5,7 \pm 2,1$  см, а при нижеампулярном раке с  $3,8 \pm 1,2$  до  $4,4 \pm 1,1$  см.

Хирургические вмешательства выполнены 184 больным основной группы. У 10,3% (18/184) пациентов основной и 9,7% (14/145) контрольной группы произведены паллиативные операции. Регрессия опухоли оказала влияние на выбор вида хирургического вмешательства после проведения химиолучевой терапии. В основной группе выполнено достоверно больше оперативных вмешательств с сохранением естественного хода кишечника при нижеампулярном раке (0-5 см) в сравнении с контрольной группой (63,6% [63/99] и 18,4% [7/38], соответственно,  $p < 0.0001$ ), и достоверно больше сфинктеросохраняющих и реконструктивно-пластических операций среди которых преобладали проктэктомии с сохранением наружного сфинктера и тотальной аноректальной реконструкцией (18,2% [18/99] и 5,3% [2/38],  $p = 0.05$ ).

Осложнения, связанные с перенесенной операцией, развились у 23% и больных основной и 17,6%—контрольной группы,  $p = 0.25$ . В сроки 3-72 месяцев (медиана—26 мес.) рецидивы выявлены в 2,4% и 11,4% ( $p = 0.0031$ ), а метастазы—12,2% и 12,1% в основной и контрольной группе соответственно. Актуаральная трехлетняя выживаемость без признаков заболевания составила 81,8% и 77,1%, соответственно,  $p > 0.05$ .

Выводы. Предоперационная ХЛТ способствует выполнению достоверно большего количества сфинктеросохраняющих операций при нижеампулярном раке, не увеличивая количество послеоперационных осложнений и достоверно уменьшая частоту местных рецидивов в сравнении с контрольной группой.

## Первично-восстановительные операции с протективной колостомой при окклюзивном раке толстой кишки (РТК)

П. М. Русу, Н. Ф. Белев, М. И. Чебану, Г. Н. Н. В. Пынзарь, С. Штепа, В. В. Лаур, О. В. Патрашку, Ч. Д. Левка, Л. И. Гырляну  
ПМСУ Институт онкологии Республики Молдова, Кишинев

Недостатками многоэтапных операций (типа Цейдлер-Schloffer, Hartmann), применяемых в лечении окклюзивного РТК являются: длительность лечебного периода (2-5 месяцев), за который опухоль может стать неоперабельной; экономическая дороговизна; отрицательное воздействие на психику больного; более низкая пятилетняя выживаемость.

Альтернативой являются первично-восстановительные операции с протективной колостомой. За последние 15 лет в нашем институте такие операции проведены 44



больным (26 женщин и 18 мужчин). Возраст больных варьировал от 37 до 82 лет, средний возраст составил 65,4 лет. Во всех случаях первичная опухоль, осложненная субкомпенсированной кишечной непроходимостью, была расположена в левой половине толстой кишки (в 7 случаях—в поперечной ободочной кишке и в селезеночном изгибе, в 6 случаях—в нисходящей кишке и в 31 случае—в сигмовидной кишке). У всех больных выполнены радикальные первично-восстановительные операции (19 левосторонних гемиколэктомий и 25 резекций сигмовидной кишки) с Т-образным анастомозом и протективной колостомой на приводящей петле кишки. Послеоперационный период осложнился в 6 случаях нагноением лапаротомной раны, в 3 случаях—циститом, в 1 случае—тромбофлебитом нижних конечностей. Пассаж по кишечнику восстановился в разные сроки через колостому и *per versus naturalis*. Гистологическое исследование удаленных препаратов позволило уточнить стадию заболевания: I стадия (T1-2N0M0)—5(11,4%) случаев; II стадия (T3-4N0M0)—26(59,1%) случаев и III стадия (T1-4N1-2M0)—13(29,5%) случаев. Всем больным с III и 7 больным с II (T4N0M0) стадиями заболевания проводили от 3-х до 6-ти курсов адъювантной химиотерапии, без побочных эффектов и осложнений. В разные сроки (2-4 месяца) больным выполняли внебрюшинное закрытие колостомы. У двух (4,5%) больных наблюдали частичную несостоятельность швов колостомы с образованием свищей, в результате перевязок свищи закрылись консервативно.

После операций в разные сроки от метастатического прогрессирования заболевания умерло 16 больных, пятилетняя выживаемость составляя 63,6%, что существенно не отличается соответственно стадиям заболевания от выживаемости после одно- и многоэтапных операций.

Выводы: 1. Первично-восстановительные операции с протективной колостомой показаны при опухолях толстой кишки осложненных субкомпенсированной кишечной непроходимостью.

2. Частота послеоперационных осложнений и смертность при первично-восстановительных операциях с протективной колостомой достоверно не отличаются от таковых при многоэтапных операциях.

3. Пятилетняя выживаемость существенно не отличается соответственно стадиям заболевания от выживаемости после одно- и многоэтапных операций.

## **Радикальные хирургические операции при местноф распространённом раке толстой кишки**

П. М. Русу, Н. Ф. Белев, М. И. Чебану, Н. В. Пынзарь, Л. И. Гырляну, В. В. Лаур, О. В. Патрашку, Ч. Д. Левка

*ПМСУ Институт онкологии Республики Молдова, Кишинев*

В последнее время в Республике Молдова отмечается неуклонный рост заболеваемости раком толстой кишки (2002 г.—19,4‰, 2012г.—28,2‰). Наряду с этим фактом увеличивается и количество местно-распространенных случаев данной патологии. За последние 5 лет (2008-2012) в отделение проктологии Института Онкологии было госпитализировано 312 больных с местно-распространенным раком толстой кишки. Возможность выполнения радикальных операций (резектабельность) составила 50,6% (158 случаев), в остальных случаях определялось местная неоперабельность опухоли. Первичная опухоль располагалась в слепой (22 случаев), вос-

ходящей (24 случая), поперечно-ободочной (16 случаев), нисходящей (17 случаев) и сигмовидной (79 случаев) кишке. В опухолевый процесс были вовлечены петли тонкой кишки (38 случаев-24,1%), матка с придатками (31-19,6%), передняя брюшная стенка (28-17,7%), брыжейка других отделов кишечника (21-13,3%), мочевого пузыря (19-12%) и другие органы и ткани: (паранефральная клетчатка, желудок—21-13,3%). Характер радикальных хирургических операций: ПГКЭ—51 случай (32,3%), резекция поперечно-ободочной кишки—9 (5,7%), ЛГКЭ—52 (32,9%), резекция сигмовидной кишки—45 (28,5%). Эти операции комбинировали с удалением единым блоком вовлеченных в опухолевый процесс органов и тканей.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 12 (7,6%) случаях и не были связаны с объемом и характером операции. Послеоперационная смертность составила 2,5% и не отличается от таковой при стандартных по объему операциях (2,2%).

Гистологическое исследование послеоперационных препаратов подтвердило истинное прорастание опухоли в соседние органы и ткани только в 48,4 % случаев. В остальных 51,6% случаев опухолевое прорастание в удаленные соседние органы и ткани не было подтверждено гистологическими исследованиями, хотя визуально и пальпаторно во время операции распространенность опухоли не вызывала сомнений.

Выводы. 1. Доля местно-распространенных случаев рака толстой кишки остается высокой, несмотря на улучшение диагностики и профилактики.

2. Истинное опухолевое прорастание рака толстой кишки (подтвержденное впоследствии гистологическим исследованием) в соседние органы и структуры не всегда интраоперационно можно точно определить.

3. При местно-распространенных случаях рака толстой кишки показаны комбинированные операции с удалением единым блоком пораженных органов и тканей.

4. После комбинированных операций осложнения и смертность достоверно не отличаются от таковых при стандартных операциях.

## Оптимизация периоперационного периода при хирургическом лечении местнораспространенного рака прямой кишки

С.И. Савосина, С.Г. Афанасьев, С.В. Авдеев  
ФГБУ «НИИ онкологии СО РАМН», Томск

В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости рака прямой кишки (РПК). Современная хирургическая стратегия при РПК подразумевает выполнение обширных вмешательств с принципиальной аорто-подвздошной лимфодиссекцией, зачастую с резекцией смежных органов, что предъявляет особые требования к адекватности анестезиологического пособия.

Цель исследования: оценить эффективность мультимодальной аналгезии при радикальных операциях по поводу рака прямой кишки.

Материал и методы. В исследование включены 34 пациента РПК, которые были распределены на 2 группы: основная группа (n=10), в которой выполнялись радикальные операции, с применением комбинированной мультимодальной анестезии, контрольная группа (n=24)—оперативное вмешательство со стандартным анестезиологическим сопровождением. В предоперационном периоде всем пациентам про-



ведена дистанционная лучевая терапия СОД 40-60 Гр. Во время хирургического вмешательства выполнялась принципиальная аорто-подвздошная лимфодиссекция. Методика комбинированной мультимодальной анестезии включает катетеризацию эпидурального пространства на уровне Th10-11 с постоянным инфузией анальгетической смеси по схеме Бревика, в течении 20 минут скорость введения 15 мл/час, затем она уменьшается до 5-8 мл/ч. Премедикация, индукция—стандартные. Эндотрахеально осуществлялась ингаляция севорана 1,5-0,7 об %. Во контрольной группе катетеризация эпидурального пространства не проводилась. Премедикация, индукция, поддержание анестезии—аналогичные. В основной группе эпидуральная анальгезия продолжена в ближайшем послеоперационном периоде способом постоянной инфузии с помощью одноразовой микроинфузионной помпы по схеме Бревика. В группе контроля послеоперационное обезболивание проводится с помощью наркотических и ненаркотических анальгетиков.

**Результаты.** При оценке адекватности анестезии по интраоперационному мониторингу (ЭКГ, инвазивное АД, ЧСС, SpO<sub>2</sub>), на всех этапах исследования: до операции и на этапах ее выполнения (лапаротомия, мобилизация препарата, ушивание операционной раны) отмечается более гладкое течение в основной группе. В контрольной группе отмечено колебания среднего артериального давления, ЧСС на этапах чревосечения и лимфодиссекции. Оценка выраженности острого послеоперационного болевого синдрома по десятибалльной визуально-аналоговой шкале проводилась в несколько этапов: по окончании операции, на 1-е и 3-е сутки послеоперационного периода. В основной группе послеоперационный болевой синдром достоверно ниже. При анализе расхода наркотических и ненаркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде в основной группе отмечается более низкая потребность этих препаратов. Пациентам основной группы практически не потребовалось проведение продленной ИВЛ в отделении анестезиологии реанимации. Послеоперационных нехирургических осложнений не было.

**Выводы.** Применение мультимодальной анестезии (ингаляционная анестезия севораном с продленной эпидуральной анестезией) у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки, позволяет обеспечить достаточный уровень анестезии и анальгезии без применения наркотических анальгетиков, уменьшает необходимость продленной ИВЛ. Полученные предварительные результаты позволяют рассматривать методику как эффективную. Планируется дальнейшее исследование.

## **Исследование герминальных мутаций в гене APC у российских пациентов с классической формой семейного аденоматоза толстой кишки**

И. Ю. Сачков, Ю. А. Шелыгин, В. Н. Кашников, С. А. Фролов, А. М. Кузьминов,  
В. П. Шубин, Н. И. Поспехова, А. С. Цуканов  
*ФГБУ «ГНЦК» МЗ РФ, Москва*

Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК)—это наследственный синдром, который является важным фактором риска рака толстой кишки. Приблизительно 1% от всех случаев рака толстой кишки связан с этим синдромом. Классическая форма заболевания клинически представлена сотнями или даже тысячами полипов, которые развиваются уже после первой декады жизни. При этой форме САТК коли-

---

чество пораженных родственников в одной семье, как правило — два и более. Данная форма преимущественно вызывается мутациями в гене APC (частота мутаций в этом гене в разных популяциях составляет от 40 до 75%).

Исследование первичной структуры гена APC проводилось в образцах крови 20 пациентов с классической формой САТК. У 4 пациентов из этой выборки не было родственников с САТК, у 3 было по 1 пораженному родственнику у остальных по 2 и более пораженных родственников. Методом полимеразной цепной реакции с использованием 32 пар праймеров (9 кодирующий экзон был разбит на 2, а последний — на 17 фрагментов) амплифицировали все 15 кодирующих экзонов гена APC с примыкающими частями интронов (50—100 п. н.). Варианты первичной структуры амплифицированных фрагментов ДНК гена APC выявляли с помощью конформационно-чувствительного электрофореза. Фрагменты ДНК с электрофоретически обнаруженными вариантами секвенировали по двум комплементарным цепям.

В группе из 20 пациентов было обнаружено 14 (70%) патогенных мутаций в гене APC. Таким образом, можно говорить о высоком проценте мутаций в гене APC в российской популяции в сравнении с другими популяциями. Среди обнаруженных мутаций встретились 6 стоп-кодонов, 6 делеций и 2 мутации сайта сплайсинга. Интересным является тот факт, что среди 4 пациентов без пораженных родственников встретилось 3 мутации, что с высокой долей вероятности может указывать на их возникновение *de novo*. Из 14 выявленных нами мутаций 4 (28,5%) не встречались в выборках больных САТК в других популяциях и были описаны нами впервые. Стоит отметить, что ни одна из обнаруженных нами мутаций не встретилась два и более раз, а также тот факт, что они располагались практически по всей длине первичной структуры гена APC (со 141 по 1344 кодоны).

Полученные данные говорят о необходимости исследования всех кодирующих экзонов гена APC у российских больных классической формой семейного аденоматоза толстой кишки.

## **Показания к хирургическому лечению пациентов с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки при дисплазиях слизистой оболочки**

И.Е. Седаков, А.В. Борота, Г.Е. Полунин, А.Г. Гринцов, И.А. Плахотников  
*Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького, Донецкий областной противоопухолевый центр*

Больные с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки (НВЗТК) находятся в группе повышенного риска развития рака толстой кишки (РТК), подтверждая, что хроническое воспаление способствует развитию опухолей. Дисплазия является предшественником и одновременно спутником рака. Частота дисплазии слизистой толстой кишки (ТК) при НВЗТК, по данным литературы, колеблется в широком диапазоне от 15% до 70% и связана в основном с длительностью заболевания. Прогностическая роль дисплазий при НВЗТК остается предметом продолжающейся дискуссии, так как время, в течение которого дисплазия перерождается в карциному, и частота такого перерождения до настоящего времени остаются неизвестными. Проведен анализ лечения 1020 больных НВЗТК: 690 (67,6%) с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и 330 (32,4%) с болезнью



Крона (БК). Возраст дебюта НВЗТК колебался от 4 до 80 лет (в среднем составил  $39,7 \pm 0,5$  лет):  $38,9 \pm 0,6$  для НЯК и  $41,3 \pm 0,8$  для БК. Наибольшее число больных наблюдалось в наиболее работоспособной возрастной группе 20-59 лет, общее количество которой составил 801 ( $78,5 \pm 1,3\%$ ) пациент. Для единой трактовки и установления последовательности нарастания степеней тяжести предраковых изменений, по нашему мнению, целесообразно применять общепринятые микроскопические признаки дисплазии эпителия ТК с количественным их выражением. РТК наблюдали у 39 пациентов: 27 ( $69,2 \pm 7,4\%$ ) с НЯК и 12 ( $30,8 \pm 7,4\%$ ) с БК. Воспалительные псевдоопухоли (ВПО)—у 44 пациентов: 13 ( $29,5 \pm 6,9\%$ ) с НЯК и 31 ( $70,5 \pm 6,9\%$ ) с БК. Полипоз толстой кишки (ПТК)—у 35 пациентов: 27 ( $77,1 \pm 7,1\%$ ) с НЯК и 8 ( $22,9 \pm 7,1\%$ ) с БК. Кроме того, псевдополипоз (ПП) выявлен у 210 ( $20,6 \pm 1,3\%$ ) пациентов: 152 ( $72,4 \pm 3,1\%$ ) с НЯК и 58 ( $27,6 \pm 3,1\%$ ) с БК. У каждого 5 пациента в сроки от 2 до 12 лет после дебюта НВЗТК обнаруживали различную степень дисплазии ТК. При РТК имеет место тенденция к увеличению частоты выявления дисплазии при НЯК по сравнению с БК. Так дисплазия слизистой ТК за пределами опухоли выявлена у 26 ( $96,3 \pm 3,6\%$ ) пациентов с НЯК и 10 ( $83,3 \pm 10,6\%$ ) с БК ( $p > 0,05$ ). При ВПО дисплазия выявлена у 10 ( $76,9 \pm 11,7\%$ ) пациентов с НЯК и 27 ( $87,1 \pm 6,0\%$ ) с БК ( $p > 0,05$ ). При ПТК—у 14 ( $51,9 \pm 6,9\%$ ) с НЯК и 4 ( $50,0 \pm 17,7\%$ ) с БК ( $p > 0,05$ ). При ПП—у 28 ( $18,4 \pm 3,1\%$ ) с НЯК и 20 ( $34,5 \pm 6,2\%$ ) с БК ( $p < 0,05$ ). У оставшихся пациентов, дисплазия слизистой ТК обнаружена в 40 ( $8,5 \pm 1,3\%$ ) случаях при НЯК и 16 ( $7,2 \pm 1,7\%$ ) с БК ( $p > 0,05$ ). Таким образом, частота выявленных случаев дисплазии при БК ( $23,3 \pm 2,3\%$ ) достоверно выше, чем при НЯК ( $17,7 \pm 1,4\%$ ) ( $p < 0,05$ ). Время, прошедшее от дебюта НВЗТК до диагностики дисплазии в группе с РТК в среднем составило  $12,8 \pm 1,2$  лет, ВПО— $2,9 \pm 0,9$  года, ПТК— $5,5 \pm 1,2$  года, ПП— $4,5 \pm 1,0$  лет, у оставшихся 56 пациентов с выявленной дисплазией слизистой ТК— $7,2 \pm 2,1$  лет. При обнаружении дисплазии II-III степени, мы считаем необходимым выполнение оперативного вмешательства в радикальном объеме. При обнаружении дисплазии I степени считаем возможным наблюдение данной категории больных в течение 2-3 месяцев для проведения противовоспалительного лечения с последующим выполнением повторной колоноскопии с биопсией. При получении аналогичного результата выставляем абсолютные показания к оперативному вмешательству.

### **Тотальная мезоректумэктомия с применением водоструйной диссекции при раке прямой кишки: клинические и патоморфологические результаты**

Д.В. Сидоров, Г.А. Франк, О.А. Майновская, М.В. Ложкин, Н.А. Гришин,  
Л.О. Петров, А.А. Троицкий, М.А. Черниченко

*ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена»  
МЗ РФ*

Методика ТМЭ подразумевает мобилизацию прямой кишки острым путем под контролем зрения в пределах мезоректальной фасции, с сохранением элементов вегетативной нервной системы таза. В данной работе мы приводим собственный—первый в России—опыт применения водоструйного диссектора ERBEJET2® в ходе выполнения оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки.

Материалы и методы. Методика водоструйной диссекции на этапе мобилизации препарата применена нами у 5 больных раком прямой кишки. Средний

возраст больных составил  $58,3 \pm 14,2$  лет (47-78). Удаленные препараты подвергались морфологическому исследованию. Для оценки качества хирургического лечения были использованы критерии, разработанные в исследованиях Ph. Quirke. Кроме этого, при микроскопическом исследовании циркулярного края резекции, помимо определения хирургического клиренса, оценивали выраженность и глубину повреждения ткани мезоректума. Для сравнения были выбраны две контрольные группы по 5 больных, у которых мобилизация прямой кишки производилась с применением монополярного коагулятора и гармонического скальпеля. Исследованные группы были сопоставимы по гендерному составу, возрасту, локализации и распространенности опухоли. Предоперационная лучевая терапия не проводилась ни одному из 15 пациентов. Все оперативные вмешательства выполнялись одной бригадой хирургов.

**Результаты.** Средняя продолжительность операции составила  $143 \pm 39,1$  минуты. Объем кровопотери оценен как минимальный во всех 5 случаях. Интраоперационных осложнений не зафиксировано. Течение послеоперационного периода гладкое у всех больных. Дизурических нарушений не было. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре — 9 дней (7-11). При морфологическом исследовании качество мезоректумэктомии было оценено как хорошее (Grade 3) у всех 5 пациентов. Среднее количество исследованных лимфоузлов составило  $24,2 \pm 6,4$ . В двух контрольных группах качество мезоректумэктомии также было оценено как хорошее (Grade 3) у всех 10 пациентов. В группе больных, у которых мобилизация прямой кишки выполнялась с применением водоструйной диссекции, повреждения тканей (фасции и клетчатки) практически не отмечалось. Наибольшее повреждение ткани по латеральному краю резекции отмечалось при использовании монополярного коагулятора. Глубина термического повреждения ткани составила от 1,7 до 3,0 мм. Латеральное повреждение тканей при мобилизации прямой кишки при помощи гармонического скальпеля были менее выражены, чем при использовании монополярного коагулятора. Максимальная глубина повреждения ткани составляла от 1,0 до 1,5 мм.

**Заключение.** Таким образом, наш первый опыт применения водоструйного диссектора в ходе тотальной мезоректумэктомии свидетельствует о безопасности и эффективности данной методики. Отсутствие эффекта латерального термического повреждения тканей (в первую очередь — элементов вегетативной нервной системы таза) позволяет использовать данный метод диссекции в «критических точках» мезоректумэктомии без риска повреждения названных структур.

## **Возможности реконструкции мочевыделительной системы после тотальных экзентераций малого таза по поводу местнораспространенных опухолей прямой кишки**

Д. В. Сидоров, Б. Я. Алексеев, Н. А. Гришин, М. В. Ложкин, А. А. Троицкий, Л. О. Петров, М. А. Черниченко  
ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена»  
МЗ РФ

Несмотря на существенное улучшение результатов хирургического лечения рака прямой кишки (РПК), достигнутое за последние два десятилетия, местные рециди-



вы опухоли развиваются у 5-10% больных. С другой стороны, не менее чем у 15-30% первичных больных РПК диагностируются местнораспространенные опухоли, вовлекающие соседние тазовые органы. Мультивисцеральные резекции, в том числе экзентерации малого таза (ЭМТ) остаются единственным методом спасения данной группы пациентов.

**Материалы и методы.** Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты 14 тотальных экзентераций малого таза. В эту группу вошли 6 пациентов (5 мужчин, 1 женщина) с первичными опухолями прямой кишки и 8 больных (7 мужчин, 1 женщина) с рецидивами РПК. Обеим женщинам выполнены инфралаваторные тотальные экзентерации малого таза (брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, экстирпация матки с придатками, экстирпация влагалища, цистэктомия). Деривация мочи обеспечена путем формирования тонкокишечного резервуара по Брикеру. У 6 мужчин после тотальной экзентерации малого таза реконструкция мочевыделительной системы выполнена путем формирования резервуаров из сегмента тонкой (у 4 больных) или толстой (у 2 пациентов) кишки. У 3 пациентов деривация мочи была обеспечена путем билатеральной уретерокутанеостомии. Супралаваторные тотальные экзентерации малого таза удалось выполнить 5 мужчинам. Во всех случаях выполнена пластика сегментом тонкой кишки по Studer и колоанальные анастомозы.

**Результаты.** Средняя продолжительность операции составила  $403 \pm 133,1$  минуты (от 240 до 680). Средний объем кровопотери—5169 мл (от 1200 до 15000). По данным планового морфологического исследования удаленных препаратов, R0 резекции удалось выполнить в 11 (78,5%) случаях. Наличие микроскопических очагов опухолевого роста по латеральному краю резекции было выявлено у 3 (21,5%) пациентов (R1). У 6 пациентов имели место раневые осложнения (несостоятельность швов апоневроза, нагноение послеоперационной раны). У 4 пациентов развились урологические осложнения. Отдаленные результаты прослежены у 12 пациентов в сроки от 18 до 560 месяцев после операции (медиана—32 месяца). Общая выживаемость в эти сроки составила 83,3% (10 больных). Безрецидивная выживаемость—75% (9 пациентов). У двух больных развился рецидив опухоли (в обоих случаях—после R1 резекций), еще у одного отмечена генерализация опухолевого процесса (билобарное метастатическое поражение печени). Влияния объема реконструктивного этапа вмешательства на отдаленные результаты не отмечено. Функциональные результаты оцениваются как хорошие у всех пациентов после ортотопической пластики мочевого пузыря, все 5 больных самостоятельно удерживают мочу.

**Заключение.** Выполнение экзентераций малого таза при запущенных рецидивных опухолях прямой кишки позволяет рассчитывать на радикальное удаление опухоли и, как следствие, на длительное излечение этой крайне тяжелой группы больных. Выполнение полноценной реконструкции мочевыделительной системы позволяет рассчитывать на улучшение качества жизни больных без отрицательного влияния на онкологические результаты.

## Микроскопическая оценка хирургического лечения рака прямой кишки

Д.В. Сидоров, О.А. Майновская, М.В. Ложкин, Н.А. Гришин, Л.О. Петров, А.А. Троицкий  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава РФ, Москва

Хирургическое вмешательство до настоящего времени остается основным эффективным методом лечения рака прямой кишки. С внедрением методики ТМЭ особое значение стало придаваться морфологическому контролю объема удаленной мезоректальной клетчатки и исследованию циркулярного (латерального) края резекции (CRM). Наличие элементов опухоли непосредственно в циркулярном крае резекции либо вблизи него (на расстоянии 1-2 мм) значительно повышает риск развития местного рецидива, и расценивается как положительный.

**Материалы и методы.** В исследование включено 112 пациентов, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 2006 по 2009 год с гистологически верифицированным аденогенным раком прямой кишки и локализацией дистального полюса опухоли на расстоянии не более 15 см от аноректальной линии.

В группу исследования вошли 60 (53,6%) женщины и 52 (46,4%) мужчины в возрасте от 31 года до 84 лет (средний возраст  $59,9 \pm 10,9$ ). В 48 (42,9%) случаях опухоль локализовалась в нижнеампулярном, в 47 (42,0%) — в среднеампулярном и у 17 (15,1%) больных — в верхнеампулярном отделе прямой кишки. Всем больным проводились различные виды оперативного вмешательства с обязательным выполнением ТМЕ. 79 (70,5%) пациентам выполнены сфинктерсохраняющие операции.

**Результаты.** В 34 случаях (30,4%) опухоль располагалась на переднебоковых стенках прямой кишки, в 33 (29,5%) — на заднебоковых стенках, и в 45 наблюдениях (40,1%) была циркулярной. Опухоль размером 5,0 см. и более определялась в 48 (42,8%) наблюдениях, менее 5,0 см. — в 64 (57,2%). При морфологическом исследовании положительный циркулярный край резекции (CRM+) был выявлен в 40 (35,7%) удаленном препарате: в 20 случаях при выполнении сфинктерсохраняющих операций и в 20 — при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

При проведении многофакторного анализа вероятность положительного циркулярного края резекции (CRM+) была значительно выше в группе пациентов с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов ( $p < 0,001$ ; OR=7.43; 95% ДИ 2.46–22.47), при увеличении уровня опухолевой инвазии ( $p = 0,030$ ; OR=3.26; 95% ДИ 1.12–9.48). Риск выполнения микроскопически нерадикального хирургического вмешательства (R1) значительно возрастал в группе больных, у которых качество ТМЕ было оценено как Grade 1 (неполная мезоректумэктомия) по сравнению с хорошим качеством ТМЕ — Grade 3 ( $p < 0,001$ ; OR=15.26; 95% ДИ 3.32–70.2). Вместе с тем, вид проведенного лечения, тип оперативного вмешательства, а так же расстояние опухоли от ануса не оказывали статистически значимого влияния на риск возникновения положительного циркулярного края резекции при выполнении ТМЕ.

В течение первых трех лет наблюдения в группе пациентов с CRM- нами не было выявлено развитие местного рецидива, в то время как в группе с положительным краем резекции местный рецидив был диагностирован в 4 (10%) наблюдениях.

**Заключение.** Циркулярный край резекции является наиболее важным прогностическим фактором развития местного рецидива при РПК. Наиболее часто положительный CRM возникает при выполнении брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, что диктует необходимость в разработке новых хирургических подходов при опухолях данной локализации.



## Клиникоморфологические результаты выполнения нервосберегающих оперативных вмешательств при раке прямой кишки

Д.В. Сидоров, Н.А. Гришин, А.А. Троицкий, О.А. Майновская, М.В. Ложкин, Л.О. Петров  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава РФ, Москва

**Актуальность.** Одними из наиболее частых осложнений после выполнения операций на прямой кишке являются дизурические расстройства, в том числе и развитие нейрогенного мочевого пузыря вследствие интраоперационной травматизации элементов вегетативной нервной системы таза (ВНСТ). Вместе с тем, в связи с анатомо-топографическим взаимодействием, выполнение операций, связанных с сохранением элементов ВНСТ, позволяет корректно выполнить тотальную мезоректумэктомию (ТМЭ).

**Материалы и методы.** С 2009 по 2012 г. в МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу рака ниже- и среднеампулярного отдела прямой кишки нерво-сохраняющие операции выполнены 39 пациентам (мужчин—23). Средний возраст составил  $61.38 \pm 9.48$  лет ( $\text{mean} \pm \text{SD}$ ) (интерквартильный размах 35-77 лет). Всем пациентом, с учетом локализации опухоли, была выполнена ТМЭ. Функциональные результаты оценивались при помощи анкет—опросников (IPSS, МИЭФ-5, ХП-СХТБ) и результатов урофлоуметрии как до, так и после операции. Оценка качества ТМЭ производилась по разработанной в институте МНИОИ им. П.А.Герцена методике.

**Результаты.** Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $265.5 \pm 76.94$  минут (min 165 минут, max 550 минут). При этом увеличение длительности, в первую очередь, связана с выполнением комбинированных и реконструктивно-пластических этапов операции. Продолжительность стандартного оперативного вмешательства составляла  $216.7 \pm 47.68$  минут и не превышала 300 минут. Объем интраоперационной кровопотери составил в среднем  $498.6 \pm 440.2$  мл (min—50 мл, max—1800 мл). Увеличение объема кровопотери в основном наблюдалось при комбинированных вмешательствах, особенно, при резекции печени или лимфаденэктомии. Средний объем кровопотери при выполнении стандартных вмешательств составил  $361.4 \pm 322.2$  мл. В послеоперационном периоде у всех пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание сразу после первого удаления трансуретрального катетера. У всех больных на 2-4 сутки после удаления мочевого катетера объем остаточной мочи не превышал 50-70 мл. Во всех наблюдениях больные ощущали позывы на мочеиспускание. Результаты урофлоуметрии на до- и в послеоперационном периоде статистически значимо не отличались между собой.

При оценке качества ТМЭ в 43.6% наблюдений оно было оценено как Grade 3 и только в 10.3% как Grade 1, что было связано с первичной распространенностью опухолевого процесса.

Отдаленные результаты лечения отслежены у всех пациентов. Медиана прослеженности составила 29 мес (min—6 мес, max—41 мес). Ни в одном наблюдении не было выявлено возврата заболевания по ходу элементов вегетативной нервной системы таза (парааортально, в подвздошных областях, в области тазового сплетения).

Таким образом, применение техники нерво-сберегающих оперативных вмешательств приводит к снижению частоты развития мочевых расстройств и тем самым улучшает качество жизни оперированных больных. Вместе с тем, использование техники нервосохраняющих операций позволяет выполнить адекватную ТМЭ, и тем самым снизить частоту развития местных рецидивов.

---

## Опухоли червеобразного отростка. От динамического наблюдения до циторедуктивной хирургии

Д. В. Сидоров, Н. А. Гришин, Т. А. Белоус, М. В. Ложкин, А. А. Троицкий, Л. О. Петров  
ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена»  
МЗ РФ

Опухоли червеобразного отростка составляют менее 1% всех ЗНО. Спектр морфологических вариантов достаточно широк — от нейроэндокринных опухолей GEP- NET, которые составляют 45-75% всех опухолей APUD- системы до перстневидно-клеточного рака. 5-летняя выживаемость достоверно коррелирует с морфологическим типом, стадией, степенью дифференцировки и объемом выполненной операции. Острый аппендицит чаще развивается при карциноидных опухолях до 70% и, в целом, у 50% больных этой группы.

Нами накоплен опыт лечения 28 больных с карциноидом и муцинозными опухолями червеобразного отростка. У 9 больных была диагностирована нейроэндокринная опухоль. Из 19 больных со слизеобразующими опухолями в 16 наблюдениях имела место аденокарцинома (МАК) и в 3 цистаденома (МЦА), чаще упоминающаяся как «миксома».

Основная сложность при неэпителиальных опухолях отростка — выбор оптимальной тактики, основанный на следующих критериях — статус края резекции, размер опухоли, инвазия стенки и брыжеечки, дифференцировка опухоли по степени экспрессии Ki-67. На основании анализа этих показателей 4 пациентам была выполнена лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия. У двух больных при морфологическом исследовании выявлены микрометастазы опухоли в лимфоузле брыжейки кишки. 5 больных оставлены под динамическое наблюдение с мониторингом уровня метаболитов серотонина- хромогранина А, NSE и 5-гидроиндолуксусной кислоты. Все больные живы без признаков прогрессирования. Медиана наблюдения составила 28,3(6-58) месяцев. У 16 больных муцинозными опухолями имела место т.н. «псевдомиксома» брюшины. Всем им была выполнена субтотальная париетальная перитонэктомия, экстирпация большого сальника и интраоперационная ФДТ. Кроме того, в объем операции вошли правосторонняя гемиколэктомия у 7, резекция мочевого пузыря — 3, аппендэктомия — 2, резекция тонкой кишки — 3, декапсуляция печени — 2, резекция диафрагмы — 2 больных. Ранее аппендэктомия произведена в 6 случаях. В 17 наблюдениях операция начиналась с флюоресцентной лапароскопии для определения индекса перитонеального канцероматоза (PCI), среднее значение которого составило  $17,8 \pm 11,5$  (от 4 до 39). 2 больным с МЦА выполнена лапароскопическая аппендэктомия и одной с МАК лапароскопически ассистированная гемиколэктомия. На основании морфологического исследования у 8 больных изменения брюшины расценены как аденомуциноз и они оставлены под динамическое наблюдение, у другой половины установлен канцероматоз — им после реабилитации проводилась ПХТ. Полнота циторедукции определялась по классификации СС и составила СС0 у 7, СС1-1пациент, СС2- и СС3 у четверых больных. В настоящее время 12 больных живы без прогрессирования, 2 оперированы по поводу продолженного роста, 2 погибли от прогрессирования заболевания. Медиана наблюдения составила 29 месяцев (от 3 до 84), медиана выживаемости, соответственно, не достигнута.

Таким образом, опухоли червеобразного отростка, несмотря на общность локализации, весьма разнообразны по клиническим проявлениям и ведение больных, в зависимости от морфологической структуры, предусматривает как строгое динамическое наблюдение, так и агрессивную хирургическую тактику.



## Диагностика диастатических разрывов толстой кишки при опухолевой толстокишечной непроходимости

ОНКОПРОКТОЛОГИЯ

Г.И. Синенченко, С.И. Перегудов, А.В. Пирогов

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Несмотря на совершенствование методов диагностики колоректального рака, среди впервые выявленных больных у 70-90% встречаются осложненные формы заболевания. Наибольшие трудности в диагностике и выборе объема оперативного вмешательства вызывает такая осложненная форма заболевания, как диастатическая перфорация толстой кишки. По данным литературы, диастатические разрывы встречаются в 4% случаев осложнённого колоректального рака. Послеоперационная летальность при этом достигает 54%. Причиной возникновения диастатической перфорации толстой кишки является повышение давления в «замкнутом» пространстве между вызывающей непроходимость опухолью толстой кишки и анатомически целостной баугиниевой заслонкой, что приводит к нарушению гемомикроциркуляции в стенке кишки, усилению пролиферации условно-патогенных микроорганизмов и механическому перерастяжению кишечной стенки, что вызывает ее разрыв. Считается, что для возникновения этого осложнения диаметр толстой кишки должен превышать 12 см.

Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 304 больных острой толстокишечной непроходимостью, находившихся на лечении в клинике на базе СПб «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». При этом диастатические разрывы толстой кишки наблюдались у 30 таких больных. Средний возраст их составил 74,4 года. Число мужчин и женщин было одинаковым. Длительность заболевания достигла 27 суток. Болевой синдром чаще всего был локальным, интенсивность его сильно варьировала от слабых ноющих до «кинжальных» болей. Схваткообразный характер боли при поступлении имели лишь у 6 больных. У большинства (16) пациентов наблюдалась тошнота, у 13 — неоднократная рвота. Задержка стула до 8 суток наблюдалась у 11 больных, практически у всех перестали отходить газы.

Общее состояние большинства пациентов было среднетяжелым, у 10 — тяжелым и у 4 — расценивалось дежурным хирургом как удовлетворительное. Тахикардия отмечалась у 20 (до 120 в минуту), брадикардия — у одной больной. Гипотония (САД ≤ 90 мм рт.ст.) при поступлении была у 2, гипертония — у 11 пациентов. При обследовании вздутие живота наблюдалось у 23, в том числе асимметричное — у 2. У 21 больного отмечалась болезненность во всех отделах живота, у 16 — перитонеальные симптомы, у 8 — шум плеска. На обзорной рентгенограмме живота уровни жидкости констатированы у 20, свободный газ в брюшной полости — у 7 пациентов. При УЗИ у 7 больных обнаружена свободная жидкость в брюшной полости. Для дифференциальной диагностики с прободной язвой 4 пациентам выполнена ФГДС.

Диагнозы, которые послужили основанием для операции, нередко сочетались и были следующими: перитонит (13 случаев), острая кишечная непроходимость (12), перфорация полого органа (7), перфоративная язва (3), острый аппендицит, тромбоз мезентериальных сосудов и ущемленная паховая грыжа (по 1 случаю).

Таким образом, почти у каждого 10 больного с опухолевой толстокишечной непроходимостью развиваются диастатические разрывы толстой кишки. Диагностика их представляет значительные трудности, так как отсутствуют какие-либо патогномоничные симптомы этого осложнения. Заподозрить диастатическую перфорацию при клинических признаках толстокишечного илеуса позволяют появление резких локальных болей в животе, перитонеальных симптомов и обнаружение свободного газа в брюшной полости при рентгеновском исследовании.

## Молекулярные маркеры ММРФ и ТИМРФ в копрофильтратах больных колоректальным раком

М.А. Старостина, З.А. Афанасьева, О.Д. Зинкевич, Н.А. Сафина  
ГБОУ ДПО «Казанская Государственная медицинская академия Минздрава РФ»;  
ГАОУЗ «Республиканский Клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань

Матриксные металлопротеиназы (ММР) и их ингибиторы ТИМР играют важную роль в прогрессировании злокачественных опухолей, в том числе, и рака толстой кишки.

Цель исследования: определение ММР-9 и ТИМР-1 в копрофильтратах у больных колоректальным раком для возможного их применения в качестве скрининговых тестов при данной патологии.

Материалом исследования послужили образцы кала 63 первичных больных колоректальным раком (КРР). Средний возраст  $64,7 \pm 1,1$  лет. Мужчин было 30, женщин — 33. У всех больных была аденокарцинома. Контрольная группа представлена 20 здоровыми в возрасте от 18 до 64 лет. Уровень ММР-9 и ТИМР-1 в копрофильтратах определяли методом ИФА с помощью наборов Quantikine ELISA (R&D Systems, USA).

Результаты. Уровень ММР-9 в копрофильтратах в группе больных КРР составил  $60,1 \pm 15,4$  Ед/г, ТИМР-1 —  $27,9 \pm 6,7$  Ед/г, в группе здоровых соответственно —  $3,9 \pm 1,6$  Ед/г и  $0,3 \pm 0,1$  Ед/г ( $p = 0,027$  и  $p = 0,016$ ). У больных раком прямой кишки ММР-9 был  $58,9 \pm 18,6$  Ед/г, ТИМР-1 —  $27,9 \pm 8,2$  Ед/г, раком ободочной кишки ММР-9 —  $37,0 \pm 13,3$  Ед/г, ТИМР —  $128,0 \pm 12,7$  Ед/г ( $p > 0,05$ ). Информативность тестов: чувствительность ММР-9 — 55,6%, ТИМР-1 — 76,2%, специфичность ММР-9 — 100%, ТИМР-1 — 95%, точность ММР-9 — 66,3%, ТИМР-1 — 80,7%. Таким образом, в копрофильтратах больных КРР уровни ММР-9 и ТИМР-1 достоверно выше таковых, здоровых, но более информативным диагностическим маркером КРР оказался ТИМР-1. В связи с тем, что уровни ТИМР-1 не изучались при других заболеваниях толстой кишки, целесообразно дальнейшее исследование ТИМР-1 в качестве неинвазивного лабораторного скринингового теста для выявления колоректального рака.

## Хирургический метод лечения больных раком прямой кишки: достигнут ли предел или возможны перспективы?

Р.И. Тамразов, Ю.А. Барсуков, С.С. Гордеев  
ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Цель: оценка результатов хирургического метода лечения у больных операбельным раком прямой кишки на основании многофакторного анализа.

Методы исследования. Данная работа основана на анализе результатов лечения 680 больных первично операбельным раком прямой кишки, которым в 20-летний период наблюдений с 1990 по 2010 гг включительно выполнялись радикальные операции по поводу рака ампулярного отдела прямой кишки с формированием сигмо-ректального и колоректального анастомоза (группа сфинкросохраняющих операций), а также экстирпации прямой кишки. Предшествующей лучевой и химиолучевой терапии не проводилось. Локализация опухолей прямой кишки находилась в преде-



лах от 4 до 15 см от анального края. При этом опухоль локализовалась у 333 больных (49%) в верхнеампулярном отделе, у 170 пациентов (25%) и у нижнеампулярный—у 177 больных (26%). Хирургические вмешательства выполнялись в объеме чрезбрюшной резекции—у 456 больных (67.1%), брюшно-анальной резекции—97 (14.3%) и экстирпации прямой кишки—127 (18.6%). Все опухоли морфологически представлены аденокарциномой различной степени дифференцировки. По стадиям (TNM) пациенты распределялись следующим образом: T1-2NoMo (I ст)—у 145 пациентов (20,6%), T3-4NoMo (II ст)—341 (50,6%) и T2-3N1-2Mo (III ст) у 194 (28,8%). Средний возраст составил 49,5 лет.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения, влияющие на непосредственные результаты лечения, отмечены у 188 больных и составили 27,6%. Общее кол-во осложнений после БПЭ—22 (17,5%), После ССО—28,2% (за счет БАР,  $p < 0.05$ ), Несостоятельность сигморектоанастомоза развилась у 74 больных (16,2%), несостоятельность колоанального анастомоза у 19 пациентов (19,6%). Послеоперационная летальность составила 1,1%.

При анализе отдаленных результатов количество локорегионарных рецидивов на всю группу отмечено у 11,8 % больных, причем в зависимости от операции распределение было следующее: после ЧР—9%, после БАР—21,6%, после БПЭ—16,5%. При этом, в зависимости от локализации рецидивы выявлены у 9%—при верхнеампулярной локализации, у 26,6 % при среднеампулярной и у 21,2 при нижнеампулярном раке. При анализе рецидивов в зависимости от стадии опухолевого процесса получены следующие результаты: T1-2NoMo (I ст)—9%, T3-4NoMo (II ст)—10,4%) и наихудшие показатели при T2-3N1-2Mo (III ст) у 23,5%. .Общая 5-летняя выживаемость составила 63,8 %, 5-летняя безрецидивная выживаемость—58,2%. Важно отметить, что анализируя результаты хирургического метода по годам нами были изучены показатели в период с 1990 по 2000 гг. и с 2000 по 2010 гг. При этом получено, что в первое 10-летие процент рецидивов составил 18,6%, а в последующие годы на всю группу—5,1%

Таким образом, обобщая 20-летний опыт клиники, следует отметить, что при дистальной локализации рака получены наихудшие результаты как непосредственные, так и отдаленные. Общий процент рецидивов сопоставим с общемировым, однако четко прослеживается тенденция к уменьшению числа рецидивов в последние годы, что говорит о качественном улучшении уровня оперативных вмешательств. Развитие комбинированных методик в сочетании с высоким уровнем хирургии можно рассматривать как перспективное направление в улучшении отдаленных результатов, но у определенной группы пациентов с локализованным опухолевым процессом может рассматриваться как основным и единственным. Тщательный отбор пациентов, дооперационная диагностика и совершенствование хирургической техники позволяют добиться снижения уровня локорегионарных рецидивов на уровне 5%, что является крайне удовлетворительным показателем.

## **Результаты комбинированного лечения рака прямой кишки**

А. С. Тарасова, С. Г. Афанасьев, Ж. А. Старцева.  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Целью исследования является оценка эффективности комбинированного лечения рака прямой кишки (РПК) II-III стадии с использованием пролонги-

рованного курса предоперационной лучевой терапии с радиосенсибилизацией капецитабином.

Материал и методы. В исследование включены 65 пациентов с диагнозом РПК II-III стадии: I (основная) группа (n=32)—продолжительная лучевая терапия с радикальной операцией; II (контрольная) группа (n=33)—хирургическое лечение. В большинстве случаев был поражен нижнеампулярный отдел прямой кишки—13 (40,6%) и 16 (48,5%) больных. На первом этапе комбинированного лечения проводилась дистанционная гамма-терапия (ДГТ) до СОД 40 Гр в разовой дозе 2 Гр 5 раз в неделю, на фоне радиосенсибилизации капецитабином в суточной дозе 1650 мг/м<sup>2</sup> в дни облучения. После перерыва (14 дней) определялась дальнейшая тактика. При частичной регрессии (ЧР) продолжалась неoadьювантная терапия до СОД 60 Гр путем дистанционного (n=22, 68,7%) или внутриволостного (n=10, 31,1%) облучения. При полной регрессии опухоли хирургический этап лечения не проводился. В остальных случаях операция выполнялась через 6-8 нед после окончания химиолучевой терапии (ХЛТ).

Результаты. Все пациенты удовлетворительно переносили предоперационную ХЛТ, она завершена в запланированном объеме. Лучевые реакции зависели от методики облучения, при ДГТ в 3 (9,4%) случаях возникли лучевые циститы, при внутриволостном облучении в 6 (18,8%)—лучевые ректиты I-II степени по шкале RTOG/EORTC. При оценке результатов ХЛТ у 7 (21,8%) пациентов зарегистрирована полная, морфологически подтвержденная регрессия опухоли, операция не выполнялась. При наблюдении в течение 6-24 мес признаков прогрессирования не отмечено. У 25 (78,2%) пациентов I группы зафиксирована ЧР первичной опухоли, что потребовало хирургического вмешательства. Сравнительная оценка результатов комбинированного лечения проведена только у этих 25 больных. В основной группе в 1,5 раза реже выполнялась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по сравнению с контрольной—в 4 (16,0%) и 8 (24,2%) случаях соответственно. До начала комбинированного лечения большое число больных I группы имели показания к ее выполнению. Продолжительная ХЛТ обеспечила условия для выполнения большего числа сфинктерсохраняющих вмешательств, 84,0%—в основной, 75,4%—в контрольной группе. Летальных исходов не было, количество послеоперационных осложнений в обеих группах не отличалось—36,6% и 33,3% соответственно. Анализ 2-летней выживаемости в сравниваемых группах проводился отдельно в зависимости от окончательного стадирования. При РПК II стадии 2-летняя безрецидивная выживаемость при комбинированном лечении составила 100%, при хирургическом—88,9% (p>0,05). При РПК III стадии этот показатель при комбинированном лечении оказался значимо выше, чем в группе контроля—78,9% и 28,6% (p=0,046). Значения общей 2-летней выживаемости в сравниваемых группах при РПК II стадии также не имели значимых различий—100% и 90% (p>0,05). Тогда как, у пациентов РПК III стадии, получавших ХЛТ, 2-летняя общая выживаемость значимо выше, чем при хирургическом лечении—95% и 53,8% соответственно (p=0,006).

Выводы. Результаты лечения РПК II-III стадий с использованием продолжительного курса лучевой терапии и капецитабина в качестве радиосенсибилизатора позволяют оценивать разработанную программу как эффективный и безопасный метод. Продолжительная предоперационная химиолучевая терапия приводит к значительной регрессии опухоли, что расширяет показания для сфинктерсохраняющих операций.



**Клиникоанатомические параллели в изучении изменчивости топографии лимфатической системы правой половины толстой кишки**

В.К. Татьянченко, В.Л. Богданов, Т.К. Фролкина.

*ФГБУ «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия.*

**Цель работы.** Изучить индивидуальную, конституциональную и возрастную изменчивость анатомии и топографии лимфатической системы правой половины толстой кишки.

**Материал и методы.** Хирургическая анатомия правой половины толстой кишки изучена на 100 препаратах трупов людей в возрасте от 3 до 70 лет. Методом МРТ на МР-томографе «Tomikon S 50 Avance» было исследовано 125 больных раком правой половины толстой кишки.

**Результаты.** Установлено, что большинство отводящих лимфатических сосудов слепой кишки прерываются в узлах второго, третьего и четвёртого этапов. Отводящие лимфатические сосуды восходящей ободочной кишки и её правого изгиба прерываются в лимфоузлах третьего и четвёртого этапов. Выявленные этапы тока лимфы от разных отделов правой половины толстой кишки позволили нам высказать предположение, что предоперационная эндолимфатическая химиотерапия (ПЭХТ) наиболее эффективна при раке слепой кишки, а затем при раке восходящей ободочной кишки. При раке правого изгиба ободочной кишки её нельзя считать анатомически обоснованной, особенно у лиц пожилого возраста. Нами также выявлено уменьшение количества и увеличение относительных размеров лимфоузлов первого, второго, третьего и четвёртого этапов. Высказано предположение, что редукция лимфоузлов во втором зрелом и пожилом возрасте обуславливает своеобразное течение и распространение различных заболеваний правой половины толстой кишки, в том числе злокачественных новообразований. Отводящие лимфатические сосуды лимфоузлов третьего этапа (лимфоузлы по ходу ветвей ободочной артерии, лежащие в 2-3 ряда) образуют внеорганные сплетения четвёртого этапа, расположенные в 2-3 слоя, разделённых клетчаткой по ходу подвздошно-ободочной и правой ободочной артерий. Установлена большая вариабельность количества и размеров лимфоузлов каждого из четырёх этапов; возрастная инволюция лимфоузлов проявляется тем, что наиболее мелкие лимфоузлы замещаются соединительной тканью, другие срстаются, что у лиц пожилого возраста ведёт к уменьшению числа лимфоузлов и их укрупнению.

**Заключение.** Лимфатическая система правой половины толстой кишки и прежде всего слепой кишки, особенно в пожилом возрасте, претерпевает значительные инволюционные изменения: появляются участки редукции капиллярной сети; уменьшается количество и диаметр отводящих лимфатических сосудов; уменьшается в результате соединительно-тканного перерождения количество лимфатических узлов, особенно первого и второго этапов. Всё это свидетельствует о малой эффективности предоперационной эндолимфатической химиотерапии у лиц, страдающих раком правой половины толстой кишки в этом возрастном периоде.

---

## Современные подходы в профилактике параколостомических осложнений у больных колоректальным раком

З.М. Тойчуев, И.Г. Гатауллин, А.И. Аглуллин, Б.И. Гатауллин  
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань

Цель работы — это снижение количества параколостомических осложнений после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака нижнеампулярного ее отдела, разработка мер по их профилактике и лечению. Кроме того, целью работы были также определение и анализ факторов риска развития послеоперационных осложнений в параколостомической области и степени их влияния на исходы хирургического лечения.

Материалы и методы. На основании архивных данных о хирургическом лечении было отобрано 298 историй болезни пациентов с раком прямой кишки, находившихся в РКОД МЗ РТ с 2000 по 2011 г., проведен анализ осложнений в параколостомической области, развившихся в разные сроки после радикального оперативного вмешательства с последующим выведением концевой колостомы. Общее число больных было распределено на две группы по пятилетиям: с 2000 по 2005 г. и с 2006 по 2012 г. Такое разделение выполнено не случайно. Примерно на рубеже этих периодов на базе РКОД МЗ РТ происходила определенная реорганизация, направленная на усиление колопроктологической специфики, увеличился поток профильных больных, появились и были внедрены различные передовые методики и технологии в хирургии ректального рака: разработаны и внедрены новые способы формирования колостом с применением современных шовных материалов и биосовместимых аллопластических имплантов, новейших коагулирующих аппаратов, тотальной мезоректумэктомии, активное использование интраоперационного лаважа толстой кишки при нарушении кишечной проходимости, проведение адекватной и рациональной антибиотикопрофилактики и пр.

Результаты. В работе прослежены тенденции изменения частоты развития послеоперационных осложнений в зависимости от внедрения в повседневную работу новых методик и технологий оперирования, использования методов комбинированного лечения. При сравнении полученных результатов выявлено, что частота развития послеоперационных осложнений параколостомической области и летальность существенно снизились во втором сравниваемом пятилетии, несмотря на увеличение числа больных и количества операций. Частота осложнений составила 15,2% против 20,4% в предыдущем десятилетии, а летальность — 0,9% против 3,9% за соответствующие периоды.

Заключение. В работе обобщен собственный опыт хирургического лечения больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки, использования различных методик профилактики послеоперационных осложнений в параколостомической области и методов борьбы с ними на базе Республиканского клинического онкологического диспансера города Казань. Приведены данные об эффективности используемых мер на основании практического опыта работы клиники и кафедры онкологии и хирургии. На наш взгляд, существенные изменения в показателях послеоперационных осложнений и летальности могут быть достигнуты лишь благодаря совокупности следующих факторов: правильной организации лечебного процесса, высокой квалификации персонала и использования современных инновационных технологий лечения.



**Сравнительный анализ результатов использования аллопластического материала при наложении концевой колостомы у больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки**

З.М. Тойчуев, И.Г. Гатауллин, И.Р. Аглуллин  
*Казанская государственная медицинская академия*

Целью нашего исследования является сравнительный анализ частоты возникновения послеоперационных осложнений при наложении различных методик концевой колостомии у больных колоректальным раком.

Материалы и методы. Для профилактики возникновения послеоперационных параколостомических осложнений, в клинике РКОД МЗ РТ г. Казань разработана методика концевой колостомии, при формировании которой аллопластический материал подшивается со стороны брюшной полости вокруг колостомической раны.

Из 150 больных, которым была выполнена экстирпация прямой кишки с сигмостомой, 133 получили предоперационную лучевую терапию ( из них 32 больных — мелкофракционную дистанционную гамма-терапию в разовой дозе 2 Гр до суммарной очаговой дозы 38-42 Гр; и 101 пациент – среднефракционную дистанционную гамма-терапию в разовой дозе 5 Гр до суммарной очаговой дозы 25 Гр). У остальных пациентов имелись следующие противопоказания для проведения лучевой терапии: наличие распадающейся опухоли, кровотечение из опухоли и острая кишечная непроходимость.

По морфологическому строению преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки у 112 (74%) больных. Недифференцированный рак выявлен у 36(24%) больных. Меланома прямой кишки у 2(1,3%) пациентов.

Нами выполнены 44 (29%) комбинированные операции, в том числе у 3 пациентов одновременно удалены метастазы из печени.

В соответствии с применявшимися в клинике методами формирования концевой колостомы за анализируемый 6 летний период, который в целом отражает поиски путей оптимизации способов создания и профилактики осложнений искусственного заднего прохода, нами были выделены 3 основные группы, правомерность сравнения которых была подтверждена их сопоставлением по целому ряду наиболее важных параметров.

В 1-ю группу включено 80 больных, которым после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки накладывали колостому классическим способом по общепринятой методике столбиком. При этом в левой подвздошной области формировали отверстие с подшиванием брюшины к краю кожи отдельными швами и через него выводили терминальный отдел ободочной кишки, затем на уровне кожи фиксировали серозно-мышечными швами, оставленными при подшивании краев брюшины к коже, после чего вскрывали просвет кишки, оставляя избыток ее 5-6 см.

Во 2-ю группу вошло 54 больных, которым формировалась плоская колостома закрытым способом, путем циркулярного рассечения выведенной культи кишки до слизистой на уровне кожи с последующей фиксацией ее за серозно-мышечную оболочку к краю кожи отдельными швами после этого отсекается избыток слизистой на уровне кожи и накладывается кожно-серозно-мышечный шов в асептических условиях.

К 3-й группе отнесено 16 пациентов, которым на конечном этапе операции были сформированы колостомы по нашей новой методике.

---

Результаты. Суммарно осложнения со стороны колостомы встретились у 18 из 150 больных, что составило 12%. Нагноение параколостомической раны у 8 (5,3%). В 2-х случаях (1,3%) имелся ограниченный некроз стомы до уровня кожи. У 4 (2,6%) отмечена ретракция колостомы а также отмечено кровотечение со стороны колостомы у 4 пациентов, что составило 2,6%.

Сравнение частоты параколостомических осложнений показало, что при общей частоте осложнений в 12%, наибольшее число осложнений мы наблюдали в 1-й группе в количестве 11(13%) пациентов.

Во 2-й группе частота осложнений составила 12,9% (7 больных).

При использовании нового метода наложения колостомы, параколостомических осложнений мы не отметили.

Выводы. Применение разработанного способа привело не только к существенно-му улучшению непосредственных результатов колостомии, но и улучшает качество жизни в послеоперационном периоде лиц с искусственным задним проходом на передней брюшной стенке. Все это создает реальные предпосылки для полноценной реабилитации радикально оперированных больных раком прямой кишки.

## **Сочетание дистанционной конформной и локальной лучевой терапии в режиме неоадьювантного лечения дистального рака прямой кишки**

С.С. Токарев, И.В. Правосудов, И.Л. Черниковский, А.В. Кириллов, И.В. Савчук  
СПб ГБУЗ «Клинический научно-практический центр специализированных видов медицин-  
цинской помощи (онкологический)», Санкт-Петербург

В последние годы все более очевидной становится необходимость использования лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки. Это связано с внедрением в рутинную практику линейных ускорителей нового поколения с возможностью моделирования конформного поля, высокоточного диагностического оборудования и применением радиомодифицирующих агентов. Постоянно совершенствующиеся методики облучения приводят к увеличению безрецидивной выживаемости и доли сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты использования оригинальной методики комбинации дистанционной лучевой терапии в режиме классического фракционирования с радиомодификацией капецитабином и локального лучевого воздействия на низко расположенную опухоль прямой кишки.

Объект и методы исследования. В исследование включены пациенты с верифицированной аденокарциномой ниже- и среднеампулярного отделов прямой кишки cT3-4aN0-2M0. Пациенты были разделены на основную (18 больных) и контрольную (23 человека) группы. Пациентам контрольной группы проводилась дистанционная конформная лучевая терапия на область поражения прямой кишки и лимфоузлы малого таза, с разовой общей дозой (РОД) 2 Гр, 5 фракций в неделю до суммарной общей дозы (СОД) 46—50 Гр (23—25 сеансов) на медицинском ускорителе электронов Siemens «Primus» Ex 10 МэВ с радиомодификацией капецитабином 825 мг/м<sup>2</sup> на весь период облучения. Пациенты основной группы дополнительно получали конформную брахитерапию с РОД 4—5 Гр, 2—3 фракции в неделю, до СОД 64—70 Гр на очаг поражения, на аппарате Varian Gammamed с источником <sup>192</sup>Ir высокой



(8—10 Кюри) мощности дозы. Во всех случаях планирование осуществлялось на планирующей станции Хю. Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту, среднему расстоянию дистального полюса опухоли от анального края, шкале CR-POSSUM. 21 пациенту контрольной группы и 16 больным основной группы было проведено радикальное хирургическое лечение в сроки от 40 до 52 дней после окончания лучевой терапии. Всем пациентам выполнялись трансректальное внутрипросветное УЗИ (ТРУЗИ) и МРТ малого таза с контрастным усилением, а также ФКС, КТ грудной клетки, брюшной полости и анализ крови на РЭА дважды—до начала лучевой терапии и перед хирургическим вмешательством. Оценка степени регресса опухоли проводилась через 8 недель после окончания химиолучевой терапии с помощью МРТ и ТРУЗИ и по шкале Dworak при патоморфологическом исследовании удаленного препарата. Были также изучены частота и структура осложнений химиолучевой терапии и хирургического лечения.

Результаты. Снижение индекса  $mr$  и  $uT$  преобладало среди пациентов основной группы и наблюдалось в 14 случаях (77,7%), а в группе сравнения у 12 больных (52,1%). Подобных различий не было зарегистрировано в отношении индекса  $mrN$ , снижение которого наблюдалось у 66,6 и 65,2 % больных. Регресс опухоли (TRG 2-4 по шкале Dworak) также не имел существенных различий в исследуемых группах и развился у 51,3 % больных. Доля сфинктеросохраняющих операций оказалась несколько большей в основной группе и составила 66,6 и 52,1 % соответственно. По частоте и структуре осложнений группы не отличались.

Выводы. Предложенная методика неоадьювантной химиолучевой терапии может с успехом применяться в лечении больных раком прямой кишки дистальной локализации. Добавление брахитерапии не увеличивает число осложнений, при этом наблюдается тенденция к более эффективному снижению критерия T, что расширяет возможности выполнения сфинктеросохраняющих операций.

## **Некоторые особенности лечения местнораспространенного рака левых отделов ободочной кишки, осложненного острой непроходимостью**

В.З. Тотиков, З.В. Тотиков, К.Э. Зураев, В.В. Медоев, М.В. Калицова  
ГБОУ ВПО «СОГМА МЗ РФ», Владикавказ

Цель исследования: улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных местнораспространенным раком левых отделов ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 118 пациентов с местнораспространенным раком левых отделов ободочной кишки, осложненным непроходимостью. Всем поступившим больным помимо общеклинических методов исследования, использовали обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, колоноскопию или ирригографию, компьютерную томографию. В клиническом течении острого обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии.

Результаты. I стадия нарушения проходимости ободочной кишки выявлена у 33 (27%) больных, II—у 51 (41, 8%), III—у 24 (19,7%) и IV—у 14 (11,5%) пациентов. Больные с I стадией оперированы в течение 7-10 дней после разреше-

ния непроходимости и проведения необходимой предоперационной подготовки и дообследования. Пациенты со II стадией оперированы в течение 24 часов, с III—в течение 6-12 часов, в течение этого времени им проводилась необходимая предоперационная подготовка и коррекция сопутствующих заболеваний, всем пациентам с 2 и 3 стадией на первом этапе произведено наложение проксимальной трансверзостомы в правом подреберье или илеостом из минидоступа. После ликвидации непроходимости через 7-10 дней больным выполнялись отсроченные радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства с наложением анастомоза и сохранением проксимальной стомы, которая ликвидировалась спустя 2-3 месяца локальным доступом. У пациентов с наличием множественных отдаленных метастазов оперативное лечение ограничивалось только одним этапом. Пациентам с IV стадией непроходимости операции выполнялись через 2-3 часа после соответствующей предоперационной подготовки. Больным выполнены комбинированные радикальные или циторедуктивные левосторонние гемиколэктомии или сигмоидэктомии с формированием двуствольной колостомы по разработанному в клинике способу. В последующем спустя 2-3 месяца стомы закрывались из локального доступа. У 101 (85,6%) больного выполнены комбинированные резекции ободочной кишки, у 17 (14,4%) объем операции ограничивался формированием колостомы. Из 101 у 44 (37,3%) больных были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией с ранней послеоперационной системной и последующей химиотерапией. Послеоперационная летальность составила 5,1% (6 больных). Различные послеоперационные осложнения выявлены у 24 (20,3%) пациентов, при этом комбинированное лечение не приводило к их росту.

Выводы:

1. Предложенная классификация обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки и лечебно-диагностический алгоритм позволяют оптимизировать сроки предоперационной подготовки и объем выполняемого вмешательства, а также создать условия для проведения комбинированных методов лечения.

2. Формирование декомпрессионных проксимальных кишечных стом из минидоступа позволяет сократить сроки выполнения радикальных операций до 7-10 дней, увеличить количество радикальных и циторедуктивных операций до 85,6%, снизить послеоперационную летальность до 5,1%.

3. Трансверзо- или илеостомия из минидоступа позволяет радикальный этап завершать формированием трансверзоректального анастомоза и избежать тяжелых реконструктивно-восстановительных этапов.

## **Некоторые факторы, влияющие на отдаленные результаты лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью**

В.З. Тотиков, З.В. Тотиков  
ГБОУ ВПО «СОГМА МЗ РФ», Владикавказ

Цель исследования: выявить наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на отдаленные результаты лечения у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью.



Материалы и методы. Работа основана на изучении результатов лечения 116 больных, ранее оперированных в различных лечебных учреждениях РФ в экстренном порядке дежурными хирургами по поводу острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза и госпитализированных на восстановительные операции. У 14 больных выполнены правосторонние гемиколэктомии в том числе, у 3 с наложением одноствольной илеостомы, у 5 больных операции по типу Лахей и у 6 пациентов отдельные илео-и трансверзостомы. У 41 больного после резекции участка толстой кишки были наложены двуствольные колостомы, в том числе у 11 отдельные. Из них у 5 после резекции поперечной ободочной кишки, у 24 после левосторонней гемиколэктомии и у 12 после резекции сигмовидной кишки. У 61 больного были выполнены операции по типу Гартмана, в том числе, у 8 — по поводу рака нисходящей кишки, у 27 — сигмовидной кишки и у 26 — рака прямой кишки. Всем больным были выполнены прокто- и ирригографии, УЗИ, обзорные рентгенографии легких. КТ произведена 48 больным. 12 больным выполнены ангиографии брыжечных сосудов.

Результаты. У 54 (47,4%) больных выявлено несоответствие границ резекции рекомендуемым онкологическим стандартам. Так у 6 больных раком восходящей ободочной кишки было сохранено больше 2/3 поперечной ободочной кишки. Из 24 больных после левосторонней гемиколэктомии с наложением двуствольных колостом, у 11 пациентов стома на приводящей петле была сформирована на уровне дистальной трети поперечной ободочной кишки, у 5 ниже селезеночного угла. После резекции сигмовидной кишки с наложением двуствольной колостомы (12 больных) у 3 пациентов приводящая петля была выведена на уровне проксимальной трети, а у 8 пациентов дистальная культя была более 25-30 см. После выполнения обструктивной резекции (8 больных) по поводу рака нисходящей кишки у 3 пациентов оставшийся участок поперечной ободочной кишки превышал 2/3 длины, а у 2 пациентов была выполнена резекция селезеночного угла. Из 27 больных с раком сигмовидной кишки, которым были выполнены операции по типу Гартмана, у 11 отводящая культя достигала 25-45 см. У 5 одноствольная стома была наложена на проксимальную треть сигмовидной кишки. Из 26 больных, у которых в выписке значилась операция Гартмана по поводу рака прямой кишки, у 8 пациентов длина культя превышала 16-18 см. На восстановительном этапе онкологическим требованиям объем ранее выполненной операции отвечал только у 19 пациентов. У остальных наряду с уменьшением границ резекции, были оставлены участки брыжейки с лимфоузлами вплоть до сосудистых аркад. У части больных оперативное вмешательство было ограничено иссечением опухоли, практически ни в одном случае при выполнении операции Гартмана по поводу рака прямой кишки не была резецирована верхняя прямокишечная артерия. У 5 больных на резецированных участках культя прямой кишки выявлен рецидив рака. У 32 (32,3%) больных в лимфоузлах оставшихся участков брыжейки, удаленных на восстановительном этапе, выявлены метастазы.

Выводы. Наиболее значимым фактором, влияющим на отдаленные результаты лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью, является отсутствие рациональной хирургической тактики, позволившей бы в отсроченном порядке подготовленным специалистам в полном объеме использовать все имеющиеся современные методы лечения.

---

## Сравнительная характеристика непосредственных результатов лапароскопической и открытой методик экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки

И. Б. Уваров, Р. А. Мурашко, С. Н. Потемин, А. В. Виниченко, В. Б. Каушанский,  
Е. А. Ермаков  
ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», Краснодар

Цель работы: оценить непосредственные результаты и возможные преимущества лапароскопической техники экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации (ЭЛБПЭ) прямой кишки (ПК) при нижеампулярном раке ПК.

Материалы и методы. За период 2010—2012 гг ЭЛБПЭ выполнена 19 пациентам с нижеампулярным РПК, у 12 из них абдоминальный этап выполнялся открыто (I группа), у 7—лапароскопически (II группа). Промежностный этап выполнялся задним доступом, в положении пациента на животе с разведенными ногами по методике, описанной Т. Holm et al. (2007).

Результаты. Интраоперационных осложнений, потребовавших конверсии, в лапароскопической группе не отмечено. Длительность операции I группе составляла от 150 до 255 мин (среднее время  $212,9 \pm 35,1$  мин), во второй группе длительность операции прогрессивно уменьшалась по мере освоения методики лапароскопического этапа с 450 до 220 мин, в среднем составляя  $319,3 \pm 85,2$  мин. Операционная кровопотеря статистически значимо не различалась для обеих групп ( $218,3 \pm 97,9$  и  $193,4 \pm 94,8$  мл), ни в одном случае гемотрансфузия не требовалась. Ни в одном случае не было перфорации кишки. Послеоперационный период в группе лапароскопических операций характеризовался менее выраженными болевыми ощущениями, что выливалось в меньшую потребность пациентов в обезболивающих препаратах, более ранней их активизации. Потребность в анальгетиках в I группе составила  $3,75 \pm 0,8$  дней, в группе II— $1,8 \pm 0,6$  дней ( $p < 0,05$ ). Кроме того, отмечалась статистически достоверная разница в сроках восстановления функции кишечника (начало адекватной работы колостомы) ( $4,6 \pm 1,1$  и  $2,6 \pm 0,8$  дней соответственно,  $p < 0,05$ ). Во всех случаях в обеих группах заживление промежностной раны протекало первичным натяжением, в I группе отмечен 1 случай раневого инфекционного осложнения со стороны лапаротомной раны. При гистологическом исследовании ни в одном из препаратов не выявлена положительная циркулярная граница резекции (ЦГР).

Выводы. Первый опыт выполнения ЭЛБПЭ лапароскопически свидетельствует о сопоставимой с открытой операцией ее безопасности, онкологической адекватности, а также определенных преимуществах лапароскопической методики в раннем послеоперационном периоде (меньшая потребность в анальгетиках, ранняя активизация пациентов, более быстрое восстановление адекватной функции кишечника).



**Раннее применение селективной сорбции липополисахарида в комплексе интенсивного лечения септических осложнений у онкологических больных**

Н. Д. Ушакова, А. А. Маслов, М. В. Четвериков  
ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ, Россия, Ростов-на-Дону

Цель: изучить клиническую эффективность раннего применения LPS-адсорбции у онкологических больных, течение заболевания которых осложнилось развитием генерализованного воспаления.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный когортный анализ историй болезни 11 больных, оперированных по поводу онкологических заболеваний органов брюшной полости, послеоперационный период которых осложнился развитием генерализованного воспаления. Тяжесть состояния этих больных оценивали по шкале APACHE-II и SAPS-II, степень выраженности эндотоксемии — по активности LPS (ЕАА-тест). Определяли уровень С-реактивного белка (СРБ), лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Всем больным проводился комплекс стандартного интенсивного лечения согласно Европейским рекомендациям лечения сепсиса (2011). Всем больным в комплекс интенсивного лечения была включена селективная LPS-адсорбция с использованием полимексин-пришитого адсорбента фирмы «Тогау» (Япония). Процедура проводилась двукратно длительностью 4 часа с интервалом в 24-48 часов. Другие методы экстракорпорального лечения описываемым больным не применяли. Оценку динамики клинико-лабораторного исследования проводили до начала адсорбционной терапии и через 48 часов после окончания.

Результаты. Исходно тяжесть состояния по шкале APACHE-II составляла 16,3+3,3 баллов, SAPS-II—7,2+1,3. Уровень СРБ был >86 мг/л; ЛИИ >10 у. е.; ЕАА-тест >6. Через 48 часов после завершения программы адсорбционного лечения сумма баллов по шкале APACHE-II снизилась до 8,1+2,2; SAPS-II—до 4,6+0,8 ( $P<0,05$ ). Показатели СРБ уменьшились до 56+9,3 мг/л; ЛИИ—до 5,4+1,3 у. е.; ЕАА-теста—до 3,2+0,7 ( $P<0,05$ ). Ни в одном случае клинико-лабораторных признаков перехода генерализованного воспаления в более тяжелые стадии зарегистрировано не было. Все больные были выписаны.

Выводы: раннее включение в комплекс интенсивного лечения генерализованного воспаления в условиях неэффективности проводимой консервативной терапии LPS-адсорбции при уровне активности липополисахарида по ЕАА-тесту >6 предупреждает развитие у больных, оперированных по поводу онкологических заболеваний органов брюшной полости полиорганной недостаточности, способствует оптимизации прогноза госпитального периода хирургического лечения онкологических больных.

## Непосредственные результаты расширенных и комбинированных операций при местнораспространенном колоректальном раке

А.А. Хватов<sup>1</sup>, Н.А. Майстренко<sup>2</sup>, Г.Н. Хрыков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»;

<sup>2</sup> ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

В структуре онкологической заболеваемости отчетливо отмечается увеличение числа больных как с ограниченными, так и с местнораспространенными новообразованиями толстой и прямой кишки. С 2009 года по данным областного канцер-регистра колоректальный рак (КРР) стал самой частой локализацией злокачественных новообразований и главной причиной смертности связанной с онкозаболеваниями. В 2010 году в РФ колоректальный рак вышел на 1 место у мужчин и 2-е место у женщин после рака молочной железы. Увеличилась доля больных с множественными осложнениями КРР на фоне тяжелой сопутствующей патологии. В имеющихся публикациях об опыте лечения данной категории пациентов расширенные и комбинированные операции при местнораспространенном колоректальном раке при технической возможности и целесообразности выполнения до сих пор не получили достаточного обоснования.

Нами проанализированы непосредственные результаты лечения пациентов с местнораспространенным колоректальным раком, оперированных в период с 2002 по 2012 г.г. в условиях специализированного колопроктологического отделения.

С 2002 по 2012 год выполнено 24 экзентерации органов малого таза и 114 задних и передних экзентераций. Данные вмешательства сопровождались удовлетворительными непосредственными и ближайшими (до 6- 12 месяцев), как онкологическими, так и функциональными результатами. При выполнении оперативных вмешательств у всех больных с местнораспространенным колоректальным раком выполнялись комбинированные резекции, ампутации, экстирпации пораженных органов (печень, поджелудочная железа, селезенка, различные отделы тонкой и толстой кишки, мочеточник, матка, придатки, влагалище, артерии и вены малого таза, почка, надпочечник). Неотъемлемым этапом весьма травматичных вмешательств являлась систематическая лимфаденэктомия. Следует подчеркнуть, что особое внимание при расширенных и комбинированных операциях уделялось реконструктивно-восстановительному этапу. Применялись различные варианты ректо-, коло-, вагинопластики, энтероцисто- или уретеропластики.

Активная позиция с применением возможностей современного хирургического оснащения, анестезиологического обеспечения, позволила сформировать системный подход к предоперационной подготовке, интра- и послеоперационному ведению, позволивший уменьшить осложнения с 2,2% в 2002 году до 1,8% в 2012 году и, соответственно, снизить показатели летальности с 1,4% до 0,9%.

Таким образом, выполнение расширенных и комбинированных операций при местнораспространенном колоректальном раке сопровождается хорошими непосредственными результатами без возрастания количества осложнений и летальности и позволяет увеличить резектабельность злокачественных образований данной локализации и определить возможность более эффективного лечения группы больных, ранее считавшихся неизлечимыми.



## Связь гематологических показателей интоксикации и параметров кислородного статуса у больных раком толстой кишки

С. В. Ходус, В. В. Яновой, К. В. Пустовит, Ю. В. Доровских, А. А. Симоненко<sup>1</sup>

ГБОУ ВПО Амурская ГМА, Благовещенск;

<sup>1</sup> ГБУЗ АО АОКБ, Благовещенск

Наличие опухоли, нарушение проходимости толстой кишки могут привести к развитию синдрома эндогенной интоксикации (ЭИ), различных форм дыхательной недостаточности и тканевой гипоксии. Все это требует включения в программу обследования расчетных гематологических индексов.

Цель исследования: выявить наличие взаимосвязи гематологических симптомов интоксикации у пациентов с колоректальным раком и имеющихся дыхательных расстройств в предоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: Исследование проведено у 73 пациентов, оперированных в ГБУЗ АО АОКБ в 2010—2013 гг. по поводу колоректального рака, Т3—Т4 стадии. Из них мужчин—37 (50,7%), женщин—36 человек (49,3%). Средний возраст составил 61 год (95% ДИ от 59 до 63 лет). Всем пациентам при поступлении в стационар проводилось исследование показателей клинического анализа крови с последующим расчетом гематологических индексов интоксикации: ЛИИ (Кальф-Калиф, 1941 г.), ЛИИм (Островский В. К., 2011 г.), ГПИ (Васильев С. В., 1983 г.) Кроме того, всем пациентам проводили анализ газового состава артериальной и венозной крови с расчетом основных показателей кислородного гомеостаза. Показатели гемодинамики рассчитывались по формуле Старр (1954 г.) в модификации Заболотских И. Б. (2002 г.) Статистическая обработка результатов проводилась с применением программ MS Office Excel 2007 и SPSS Statistics 17.0

Результаты и обсуждение. После проведенного обследования все пациенты были разделены на 2 группы: I—у больных которой были зарегистрировано повышение индексов интоксикации (43 пациента), II—данные показатели находились в пределах нормальных значений (30 человек). У пациентов I и II группы выявлены статистически значимые различия не только клеток «белого ростка», но и количества эритроцитов, уровня гемоглобина, ЦП и СОЭ. Проведя анализ газов крови и параметров кислородного гомеостаза, выявлено, что у пациентов I группы имеются более выраженные дыхательные расстройства, заключающиеся в меньшем содержании O<sub>2</sub> в артериальной крови (14,6±2,5 мл/дл—в группе I и 15,9±2,6 мл/дл—у пациентов II группы), большем потреблении кислорода тканями (164,4±74,5 мл/мин/м<sup>2</sup> и 144,1±70,57 мл/мин/м<sup>2</sup> соответственно), что подтверждается наличием более выраженной гипоксемии артериальной и венозной крови и, соответственно, повышенным КУО<sub>2</sub> (51,9±13,4%—I группа и 41,9±15,9%—II группа). В результате проведенного корреляционного анализа показателей интоксикации и кислородного статуса статистически значимых связей в II группе выявлено не было. У больных I группы для ЛИИ имеется умеренная обратная связь с показателями CaO<sub>2</sub> (-0,333, p=0,031), VQ (-0,352, p=0,022); заметная отрицательная связь с VO<sub>2</sub> (-0,438, p=0,004), КУО<sub>2</sub> (-0,560, p<0,001). Также отмечается отрицательная умеренная связь с уровнем эритроцитов, гемоглобина, ЦП и СОЭ. Сила и направленность связи ЛИИм, ГПИ с параметрами кислородного гомеостаза и клеточного состава крови не отличался от таковых для ЛИИ.

---

Таким образом, наличие у больных раком толстой кишки, осложнившимся ЭИ, корреляции показателей кислородного статуса с индексами интоксикации позволяет использовать последние с целью выявления имеющихся дыхательных расстройств.

## Эффективность лапароскопической тотальной мезоректумэктомии при ректальном раке

Д.А. Хубезов, К.В. Пучков, А.Ю. Огорельцев, Р.В. Луканин, Д.К. Пучков  
ГОУ ВПО «РязГМУ им. И.П. Павлова», Рязань;  
Центр клинической и экспериментальной хирургии, Москва

Тотальная мезоректумэктомия является золотым стандартом хирургического лечения средне- и нижеампулярного рака прямой кишки. По мнению многих авторов, при лапароскопическом доступе увеличивается продолжительность операции, снижается уверенность в дистальной границе резекции вследствие отсутствия пальпаторного контроля над опухолью, и, что самое главное, реже удается добиться сохранения висцеральной фасции. Кроме того, при использовании лапароскопического доступа увеличивается частота интраоперационных осложнений. Наибольшие трудности возникают при выполнении операции в условиях узкого и глубокого таза. Ряд экспертов вообще считают недопустимым использование лапароскопического доступа из-за ухудшения непосредственных и отдаленных результатов. Поэтому актуальной задачей является стандартизация техники лапароскопической мезоректумэктомии, позволяющая решить обозначенные проблемы (большая продолжительность вмешательства, узкий таз и др.).

Цель: оценка эффективности лапароскопической ТМЭ.

Материалы и методы. Техника операции. Вводится 4 троакара (1—над пупком, 2 и 3—в подвздошных областях, 4—в левой мезогастральной области). Рассекается брюшина под нижней горизонтальной ветвью двенадцатиперстной кишки. Клетчатка отсепаровывается сверху вниз, обнажая стенку нижней брыжеечной вены, а медиальнее—нижней брыжеечной артерии, последние пересекаются.

После лигирования сосудов делается окно в брыжейке, отсепаровывается клетчатка вдоль забрюшинной фасции до мыса крестца. Пересекается аппаратом Liga Sure брыжейка до стенки кишки. Рассекается париетальная брюшина справа, отступая 0,5 см сбоку и 1 см спереди. Затем также рассекается брюшина слева, обязательно контролируя левый мочеточник, соединяя, таким образом, разрезы. Выделяется задняя полуокружность прямой кишки справа налево, тщательно сохраняя собственную фасцию прямой кишки на протяжении 5-7 см. Затем выделяется передняя стенка слева направо на протяжении 2-4 см. Ориентиром служит место, где оканчиваются семенные пузырьки у мужчин, и на 1-2 см дистальнее начала влагалища у женщин. Затем поступательно снова приступаем к выделению задней полуокружности справа налево и передней—слева направо до тазового дна. Таким образом, все выделение мезоректума осуществляется поступательно спиралеобразно и образно напоминает в лучшем случае 2 витка спирали. При определенных технических сложностях (узкий таз, местно-распространенная опухоль и др.)—3 витка, либо приходится выделять по небольшим участкам с различных сторон. Данная техника предотвращает повреждения собственной фасции прямой кишки, что хорошо заметно на удаленном препарате.



Заключение. Стандартизация техники лапароскопической ТМЭ позволяет уменьшить продолжительность операции, снизить частоту интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Лапароскопическая техника позволяет достоверно чаще сохранять собственную фасцию прямой кишки, добиться уменьшения послеоперационных осложнений, улучшения отдаленных результатов.

Наличие у пациента узкого таза не является причиной отказа от лапароскопического доступа, поскольку негативные моменты (повреждение фасции, увеличение числа интраоперационных осложнений, увеличение продолжительности операции) одинаково часто отмечаются и при открытом доступе и при лапароскопическом.

## **Осложненный рак ободочной кишки. нерешенные проблемы в общей хирургии. Сможем ли мы изменить ситуацию?**

К. В. Хурцев, А. В. Муравьев, Е. В. Волостников, В. И. Линченко  
*ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»;  
МБУЗ «2-я городская клиническая больница», Ставрополь*

Более 50% больных раком ободочной кишки имеют осложненное течение заболевания. Именно эта группа больных часто выпадает из отработанного механизма специализированной онкологической помощи. Сложившаяся структура онкологической помощи в нашей стране привела к разобщению хирургической компоненты лечения онкологических больных на плановую и экстренную, радикальную и паллиативную. В результате экстренная хирургическая помощь больным с осложненным раком ободочной кишки оказывается, в основном, в хирургических отделениях общего профиля. Нами изучено качество хирургической компоненты этим пациентам в общехирургическом отделении.

Проведен ретроспективный выборочный анализ хирургического лечения 32 пациентов с осложненным раком ободочной кишки в хирургическом отделении многопрофильного городского ЛПУ за период 2008-2012гг. Проведена экспертная оценка протоколов операций, результатов патогистологического заключения операционного материала. Проведен опрос хирургов по деталям выполнения операций и анкетирование хирургов, выполнявших радикальные операции по вопросам современного лечения рака ободочной кишки.

Из 32 больных были следующие осложнения опухолевого процесса: острая кишечная непроходимость- 23; перфорация опухоли- 4; параконкротный абсцесс- 3; кишечное кровотечение-2. Выполнены следующие операции: правосторонняя гемиколэктомия-7; резекция сигмовидной кишки по Гартману-15; левосторонняя гемиколэктомия с формированием концевой колостомы-10.

В результате проведенного анализа установлено, что во всех случаях (100%) радикальных вмешательств при осложненном раке ободочной кишки операции произведены с нарушением принципов абластики. Объем и качество лимфодиссекции был ограниченным и не соответствовал современным требованиям. Принципы полной мезоколэктомии (СМЕ) и центральной перевязки магистральной артерий (CVL), применяемых в плановой хирургии рака ободочной кишки, не выполнялись.

Анализ протоколов патогистологического исследования операционного материала показал, что из 32 исследований в 25 (78%) количество л/у в препарате было меньше 12, а в 10 (31%) протоколах л/у отсутствовали. Количественная характеристика удаленных лимфоузлов в сочетании с другими факторами позволяла нам подтвердить вывод о неадекватности выполнения лимфодиссекции.

Стадия опухолевого процесса в заключительном клиническом диагнозе неверно была установлена у 26 (81%) из 32 оперированных больных. Наиболее часто несоответствие было по критерию pT и pN. Опрос хирургов показал, что никто из них уверенно не знает четких критериев формулировки диагноза по системе TNM.

Результат анкетирования хирургов, выполнявших радикальные операции при осложненном раке ободочной кишки, показал следующее. Все респонденты плохо знают современное состояние диагностики и лечения рака ободочной кишки. Неуверенно знают показания к проведению адъювантной химиотерапии рака ободочной кишки, не знакомы с современными препаратами и схемами лекарственного лечения рака ободочной кишки. Никто из анкетированных не проходил целевых программ последипломной подготовки по вопросам лечения колоректального рака и не участвовал в программах тренинга по хирургическому лечению рака ободочной кишки.

## Применение молекулярно-генетического и иммуногистохимического методов для определения микросателлитной нестабильности при колоректальном раке

А. С. Цуканов, Ю. А. Шельгин, В. Н. Кашников, О. О. Орехов, В. П. Шубин,  
Н. И. Поспехова, Д. В. Калинин, Е. Г. Рыбаков  
ФГБУ «ГНЦК» МЗ РФ, Москва

Определение микросателлитной нестабильности (МСН) важно для прогноза эффективности химиотерапии, а также может указать на наличие наследственных мутаций в системе репарации ДНК-генах MLH1 и MSH2. Выявление этих наследственных мутаций у здоровых членов семей является качественно новым шагом в ранней диагностике рака толстой кишки.

Пациенты и методы. Исследование МСН проводилось в образцах опухоли и крови 21 пациента с неполипозным колоректальным раком. У 11 пациентов из этой выборки не было родственников с раком толстой кишки, у 6 было по 1 пораженному родственнику и 4 пациента по критериям соответствовали наследственному неполипозному раку толстой кишки (ННРТК). При молекулярно-генетическом анализе использовали пять мононуклеотидных маркеров — NR21, NR24, NR27, BAT25 и BAT26. Иммуногистохимическое исследование проводили с помощью 4 моноклональных антител — MLH1 (клон G168-728), MSH2 (клон G219-1129), MSH6 (клон 44) и PMS2 (клон MRQ-28).

Результаты. В группе из 17 пациентов, не соответствующих ННРТК, молекулярно-генетическими методами МСН в опухоли была выявлена у 3 (17,6%) пациентов. При этом в 2 случаях нестабильными были 2 маркера, а в одном — 3. При иммуногистохимическом исследовании у этих 3 пациентов был установлен иммунофенотип опухолей с низкой МСН (отсутствие ядерной экспрессии MLH1 в клетках опухоли). При дальнейшем молекулярно-генетическом исследовании у данных пациентов наследственных мутаций в генах MLH1 и MSH2 обнаружено не было.



В группе из 4 пациентов, отнесенных к ННРТК, молекулярно-генетическими методами МСН была выявлена у 2 (50%) пациентов. При этом в обоих случаях нестабильными были все 5 маркеров. Иммуногистохимическое исследование у этих 2 пациентов также выявило иммунофенотип опухолей с высокой МСН (отсутствие ядерной экспрессии MLH1 и PMS2 в клетках опухоли). При дальнейшем молекулярно-генетическом исследовании у каждого из этих 2 пациентов в гене MLH1 была обнаружена наследственная мутация: p.R100X и p.618delAAG.

Совпадение результатов двух методов в случае микросателлитно стабильных опухолей у 16 пациентов составило 100%.

Закключение. Полученные данные демонстрируют возможность применения обоих методов по отдельности в большинстве случаев (когда опухоль микросателлитно стабильна), однако, в случае выявления МСН эти методы должны использоваться как взаимодополняющие.

## **Опыт внедрения эндовидеохирургических операций при колоректальном раке в рутинную практику онкологического отделения**

*И. Л. Черниковский, А. Г. Рылло, И. В. Правосудов, Е. С. Сердюк, А. С. Шмелев  
СПб ГБУЗ «Клинический научно-практический центр специализированных видов  
медицинской помощи (онкологический)», Санкт-Петербург*

За 10 месяцев хирургической деятельности онкологического центра было выполнено 45 эндовидеохирургических и 113 открытых операций по поводу рака прямой и ободочной кишки. В исследование были включены пациенты с раком прямой и ободочной кишки pT2-3N0-2M1a. Исключались больные с большими местнораспространенными опухолями T4b стадии. Лапароскопические операции во всех случаях выполнялись с укладкой больного с разведенными ногами в положении french position, на специальной системе позиционирования больного VACUFORM для беспрепятственной смены положения операционного стола с пациентом в пространстве. Все эндовидеохирургические вмешательства проводились в интегрированной OR-1 операционной с несколькими видеомониторами для единовременной адекватной визуализации операционного поля всеми участниками операции. Для диссекции тканей использовали ультразвуковой скальпель HARMONIC и коагулятор Bowa. Использовалось эндовидеохирургическое оборудование фирмы «Karl Storz» (Германия). Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, шкале CR-POSSUM, индексу массы тела. Степень выраженности спаечного процесса оценивалась по оригинальной балльной шкале и в группах не отличалась. Качество мезоректумэктомии определялось на макропрепарате патоморфологами по критериям P. Quirke. Уровень лимфодиссекции оценивался хирургической бригадой в соответствии с классификацией лимфатических узлов Японского общества по изучению колоректального рака. Объем интраоперационной кровопотери измерялся в мл, продолжительность хирургической операции в минутах. Послеоперационный болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале VAS. Также изучались частота и структура интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты. Качество мезоректумэктомии оказалось несколько выше в исследуемой группе и соответствовало grade3 в 90% операций в основной группе и 84 %

в группе сравнения. Всем пациентам были выполнены операции R-0. Уровень лимфодиссекции существенно не отличался в обеих группах и в подавляющем числе случаев соответствовал D2. Объем интраоперационной кровопотери оказался достоверно меньшим в группе больных прооперированных лапароскопически и составил 150 и 280 мл соответственно. Напротив, среднее время операции оказалось предсказуемо меньшим в группе больных, прооперированных открытым способом, и составило 175 против 230 мин. Однако, судя по частоте осложнений, которая значимо не отличалась и составила 6,6 % в основной и 7,0 % в контрольной группах, время операции существенно не влияло на течение послеоперационного периода. Степень выраженности болевого синдрома была достоверно ниже у больных основной группы: 5,6 против 8,2 баллов.

Выводы Лапароскопические операции при колоректальном раке не уступают традиционным по качеству мезоректумэктомии и лимфодиссекции. Метод обладает большими возможностями визуализации операционного поля, тем самым, позволяя обеспечить прецизионный и менее травматичный операционный доступ. Указанная методика характеризуется, меньшей кровопотерей и значительно более легким течением послеоперационного периода. Широкое применение эндовидеохирургических методик необходимо и возможно при соблюдении принципов эргономичности, обеспечения свободы перемещения пациента и хирургов в рабочем пространстве, мультिवизуализации операционного поля и высокой квалификации всех участников операции. Отсутствие гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны, ранняя активизация и реабилитация больных после эндовидеохирургических вмешательств позволяет, своевременно приступить к проведению адьювантной химиотерапии.

## Клинические аспекты метода герметизации колостомы

И. И. Шапошников

*Кубанский государственный бюджетный медицинский университет, Краснодар*

Цель и задачи. Оценить клиническое значение разработанного метода герметизации колостомы (патент РФ №2077273 от 20 апреля 1997г. под названием «Способ наложения кишечного и желудочного свищей»).

Материалы и методы. У 7 пациентов в возрасте от 52 и до 76 лет, поступивших с явлениями острой кишечной непроходимости, обусловленной раком сигмовидной кишки, была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением концевой колостомы. Для обеспечения герметичности полого органа, на который был наложен свищ, в области его наружного отверстия создают погружное кольцо из окружающей аутокожи, в просвете которого находятся две ленты из синтетической ткани, концы которых выводят наружу в противоположном направлении. Для этой цели вначале осуществляют общепринятый этап операции, то есть в зоне, выбранной для наложения колостомы, делают разрез кожи длиной 4-5 см, через который затем формируют ход в брюшную полость с захватом и подтягиванием прилежащей брюшины до уровня кожи. Концы нитей не срезают. Вслед за этим начинают формировать покое кольцо из кожи вокруг образованного отверстия в передней брюшной стенке. Для этого, отступая на 2,5-3,0 см от края хода производят циркулярный разрез до глубоких слоев



кожи. Затем на поверхность созданного кожного лоскута помещают две ленты из синтетической ткани толщиной 0,3-0,5 см с таким расчетом, чтобы концы одной из них приняли оральное, а другой аборальное направления. После этого над лентами на края кожных ран накладывают швы, использовав оставленные концы нитей, сводя к одной точке все края разрезов. Эта манипуляция позволяет создать кольцо из аутокожи вокруг наружного отверстия создаваемой колостомы, внутри которой находятся запирающие ленты. Вслед за этим формируется типичный концевой толстокишечный свищ. После восстановления перистальтики кишечника и ликвидации явлений острой кишечной непроходимости, чтобы не вызвать некроза выведенного конца кишки, приступают к осторожной герметизации полого органа путем умеренного стягивания лент вокруг колостомы с введением в просвет кишки эластического обтуратора, например раздутого пальца от резиновой перчатки. Обтуратор используется 7-12 дней. Такая тренировка продолжается 2-3 недели. За это время формируется губовидный свищ со всеми признаками жизнеспособности тканей, что позволяет начать действенную герметизацию колостомы с режимным освобождением кишечника от каловых масс. Швы снимают на 10-12 день.

Обсуждение результатов. Анализ лечения 7 пациентов показал, что использование описанного способа герметизации полого органа позволяет значительно улучшить социальную реабилитацию стомированных больных. Со временем, а это происходит обычно через 3 недели, больные начинают отказываться от калоприемника и ограничиваются лишь туалетом наружного отверстия колостомы после самостоятельного выполнения запирающих манипуляций. Некроза стомированного конца кишки при выполнении операции без технических погрешностей не наблюдается. Больные быстро приучаются к уходу за стомой, но при этом требуется информация, как им избежать некроза тканей и как выполнить замену лент, а делается это путем привязывания чистой ленты к концу загрязненной и протягивания её в канал.

Выводы. Описанный метод герметизации колостомы технически прост в исполнении и дает хороший социальный эффект.

## **Подготовка толстой кишки к операции у больных колоректальным раком**

М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов, А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко,  
Л.Р. Торсян  
*МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва;  
ГБУЗ «ТООКД», Тамбов*

Функциональное состояние толстой кишки, качество ее подготовки к операции во многом определяют успех оперативных вмешательств, выполняемых по поводу колоректального рака, особенно при выполнении резекций толстой кишки с последующим формированием толстокишечного анастомоза. В настоящее время отсутствуют общепринятые схемы предоперационной подготовки кишечника у больных с осложненными формами заболевания.

Цель исследования: разработка и внедрения стандартов предоперационной подготовки кишечника у больных с осложненными формами колоректального рака.

Материалы и методы. В контрольной группе, состоявшей из 100 больных колоректальным раком, имевших субкомпенсированное нарушение толстокишечной проходимости, в 49% случаев качество подготовки было оценено как плохое, в 44% — удовлетворительное и только в 7% — хорошее. Причем некачественная очистка кишечника послужила основной причиной отказа от формирования межкишечного анастомоза в 32% случаев.

Разработанный нами протокол предоперационной подготовки кишечника был применен 152 больных местнораспространенными осложненными формами колоректального рака, оперированных в плановом порядке (группа исследования). У этих пациентов распространение опухоли на соседние анатомические структуры (за счет опухолевой инвазии или паратуморального инфильтрата) сочеталось: с субкомпенсированным (131 — 86,2% случаев) и декомпенсированным (21 — 13,8% случаев) нарушением кишечной проходимости; сопровождалось анемией (74 — 48,6% случаев); выраженным нарушением нутритивного статуса — снижением массы тела на 10% массы тела и более (53 — 34,9% случаев); интенсивным кровотечением из опухоли (3 — 1,9% случаев).

Больным выполнены клинически радикальные и паллиативные резекции толстой кишки. Всем больным выполнялась 3-4 дневная инфузионная терапия кристаллоидами в объемах 1600-1200 мл соответственно. У больных с опухолями, локализованными в правой половине ободочной кишки и пациентам перед экстирпацией прямой кишки, удерживающим клизму предоперационная подготовка носила «традиционный» характер. Сочетался дробный прием 15% раствора сернокислой магнeзии до достижения послабления стула, трехдневное бесшлаковое питание в рамках диеты №4, разгрузочный день накануне операции, и очистительные клизмы накануне операции вечером и утром.

При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки, в верхней и средней третях прямой кишки, а так же больным с опухолевым поражением нижней трети прямой кишки, не держащим клизму, применялся комплексный метод подготовки кишечника. Помимо вышеописанных мероприятий в день предшествующий операции больным проводился ортоградный кишечный лаваж раствором полиэтиленгликоля (препарат Фортранс) в объеме 3500 — 4000 мл.

Результаты и выводы. В группе исследования у 134 (88,1%) больных было достигнуто хорошее качество подготовки, у 18 (11,8%) — удовлетворительное значительно снижена микробная обсемененность в просвете толстой кишки. Некачественная очистка толстой кишки, как причина отказа от формирования межкишечного анастомоза была исключена полностью. Применение данного протокола подготовки кишечника в комплексе других мероприятий предоперационной подготовки

## Профилактика тромбозов и тромбозов в хирургии колоректального рака

М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов, А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко,  
Л.Р. Торосян  
МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва;  
ГБУЗ «ТООКД», Тамбов

Профилактика тромбозов и тромбозов имеет большое значение при проведении хирургического лечения онкоколопроктологическим больным.



Цель исследования: разработка и внедрение схемы профилактики тромботических и тромбоэмболических осложнений в хирургии рака толстой кишки. Оценка ее эффективности у больных местнораспространенными и осложненными формами колоректального рака.

Материалы и методы. В контрольной группе (состоявшей из 100 больных осложненным колоректальным раком, оперированных в плановом порядке) тромботические осложнения возникли у 10% пациентов, включая случаи ТЭЛА и мезентериального тромбоза (3% и 1% соответственно), послужившие причиной смерти больных.

Разработанная нами схема профилактики тромботических и тромбоэмболических осложнений была применена у 120 больных местнораспространенными осложненными формами колоректального рака, оперированных в плановом порядке (группа исследования). У этих пациентов распространение опухоли на соседние анатомические структуры (за счет опухолевой инвазии или паратуморального инфильтрата) сочеталось: с субкомпенсированным (105—87,5% случаев) и декомпенсированным (15—12,5% случаев) нарушением кишечной проходимости; сопровождалось анемией (58—48,3% случаев); выраженным нарушением нутритивного статуса—снижение массы тела на 10% массы тела и более (46—38,3% случаев); интенсивным кровотечением из опухоли (3—2,5% случая).

Профилактику тромботических осложнений проводили дифференцированно в 5 группах больных. У 67 (55,8%) больных первой группы «стандартная профилактика» (без дополнительных факторов риска) включали в себя: 3-4 дневная предоперационную инфузионную терапию кристаллоидами в объемах 1600-1200 мл соответственно; эластичную компрессию нижних конечностей (чаще чулки) во время операции и до полной активизации; инъекции низкомолекулярного гепарина—Фраксипарина 0,3 мл п/к в 21 час вечером и в 7 часов утром накануне операции; раннюю активизацию больного—вставание на ноги на 3 сутки послеоперационного периода. Во второй группе 16 (13,3%) больных со II-III степенью ожирения и/или мерцательной аритмией, мероприятия первой группы дополнялись введением Фраксипарина в дозе 0,3 мл п/к 2 раза в день в течение 3 суток после операции. В третьей группе были 29 (24,2%) больные с варикозной болезнью, ХВН I степени; к мероприятиям первой группы добавлялся прием микронизированной фракции флавоноидов—Детралекса в дозе 2000 мг в сутки 4 дня (минимум) до и после операции. Четвертую группу 6 (5%) составили больные с варикозной болезнью и ХВН II-III стадии, а так же больные, имевшие тромботические и тромбоэмболические осложнения в анамнезе. Для этих больных мероприятия третьей группы дополнялись введением Фраксипарина в тех же дозах до 5-7 суток после операции под контролем расширенной коагулограммы, с переходом на антиагреганты (Аспирин), был продлен прием Детралекса. Пятую группу 2 (1,7%) составили больные с тромботическими осложнениями, получавшие непрямые антикоагулянты до операции. Проводился весь комплекс мероприятий четвертой группы, динамический контроль состояния системы гемостаза. Отмена непрямого антикоагулянта (Варфарин) (с переходом на инъекции Фраксипарина в прежних дозах, продолжавшиеся в течение 3-7 дней послеоперационного периода) производилась за 3 дня до операции. Возобновлялся прием непрямого антикоагулянта на 2 сутки послеоперационного периода.

---

## Коррекция нарушений статуса питания у больных местнораспространенными и осложненными формами колоректального рака

М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов, А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко, Л.Р. Торосян  
МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва;  
ГБУЗ «ТООКД», Тамбов

Значительная часть больных осложненным раком толстой кишки поступает в стационары с выраженными расстройствами нутритивного статуса, недостаточностью питания. Потеря веса на 10% массы тела и более у больных колоректальным приводит к значительному росту послеоперационных гнойно-септических осложнений. Общепринятых схем коррекции расстройств нутритивного статуса у больных данным заболеванием в настоящее время нет.

Цель исследования: разработка и внедрение схемы коррекция нарушений нутритивного статуса — недостаточности питания у больных местнораспространенными и осложненными формами рака толстой кишки.

Материалы и методы. В ходе ранее выполненных нами исследований попытки системно проводить предоперационную нутритивную поддержку были безуспешны, что связано с имевшимся у больных нарушением кишечной проходимости и диспепсией, раковой интоксикацией и анорексией, органолептическими свойствами искусственных питательных смесей.

В полном объеме разработанная нами схема послеоперационной коррекции нарушений нутритивного статуса была реализована у 22 больных местнораспространенными и осложненными опухолями ободочной кишки. У 4 больных имела место кахексия, у 10 квашиокор, а у 8 — смешанный (маразматический квашиокор) тип нарушения питания. Правосторонняя локализация опухоли — 9 больных, левосторонняя — 13. Критерии включения в исследование: снижение веса на 10% и более от исходной массы тела в течение 2-3 месяцев перед госпитализацией, наличие большой опухоли ободочной кишки (диаметр опухолевого инфильтрата 15-20 см и более, распространение на окружающие органы и ткани опухоли (УЗИ, МРТ, ирригоскопия)).

Проводился динамический контроль массы тела, состояние жирового слоя, соматического и висцерального пула белка. Всем больным были выполнены обширные комбинированные резекции ободочной кишки и сформированы межкишечные анастомозы, а также выполнялось зондовое гастроэнтеральное дренирование. Через 10-12 часов после операции в течение двух дней пациентам выполняли инфузии препарата Оликлиномель в центральную вену в объеме 1000 мл/сутки. Вводили в гастроэнтеральный зонд раствор препарата Нутризон в изокалорийном разведении в первые сутки 400 мл, затем по 800 мл в сутки до полного восстановления естественного питания с увеличением доли белковых продуктов (до 7-10 суток послеоперационного периода). Прием жидкостей больным перорально начинали с первых суток послеоперационного периода, естественное питание с третьих суток, при переносимости с приемом полуэлементных питательных смесей типа Эншур, Нутридринк.

Результаты и выводы. На фоне проводимого лечения удалось снизить уровень послеоперационного гиперметаболизма (контроль антропометрией в динамике) и нормализовать висцеральный пул белка и уровень лимфоцитов к 12 суткам послеоперационного периода. Применение данной схемы коррекции нутритивного статуса в комплексе мероприятий периоперационного лечения позволило избежать возникновения гнойно-воспалительных осложнений.



**Восстановление тазового дна после экстирпации прямой кишки****ОНКОПРОКТОЛОГИЯ**

М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов, А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко,  
Л.Р. Торсян  
МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва;  
ГБУЗ «ТООКД», Тамбов

У больных после экстирпаций прямой кишки по поводу рака прямой кишки и при тампонировании промежностной раны с дальнейшим открытым ее лечением, как правило, развиваются тяжелые нагноения тканей промежности и пресакрального пространства. Сроки полного заживления промежностной раны достигают 6 месяцев и более, что существенно сказывается на качестве жизни больных и лимитирует возможности адьювантного лечения.

Цель исследования: разработка и внедрение способа реконструкции тазового дна и закрытия промежностной раны у больных раком нижней трети прямой кишки после ее экстирпации.

Материалы и методы. Нами накоплен опыт выполнения 32 первичных реконструкций тазового дна с выполнением послойного закрытия промежностной раны после брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки у больных с местнораспространенными на соседние органы и анатомические структуры опухолями нижней трети прямой кишки, осложненными нарушением кишечной проходимости и кровотечением. Все больные перед операцией были консультированы радиологом. Учитывая размеры опухолей, явления распада и кровотечения, нарастание нарушения кишечной проходимости проведение неоадьювантной лучевой терапии больным было противопоказано. Все больные были оперированы синхронным двухбригадным способом. Выполнялось высокое лигирование нижнебрыжеечных сосудов, или сберегательная лимфодиссекция их основных стволов с сохранением левой ободочной артерии. Операции носили комбинированный характер, выполнялась тотальная мезоректумэктомия с широким использованием электрохирургического инструментария—стойка Valleylab, аппарат LigaSure. В большинстве случаев выполнялось широкая электрохирургическая двухсторонняя резекция боковых сплетений прямой кишки. Руководствовались принципом широкого сечения тканей промежности, латеральный клиренс по тканям леваторов от края мышц сфинктера составлял не менее 3 см. Производился тщательный контроль гемостаза в пресакральной полости в проходящем свете. Устанавливался широкий дренаж в пресакральную полость со стороны промежности в задне-боковой контрапертуре. Выполнялось сшивание тазовой брюшины и первичная реконструкция тканей промежности с наложением трех уровней швов. Вначале неполным полукисетным швом (викрил, ПГА) ушивались глубокая фасция таза с частичным захватом леваторов и края фасции Вальдера. Отдельными широкими швами (викрил, ПГА) ушивались снизу вверх леваторы и вертикальными матрацными швами по Донатти—кожа и подкожный слой промежности. Между первым и вторым уровнями швов в отдельный прокол устанавливали пассивную дренажную систему Blake drain (Ethicon, США) или выполняли дренирование по Редону.

Результаты и выводы. Случаев нагноения ран не было, у всех больных удалось достичь первичного заживления ран промежности без разведения ран и преждевременного снятия швов. Это позволило значительно сократить сроки реабилитации, ускорить проведение адьювантной лучевой и химиотерапии. Доказана высокая надежность метода.

---

## Передняя резекция при местнораспространенным раке прямой кишки

М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов, А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко,  
Л.Р. Торосян  
МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва;  
ГБУЗ «ТООКД», Тамбов

Распространение злокачественной опухоли прямой кишки на соседние органы и анатомические структуры в сочетании с нарушением кишечной проходимости зачастую рассматривается как противопоказание к выполнению передней резекции прямой кишки (операций по поводу рака прямой кишки наиболее полно сохраняющей функцию органа). Особенно это касается выполнения одномоментной (без превентивной кишечной стомии) передней резекции прямой кишки.

Цель исследования: разработка и внедрение способа одномоментной передней резекции прямой кишки у больных с осложненными и местнораспространенными формами рака прямой кишки.

Материалы и методы. Нами накоплен опыт выполнения одномоментной моноаппаратной передней резекции прямой кишки, выполненной 54 больным с местнораспространенной формой рака средней и верхней трети органа, осложненной нарушением кишечной проходимости и кровотечением из опухоли. Всем этим пациентам были выполнены комбинированные резекции прямой кишки, включая мультиорганные резекции. Превентивные кишечные стомы не формировались. Перед данным оперативным вмешательством обязательно проводилась подготовка кишечника комплексным методом, с использованием ортоградного кишечного лаважа раствором полиэтиленгликоля с электролитами. Операцию начинали с полной мобилизации брыжейки сигмовидной кишки в латерально-медиальном направлении, выполняли сберегательную лимфодиссекцию основных стволов нижнебрыжеечных сосудов, сохраняя левую ободочную артерию. При выделении прямой кишки и резекции смежных органов применяли электрохирургический инструментарий (стойку Valleylab, аппарат LigaSure), выполняя широкую электрохирургическую резекцию боковых сплетений прямой кишки. Использовали при мобилизации в трех плоскостях приемы тракции и противотракции, стремясь к четкой визуализации и острой диссекции анатомических структур. При локализации опухоли в средней трети (нижний край опухоли на 7-12 см от края ануса) выполняли тотальную мезоректумэктомию, а при локализации опухоли на 13 см и выше адекватную мезоректумэктомию, с дистальным клиренсом резекции мезоректума не менее 5 см. Анастомоз формировали исключительно одним циркулярным степплером на двух кисетных швах «через борт». Применяли по принципиальным соображениям (механические качества шва) только аппараты фирмы Ethicon SDH и CDH №29. Дренировали через широкую задне-боковую контрапертуру пресакральную полость тонким термопластичным дренажом. Обязательно тщательно исследовали макропрепарат вместе с морфологами (целостность собственной фасции, циркулярный и дистальный край резекции, лимфоузлы).

Результаты и выводы. Доказана высокая надежность данного способа передней резекции (удельный вес гнойно-воспалительных осложнений менее 5%). При оценке функциональных результатов 28 больных исследования (которым была выполнена одномоментная моноаппаратная передняя резекция прямой кишки) и 25 больных группы контроля (которым выполнялась двухмоментная, с превентивной кишечной



стомией передняя резекция прямой кишки) по шкале анальной континенции S.D. Wexner (1993) получена значимая статистическая разница—6,8 баллов против 3,7 баллов. Оценка качества жизни и функциональных результатов операций на прямой кишке: хорошие результаты были достигнуты у 18 (33,9%) больных исследования и только у 5 (9,4%) больных контроля. Неудовлетворительных результатов у больных исследования не было, они были у 6 (11,3%) у больных контроля. Доказаны функциональные преимущества данного способа наиболее полно сохраняющего функции прямой кишки как органа, в том числе и у больных с местнораспространенными формами рака прямой кишки.

### **Хирургическое лечение больных осложненными, распространенными формами рака толстой кишки**

М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов, А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко,  
Л.Р. Торсян  
*МИУВ ФГБОУ ВПО «МГУПП», Москва;  
ГБУЗ «ТООКД», Тамбов*

Лечение больных местнораспространенными и осложненными формами рака толстой кишки является актуальной проблемой современной онкологии и клинической хирургии. У этих пациентов распространение опухоли на соседние анатомические структуры (за счет опухолевой инвазии или паратуморального инфильтрата) сочетается с суб- и декомпенсированным нарушением кишечной проходимости, перифокальным воспалением, часто сопровождается анемией и выраженным нарушением нутритивного статуса, возможно развитие тяжелых кровотечений вследствие распада опухоли. В послеоперационном периоде у этих больных высок удельный вес гнойно-септических осложнений.

Цель исследования: поиск путей улучшения результатов лечения больных местнораспространенными и осложненными формами рака толстой кишки, прежде всего в плане снижения числа гнойно-септических осложнений, увеличения числа органосохранных и функционально-выгодных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. Нами накоплен опыт планового хирургического лечения 152 больных с местнораспространенными осложненными формами рака толстой кишки. Всем были выполнены комбинированные в т.ч. мультиорганные резекции толстой кишки. При подготовке больных к операции всем больным: проводили 3-4 дневную инфузионную терапию; применяли собственный алгоритм предоперационной очистки кишечника, используя ортоградный кишечный лаваж с раствором полиэтиленгликоля; проводили дифференцированно профилактику тромботических и тромбоэмболических осложнений. В послеоперационном периоде проводили больным нутритивную поддержку, включая парентеральное и зондовое энтеральное питание.

При выполнении оперативных вмешательств широко применяли электрохирургический инструментарий. Предпочтения отдавали монополярному коагулятору (используя разные его режимы) и аппарату LigaSure (стойка фирмы Valleylab), но лимфодиссекцию основных стволов сосудов выполняли остро, ножницам. Мобилизацию ободочной кишки при выполнении адекватной мезоколонэктомии (лимфодиссекция D2) выполняли в латерально-медиальном направлении, высоко лигировали

подвздошно-ободочные сосуды, выполняли сберегательную лимфодиссекцию основных стволов средних ободочных и нижнебрыжеечных сосудов, стремясь сохранить их магистральные коллатерали. Все резекции осуществляли, применяя линейные степплеры. При формировании анастомозов на ободочной кишке широко применяли циркулярные степплеры («конец-в-бок») и накладывали второй ряд узловых швов монофиламентными нитями (неотложные операции — чаще ручной двухрядный прецизионный узловой шов). После обширных мультиорганных резекций ободочной кишки с целью профилактики и лечения энтеральной недостаточности и проведения энтерального питания применяли продленное зондовое гастроэнтеральное дренирование. У больных раком средней и верхней трети прямой кишки стремились выполнить одномоментную моноаппаратную переднюю резекцию прямой кишки, без формирования превентивной кишечной стомы. После экстирпации прямой кишки выполняли первичную реконструкцию тазового дна и промежности. Выполняли (по показаниям) интраоперационные гемотрансфузии большинству больных.

Результаты и выводы: применение всего вышеперечисленного комплекса методов подготовки к операции и колоректальной хирургии позволило нам существенно сократить удельный вес гнойно-воспалительных осложнений послеоперационного периода, число больных с осложнениями составило 16 (13,3%) случаев. Умерших больных не было. Удалось значительно увеличить удельный вес функционально-выгодных и органо-сохраняющих оперативных вмешательств. Если не учитывать экстирпации прямой кишки, когда органо-удаляющая операция выполнялась по онкологическим соображениям, уровень органо-сохраняющих вмешательств составил около 90 % случаев.

## Опыт применения высокотехнологичных операций в хирургическом лечении рака прямой кишки

Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, П.С. Ветшев, А.Л. Левчук, И.Л. Андрейцев, В.А. Назаров, И.В. Степанюк, Д.Ю. Федотов  
*ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

Введение: за последние десятилетия заболеваемость больных раком прямой кишки в структуре онкологической патологии возросла до 31,1% и занимает 4 место.

Материалы и методы. Всего выполнено 250 операций в период с 2009 по 2012 гг. Из них 111 передних резекций, 46 низких передних резекций прямой кишки, 38 операций Гартмана, 19 разгрузочных сигмостомий по поводу неоперабельных опухолей, 19 лапароскопических передних резекций и 17 робот-ассистированных передних резекций прямой кишки. Регионарные метастазы диагностированы у 37,6% больных, отдаленные метастазы — в 10 случаях (5,9%). У больных, перенесших переднюю резекцию прямой кишки, мезоректальную клетчатку удаляли частично, с расположением её границы на 5 см дистальнее линии пересечения кишки, ветви средней прямокишечной артерии сохраняли. Низкие передние резекции сопровождалась полным удалением мезоректума, лигированием средних прямокишечных артерий и вен, прямая кишка пересекалась непосредственно над леваторами.

Результатами двухлетнего наблюдения за пациентами после выполнения низких передних резекций прямой кишки, сопровождающихся полным удалением мезорек-



тальной клетчатки, зарегистрировали меньшее количество локорегионарных рецидивов, чем после «высокой» передней резекции, при которой часть мезоректума остается не удаленной. В течение первого года наблюдения локорегионарных рецидивов выявлено не было. При помощи роботизированного хирургического комплекса Использование робототехники позволило достоверно увеличить количество удалённых лимфоузлов, среднее количество которых составило 23, что несомненно улучшило онкологическую эффективность операций. При проведении тазомезентериальной экцизии использование комплекса Da Vinci позволило в 100 % случаев добиваться отрицательного циркулярного края резекции, без нарушения целостности висцерального листка тазовой брюшины.

Выводы. Наименьшее количество осложнений отмечалось после лапароскопических и робот-ассистированных передних резекций, что определяет внедрение высокотехнологичных методик выполнения передней резекции прямой кишки как перспективное направление развития колоректальной хирургии, позволяющее существенно увеличить число органосохраняющих оперативных вмешательств, в сочетании с достижением максимальной онкологической эффективности.

## **Результаты неоадьювантного лечения нижеампулярного рака прямой кишки при использовании схемы IFL и дистанционной гаммаферapie**

А.В. Шелехов, В.В. Дворниченко, Р.И. Расулов, А.В. Шевчук, Н.А. Москвина  
*ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного усовершенствования врачей», Иркутск*

Цель работы: оценить непосредственные результаты предоперационного химиолучевого лечения рака прямой кишки.

Материалы и методы. Критерием включения в исследование являлось наличие III стадии заболевания. Число пациентов включенных в исследование составило 20 человек. Средний возраст пациентов  $57,6 \pm 1,2$  года. В исследование были включены 14 мужчин и 6 женщины. На первом этапе лечения проводилась дистанционная гамма-терапия классическим фракционированием с одномоментным назначением с первого дня химиотерапии по схеме IFL. Предоперационная лучевая терапия в режиме классического фракционирования на проекцию опухоли прямой кишки и пути регионарного метастазирования проводилась суммарной очаговой дозой 44 Гр. Локальную распространенность опухолевого процесса определяли с помощью фиброколоноскопии. Степень и максимальный размер инвазии опухолевого процесса, увеличение размеров параректальных лимфатических коллекторов определяли ультразвуковым сканированием трансректальным датчиком, а также выполняя МРТ малого таза. Оперативное вмешательство проводилось через 14 дней после окончания химиолучевого лечения. Удаленный препарат подвергали гистологическому исследованию.

Результаты. Под воздействием проводимой предоперационной химиолучевой терапии отмечено при фиброколоноскопии отмечено сокращение протяженности опухолевого роста, увеличение расстояния от анального канала до дистального края новообразования. В трех случаях нами отмечена полная редукция опухолевого процесса. При сканировании трансректальным датчиком злокачественного новообразования

в динамике отмечено снижение размеров инвазии опухоли в стенку прямой кишки. После проведения предоперационной химиолучевой терапии в 3 случаях отмечена полная редукция опухолевого процесса (15,0%), в 4 наблюдениях — уменьшение инвазии опухолевого процесса до подслизистого слоя (20,0%), в 5 — до мышечного слоя (25%). В 8 случаях отмечена снижение глубины инвазии опухоли в параректальную клетчатку (40,0%). Согласно шкале RECIST, полный ответ на проведенное неадьювантное лечение получено у 3 пациентов, частичный у 17 пациентов. Лечебный патоморфоз 1-2 степени определен у 4 (20%) пациентов, 3 степень лечебного патоморфоза выявлена у 13 (65%) пациентов и 4 степень обнаружена в 3 наблюдениях (15%). Негематологическая токсичность встречалась 1 или 2-й степени и проявлялась в основном диареей (у 41,6 %), которая полностью купировалась приемом лекарственных препаратов. Гематологическая токсичность, в основном, проявлялась нейтропенией. Прерывания терапии не требовалось. Пациентом были выполнены следующие оперативные вмешательства: брюшно-промежностная экстирпация — 3, передняя резекция прямой кишки — 9, 8 — брюшно-анальная резекция прямой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Летальности в послеоперационном периоде отмечено не было.

Выводы: Продемонстрированное положительное влияние предоперационной химиолучевой терапии на местное распространение злокачественного процесса, благоприятный профиль токсичности допускает дальнейшее лечение больных с нижнеампулярным раком прямой кишки по предлагаемой в работе схеме.

## Результаты гипертермической интروперитонеальной перфузии цитостатиков при хирургическом лечении колоректального и овариального рака

А.В. Шелехов, В.В. Дворниченко, И.В. Ларионова, Р.И. Расулов, Д.Д. Мориков, А.Г. Захаров

*ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного усовершенствования врачей», Иркутск*

В нашем исследовании мы демонстрируем первый опыт использования гипертермической интروперитонеальной перфузии цитостатика в сочетании с циторедуктивными оперативными вмешательствами при раке ободочной, прямой кишки и раке яичников.

Данная методика была использована в ходе лечения у 5 пациентов с диагнозами:

1. Рак прямой кишки T4N1M0 3 стадия, 4 клиническая группа. Канцероматоз брюшины малого таза
2. Рак яичников T3cN1M1 IV ст. IV кл гр. Рост опухоли яичников в области прямой кишки, ректосигмоидного отдела толстой кишки, сигмовидной кишки. Канцероматоз брюшины левого, правого латерального канала, брюшины таза, большого сальника.
3. Рак слепой кишки T3N2M0 3 С ст. 4 кл. гр. Канцероматоз брюшной полости.
4. Рак сигмовидной кишки T3N1M1 4 стадия, 4 клиническая группа. Канцероматоз париентальной брюшины.
5. Рак тощей кишки T3NoM1 4 стадия, 4 клиническая группа. МТС в яичники. Канцероматоз малого таза.



Во всех случаях на дооперационном и интраоперационном этапе был диагностирован и верифицирован гистологически канцероматоз брюшной полости: париетальной и висцеральной брюшины. В ходе оперативного лечения пациентам были выполнены следующие хирургические вмешательства: обструктивная брюшно—анальная резекция прямой кишки в варианте Иноятова; обструктивная комбинированная сигмоидэктомия, низкая передняя передняя резекция прямой кишки, оментэктомия, ампутация матки с придатками, перитонеумэктомия в объеме 0, 4, 5, 6, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)); резекция тонкой кишки, оментэктомия, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)); сигмоидэктомия, оментэктомия, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)); резекция тощей кишки, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy)). В ходе оперативного лечения всем пациентам проводился интраперитонеальный лаваж объемом 3 литра физиологического раствора и 30 мг митомидина С, нагретого до температуры 42 С. Непрерывная подача раствора в брюшную полость и аспирация осуществлялась с помощью роликового насоса «УНИРОЛ», производство Россия. Нагрев раствора до 42 С выполняли с помощью водяной бани TW-2, производство Германия. Осложнений в ходе оперативного вмешательства и послеоперационном периоде отмечено не было. Спустя 4 недели после оперативного вмешательства пациентам назначена адьювантная химиотерапия. Все пациенты в отдаленном послеоперационном периоде на 3 и 6 месяц послеоперационного периода прошли контрольное обследование—данных за рецидив и прогрессирование заболевания не выявлено.

Использованная технология циторедуктивных оперативных вмешательств в сочетании с гипертермической интроперитонеальной перфузии цитостатиков позволяет успешно проводить лечение пациентов диссеминированными формами колоректального и овариального рака.

## **Непосредственные результаты правосторонних гемиколэктомий, выполненных с использованием различных лапароскопических методов по поводу рака правой половины ободочной кишки**

Ю.А. Шельгин, С.А. Фролов, С.И. Ачкасов, О.И. Сушков, А.Г. Запольский  
ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ», Москва

Актуальность. В настоящее время правосторонняя гемиколэктомия может быть выполнена с использованием разных лапароскопических технологий. Наиболее распространены три вида вмешательств: лапароскопически-ассистированные (ЛА), с ручной ассистенцией (РА) и из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Целью исследования явилась сравнительная оценка данных видов лапароскопических операций, выполненных по поводу рака правой половины ободочной кишки.

Материалы и методы. В сравнительное проспективное нерандомизированное исследование включено 80 пациентов, перенесших правосторонние гемиколэктомии по поводу рака, выполненных различными лапароскопическими способами. Пациенты первой группы были оперированы ЛА способом (n=28), второй—с использованием

РА (n=41), третьей—из ЕЛД (n=11). Различий по возрасту, ИМТ в сравниваемых группах выявлено не было ( $p>0,05$ ). В 3-ей группе преобладали женщины.

Результаты. Длина разреза в 3-й группе была достоверно меньше, чем в 1-й и 2-й группах, и в среднем составило  $4,2\pm 1,1$  см, по сравнению с  $6,8\pm 1,1$  см и  $7,2\pm 1,3$  см, соответственно. Дефект брыжейки ушивался у 36% пациентов в 1-й группе, у 71% во 2-й и у 31% в 3-й группе. Длительность операции в группах не отличалась и составила  $163,2\pm 39,1$  мин,  $142,6\pm 33,8$  мин и  $170,5\pm 28,8$  мин, в 1-й, 2-й и 3-й группах, соответственно. Лапароскопический этап выполнялся быстрее во 2-й группе ( $p<0,01$ ). Брюшная полость дренировалась у 89% пациентов 1-й группы, у всех во 2-й, и у 9% в 3-й группе. Послеоперационный койко-день в 3-й группе был короче и составил  $6,1\pm 1,4$  дн по сравнению с  $8,4\pm 2,5$  дн и  $9,7\pm 3,2$  дн в 1-й и 2-й группах, соответственно ( $p<0,01$ ). Частота конверсий составила 27% в 3-й и 4% в 1-й группе. Во 2-й группе конверсий не было. Послеоперационные осложнения составили 7,1% в 1-й и 2,4% во 2-й группах, соответственно. В 3-й группе осложнений не было. Выполнение операций из ЕЛД по оценке оперирующих хирургов с использованием балльной шкалы оказалось наименее удобным ( $p<0,01$ ). Наркотические анальгетики не назначались только в 3-й группе. Интенсивность послеоперационных болей, сроки восстановления перистальтики и восстановления способности к самообслуживанию в группах не отличались ( $p>0,05$ ). Различий в границах резекции, количестве исследованных лимфатических узлов, длине подвздошно-ободочной артерии в удаленном препарате не выявлено ( $p>0,05$ ).

Заключение. Предварительный анализ результатов лечения, различий по общей длительности операции, интенсивности послеоперационной боли, срокам восстановления к самообслуживанию, а также в соблюдении онкологических принципов не продемонстрировал. Статистически значимыми отличиями были меньший послеоперационный койко-день и меньшая длина разреза у пациентов в 3-ей группе. Кроме того, пациенты 3-ей группы не нуждались в назначении наркотических анальгетиков. Преимуществом операций из ЕЛД, помимо косметического эффекта, является достоверное снижение послеоперационного койко-дня, а очевидным недостатком является неудобство манипуляций. Для оценки целесообразности ушивания дефекта брыжейки и дренирования брюшной полости необходимо проведение отдельных исследований.

## Отдаленные результаты лечения пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки после эвисцераций малого таза

К.Г. Шостка, Л.Д. Роман, А.Н. Павленко

ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Рак прямой кишки является одной из ведущих причин смерти от онкологических заболеваний в России. Несмотря на улучшение ситуации с ранней диагностикой в Ленинградской области, около 40% случаев представляют собой опухоли, распространяющиеся за пределы кишечной стенки. У 5-7% пациентов этой группы определяются признаки инвазии смежных органов. Эти пациенты рассматриваются как кандидаты для выполнения эвисцерации малого таза (ЭМТ). Эвисцерация малого таза — моноблочное удаление органов малого таза.



Целью настоящего исследования явилось изучить отдаленные результаты лечения пациентов после ЭМТ по поводу рака прямой кишки. Для ретроспективного анализа была составлена карта кодирования историй болезни основанная на 85 признаках. Информация о летальных исходах отслеживалась в популяционном канцер-регистре Ленинградской области и путем телефонного анкетирования. Статистическая обработка информации произведена при помощи пакета прикладных программ Statistica 7.0 for Windows.

В период с 2005 по 2010 год в нашем центре выполнена 51 эвисцерация по поводу рака прямой кишки. Женщины составили 72,5% (37 пациентов), мужчин — 27,5% (14 пациентов). Средний возраст — 60,2 года. Первичные опухоли выявлены в 84,3% (43 пациента), рецидивные опухоли 15,7% (8 пациентов). Радикальное вмешательство выполнено у 31 пациента (60,8%), паллиативные вмешательства в 20 случаях (39,2%). Метастазы в печени явились причиной паллиативного вмешательства у 7 пациентов (35%), карциноматоз брюшины у 6 (30%), позитивный латеральный край (R2-резекция) у 5 пациентов (25%), сочетание метастазов в печени и карциноматоза у 1 пациента и еще у 1 пациента были метастазы в отдаленные (парааортальные) лимфоузлы. У 3 пациентов из группы с метастазами в печени вторым этапом удалось выполнить резекционное вмешательство на печени и достичь полной циторедукции. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 22 пациентов (43,1%). Послеоперационная летальность составила 13,7%, умерло 7 пациентов. При оценке выживаемости получены следующие данные. В группе радикальных операций 1-летняя выживаемость составила 88,5%; 2-летняя — 84,6%; 3-летняя выживаемость — 57,6%. Показатели выживаемости в группе паллиативных вмешательств: 2-летний порог пережили 3 пациента (15,7%), 18 месяцев — 5 пациентов (26,3%), 12 месяцев — 8 пациентов (42,1%) и меньше 12 месяцев — 16 пациентов (84,2%).

Наиболее неблагоприятными факторами, влияющими на отдаленную выживаемость, являются наличие метастазов в регионарных лимфоузлах, карциноматоз брюшины и R2 резекция. Паллиативные ЭМТ оправданы у пациентов с осложненной местно-распространенной опухолью (свищи, тазовый болевой синдром, кровотечение и т.д.) с целью улучшения качества жизни и в случаях возможности выполнения вторым этапом полной циторедукции.

## Раневая инфекция после цилиндрической экстралеваторфной экстирпации прямой кишки, выполненной онкологическим больным

С. Н. Щерба<sup>1</sup>, В. В. Половинкин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> «ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Краснодар;

<sup>2</sup> «ГБУЗ Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского МЗ Краснодарского края»

На современном этапе концепция лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала предусматривает комплексный или мультидисциплинарный подход, включающий хирургические, лучевые и лекарственные методы. Од-

нако основным является хирургический метод. Чаще всего, расположение опухоли в нижеампулярном отделе или анальном канале требует выполнения традиционной брюшно-промежностной экстрипации по Кеню-Майлсу, либо, вошедшей в онкологическую практику не так давно, экстралеваторной цилиндрической экстирпации прямой кишки (ЦЭ). Литературные данные и наши наблюдения, свидетельствуют, что именно ЦЭ позволяет создать свободную от опухолевых клеток латеральную линию резекции даже при сложных местно-распространенных опухолях, что в конечном итоге улучшает отдалённые результаты и выживаемость больных. Однако это вмешательство достаточно травматично и ведёт к возникновению в раннем, а иногда и позднем послеоперационном периодах различных осложнений, чаще всего инфекционной природы, среди которых, одно из лидирующих мест занимает нагноение промежностной раны 8—44 %. Особую актуальность эта проблема приобретает у пациентов пожилого и старческого возраста, с выраженными сопутствующими заболеваниями, получивших предоперационную лучевую терапию.

На базе колопроктологического отделения Краевой клинической больницы №1 им. С.В.Очаповского с 2010 по 2012 годы выполнено 59 ЦЭ пациентам по поводу рака нижеампулярного отдела прямой Т2-4 N0-2 M0-1, Проведено проспективное сравнительное исследование заживления промежностной раны в двух сопоставимых группах: контрольной—18 человек и основной—41. В обеих группах предоперационная подготовка, антибиотикопрофилактика, абдоминальный и промежностный этапы выполнялись одинаково стандартно. В контрольной группе промежностная рана ушивалась послойно, наглухо. В основной группе применялся оригинальный способ профилактики нагноения промежностной раны путём её пролонгированного проточного пассивного дренирования (приоритетная справка № 2012107728 от 29.02.2012 г.).

В итоге в основной группе наблюдений нагноения промежностной раны произошли у двух больных (4,8%), в контрольной у пяти (27,7%) ( $p < 0,05$ ), что потребовало снятия во всех случаях кожных швов, разведения краёв ран и последующего ведения их открытым способом до полного заживления, либо наложения вторичных швов после перехода раневого процесса во вторую фазу.

Вывод—применение способа пролонгированного проточного пассивного дренирования промежностной раны статистически значимо снижает частоту развития нагноений.

## МРТ в предоперационной оценке рака прямой кишки

С. А. Яковлев<sup>1,2</sup>, А. В. Поздняков<sup>3</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»;

<sup>2</sup> ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова»;

<sup>3</sup> СПб ГБУЗ Клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург

Цель и задачи: целью данного исследования было изучить возможности МРТ в предоперационной оценке рака прямой кишки.

Материалы и методы: было обследовано 47 больных в возрасте от 27 до 77 лет (18 женщин, 29 мужчин). В данное исследование включались больные, проходившие МРТ до хирургического лечения рака прямой кишки. Выполнялась МРТ малого таза на МР-томографах Siemens Magnetom Espree 1,5Т и Siemens Magnetom Verio 3Т.



В 35 случаях использовалось контрастное усиление (препараты «Магневист», «Омнискан», «Дотарем»). У 38 больных уже имелись данные фиброколоноскопии, у 9 пациентов МРТ являлось первым методом диагностики.

Результаты: получение МР-томограмм малого таза в трех проекциях в режимах T1, T2 ВИ и «жироподавление» позволяло уточнить локализацию, размеры, распространенность опухолей и наличие регионарной лимфаденопатии. По локализации рака прямой кишки было получено следующее распределение: рак анального канала—в 7 случаях (14,9%), рак ампулярного отдела—в 28 случаях (59,55%), рак ректосигмоидного отдела—в 12 случаях (25,55%). Локализацию и протяженность опухолевого поражения определяли преимущественно по сагиттальным МР-томограммам. Опухолевый стеноз кишки и глубина поражения кишечной стенки лучше оценивались по трансверзальным изображениям. Опухоли без признаков прорастания всех слоев кишечной стенки и без распространения в параректальную клетчатку выявлены у 8 больных (17%). В других случаях (83%) имелись различной степени выраженности признаки распространения процесса в параректальную клетчатку, в большей части случаев (72,3%) без прорастания собственной фасции. Инвазия в другие органы малого таза изначально определялась только у 9 пациентов (19,1%). Во всех случаях определения опухолевой инвазии, помимо обычных T1 и T2 ВИ, большей информативностью отличались импульсные последовательности с жироподавлением и постконтрастные T1 ВИ. Признаки регионарной лимфаденопатии отчетливо присутствовали у 18 пациентов (38,3%) .

Выводы: высокопольная МРТ малого таза обладает большой информативностью в предоперационной оценке рака прямой кишки, позволяет качественно визуализировать опухоль и уточнять распространенность процесса, значительно дополняя данные фиброколоноскопии.

## **Предоперационная коррекция дыхательных расстройств у пациентов с колоректальным раком**

В.В. Яновой, С.В. Ходус, К.В. Пустовит, А.А. Симоненко<sup>1</sup>, В.В. Ларионов<sup>1</sup>

*ГБОУ ВПО Амурская ГМА, Благовещенск;*

*<sup>1</sup> ГБУЗ АО АОКБ, Благовещенск*

В настоящее время отмечается неуклонный рост числа больных раком толстой кишки. Наличие СЭИ приводит к развитию нарушений системы гемостаза, гемодинамическим нарушениям, сопровождающимся снижением уровня доставки кислорода к тканям, развитию нарушений энергетического обмена в клетке и, как следствие, развитию тканевой гипоксии, метаболического ацидоза. Все это, наряду с наличием возможности патогенитически обоснованной коррекции имеющихся нарушений диктует необходимость улучшения качества предоперационной подготовки больных с опухолями толстой кишки.

Цель исследования. Улучшение результатов предоперационной подготовки больных раком толстой кишки, осложнившимся СЭИ.

Материалы и методы. Исследование проведено у 42 пациентов, оперированных в ГБУЗ АО АОКБ в 2010-2012 гг., из них 20 мужчин (47,7%) и 22 женщин (52,4%). Средний возраст пациентов составил 62±4 года. Больные страдали раком толстой кишки различной локализации. Критерием включения в группы исследования яви-

лось наличие повышения гематологических показателей интоксикации: ЛИИм ( В. К. Островский 1983 г.), ЛИИ (Кальф-Калиф, 1941 г.) Методом слепой выборки были сформированы две группы: 1 — пациентам которой, наряду со стандартной предоперационной подготовкой, в течении трех суток до операции проводили инфузию комбинированного метаболического препарата Цитофлавин® (рац. предложение №1791 от 07.12.2010 г.), 2 — пациенты которой получали стандартную предоперационную подготовку. Статистическая обработка полученных данных проводилось с применением программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS Statistics 17.

Результаты и обсуждение. В результате проведенной предоперационной подготовки в группе 1 показатель ЛИИм снизился с  $3,27 \pm 1,38$  до  $2,34 \pm 0,85$  ( $p = 0,006$ ), ЛИИ с  $3,45 \pm 1,39$  до  $2,5 \pm 0,9$  ( $p = 0,006$ ). В группе 2 динамики данных показателей не зарегистрировано (ЛИИм:  $2,84 \pm 1,56$  — до и  $3,06 \pm 1,47$  после подготовки, ЛИИ:  $3,22 \pm 1,55$  и  $3,29 \pm 1,63$  соответственно). В группе пациентов, получавших в предоперационном периоде препарат Цитофлавин®, отмечается снижение выраженности дыхательных расстройств. Уровень  $PaO_2$  составил  $75,2 \pm 8,2$  до и  $77,8 \pm 6,7$  мм.рт.ст. после подготовки, индекс оксигенации увеличился с  $371 \pm 48,4$  до  $379 \pm 31,3$ . Показатели  $DA-aO_2$  и  $Q_s/Q_t$  снизились по сравнению с исходными данными. Также зарегистрировано снижение  $VO_2$  с  $151,9 \pm 46,9$  мл/мин\*м<sup>2</sup> до  $125,9 \pm 32,6$  мл/мин\*м<sup>2</sup> и  $KYO_2$  с  $48,3 \pm 8,3\%$  до  $38,7 \pm 7,1\%$ , нормализация показателя  $DO_2$ . Во 2й группе наблюдается прогрессирование артериальной гипоксемии ( $paO_2$  уменьшилось с  $74,3 \pm 8,9$  мм рт. ст. до  $69,6 \pm 12,6$  мм рт. ст.) за счет увеличения  $DA-aO_2$  и  $Q_s/Q_t$ , показатели  $VO_2$  и  $KYO_2$  также увеличились по сравнению с исходными значениями:  $VO_2$  составил  $157,8 \pm 60,8$  мл/мин\*м<sup>2</sup> при поступлении и  $330,2 \pm 123,4^*$  мл/мин\*м<sup>2</sup> ( $p < 0,005$ ) после подготовки,  $KYO_2$  —  $43,7 \pm 6,3\%$  и  $49,4 \pm 7,9\%$  соответственно.

Выводы. Наличие и степень выраженности симптомов ЭИ напрямую связано с симптомами дыхательной недостаточности и тканевой гипоксии, что является неблагоприятным фактором, влияющим на течение периоперационного периода. Включение в программу предоперационной подготовки комбинированного препарата Цитофлавин® помогает снизить выраженность симптомов эндогенной интоксикации, улучшить параметры кислородного статуса.

## Варианты использования илеосцендоцекального комплекса в качестве «неоректум» при «низкой» резекции прямой кишки

В.В. Яновой, С.В. Аникин, С.В. Ходус, А.С. Симоненко, К.В. Пустовит  
ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия МЗ РФ, Благовещенск;  
ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» МЗ РФ, Благовещенск

Несмотря на значительное количество предложенных вариантов по формированию «неоректум» при «низкой» резекции прямой кишки, по общему мнению, сегодня они не устраивают ни хирургов, ни пациентов. Для устранения синдрома «низкой резекции» для создания «неоректум» используется левая половина ободочной кишки. Однако, сугубо механистический подход к данной операции сводят на нет усилия хирургов.

Нами впервые в 1994 для этого использован илеоасцендоцекальный комплекс, а с 2007 года он постоянно применяется при «низкой» резекции прямой



кишки. Предварительно проведены исследования на 60 трупах, изучены последствия удаления правых отделов у 72 оперированных пациентов. Они подтверждают возможность реставрации основных функций прямой кишки — эвакуаторной и резервуарной за счет имеющихся анатомо-функциональных структур илеоасцендоцекального комплекса. Прежде всего, это естественный объемный резервуар, объем которого по данным проктографии и компьютерно-томографической резервуарографии составляет  $315 \pm 21$  см<sup>3</sup>, а у здоровых волонтеров объем прямой кишки 188-425 см<sup>3</sup>. При его заполнении он растягивается, в отличие от сигмовидной кишки, раздражаются проприорецепторы мышц тазового дна, изменяя тонус, приводя их в состояние «готовности» акта дефекации, в некоторой степени усиливая функцию аноректального угла. Наличие сохранной баугиновой заслонки при интактной сосудисто-нервной «ножке» комплекса, и илеоцекальный угол предотвращается наиболее негативный фактор существующих моделей «неоректум» — рефлюксный синдром. При этом нет необходимости в мобилизации левой половины ободочной кишки, левого изгиба. Она возникает в 60-70% при формировании «неоректум» из этих отделов и значительно зависит от вариабельности сосудистого рисунка левой половины ободочной кишки, что отсутствует в правых отделах. Общеизвестно что нарушение иннервации ободочной кишки по боковым каналам брюшной стенки нарушает ее моторику и взаимосвязь сфинктерного аппарата ободочной кишки.

Разработано несколько вариантов использования илеоасцендоцекального комплекса в качестве «неоректум». Это непосредственно сразу при «низкой» резекции в т. ч. с ареллюксным механизмом (Патент на изобретение № 2452397 от 10.06.12), восстановительной операции как второй этап, как на длинной подвздошной петле (Патент на изобретение № 2408295 от 10.01.2011.), так и короткой с дополнительной пластинкой баугиновой заслонки (Патент на изобретение № 2459586 от 27.08.12), дислокация комплекса на сосудистой ножке (эксперимент). Однако наиболее часто в нашей клинике применяли способ формирования «неоректум» после «низкой» резекции одноэтапно. Функциональные исследования проведены у 32 больных через 3, 6 и 12 месяцев, они включали: аноректальную манометрию, компьютерную томографию с 3х мерной реконструкцией, опросник качества жизни и аноректальной функции SF-36, FISI, В.И. Помазкина (2010). Также нами предложен способ манометрической оценки антирефлюксной функции прямокишечного резервуара (Патент на изобретение № 2467677 от 27.11.12) Общая удовлетворенность качеством жизни через 12 месяцев —  $91,3 \pm 4,4$ .

## Миниинвазивные технологии в лечении рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью

П.А. Ярцев, Б.Т. Цулеискири, Т.П. Пинчук, И.И. Кирсанов  
НИИ Скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва

Актуальность. За последние несколько лет отмечен неуклонный рост количества пациентов с раком ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью, что в свою очередь сопровождается высокими цифрами послеоперационных осложнений (40-80%) и летальностью (23-52%). В условиях кишечной непроходимости выполнение радикальных операций с формированием первичного кишечного

---

анастомоза не показано, а выполнение операций с выведением колостом ухудшают качество жизни.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни больных с осложненным раком толстой кишки.

Материалы и методы: За период с 2008 по 2013 годы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находилось 122 пациента с раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью. Средний возраст составил  $69 \pm 3,4$  лет. Мужчин—60 (49,2%), женщин—62 (50,8%). Большая часть больных (66%) поступили в стационар более чем через 3 суток от момента развития острой кишечной непроходимости.

По локализации опухолевого процесса пациенты были разделены следующим образом: левая половина ободочной кишки—49 больных (40,2%); правая половина ободочной кишки—65 (53,3%); опухоль поперечно-ободочной кишки—8 (6,5%).

Для больных раком толстой кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, разработан лечебно—диагностический алгоритм, позволяющий выполнить операцию с формированием первичного кишечного анастомоза видеолапароскопическим методом. Всем больным, поступавшим с клинической картиной толстокишечной непроходимости, в экстренном порядке выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, ирригоскопию. Методика заключалась в проведении проксимальнее уровня обтурации, при опухолевой стриктуре более 3 мм, однопросветной рентгеноконтрастной трубки с шинирующим устройством («Willson-Cook»). Для подтверждения проведения зонда за область стриктуры, через ее просвет вводили водорастворимое контрастное вещество (Омнипак) с последующим рентгенологическим контролем. После реканализации просвета кишки выполняли ее многократное отмывание физиологическим раствором—кишечный лаваж. При опухолевой стриктуры менее 3 мм проводили бужирование опухолевого канала с помощью биопсийного форцепта и эндоскопов малого диаметра. Контроль целостности кишечной стенки во время выполнения этой манипуляции осуществляли при помощи эндоскопа, после манипуляции—рентгенологически (обзорный снимок брюшной полости на «свободный газ»). После достижения достаточного диаметра просвета в области опухолевой стриктуры под рентгенологическим контролем «по струне» за зону обтурации заводили трубку с шинирующим устройством. Эффективность проводимой декомпрессии толстой кишки оценивали клинически и рентгенологически с водорастворимым контрастным веществом. После разрешения явлений острой кишечной непроходимости через 2-4 суток всем больным выполняли видеолапароскопическую резекцию ободочной кишки. При этом обязательно выполняли эпидуральную анестезию Наропином.

Результаты. В 56 наблюдениях (46%) была выполнена резекция кишки с выведением колостомы. У 64 пациентов (52,4%) была выполнена резекция толстой кишки с формированием первичного кишечного анастомоза (Правосторонняя гемиколэктомия была выполнена—4 (28,6%), левосторонняя гемиколэктомия—5 (35,7%), резекция поперечно-ободочной кишки—1 (7%), резекция сигмовидной кишки—4 (28,7%), операцию выполняли с формированием интра—или экстракорпорального первичного кишечного анастомоза). Из них 16 пациентам перед операцией был эндоскопический заведен зонд проксимальнее опухолевой стриктуры. У 2-х пациентов (1,6%) были выполнены паллиативные операции в связи с прорастанием опухоли в соседние органы.

Во время эндоскопического заведения силиконового зонда было одно осложнение—супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения, что явилось поводом к лапаротомии.



## РАЗДЕЛ 7

---

### ОНКОПРОКТОЛОГИЯ

В послеоперационном периоде у одного пациента (5,5%) после видеолапароскопической операции отмечена несостоятельность швов анастомоза, потребовавшая выполнения разгрузочной петлевой трансверзостомии с дальнейшим гладким послеоперационным течением, через 2 месяца трансверзостома погружена в брюшную полость. Среди больных, оперированных с применением малоинвазивных методик, летальных исходов не было.

Заключение. Двухэтапное лечение больных с раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью, является эффективным методом и после предварительной интубации толстой кишки в 77,8% случаев позволяет лапароскопически сформировать первичный кишечный анастомоз.

**ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**



## Влияние сочетанной ксеноновой и эпидуральной анестезии на кислородное снабжение при операциях у больных гинекологическим раком с метаболическим синдромом

С. В. Авдеев, К. В. Федотушкина, Л. А. Коломиец  
ФБГУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

**Введение.** У пациентов с метаболическим синдромом на операции в положении Тренденбурга происходит смещение диафрагмы, уменьшение емкости легких, что в свою очередь приводит к уменьшению респираторного объема с нарушением легочной функции. Улучшение газового состава крови во время ИВЛ является необходимым условием у данной категории больных для обеспечения безопасности анестезии. Применение ксенона может стать альтернативой при наркозе у данной категории пациентов

**Материал и методы.** В исследование были включены 53 больных раком матки с метаболическим синдромом. Всем больным проводилось хирургическое лечение, объем которого определялся локализацией и стадией процесса. В исследуемой группе 26 пациентов проводили анестезию ксеноном в сочетании с продленной эпидуральной аналгезией. В группе сравнения выполняли анестезию севофлюраном и продленной эпидуральной аналгезией. Всем больным проводили постоянный мониторинг газового состава крови (до операции, через 30 мин после индукции анестезии и каждые 60 мин во время операции). Концентрация кислорода в выдыхаемой смеси ( $FiO_2$ ) определялись с помощью газоанализатора, установленного на канале выдоха. Статистический анализ был выполнен, используя программный пакет «STATISTIKA—6.0». Результаты считали значимыми при  $p < 0,05$ , используя анализ Манн-Уитни на непрерывные переменные и метод Фишера для категориальных переменных.

**Результаты.** Исходные значения  $PaO_2$  в обеих группах имели тенденцию к гипоксемии, что характерно для пациентов с ожирением. В операционном периоде при ксеноновой анестезии имело место увеличение  $PaO_2$  через 30 мин после начала операции до  $97 \pm 5,3$  мм рт.ст., что является достоверно значимым ( $p < 0,05$ ) по сравнению с аналогичным показателем в контрольной группе— $90 \pm 3,3$  мм рт. ст. Высокий уровень  $PaO_2$  сохранялся на всех этапах операции с ксеноновой анестезией. В дооперационном периоде не было выявлено различия между исследуемыми группами в величине респираторного коэффициента, который определяли по соотношению  $PaO_2/FiO_2$ , при норме соотношения более 300. Спустя 30 мин после подачи ингаляционного анестетика в дыхательный контур отмечалось снижение показателей в обеих группах. Через 60 и 120 мин после введения наркоза в основной группе соотношение  $PaO_2/FiO_2$  было на 21% ( $p < 0,05$ ) выше, чем в контрольной группе. Давление в дыхательных путях, измеренное во время инспираторной паузы, в основной группе повышалось после интубации трахеи и оставалось повышенным весь операционный период.

**Заключение.** У всех больных раком эндометрия с МС в дооперационном периоде отмечался синдром гиповентиляции, сопровождающийся гипоксемией и гиперкапнией. Во время операции в группе с ксеноновой анестезией зафиксировано повышение  $PaO_2$  на 23 % по сравнению с дооперационными значениями и на 9 % в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о благоприятном влиянии

---

ксенона на систему дыхания. Респираторный коэффициент в основной группе на всех этапах операции держался на высоком уровне—338–393 мм рт. ст. и был на 21 % аналогичного в контрольной группе, что, связано с положительным эффектом ксенона на систему дыхания, обусловленного его физико-химическими свойствами: низким коэффициентом растворимости, «текучестью» и способностью увеличивать ламинарный поток газовой смеси и возможностью проникать в спавшиеся альвеолы. Благодаря этому повышается насыщение артериальной крови кислородом у больных с исходной гипоксемией и гиперкапнией, что способствует быстрому восстановлению сознания и самостоятельного дыхания в послеоперационном периоде.

## **Опыт реконструктивно-пластических оперативных вмешательств в лечении местнораспространенных форм рака вульвы**

И.Р. Аглуллин, А.В. Панов, И.Р. Сафин, Л.Ш. Ибрагимова  
*Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань*

Рак вульвы в структуре онкогинекологической заболеваемости занимает 4 место после рака шейки матки, тела матки и яичников (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2009). Заболеваемость раком вульвы не имеет тенденции к снижению. Относясь к опухолям визуальной локализации, > 50% составляют больные с местнораспространенными формами заболевания. Пациентки поступают в специализированные лечебные учреждения, когда в опухолевый процесс вовлекаются влагалище, уретра, кожа промежности, анальный жом, опухолевая инфильтрация распространяется за пределы генито-фemorальной складки. Данной группе пациентов, с III-IV стадией заболевания, проводится лишь лучевая терапия, в виду распространенности процесса. К сожалению, для данной патологии нет четко разработанных методик выполнения оперативных вмешательств, и каждый случай местнораспространенного опухолевого процесса требует индивидуального подхода. По данным разных авторов расширенные радикальные оперативные вмешательства позволяют добиться улучшения результатов 5-летней выживаемости от 15,4% до 59% (А.В.Жаров, А.В.Важенин, 2005).

В РКОД МЗ РТ с использованием реконструктивных методик была пролечена 31 пациентка с местнораспространенными первичными и рецидивными формами рака вульвы. Первичных больных—5, больные с рецидивами рака вульвы—26. У 17 пациентов рецидив локализовался в области первичной опухоли и в 9 случаях в пахово-бедренной области. Пластика выполнялась двумя способами: пластика ректо-абдоминальным лоскутом и кожно-мышечным лоскутом с мышц бедра (медиальная группа). Выбор вида лоскута зависел от размеров предполагаемого дефекта. В случаях сочетания иссечения первичной опухоли и ЛАЭ (21 больных) чаще использовался ректо-абдоминальный лоскут. Пластика кожно-мышечным лоскутом с бедра, вполне возмещала дефект послеоперационной раны и не требовал аналогичной пластики с контралатеральной стороны. Осложнений в виде ишемии трансплантата не наблюдались. Краевая ишемия встречалась в 2-х случаях, оба раза при пластике кожно-мышечным лоскутом с бедра. После купирования воспаления производилось наложение вторичных швов. У 4-х пациенток рецидивная опухоль поражала кожу перианальной зоны и в 1-м случае анальный жом. С целью про-



филактики септических осложнений со стороны раны, выполнялась превентивная разгрузочная сигмостомия.

Выводы: применение кожно-мышечных трансплантатов с учетом их адекватного кровоснабжения позволяет успешно ликвидировать сложные по площади, локализации и рельефу дефекты, тем самым увеличивая операбельность больных.

## **Расхождение результатов цитологии и гистологии в выявлении неоплазии шейки матки в Узбекистане**

Д.А. Алиева<sup>4</sup>, Б.Д. Юсупов<sup>1</sup>, М. Дартел<sup>2</sup>, Н. Бутман<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз;*

<sup>2</sup> *Кафедра Международного Здравоохранения, Дания;*

<sup>3</sup> *Институт Роберта-Коха, Центр Данных по Канцер Регистрам, Германия.*

<sup>4</sup> *Центр Здоровья Женщин, Ташкент, Узбекистан*

Несмотря на ежегодно проводимый скрининг рака шейки матки и развитую медицинскую инфраструктуру, в Узбекистане, как и в других странах Центральной Азии, не наблюдается снижение распространенности данного заболевания. Так в структуре онкозаболеваний рак шейки матки в 2012 году занимает второе место среди онкологических заболеваний у женщин, показатель заболеваемости составил при этом 4,4 на 100 000 населения. Это обусловлено различными факторами, среди которых можно отметить неэффективную систему приглашения для прохождения скрининговых исследований, отсутствие механизмов контроля качества, тенденции развития культуры, широкое использование внутриматочных спиралей и другие.

Целью данного клинического исследования было изучение расхождения результатов цитологических и гистологических анализов среди групп женщин, проходивших оппортунистический скрининг в Центре здоровья женщин в Узбекистане.

В исследование включены 450 женщин с патологическими изменениями (N=450), проходившие оппортунистический скрининг рака шейки матки в Центре Здоровья Женщин с 2010 по 2011гг. Всем женщинам проводился гинекологический осмотр, забор цервикального мазка с его дальнейшим цитологическим изучением (Pap test) по системе классификации Бетесда. При выявлении у женщин патологического результата ПАП-теста им проводилась кольпоскопия, по результатам которой проводилась биопсия с гистологическим исследованием биоптата. Для чтения результатов гистологии была использована трехрядная система классификации.

Средний возраст женщин, участвовавших в исследовании, составил 39,8 лет (19-74 лет), самый долгий интервал между получением результата цитологии и проведением диагностического теста, составлял 11 месяцев. Проведенные исследования показали, что 39.8% женщин (41/103) с нормальной цитологией имелись поражения CIN2+; у 9.8% женщин (4/41) дисплазия высокой степени (цитология), а результат гистологии был нормальным. В настоящее время, алгоритм оппортунистического скрининга рака шейки матки в Узбекистане состоит из простого цитологического исследования с последующей кольпоскопией и забором биопсии для гистологического подтверждения. Результаты нашего исследования показали необходимость дальнейшего изучения причин полученных расхождений. Степень расхождений в данном исследовании получилась значительно выше по сравнению с ранее описанными расхождениями в других регионах мира. Тип и размер цервикальной биопсии, так

же как и нерандомизированная техника выборки, были выделены основными причинами расхождений в исследованиях данного типа. Улучшение механизмов контроля качества скрининга рака шейки матки в Узбекистане является важным аспектом, предотвращающим от гипо- и гипердиагностики в будущем. Дальнейшее изучение реальной распространенности Вируса Папилломы Человека (ВПЧ) и проведения эпидемиологических исследований по изучению заболеваемости раком шейки матки, являются важнейшими факторами в выработке тактики по методам ВПЧ тестирования и вакцинации в регионе.

## Свободнорадикальные реакции в эритроцитах больных раком шейки матки при воздействии фемтосекундного лазерного излучения

И. И. Антонеева, Т. В. Абакумова, Д. Р. Долгова, Т. П. Генинг  
ФГБУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

В основе существующих сегодня осложнений консервативной и химиотерапии рака шейки матки (РШМ) лежат механизмы свободнорадикальных реакций. Лазерный способ фотохимической деструкции опухолей находит всё более широкое применение, однако, действие различных режимов высокоэнергетического лазерного излучения на форменные элементы крови изучено не достаточно.

С целью оценки влияния на свободнорадикальные процессы, эритроциты больных РШМ на различных клинических стадиях заболевания подвергали фемтосекундному лазерному излучению (ФСЛИ) с плотностью потока энергии от 0,10 до 2,70 Дж/см<sup>2</sup>. Использовали волоконный эрбиевый лазер с длительностью импульса 82x10<sup>-15</sup>с; средней мощностью 1,26 мВт; пиковая—6 кВт; длиной волны—1,55 мкм, являющийся совместной разработкой Научного центра волоконной оптики РАН и Ульяновского государственного университета. В эритроцитах определяли уровень малонового диальдегида (МДА), являющегося показателем интенсивности перекисного окисления липидов, и оценивали ригидность мембраны методом сканирующей зондовой микроскопии (СЗМ). Результаты оценивали с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

В результате проведенных исследований установлено резкое и значимое повышение уровня МДА в эритроцитах больных РШМ на стадии Ib-IIa (485,6±47,3 мкмоль/л против 134,2±25,7 мкмоль/л на стадии Ia). Под влиянием ФСЛИ уровень МДА возрастает при всех использованных дозах; при этом наиболее выраженное повышение имело место при 0,27 Дж/см<sup>2</sup>; 0,96 Дж/см<sup>2</sup> и 1,35 Дж/см<sup>2</sup> (933,5±47,3 мкмоль/л; 868,5±59,4 мкмоль/л и 866,2±80,3 мкмоль/л против 485,6±47,3 мкмоль/л без облучения). Ригидность мембраны эритроцитов, также увеличенная у больных РШМ на Ib-IIa стадии (264,7±5,9 МПа против 142,6±4,3 МПа у здоровых), возрастала при вышеуказанных дозах ФСЛИ (304,1±9,6 МПа; 210,5±9,7 МПа и 293,2±12,0 МПа соответственно). Полученные данные позволяют предполагать усиление перекисного окисления липидов и возрастание ригидности мембраны эритроцитов, что может свидетельствовать об активации свободнорадикальных реакций у больных РШМ на Ib-IIa клинической стадии заболевания при ФСЛИ.

Работа поддержана гос. заданием Минобрнауки РФ, грантом Президента РФ.



**Комбинированная терапия рака тела матки IV B стадии****ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**

Н.Э. Атаханова, Н.Н. Захирова, А.Ж. Каххаров  
*Ташкентская медицинская академия, Узбекистан;  
Ташкентский городской онкологический диспансер*

Цель: улучшение результатов лечения больных раком тела матки IV B стадии.

Материалы и методы: В исследование вошли 43 пациентки раком тела матки с IV B стадией, получившие лечение в условиях Ташкентского городского онкологического диспансера с 2001 по 2011 годы. Средний возраст женщин составил  $63,5 \pm 2,1$  лет. Пациентки были разделены на 2 группы: В основную группу вошли 24 пациенток, получивших химиотерапию по схеме ТАР в комбинации с гормонотерапией медроксипрогестерон (депо-проверой). В контрольную группу вошли 19 пациенток, получивших только гормональную терапию депо-проверой по унифицированной методике.

Результаты: у пациенток основной группы полный эффект наблюдался в 25% случаях, частичный эффект в 41,6% случаях, что достоверно выше достигнутых результатов в контрольной группе- 15,8% и 31,6% соответственно. Средний период времени без признаков прогрессии заболевания составил в основной группе 8,9 месяцев, в контрольной 6,7 месяцев. Средняя продолжительность жизни в основной группе составила 14,7 месяцев, а в контрольной 9,5 месяцев

Выводы: использование комбинированной терапии в лечении пациенток раком тела матки IV B стадии позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения.

**Особенности неоадьювантной химиотерапии рака шейки матки в сочетании с иммунопрофилактикой**

О.М. Ахмедов, Н.Ш. Юлдашева, Н.А. Умарова, В.С. Наврузова  
*Республиканский онкологический научный центр, Ташкент*

Рак шейки матки (РШМ) занимает первое место среди злокачественных опухолей женской половой системы. В последние 20 лет отмечается прирост заболеваемости рака шейки матки (с 13,4% до 17,8%). Все чаще выявляются местнораспространенные формы рака шейки матки. Так как рак шейки матки—это хроническое заболевание, сопровождающееся анемией различной степени и иммунодепрессией в организме женщины, течение заболевания, а в последующем рецидивирование и метастазирование зависят от показателей иммунного статуса организма.

Цель: изучить роль иммуномодулирующей терапии в сочетании с неоадьювантной полихимиотерапией (НАПХТ) при раке шейки матки.

Материалы и методы: в исследование включены 64 больных с местнораспространенным раком шейки матки находящихся на обследовании и лечении в Республиканском Онкологическом Научном Центре МЗ РУз. У больных определены T2b-3aN0-1M0 стадии РШМ. Гистологически у всех больных выявлен плоскоклеточный рак. Больные разделены на 2 группы: 1 группа (контрольная) –34 больных с РШМ, которым на 1 этапе лечения выполнена НАПХТ. 2 группа (основная)-30 больных с

местнораспространенны РШМ, которым на 1 этапе лечения НАПХТ в сочетании с иммуномодулирующей терапией. Возраст больных колебался от 29 до 52 лет. Больные обследованы клинико-инструментально и морфологически.

Больным помимо НАПХТ на фоне общеукрепляющей, гепатотропной терапии был назначен иммуномодулирующий препарат Эрбисол по 2,0 мл в/м ежедневно №10. В контрольной группе иммуномодулирующий препарат не включен. Критерий эффективности проводимой терапии изучался по шкале ВОЗ, Карновского и токсичности химиотерапии.

Результаты: в обеих группах больных отмечались общая слабость, тошнота, единичные случаи рвоты, субфебрильная температура, в контрольной группе все эти симптомы продолжались в течение 7—10 дней, когда в основной группе всего 4—5 дней, изучение иммунного статуса показало, что количество лейкоцитов в основной группе в пределах нормы  $3,9-4,6 \times 10^6$  г/л, когда в контрольной группе  $3,4—3,8 \times 10^6$  г/л, динамическое определение интерлейкина-1 и 8, показало повышение последних в контрольной группе и незначительное повышение в основной группе, показатели СД-3и СД-4 также значительно лучше в основной группе по сравнению с контрольной.

Вывод: применение иммуномодулятора Эрбисол в сопроводительной терапии в сочетании с НАПХТ РШМ улучшает иммунный статус организма, значительно снижает токсичность химиопрепаратов, повышает качество жизни больных.

## Комплексное лечение больных раком шейки матки с высоким риском прогрессирования

Ф.Ш. Ахметзянов, А.Ф. Ахметзянова, А.М. Муллагалеева, Э.Ю. Миндубаев, С.З. Сафина

*ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ»;  
ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань;  
Приволжский филиал РОНЦ РАМН им. Н.Н.Блохина, Казань*

Рак шейки матки (РШМ)—наиболее частая опухоль женских гениталий. В РФ остается высокой годичная летальность (до 20%) в течение первого года с момента установления диагноза. На сегодняшний день лучевая терапия (ЛТ) и хирургический метод лечения местно-распространенных форм РШМ считаются наиболее эффективными и стандартными, но в последние десятилетия изучается комплексный подход, включающий в себя ньюадьювантную и адьювантную химиотерапию (ХТ), пред- и послеоперационную ЛТ. К группе высокого риска прогрессирования (ВРП) РШМ включают больных: с объемом опухоли, равной или более  $4\text{см}^3$ ; с метастазами (МТС) в регионарные лимфатические узлы (ЛУ); с МТС в отдаленные ЛУ; с МТС в яичник; с наличием опухолевых клеток в смывах из брюшной полости; с инвазией опухоли более  $1/3$  толщины шейки матки; имеющих раковые эмболы в сосудах; с гистологически неблагоприятными формами рака (железистый, железисто-плоскоклеточный, мелкоклеточный, светлоклеточный, недифференцированный).

Представляем наш опыт комплексного лечения 203 больных РШМ с ВРП: в возрасте до 41 года—44 человека (21,7%), от 41 до 60 лет—143 (70,4%) и старше 60 лет—16 (7,9%). Больных в IB2 стадии (ст.) было 42 человека (20,7%), IIA ст.—48 (23,6%), IIB ст.—95 (46,8%), III ст.—15 (7,4%), IV ст.—четыре (2,0%). По гистоло-



гической структуре аденокарцинома была у 17 больных (8,4%), железисто-плоскоклеточный рак—у четырех (2,0%), светлоклеточный рак—у шести (3,0%), плоскоклеточный ороговевающий рак—у 123 (60,6%), плоскоклеточный неороговевающий рак—у 53 (26,0%). МТС в тазовых ЛУ найдены—у 83 (40,9%), в парааортальные ЛУ—у шести (3,0%), в яичник—у трех (1,5%), в смывах из брюшной полости—у 10 (4,9%), раковые эмболы в сосудах—у 14 больных(6,8%). Прорастание в мочевой пузырь было у трех (1,5%), в параклетчатку—у четырех (2,0%) больных. Переход на тело матки был у 80 больных (39,4%).

Проводилось лечение: 1) неoadъювантная ХТ цисплатином в дозе 60 мг/м<sup>2</sup> в I день; 2) через 7 дней после ХТ—предоперационная внутриволостная лучевая терапия (ВПЛТ) крупными фракциями, два сеанса по 10 Гр, с интервалом между сеансами 7 дней; 3) хирургическое вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки (патент №2381010 от 10.02.2010 г.) через 24-72 часа после ВПЛТ; 4) после операции—дистанционная ЛТ на область малого таза в РОД 2Гр, СОД—42-44 Гр. Далее выполняется ВПЛТ на купол и стенки влагалища на гаммааппарате «Кольпостат» в РОД 5Гр 1 раз в неделю до СОД 20 Гр; 5) через один месяц после ЛТ—4-6 курсов адъювантной ХТ цисплатином по показаниям.

Результаты лечения: общая одногодичная выживаемость—98,5%, двухлетняя выживаемость при II ст. составила 96,5%, безрецидивная—95,1%.

Таким образом, неoadъювантная ХТ и ЛТ в сочетании с расширенной экстирпацией матки позволяют снизить частоту центральных рецидивов, увеличивает безрецидивную и общую выживаемость.

## Возможности хирургического лечения местнораспространенного рака шейки матки

Л.А. Ашрафян, И.Б. Антонова, О.И. Алешикова, Н.А. Бабаева  
ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ России, Москва

Введение. В России рак шейки матки (РШМ) в 2011 году в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями составил 19,3. Показатель запущенности при первичном обращении остается высоким—39,8% в 1996 г. и 39,7% в 2010 г. (Чиссов В.И., 2011). Среднестатистические цифры выживаемости больных раком шейки матки III стадии не превышают 55%. Все вышеуказанное диктует необходимость разработки новых и усовершенствования имеющихся вариантов лечения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения местнораспространенного РШМ (IIb-IIIb стадий), с использованием неoadъювантной химиотерапии (НХТ) и расширенного хирургического вмешательства, как этапов многокомпонентной терапии.

Материалы и методы: обобщены результаты лечения и наблюдения за 126 пациентками, проходившими комплексное лечение в РНЦРР с 2003 по 2010 гг. Распределение по стадиям следующее: IIb стадия (T2bNoMo) -60 пациенток и IIIb стадия (T2bN1Mo)—66. Средний возраст составил 47,1±10,5 лет. Плоскоклеточный рак выявлен в 87,1%, аденокарцинома—10%, железисто-плоскоклеточный рак в 2,9% наблюдений. На 1 этапе проводилось 2 курса НХТ по схеме ТР. После комплексной оценки эффективности НХТ, включающей: УЗИ, МРТ, уровень онкомаркера

(OM) SCC, при положительной динамике проводилась операция Вертгейма, на 3 этапе — сочетанная лучевая терапия.

Обсуждение результатов: После НХТ частичная регрессия отмечена в 63,4% наблюдений при IIБ стадии и в 45,5% при IIIБ (FIGO). Стабилизация в 33,3% и в 48,5% соответственно. На 2 этапе комплексного лечения проведено хирургическое лечение у 56 (93,3%) при IIБ стадии и у 60 (90,9%) при IIIБ (FIGO) в объеме расширенной экстирпации матки с придатками. Радикальность составила 82,1% и 81,8% наблюдений соответственно. Качество общего состояния после хирургического лечения составило от 0 до 2. По данным гистологического исследования, 1-2 степень терапевтического патоморфоза (ТП) в первичной опухоли выявлена в 27,6%, 3-4 степени — в 56,9% наблюдений.

Общая трехлетняя выживаемость при IIБ стадии составила 83,9%, пятилетняя — 78,6%, при IIIБ — 76,6 и 66,7 % соответственно. Безрецидивная выживаемость при IIБ стадии 3-летняя — 78,6% , 5-летняя — 71,4%, при IIIБ — 70,0% и 60,0% соответственно. Прогрессирование заболевания установлено у 16 пациенток (26,6%) с IIБ стадией и у 24 (36,4 %) с IIIБ стадией, у большинства пациенток — 12 (75%) и 16 (66,7%) — отмечено прогрессирование, в виде локального рецидива.

Выводы. Результаты проведенной работы позволяют сделать заключение, что применение НХТ и расширенные хирургические вмешательства при IIБ-IIIБ стадиях РШМ, могут и должны более широко включаться в план комплексного лечения при соответствующей подготовке и условиях. Правильная и планомерная работа в этом направлении с совершенствованием как диагностики, так и технических возможностей, схем ХТ, приведет, по нашему мнению, к улучшению результатов лечения в этой группе больных.

Критериями эффективности НХТ при РШМ для решения вопроса о проведении хирургического вмешательства являются: уменьшение объема шейки матки более чем на 40%, снижение уровня OM SCC более чем в 2 раза, уменьшение или отсутствие инфильтрации параметральной клетчатки.

## **Диагностическая и прогностическая значимость онкобелка E7 при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях у беременных**

Л.А. Ашрафян, И.Б. Антонова, Н.А. Бабаева, О.И. Алешикова  
ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России

Введение. Интраэпителиальная неоплазия шейки матки (CIN) различных степеней выраженности в настоящее время является распространенной патологией. Частота CIN у беременных женщин составляет около 33%. При беременности особенно остро встает вопрос о тактике ведения пациенток с наличием данной патологии. Установлено, что интеграция генома ВПЧ в ДНК клеток базального эпителия шейки матки сопровождается гиперэкспрессией онкобелка E7, что является свидетельством начавшегося биохимического этапа канцерогенеза.

Материалы и методы. За период 2008-2012 год были обследованы 33 беременные женщины с наличием CIN различной степени (CIN I — 5; CIN II — 7, CIN III — 21). Срок беременности составлял от 6 до 23 недель. Спектр диагностических методов



включал: цитологическое исследование с поверхности шейки матки и цервикального канала, ПЦР-диагностику, иммуноферментный метод определения онкобелка E7 в ткани шейки матки и гистологическое исследование биоптата шейки матки.

Результаты и их осуждение. В группе пациенток с наличием CIN I, ВПЧ был выявлен в 2 случаях, онкобелок E7 не выявлен ни в одном случае. Среди беременных с наличием CIN II ВПЧ определялся в 5 случаях, детекция онкопротеина E7 имела место в 3 случаях у пациенток с наличием ВПЧ. В группе пациенток с сочетанием беременности и тяжелой дисплазии шейки матки ВПЧ был выявлен во всех случаях. Экспрессия онкопротеина E7 имела место у 6 пациенток. В данной группе пациенток при сроке беременности 14-17 недель всем больным была проведена конизация шейки матки, после чего наложены швы на шейку матки. Проводился тщательный мониторинг протекающей беременности и состояния шейки матки с ежемесячным цитологическим контролем. Швы сняты на 38 неделе беременности.

Родоразрешение в данной группе пациенток осуществлялось путем операции «кесарево сечение». Во всех группах пациенток проведена местная противовоспалительная и противовирусная терапия. При контрольном обследовании после проведенного лечения CIN I не определялась, при CIN II у 3 пациенток с определяемой детекцией онкобелка E7 не отмечено улучшение, что потребовало проведения повторного курса противовирусной терапии. У 1 пациентки отмечено прогрессирование заболевания до CIN III, что потребовало конизации с наложением швов в 26 недель беременности.

Заключение. Результаты, полученные в ходе проведенного исследования, формируют совершенно новые принципы принятия решений в отношении лечения и последующего мониторинга при обследовании беременных с наличием цервикальных интраэпителиальных неоплазий.

## **Дифференцированный подход в лечении патологии культы шейки матки после субтотальной гистерэктомии**

Ф.Ф. Бадретдинова, Ш.Х. Ганцев, В.Б. Трубин

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа*

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению ампутации и экстирпации матки. Основными показаниями для гистерэктомии как тотальной, так и субтотальной являются: миома матки, рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, сочетанная патология матки с опухолями яичников.

Проведено комплексное обследование 152 женщин, через 1-10 лет после операции, перенесших субтотальную гистерэктомию с использованием клинических, лабораторных, инструментальных методов. Из них у 20 женщин диагностирован рак культы шейки матки. Показанием для субтотальной гистерэктомии у женщин данной подгруппы была миома матки (16), сочетание доброкачественных опухолей яичников и миомы матки (4). Время от субтотальной гистерэктомии до диагностики рака культы шейки матки составило: до 3 лет (4); от 4 до 10 лет (16). Установлена II Б стадия рака у 12, IIIст.—у 6, IVст.—у 2 женщин. У 18 пациенток, больных раком культы шейки матки, проводилась сочетанная лучевая терапия, у 2 (при IV стадии болезни)—паллиативное лечение. Перед субтотальной гистерэктомией у 132 женщин выявлены фоновые заболевания шейки матки: псевдоэрозия—30,2%, про-

стая лейкоплакия—12,1%, эктропион—9,1%, полип цервикального канала—1,2%. В связи с запланированной субтотальной гистерэктомией перед операцией произведено оздоровление шейки матки с применением лазерохирургического, криохирургического, диатермохирургического методов. При обследовании гениталий у 29 женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию, патология культи шейки матки не выявлена.

В 103 наблюдениях диагностированы фоновые (92,3%) и предраковые (7,7%) заболевания культи шейки матки. При кольпоскопии: незаконченная зона трансформации (52,0%), простая лейкоплакия (21,3%), атипическая лейкоплакия (3,9%), незаконченная зона трансформации на фоне рубцово-измененной культи шейки матки (6,8%), миома культи шейки матки (3,9%), декубитальная язва (4,8%), эндометриоз (3,5%), CIN I (1,9%), CIN II (1,9%). В 36,9% случаев фоновые и предраковые заболевания культи шейки матки сочетались с опущением и выпадением стенок влагалища и несостоятельностью тазового дна. Для женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию, разработана система диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в которую включены методы обследования шейки матки перед операцией субтотальной гистерэктомии, определены способы лечения диагностированной патологии культи шейки матки в отдаленном послеоперационном периоде. Соответственно разработанной системе при патологии культи шейки матки в 36,9% наблюдений произведена трансвагинальная экстирпация культи в сочетании с кольпоперинеолеваторопластикой, в 25,2% — лазероконизация, в 37,8% — лазеродеструкция.

Эффективность лечения патологии культи шейки матки составила 98,1%. Женщины, перенесшие субтотальную гистерэктомию, относятся к группе риска по развитию фоновых и предраковых заболеваний и рака культи шейки матки. Наблюдение за оперированными женщинами должно проводиться один раз в три месяца в первый год после операции, в последующем два раза в год. Разработанная система лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для женщин, перенесших субтотальную гистерэктомию, позволила своевременно диагностировать патологию культи шейки матки, провести индивидуально подобранное лечение, в том числе хирургическое, и получить благоприятные как ближайшие, так и отдаленные результаты.

## **Адьювантные препараты анестезиологического пособия в профилактике синдрома послеоперационной тошноты и рвоты в онкогинекологии**

Д.С. Баскаков, В.Э. Хороненко

*ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена МЗ РФ».*

Проблема послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), несмотря на множество исследований, посвященных этой теме, актуальна и по сей день. В гинекологической практике вероятность развития этих нежелательных явлений велика и составляет от 27% до 70%. Столь высокие цифры обусловлены частым сочетанием факторов риска ПОТР: женский пол, некурящий статус, морская болезнь в анамнезе, периоперационное использование опиоидных анальгетиков. На настоящий момент не су-



ществует идеального антиэметика, профилактическое применение которого решало бы проблему ПОТР. По этой причине использование мультимодального подхода к профилактике ПОТР оправдано и становится всё более популярным. В настоящее время выделяют адьювантные препараты, добавление которых в общепринятые схемы анестезиологического пособия позволяет усилить основной и снизить побочные эффекты анальгетиков и анестетиков. Ряд таких препаратов, по данным современных авторов, обладает также и антиэметическими свойствами. К ним относятся: дроперидол, клонидин, дексаметазон. Целью нашего исследования было оценить эффективность комбинаций «истинных» антиэметиков и адьювантов анестезиологического пособия в профилактике синдрома ПОТР.

Материалы и методы: исследовано 127 пациенток, которым в условиях внутривенной общей анестезии выполнялись оперативные вмешательства по поводу злокачественных новообразований женской половой сферы II-III стадии. В зависимости от используемой схемы профилактики ПОТР, исследуемые были рандомизированы на 3 группы: группа С (n=43) — группа сравнения, в которой ограничивались только стандартной профилактикой ондансетроном 8 мг и дексаметазоном 8 мг на этапе индукции; пациентки группы Д (n=43) на травматичном этапе операции дополнительно к стандартной профилактике получали внутривенно болюсно дроперидол  $0,038 \pm 0,055$  мг/кг; в группе К (n=41) на травматичном этапе вмешательства пациенткам дополнительно к стандартной профилактике внутривенно болюсно вводили клонидин  $0,0013 \pm 0,0004$  мг/кг. Фиксация инцидентов ПОТР осуществлялась в течение 24 часов после операции. Позывы на рвоту, рвота, интенсивность тошноты выше 60 баллов, самостоятельное требование пациенткой лекарства от тошноты расценивались как инцидент ПОТР. Интенсивность рвоты оценивали путём подсчёта эпизодов факта рвоты или позывов на рвоту у пациенток за сутки.

Результаты: в группе С, на фоне стандартной профилактики, синдром ПОТР развился у 15 из 43 пациенток (34,9%), т.е. более чем у трети больных. В группе сравнения зарегистрировано суммарно 44 эпизода рвоты или позывов на рвоту, т.е. среди пациенток с ПОТР на каждую приходится в среднем 2,93 эпизода. В группе Д синдром ПОТР имел место у 8 из 43 пациенток (18,6%), однако, отличия от группы С нельзя считать достоверными ( $p=0,09$ ). Суммарно в группе было зарегистрировано 19 эпизодов рвоты или позывов на рвоту. На 1 пациентку, страдающую ПОТР, пришлось 2,38 эпизода в сравнении с 2,93 в группе С ( $p<0,05$ ). В группе К синдром ПОТР наблюдали у 6 из 41 пациентки, что составило 14,6% и оказалось достоверно ниже ( $p=0,03$ ), чем в группе сравнения С. В группе было выявлено 11 эпизодов рвоты или позывов на рвоту, таким образом на 1 пациентку, страдающую ПОТР, пришлось 1,83 эпизода в сравнении с 2,93 в группе С ( $p<0,05$ ).

Выводы. Рутинное применение с целью профилактики синдрома ПОТР комбинации 5-НТЗ антагониста и дексаметазона в онкогинекологии не даёт удовлетворительных результатов. ПОТР развивается более, чем у трети больных (34,9%). Использование комбинации 5-НТЗ антагониста и дексаметазона с дроперидолом в качестве адьювантного компонента анестезии не приводит к достоверному снижению частоты синдрома ПОТР. Наиболее эффективной схемой для профилактики ПОТР в онкогинекологии является комбинация клонидина, 5-НТЗ антагониста и дексаметазона. Все исследованные схемы достоверно снижают интенсивность синдрома ПОТР.

## Оценка эффективности лечения больных раком тела матки в стационаре на основе расчета пятилетнего кумулятивного показателя наблюдаемой и скорректированной выживаемости

Е. В. Бахидзе, Э. И. Лалианци, В. М. Мерабишвили  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель и задача исследования: сравнение данных 5-летней выживаемости больных раком эндометрия, леченных в стационаре НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с территориальными данными.

Материалы и методы: в исследование вошло 397 больных, леченных в стационаре Института за период с 2001 по 2005 гг., с учетом стадии заболевания и возраста больных. Для сравнения эффективности лечения в стационаре было взято 2553 больных, пролеченных в других стационарах Санкт-Петербурга. В Институте было пролечено за этот период 15,6% больных раком эндометрия из числа всех городских больных, получивших лечение.

Результаты: изучение полученных данных позволило сделать заключение, что 5-летняя наблюдаемая и скорректированная выживаемость больных раком эндометрия, леченных в Институте оказалась существенно выше, чем в целом по городу и программе Eucosage-4 соответственно  $82,3 \pm 1,9$ ;  $77,4 \pm 0,8$  и  $69,4 \pm 0,4$ . Это же относится к скорректированной выживаемости:  $83,2 \pm 1,9$ ;  $77,9 \pm 0,8$ ;  $72,6 \pm 0,4$ .

Существенную роль на показатель выживаемости оказывает стадия заболевания.

Наблюдаемая (НВ) и скорректированная (СВ) выживаемость больных раком тела матки с учетом стадии заболевания, пролеченных в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (2001—2005 гг.)

| Период в годах | I (274) |      | II (54) |      | III (50) |      | IV (19) |      | Без указания стадии (0) |    | Всего (397) |      |
|----------------|---------|------|---------|------|----------|------|---------|------|-------------------------|----|-------------|------|
|                | НВ      | СВ   | НВ      | СВ   | НВ       | СВ   | НВ      | СВ   | НВ                      | СВ | НВ          | СВ   |
| 1              | 97,8    | 98,1 | 94,1    | 94,5 | 87,5     | 87,8 | 52,9    | 53,2 | —                       | —  | 94,2        | 94,5 |
| 3              | 93,0    | 93,6 | 86,4    | 87,0 | 64,6     | 65,2 | 35,3    | 35,9 | —                       | —  | 85,4        | 86,0 |
| 5              | 30,1    | 91,0 | 84,3    | 85,2 | 61,4     | 62,3 | 23,5    | 24,4 | —                       | —  | 82,3        | 83,2 |

По нашим расчетам ежегодно в мире возникает около 800 000 новых случаев рака тела матки, причем заболеваемость женщин раком тела матки продолжает возрастать, особенно в экономически развитых странах. В России заболеваемость женщин РТМ занимает третье место в структуре онкологической патологии после рака молочной железы и злокачественных новообразований кожи (без меланомы). За последние 10 лет стандартизованный показатель заболеваемости женщин России РТМ возрос на 25,5% с  $12,82/10000$  в 2001 году до  $16,00/10000$  в 2011 году.

Наличие на административной территории полноценного ракового регистра, работающего по международным стандартам и располагающего возможностью детального прослеживания судеб всех больных, взятых на учет, позволяет любому стационару не только проследить состояние здоровья пациента, но и осуществить



на выборочном материале расчет всех видов показателей выживаемости с учетом любых схем лечения, любого состояния больного (наличие рецидива, без рецидивное состояние) и других параметров.

Выводы: установлено улучшение результатов лечения больных раком тела матки в клинике института и других специализированных онкологических учреждениях города, с учетом возраста больных и стадии заболевания, что связано с использованием современных методов комплексной терапии, четким соблюдением выработанных стандартов лечения.

### **Применение иммуномодулятора «Неовир» в комплексном лечении больных дисплазией и преинвазивной карциномой шейки матки**

Е. В. Бахидзе, И. А. Балдуева

*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение: стандартом лечения дисплазии и преинвазивной карциномы шейки матки является хирургическое удаление трансформированного участка шейки матки. Однако такая процедура не всегда приводит к элиминации вируса, поэтому оправдано стремление к разработке комплексного лечения, которое сочетало бы в себе системное и местное воздействие. С этой точки зрения представляется целесообразным изучить возможность применения противовирусного иммуномодулирующего препарата.

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата Неовир в комплексном лечении больных дисплазией и преинвазивной карциномой шейки матки.

Материалы и методы: в исследование включено 18 больных преинвазивной карциномой и карциномой *in situ* шейки матки, которые подвергались высокочастотной конизации шейки матки в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова в 2012 г., и были разделены на две группы. В первую группу вошли 8 пациенток, которые подвергались комплексному лечению—высокочастотной конизации шейки матки с применением иммуномодулирующего противовирусного препарата, во вторую группу вошли 10 пациенток, которые подвергались только аналогичному хирургическому лечению и составили контрольную группу. Всем больным до и после лечения было выполнено тестирование на вирус папилломы человека (ВПЧ тест). Больным, получавшим иммуномодулирующий противовирусный препарат Неовир, выполнено исследование иммунного статуса до и после лечения. После лечения больные подвергались мониторингу с применением цитологического исследования и теста на ВПЧ.

Результаты: средний возраст пациенток в обеих группах существенно не отличался и составил в первой группе 37,1 лет, во второй—32,8 лет. Применение ВПЧ теста показало, что преобладающим генотипом ВПЧ среди больных преинвазивной карциномой и карциномой *in situ* шейки матки Северо-Западного региона является ВПЧ 16 генотипа, который в первой группе был обнаружен у 6 из 8 (75%), а во второй—у 8 из 10 больных (80%). При этом у двух из всех исследованных больных он сочетался с 18 генотипом вируса, а у одной—с 58 генотипом. Персистенция ВПЧ после лечения в течение первых двух месяцев наблюдения обнаружена у одной

из 8 больных первой группы (12,5%) и у трех из 10 больных второй группы (30%). Повторный курс препарата Неовир у пациентки с персистенцией ВПЧ в первой группе привел к элиминации вируса. Во второй группе у двух из трех пациенток с персистенцией ВПЧ возник рецидив заболевания через несколько месяцев после лечения. Исследования иммунного статуса до и после применения Неовира обнаружило, что препарат обладает выраженным иммуномодулирующим действием, проявляющимся в увеличении абсолютного содержания CD3+CD19-Т лимфоцитов за счет увеличения абсолютного числа цитотоксических CD3+CD8+Т-лимфоцитов, что свидетельствует об увеличении эффекторной функции Т-клеточного иммунного ответа. При этом в удаленном конусе отмечалась выраженная местная реакция в виде скопления лимфоцитов.

Выводы: мониторинг больных преинвазивной карциномой и карциномой *in situ* шейки матки после лечения должен включать ВПЧ тест. Применение иммуномодулирующего противовирусного препарата Неовир вызывает мощный иммунный ответ организма, что может приводить к элиминации ВПЧ.

## Современные подходы к диагностике и мониторингу предрака и ранних форм рака шейки матки

Е. В. Бахидзе, О. Ф. Чепик

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

**Введение.** В России наблюдается тенденция к росту заболеваемости инвазивным раком шейки матки у женщин репродуктивного возраста, что диктует необходимость пересмотра традиционных подходов к диагностике и мониторингу предрака и ранних форм рака шейки матки.

**Цель исследования.** Оценить целесообразность применения теста на вирус папилломы человека наряду с цитологическим исследованием при диагностике и мониторинге CIN II-III и карциномы *in situ* шейки матки.

**Материалы и методы.** Исследование проведено в двух направлениях: 1. Анализ корреляции цитологических заключений до конизации и гистологических заключений после конизации шейки матки и сопоставление этих данных с данными ВПЧ-теста. 2. Изучение предиктивной ценности ВПЧ-теста в оценке риска остаточного процесса или рецидива тяжелой дисплазии (CIN III) и карциномы *in situ* шейки матки. В исследование включены 69 больных тяжелой дисплазией и карциномой *in situ* шейки матки, подвергавшихся операции конизации в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова с 2009 по 2011 гг. До конизации больным было выполнено цитологическое исследование экто- и эндоцервикса и ВПЧ-тест. После конизации выполнялось гистологическое исследование конуса, при котором оценивались края резекции, и далее больные наблюдались с применением цитологического исследования и ВПЧ-теста.

**Результаты.** Средний возраст больных составил 31,4 года. У 33 больных (67,3%) ВПЧ-тест обнаружил 16 генотип ВПЧ, у 7 (14,3%) — 18 генотип, у 7 (14,3%) — 31 генотип. Остальные онкогенные генотипы ВПЧ выявлялись в единичных случаях. У 40 из 69 больных (57,9%) при гистологическом исследовании конуса был поставлен диагноз карцинома *in situ*, 8 (11,6%) больным — тяжелая дисплазия (CIN III), 12 (17,4%) — умеренная дисплазия (CIN II) и у 10 (14,5%) пациенток при гистологи-



ческом исследовании выявлена гиперплазия резервных клеток. При сопоставлении цитологических и гистологических данных исследования гипердиагностика CIN или Ca in situ обнаружена у 10 из 69 (14,5%), при этом у одной пациентки была гипердиагностика аденокарциномы in situ. Во всех 10 случаях (100%) с гистологическим диагнозом гиперплазия резервных клеток ВПЧ-тест был отрицательным. У двух больных при отрицательных цитологических данных на фоне длительной персистенции ВПЧ 16 типа была выявлена в одном случае Ca in situ, а во втором CIN II. У 11 (16%) пациенток после конизации обнаружен положительный ВПЧ тест при отрицательном цитологическом тесте у 4. При этом у 7 пациенток выявлены положительные края резекции в удаленном конусе. Повторная конизация выполнена 7 пациентам, при этом гистологически рецидив подтвержден в 3 случаях. В дальнейшем при мониторинге положительный ВПЧ тест наблюдался у трех пациенток при отрицательном цитологическом тесте. Наблюдение за этими пациентками продолжается. Две пациентки наблюдались с CIN II и ВПЧ 16 и 18 типов на фоне беременности, при этом прогрессии CIN не наблюдалось.

Выводы. Сочетание двух методов исследования цитологического и ВПЧ-теста демонстрирует более высокую точность постановки диагноза CIN II-III и Ca in situ шейки матки в сравнении с одним цитологическим, а также мониторинга больных после операции конизации. Не обнаружено прогрессии CIN на фоне беременности.

## Разработка новой технологии химиоперфузионного лечения диссеминированного рака яичников в эксперименте

О.А. Беляева, В.Г. Беспалов, А.Н. Стуков, К.Ю. Сенчик, Г.С. Киреева, В.А. Аристова, Ю.А. Мочалина  
*ФГБУ «НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

В настоящее время важной частью циторедуктивного лечения опухолей, которые поражают стенку брюшной полости, становятся химиоперфузионные технологии как нормотермические, так и особенно гипертермическая интраперитонеальная химиотерапия (ГИПХ). Цель исследования — разработка новой технологии химиоперфузионного лечения диссеминированного рака яичников в эксперименте с использованием противоопухолевого препарата диоксадэт. Эксперименты выполнены на 105 крысах самках Вистар с массой тела 200–250 г.

С помощью мехатронного перфузионного перистальтического насоса «Марс» осуществлялось нагнетание раствора по приточной магистрали в термостат, где он нагревался до температуры 36–37°C (при нормотермии) и 40,5–42°C (при гипертермии), и далее в брюшную полость. Температура брюшной полости, частота сердечных сокращений и ритм сердца контролировались с помощью электродных датчиков универсального кибернетического комплекса регистрации и анализа параметров витальных функций. Ректальная температура определялась с использованием цифрового термометра. Время перфузии составляло 45 мин, объем перфузата 200 мл.

После химиоперфузии проводилась промывка брюшной полости 0,9% раствором натрия хлорида в течение 20 мин. Для исследования применяли цисплатин (4 мг/кг — в/б, 40 мг/кг — нормотермическая химиоперфузия, 20 мг/кг — ГИПХ), диоксадэт (1,5 мг/кг — в/б, 30 мг/кг — нормотермическая химиоперфузия, 15 мг/кг — ГИПХ),

которые вводились однократно через 48 часов после перевивки асцитной опухоли яичника (ОЯ). Противоопухолевые эффекты препаратов оценивали по увеличению медианы и средней продолжительности жизни (СПЖ) в сутках. Максимально переносимая доза (МПД) цисплатина и диоксидэта при нормотермической химиоперфузии составила соответственно 40 и 30 мг/кг, что в 10 и 20 раз превышает МПД препаратов при их обычном интраперитонеальном введении, а при ГИПХ—20 и 15 мг/кг, выше в 5 и 10 раз. Сама гипертермическая перфузия физиологическим раствором без цитостатиков увеличивала медиану продолжительности жизни крыс с ОЯ на 111% (медиана—19; СПЖ— $31,2 \pm 9,1$ ;  $p < 0,01$ ) по сравнению с контрольными крысами с не леченной ОЯ (медиана—9; СПЖ— $14,4 \pm 2,3$ ). Цисплатин и диоксидэт проявляли значительно более выраженный цитостатический эффект при нормо- и гипертермической химиоперфузии, чем при обычном интраперитонеальном введении. По сравнению с контролем, цисплатин и диоксидэт увеличивали медиану продолжительности жизни крыс с ОЯ соответственно при нормотермической химиоперфузии на 316 и 241% (медиана—37,5 и 34; СПЖ— $38,9 \pm 6,4$  и  $30,7 \pm 5,8$ ;  $p < 0,01$ ), при ГИПХ—на 122 и 287% (медиана—20 и 31; СПЖ— $27,8 \pm 6,2$  и  $34,8 \pm 7,0$ ;  $p < 0,01$ ).

В результате экспериментального исследования создан экспериментальный инструментальный комплекс для химиоперфузионного лечения карциноматоза брюшной полости, который может быть применим для доклинического изучения новых препаратов и новых методов лечения как рака яичников, так и других злокачественных новообразований, поражающих брюшину и вызывающих опухолевый асцит. Введение цисплатина и диоксидэта в нормо- и гипертермической химиоперфузиях усиливает их цитотоксическое действие. При введении в виде химиоперфузий противоопухолевые эффекты диоксидэта выше или сравнимы с цисплатином, диоксидэт также выгодно отличается от цисплатина тем, что он не вызывает спаек в брюшной полости.

## Особенности лапароскопической хирургии у больных раком эндометрия с ожирением

И. В. Берлев, А. Ф. Урманчиева, Е. А. Некрасова, А. С. Хаджимба, А. Б. Сапаров  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Рак эндометрия в последнее время устойчиво занимает первое место в структуре онкогинекологической заболеваемости в странах Европы, Северной Америки, а также в Российской Федерации. Ведущим методом лечения рака эндометрия I клинической стадии является хирургический в объеме экстирпации матки с придатками с/без тазовой лимфаденэктомией, выполняемой традиционным лапаротомным доступом. В последние годы изучается возможность выполнения тотальной лапароскопической экстирпации матки с придатками с/без тазовой лимфаденэктомией больным раком эндометрия.

Целью исследования явилась оценка применения тотальных лапароскопических экстирпаций матки с придатками в хирургическом лечении больных раком эндометрия с ожирением.

Материалы и методы. Объектом исследования стал анализ данных 100 больных раком эндометрия, которым выполнено хирургическое лечение с использованием лапароскопического метода. Операции проводились с применением видеоскопической установки фирмы KarlStorz®.



Результаты. Возраст больных раком эндометрия варьировал от 35 до 77 лет, средний возраст —  $58,2 \pm 1,5$  лет. Стадия опухолевого процесса определялась по клинической классификации FIGO, 2009 г.: при этом IA стадия (инвазия опухоли в миометрий менее 50%) была у 66 больных (66,0%), IB стадия (инвазия опухоли в миометрий более 50%) — у 32 больных (32,0%) III C1 (метастазы в тазовых лимфатических узлах) — у 2 пациенток (2,0%). Средний показатель индекса массы тела (ИМТ) составил  $32,7 \pm 0,72$  (19,6 — 48,9), при этом 19% больным раком эндометрия с массой тела более 100 кг выполнено хирургическое лечение в объеме лапароскопической экстирпации матки с придатками (11-ти пациенткам), лапароскопической экстирпации матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией (8-ми пациенткам), технической особенностью которого из-за выраженного слоя жировой ткани явился выбор для постановки первого троакара левого параректального доступа. Интраоперационные осложнения (кровотечение из вен малого таза, кровотечение из маточной артерии, ранение мочеточников, повреждение мочевого пузыря, ранение кишечника, повреждение нервов) не зарегистрированы ни в одном случае. Лимфогенные осложнения (подвздошные лимфокисты, лимфорея, лимфангиоэктатический отек) наблюдались в 53,3% случаев от числа выполненных тазовых лимфаденэктомий. Длительные лимфореи по дренажу и через влагалище (в течение 2—4 недель) наблюдались у 5-ти больных, формирование лимфокист — у 16 больных из 45 (28,9%). Ранняя динамическая активность на 1-е сутки послеоперационного периода отмечена в 59% случаев. Основной удельный вес в комбинированном лечении больных раком эндометрия, прооперированных с использованием лапароскопического доступа, составила адъювантная брахитерапия — 65,9%.

Выводы. Выполненные в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова видеоэндоскопические операции у 100 больных раком эндометрия позволяют подтвердить тот факт, что лапароскопическая технология является современным методом хирургического лечения в онкогинекологии. Его использование позволяет с минимальной травматизацией для пациенток адекватно выполнить стадирование заболевания, избежать интраоперационных осложнений. Возрастная категория больных была весьма вариабельна с наличием сопутствующих соматических заболеваний, в том числе и ожирения. Наличие ожирения любой степени не является противопоказанием для лапароскопии и расширяет перечень показаний для ее выполнения.

## Анализ хирургического лечения рака эндометрия лапароскопическим и лапаротомным доступами

И. В. Берлев, А. Ф. Урманчеева, Е. А. Некрасова, А. С. Хаджимба, А. Б. Сапаров  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

В последние десятилетия рак эндометрия (РЭ) устойчиво занимает 1-е место в структуре онкогинекологической заболеваемости. Ведущим методом лечения РЭ I клинической стадии является хирургический в объеме экстирпации матки с придатками с/без тазовой лимфаденэктомией, выполняемой традиционным лапаротомным доступом. Вопрос о выборе лапароскопического доступа в хирургическом лечении РЭ, активно рассматривающийся во многих зарубежных исследованиях в последнее десятилетие, является актуальным на сегодня и в России.

Целью исследования явилась оценка применения тотальных лапароскопических пангистерэктомий в хирургическом лечении больных РЭ в сравнении с традиционным лапаротомным доступом.

Материалы и методы. Объектом исследования стал анализ данных 200 больных РЭ, из которых 100 пациенток получали лапароскопическое хирургическое или комбинированное (адьювантная лучевая терапия) лечение («лапароскопическая» группа), и 100 пациенток, подвергнутых аналогичному лечению с использованием лапаротомного доступа («лапаротомная» группа). Операции проводились с применением видеоэндоскопической установки фирмы KarlStorz®.

Результаты. В «лапароскопической» (ЛГ) и «лапаротомной» (ЛтГ) группах экстирпация матки с придатками (ЭМ) была выполнена 55 (55,0%) и 31 больной (31,0%), ЭМ с тазовой лимфаденэктомией—43 (43,0%) и 62 пациенткам (62,0%), ЭМ с тазовой лимфаденэктомией и оментэктомией—2 (2,0%) и 7 больным (7,0%) с серозно-папиллярной формой рака эндометрия. Стадия опухолевого процесса определялась по клинической классификации FIGO, 2009 г.: при этом основной удельный вес в ЛГ и ЛтГ составила IA стадия—у 66 (66,0%) и 60 больных (60,0%) соответственно. Возраст больных раком эндометрия в ЛГ варьировал от 35 до 77 лет, средний возраст—58,2±1,5 лет, в ЛтГ—45–85 лет, средний возраст составил 61,2±1,3 лет. Общая длительность операций в ЛГ составила 136±0,95 мин, в ЛтГ—108±0,45 мин. Длительность операций в ЛГ была больше за счет времени выполнения лапароскопической тазовой лимфаденэктомии и оментэктомии (52±0,77 мин, в ЛтГ—24±0,56 мин; 32,5 мин, в ЛтГ—19±0,28 мин). Интраоперационные осложнения не зарегистрированы ни в одном случае из двух групп больных. Лимфогенные осложнения (подвздошные лимфокисты, лимфорей, лимфангиоэктатический отек) наблюдались в 52,2% и 53,3% случаев от числа выполненных тазовых лимфаденэктомий в ЛтГ и ЛГ соответственно. Основной удельный вес в комбинированном лечении больных РЭ составила адьювантная брахитерапия—60,3% и 65,9% в ЛтГ и ЛГ соответственно.

Выводы. Выполненные видеоэндоскопические операции у 100 больных РЭ позволяют подтвердить тот факт, что лапароскопическая технология является современным методом хирургического лечения в онкогинекологии. Её использование позволяет с минимальной травматизацией для пациентки адекватно выполнить стадирование заболевания, избежать интраоперационных осложнений. Возрастная категория больных была весьма вариабельна. Лапароскопическая технология в лечении больных раком эндометрия не только не исключает, но и позволяет более качественно сформулировать показания к адьювантной лучевой терапии, сокращая сроки между этапами комбинированного лечения.

## Иммуноцитохимическое определение Цитоактивом® продуктивной инфекции HPV

В.Н. Богатырев, В.В. Попов, И.В. Паниченко, И.Ю. Лепина, Л.С. Анисова, К.В. Михалев  
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» РАМН, Москва;  
ГУЗ ВОКОД, Воронеж

Белок L1 синтезируется только во время продуктивных инфекций HPV, что приводит к специфическим изменениям в поверхностном слое эпителия, которые



цитологически диагностируются, как дисплазии слабой и средней степени: койлоцитоз, увеличенное ядро, измененное ядерноцитоплазматическое соотношение.

У 27 пациенток проведен тест на HPV L1 с помощью цитоактив® (Cytoimmun GmbH, Германия, 50 тестов № по каталогу SCA1950) для общего скрининга на HPV (типы с высоким и низким риском), а затем набором (№SCA0850) для определения HPV с высоким риском (HPV 16, 18, 33, 35, 39, 45, 56 типов). Процедура проведения цитологического исследования простая, без применения специального оборудования. Капсидный белок L1 является ядерным белком, поэтому только нескольких положительно окрашенных клеток достаточно для того, чтобы считать мазок положительным. При латентных инфекциях HPV капсидный белок L1 не выявляется. Он выявляется при дисплазиях слабой и средней степени, тогда как капсидный антиген L1 с трудом или совсем не определяется при интраэпителиальной неоплазии высокой степени.

Проведенное иммуноцитохимическое исследование показало очень высокое прогностическое значение (свыше 79%) определения продуктивной инфекции HPV. Методика легко интегрируется в существующие программы по скринингу рака шейки матки. Образцы могут быть повторно окрашены. Морфология клетки остается нетронутой. Можно использовать архивный материал.

## **Клинико-патологические особенности рака яичников у больных с мутацией BRCA1 5382insC в Сибирском регионе**

А.Б. Виллерт, Л.А. Коломиец, А.А. Иванова, Е.А. Малиновская, Н.В. Чердынцева  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Рак яичников (РЯ) занимает 5-е место в структуре онкологической патологии женского населения РФ (4,9%) (Аксель Е.М., 2011). Одним из факторов, определяющим чувствительность опухоли при РЯ к химиотерапии, является наличие мутации в генах репарации ДНК. Известно, что распределение мутаций имеет популяционную специфичность. В РФ частота повторяющейся мутации BRCA15382 insC у больных РЯ составляет в южном федеральном округе 19,1% (Порханова Н.В. и соавт, 2008), в центральной части РФ—16,8% (Любченко Л.Н. и соавт, 2008). Мутации в гене BRCA1 накладывают особенности на клиническое течение РЯ (Carser J. et al, 2009), а клетки опухоли яичника с нарушениями гомологичной рекомбинации отличаются высокой чувствительностью к производным платины (Auden M., Penson R. et al., 2009).

Целью исследования было изучить основные клинико-патологические показатели (возраст, гистологический вариант опухоли, степень дифференцировки, стадия заболевания) и особенности течения заболевания у больных РЯ, проживающих в регионе Сибири, в зависимости от наличия мутации 5382 insC в гене BRCA1.

В исследование включены 72 больных РЯ в возрасте от 23 до 85 лет без учета семейной истории, II-IV стадии по FIGO. Исследование BRCA-статуса проводилось с использованием аллель-специфической ПЦР в режиме реального времени.

Анализ встречаемости мутации BRCA1 5382insC в 72 образцах ДНК больных РЯ выявил 7 гетерозиготных образцов, частота встречаемости мутации BRCA1 5382insC составила 9,7 %. Средний возраст у больных РЯ с мутацией BRCA1 5382insC не

отличался от такового в группе больных без мутации ( $50,86 \pm 7,78$  лет и  $51,39 \pm 12,62$  лет, соответственно). В группе больных с мутацией BRCA1 5382insC стадия процесса соответствовала III С в 42,85% случаев ( $n=3$ ), IV—в 1 случае (14,28%). В группе больных РЯ без мутации III С стадия диагностирована в 49%, а IV—в 24,5% случаев. Во всех наблюдениях при наличии мутации BRCA1 5382insC были выявлены злокачественные опухоли яичников эпителиального происхождения: в 4 случаях—серозная аденокарцинома (57,14%), в 2—светлоклеточная аденокарцинома (28,57%). В 1 случае опухоль имела смешанное строение (серозный и светлоклеточный компоненты, 14,28%). При этом отмечалась либо низкая (57,14%), либо умеренная степень дифференцировки (28,57%), либо смешанный вариант дифференцировки (низкая и умеренная, 4,28%). В группе больных РЯ без мутации в большинстве случаев выявлена серозная аденокарцинома (89,36%), в 4,25% случаев—эндометриоидная аденокарцинома, и лишь в 1 случае—светлоклеточная аденокарцинома. В одном случае опухоль имела смешанное строение и содержала серозный, светлоклеточный и эндометриоидные компоненты (2,13%). В 58,33% случаев опухоль имела низкую степень дифференцировки, а в 16,51% случаях—высокую степень дифференцировки. У всех больных РЯ при наличии мутации BRCA1 5382insC эффективность химиотерапии с включением препаратов платины была высокой, а рецидивирование процесса отмечено в отдаленные сроки (через 46 и 25 месяцев), когда также был получен ответ на платину содержащие режимы химиотерапии. В группе больных РЯ без мутации BRCA1 5382insC платинорефрактерное течение наблюдалось в 13 случаях (20%,  $p=0,29$ ).

Таким образом, частота встречаемости мутации BRCA1 5382insC у больных РЯ в Сибирской популяции составляет 9,7%. Выявленные клинико-патологические различия у больных с мутацией BRCA1 5382insC и без нее свидетельствуют о целесообразности определения BRCA статуса у больных РЯ, а также необходимости дифференцированного подхода к тактике лечения данных групп больных.

## Беременность в ремиссии онкогематологических заболеваний

М.А. Виноградова, Е.С. Полушкина, Р.Г. Шмаков  
ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика  
В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Ранее считалось, что материнство у больных онкогематологическими заболеваниями не желательно в связи с тяжелым течением, серьезной терапией, а также абстрактным риском прогрессирования болезни. В последние годы в связи с внедрением в практику новых препаратов и оптимизацией сопроводительной терапии все более актуальными становятся вопросы, связанные с реализацией репродуктивной функции у данной категории больных.

С 1986 по 2012 гг. нами проанализировано 158 беременностей у 149 женщин в ремиссии онкогематологических заболеваний: лимфома Ходжкина—117, неходжкинские лимфомы—19, острый лейкоз—13. Всем им была проведена терапия основного заболевания и достигнута ремиссия. Медиана времени с момента достижения ремиссии до беременности составила 6 лет у больных лимфомой Ходжкина, 3,2 года у больных неходжкинскими лимфомами, 7,4 года у больных острыми лейкозами.



Рецидив основного заболевания на фоне беременности зарегистрирован в 3 (23%) случаях при острых лейкозах и 2 больных лимфомой Ходжкина (1,7%). После констатации рецидива заболевания всем этим больным потребовалось возобновление ПХТ, соответствующей варианту заболевания.

Рождением живых детей без пороков развития на сроках от 37 до 40 недель завершились 152 (96,2%) беременности. Преждевременные роды произошли в 5 (3,2%) случаях. Неонатальная смертность составила 1 (0,6%) в связи с грубым пороком развития (анэнцефалия). У 1 (0,6%) больной было произведено прерывание беременности по медицинским показаниям во 2 триместре. Способ родоразрешения во всех случаях выбирался согласно акушерским показаниям. Таким образом, беременность не способствует прогрессии лимфопролиферативных заболеваний при условии наличия стойкой ремиссии. Планировать беременность у больных лимфомами можно через 3 года после достижения ремиссии. У женщин в ремиссии острого лейкоза риск рецидива на фоне беременности значительно выше, поэтому планирование беременности у этой категории больных возможно не ранее, чем через 5 лет с момента достижения полной ремиссии и только после детального обследования, включающего молекулярные и цитогенетические методики для исключения минимальной резидуальной болезни.

Состояние здоровья новорожденных у матерей в ремиссии онкогематологических заболеваний и репродуктивные потери не отличаются от таковых в общей популяции.

## **Алгоритм ведения беременности и родов у женщин с раком молочной железы**

М.В. Волочаева<sup>1</sup>, Р.Г. Шмаков<sup>1</sup>, А.А. Пароконная<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва;

<sup>2</sup> Российский Онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Рак молочной железы (РМЖ) занимает 2 место по частоте встречаемости среди всех злокачественных новообразований, диагностируемых во время беременности. Проблема сохранения беременности у онкологических больных до сих пор является дискуссионной.

Особенности течения беременности и родов были прослежены проспективно у 37 женщин с РМЖ, верифицированного в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 2007 по 2013г. Родоразрешение осуществлялось на базе НЦ АГиП.

РМЖ диагностирован до беременности у 5 женщин, у 32 женщин заболевание диагностировано впервые во время беременности. Средний возраст составил 33,5±4,2 лет (25-41 лет). Для диагностики заболевания использовали УЗИ с подтверждением диагноза морфологически при CORE-биопсии. Во время беременности I стадия РМЖ была диагностирована у одной пациентки, IIА—у 16-и, III стадия—у 13, у 2х—IV стадия заболевания с метастазами в печень. Первым этапом лечения у 3 женщин было проведение хирургического лечения во II триместре беременности: радикальная мастэктомия и радикальная и секторальная резекции. Сочетание хирургического лечения и ПХТ во время беременности было проведено 2 пациенткам. В двух случаях ПХТ проводилась в послеродовом периоде. У 14-ти женщин было рекомендовано родоразрешение с последующим лечением. 12 женщинам про-

водилась только неоадъювантная ПХТ во II и III триместрах. Беременность протекала без осложнений у 4 женщин с РМЖ, диагностированным во время беременности, у 4-х женщин наблюдалась угроза прерывания беременности. Своевременные роды были у 6 женщин, 26—были родоразрешены преждевременно в связи с необходимостью лечения РМЖ.

За период наблюдения родилось 32 живых ребенка, из них 6— доношенных детей. У 3 детей развился респираторный дистресс-синдром, потребовавший эндотрахеального введения сурфактанта, у 20 детей производилась неинвазивная респираторная поддержка методом NCPAP, из них в 3 случаях дети были переведены на поддержку VIPHASIC и ИВЛ. У одного недоношенного ребенка на 2-е сутки после рождения развилось желудочно-кишечное кровотечение, у одного ребенка был выявлен двухсторонний крипторхизм, в одном случае ранний неонатальный период осложнился неспецифическим язвенным колитом, потребовавшим оперативного лечения.

Матери этих детей во время беременности получали ПХТ. Врожденных пороков развития не было выявлено ни в одном случае.

Выводы: таким образом, при диагностике РМЖ на фоне беременности требуется междисциплинарный подход врачей различных специальностей (онкологи и хирурги, акушер и гинекологи, генетики, химиотерапевты, психотерапевты). Это делает возможным начало лечения без прерывания беременности. Лечение включает в себя проведение ПХТ, начиная со II триместра и выполнение оперативного вмешательства с последующим преждевременным или своевременным родоразрешением. Определение физического развития детей, рожденных у матерей с РМЖ, не выявило увеличение врожденной и приобретенной патологии.

## Цитологическая диагностика пограничных опухолей яичников (ПОЯ) в асцитической жидкости

Н. Н. Волченко, А. С. Шевчук, О. В. Борисова  
ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт  
им. П. А. Герцена» Минздрава России

Папиллярные цистаденомы (до 7%) и ПОЯ (до 49% больных) сравнительно часто сопровождаются асцитом. Как при доброкачественных, так и при ПОЯ, асцит может быть как реактивный, так и с наличием опухолевых клеток. При эвертирующих формах опухоли гораздо чаще встречается двустороннее поражение яичников и в 2 раза чаще диагностируется асцит. Асцит при двусторонних поражениях выявляется у 28,5%, а при односторонних—у 5,6% больных. Разрастание сосочков на поверхности опухоли при двусторонних образованиях обнаруживается более, чем у половины больных, а при одностороннем поражении яичников— менее, чем у 20% больных. Папиллярные цистаденомы в 5%–47% озлокачествляются и даже, будучи морфологически доброкачественными новообразованиями, могут обсеменять брюшину и давать рецидивы.

Цель исследования— оценить возможности цитологического метода с использованием иммуноцитохимических методик (ИЦХ) в исследовании асцитической жидкости при ПОЯ.

В МНИОИ им. П. А. Герцена с 2007г. по 2012г. включительно оперированы 113 пациенток с ПОЯ, у которых исследована асцитическая жидкость до или во



время операции. Все пациенты поделены на 3 группы: 1) без ИЦХ исследования (67); 2) с дополнительным ИЦХ исследованием (32) и 3) высокодифференцированная аденокарцинома на фоне ПОЯ (14). Серозные ПОЯ диагностированы у 89, муцинозные—17, эндометриодные—4, серозно-муцинозные—у 2 пациенток. ИЦХ исследование проводилось иммунопероксидазным или иммунофлуоресцентным методами с использованием эпителиального маркера Ber-EP4 (клон Ber-EP4 фирмы «ДАКО»). Микроскопию осуществляли на микроскопе Leica DM LS2 и флуоресцентном микроскопе ImagerM1 фирмы «Karl Zeiss».

Исследование асцитической жидкости при ПОЯ представляет определенные сложности вследствие особенности морфологии этих опухолей. Учитывая невыраженность признаков клеточной атипии в подавляющем числе наблюдений при ПОЯ, при отсутствии по клиническим данным диссеминации опухолевого процесса, всегда необходимо контролировать рутинное цитологическое исследование проведением ИЦХ с эпителиальным маркером Ber-EP4. В части наблюдений комплексы ПОЯ выглядят как высокодифференцированная аденокарцинома и не требуют ИЦХ подтверждения. С другой стороны, в условиях раздражения брюшины при ПОЯ отмечается чрезвычайная изменчивость мезотелиальных клеток—бурная пролиферация с образованием железистоподобных структур с признаками реактивной атипии, которую сложно, а подчас невозможно отличить от опухолевой атипии.

ИЦХ исследование с эпителиальным маркером Ber-EP4 выявляет клетки эпителиальной природы в экссудате, так как в других клеточных элементах, присутствующих в экссудате, этот маркер не экспрессируется. ИЦХ помогает отличить пролиферирующий мезотелий от клеток эпителия, однако не позволяет судить о степени злокачественности процесса.

Из 67 пациенток 1 группы опухолевые клетки выявлены в 4 наблюдениях. Из 32 женщин 2-й группы у 20 только сочетание цитологического и ИЦХ исследований позволило выявить опухолевые клетки в экссудате. Из 14 пациенток 3 группы в 8 случаях цитологически диагностирован специфический экссудат с наличием клеток аденогенного рака: в 2—опухолевые клетки в экссудате выглядели как при ПОЯ, проведенное ИЦХ исследование подтвердило диссеминацию опухоли.

Необходимо учитывать возможность ложноположительных ответов при доброкачественных опухолях яичников с наличием папиллярных структур эпителия на поверхности яичников, при эндометриозе и эндосальпингозе с поражением брюшины, а также попадание эпителия кист яичников в брюшную полость при первичных операциях, где он может персистировать до 3-х месяцев.

## **Возможности ультразвуковой диагностики рака не увеличенных яичников**

*А.Н. Востров, В.И. Казакевич, Л.А. Митина, С.О. Степанов  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва*

Опухолевое поражение органов малого таза, особенно яичников, по-прежнему остается одной из наиболее острых медицинских проблем в целом и онкологии в частности. Статистические данные свидетельствуют о том, что рак яичников продолжает занимать ведущее место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями экономически развитых стран, в том числе России.

В России ежегодно заболеваемость раком яичников составляет 11000 женщин (10,17 на 100 000 населения). Следует отметить, что рак яичников характеризуется плохой выявляемостью на ранних стадиях, быстрым течением и ранним метастазированием. Чаще всего (66-88 %) опухоль выявляется в III—IV стадии. В этих стадиях опухоль быстро метастазирует (нередко диагностируется уже при наличии метастазов), инфильтрирует смежные органы и характеризуется чрезвычайно злокачественным течением с плохим прогнозом. Общая пятилетняя выживаемость больных раком яичников составляет 25—35 %.

Цель исследования: определить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике рака не увеличенных яичников.

Материалы и методы. Чрескожное УЗИ органов брюшной полости, а также чрескожное и трансвагинальное УЗИ малого таза на этапе первичной диагностики и на этапах динамического наблюдения в процессе и после лечения. УЗИ выполнено 362 пациенткам. В наших наблюдениях у 43 (11,8%) больных выявлен рак не увеличенных яичников. Систематизирована ультразвуковая семиотика рака не увеличенных яичников. Опухолевое поражение было двусторонним, объём которых не превышал 2,5—3 см<sup>3</sup>, но при этом у всех больных был асцит и поражение большого сальника, а у 6 (13,9%) — поражение забрюшинных лимфоузлов. Выявлены два типа эхоструктуры поражённых не увеличенных яичников: первый тип, 29 наблюдений (67,4%) — яичник изоэхогенной или несколько повышенной эхогенности, гомогенной солидной структуры, с нечетким и иногда не ровным контуром; второй тип, 14 наблюдений (32,6%) — яичник пониженной эхогенности, с нечетким и не ровным контуром и анэхогенными включениями единичными или множественными.

Таким образом, УЗИ является эффективным методом диагностики опухолевой патологии в не увеличенных яичниках.

## Первый опыт лапароскопической гистерэктомии при лечении рака тела матки в условиях регионального онкологического диспансера

А. Е. Голубенко

БУЗ «Орловский онкологический диспансер», Россия

В лечении злокачественных опухолей в мире все чаще применяются эндоскопические технологии. По данным литературы, лапароскопические операции при раке эндометрия технически выполнимы и сопряжены с возможным снижением осложнений и стоимости лечения, без отрицательного влияния на выживаемость. Операции, выполненные лапароскопическим доступом, по сравнению с операциями традиционным доступом обладают рядом преимуществ: малая травматичность, хорошая визуализация, низкая частота послеоперационных осложнений, возможность в более ранние сроки начать лучевую терапию.

Существуют различные модификации лапароскопической гистерэктомии в онкогинекологии: тотальная лапароскопическая гистерэктомия, влагалищная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией, лапаровагинальная гистерэктомия, влагалищная радикальная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией, лапароскопическая радикальная гистерэктомия. Выбор метода лапароско-



пической гистерэктомии определяется характером и стадией злокачественного процесса, а также конкретной операционной ситуацией: наличием различной степени сопутствующего генитального пролапса, степенью ожирения, наличием или отсутствием условий для выполнения оперативного вмешательства вагинальным доступом. Хирург, владеющий техникой как лапароскопических, так и влагалищных операций, может предпочесть выполнить значительную часть вмешательства лапароскопическим доступом, часть вагинальным доступом (Lisbeth Tollund et al, 2006).

Мы имеем опыт первых двух лапароскопических операций при раке тела матки за период с февраля по март 2013 года. В одном случае пациентке с высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия 1А стадии выполнена тотальная лапароскопическая гистерэктомия, в другом—пациентке с умереннодифференцированной аденокарциномой эндометрия 1Б стадии в сочетании с генитальным пролапсом 2 степени выполнена лапаровагинальная гистерэктомия, кольпоперинеорафия. Из сопутствующей патологии в обоих случаях имел место сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия; индекс массы тела составил 25 и 27 соответственно. Операции выполнялись с помощью стандартного лапароскопического оборудования и инструментов фирм Karl Storz. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Продолжительность первой операции составила 245 мин., второй—125 мин. Кровопотеря составила 80,0 и 125,0 мл соответственно. Послеоперационный койко-день составил 5, в обоих наблюдениях. Необходимости назначения наркотических анальгетиков, стимуляции и коррекции функции кишечника и мочевого пузыря не было. Пациентки активизированы с первых суток после операции. Температура тела в послеоперационном периоде до фебрильных цифр не повышалась ни разу. Во втором случае решено было провести адъювантную лучевую терапию, которая была начата через 5 суток после выписки больной, в условиях дневного стационара радиологического отделения.

Выводы: первый опыт применения нами лапароскопического доступа в онкогинекологии выявил следующие положительные моменты—низкая величина интраоперационной кровопотери; малая выраженность послеоперационной лихорадки, короткая длительность пребывания в стационаре; низкая потребность пациенток в обезболивающих препаратах.

## **Роль доплерографии в контроле эффективности химиолучевой терапии местнораспространённого рака шейки матки**

Т.Е. Горбушина, О.В. Астафьева, К.Б. Кузовлева, О.С. Соколова, И.Г. Левицкая  
*ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» министерства здравоохранения Краснодарского края;*  
*ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Краснодар*

Цель и задачи исследования. Определение гемодинамических показателей кровотока шейки матки, полученных с помощью спектральной доплерографии маточных и внутрипухлевых сосудов у больных с местнораспространённым раком шейки матки в процессе химиолучевого лечения.

Материалы и методы. Обследовано 46 пациенток с инвазивным неоперабельным раком шейки матки (IIВ-IIIВ стадий). Диагноз был подтвержден гистологически и при помощи методов лучевой диагностики. Средний возраст больных составлял 49,3±1,8 года. Распределение пациенток по стадиям заболевания было следующим: IIв (T26N0M0) выявлен у 10 (21,7%) пациенток, IIIа (T3aN0M0) – у 1 (2,2%), IIIв стадия (T26N1M0)- у 9 (19,5%), IIIв стадия (T36N0M0)- у 11 (24%), IIIв стадии (T36N1M0)- у 15 (32,6%). Всем пациенткам проведен стандартный курс сочетанной химиолучевой терапии по стандартным методикам. Проводилось комплексное УЗИ на цифровом ультразвуковом аппарате SonoAce-8000 фирмы Medison перед началом в процессе и после химиолучевой терапии для оценки динамики опухолевого процесса.

Результаты и обсуждение. На первом этапе ультразвукового исследования в В-режиме оценивалась динамика опухолевого процесса: производилось измерение объемов: опухоли, шейки матки, тела матки. На втором этапе изучались гемодинамические показатели кровотока шейки матки с помощью спектральной доплерографии: максимальная систолическая скорость (МСС), индекс резистентности сосудов (IR). При этом выявлено, что общий процент уменьшения объема шейки матки после курса ХЛТ более 50 % отмечен у 38 (82,6%) больных, менее 50 % у 6 (17,4 %), у 2 (4,3 %) на фоне проводимого лечения наблюдалось отсутствие значительной динамики. При УЗ-мониторинге отмечалось изменение структуры и эхогенности опухоли в процессе лечения, соотношение объема визуализируемой опухоли к объему шейки матки уменьшалось. При спектральной доплерографии регистрировалось снижение максимальной систолической скорости в маточных артериях и повышение индекса резистентности в сосудах шейки матки. Существенное уменьшение количества визуализируемых внутриопухолевых сосудов до полного их исчезновения в ответ на ХЛТ выявлено у 33 (71,7 %) больных. Наличие значительных локусов мозаичного кровотока у 13 (28,3%) пациентов при завершении курса лечения расценивалось как неудовлетворительный результат и требовало продолжения специального лечения.

Выводы. По результатам проведенного исследования определена важная роль комплексного ультразвукового мониторинга рака шейки матки в процессе лечения. Оценка показателей спектральной доплерографии в динамике позволяет осуществлять объективный контроль проводимого лечения. Параметры комплексного ультразвукового обследования в совокупности с клиническими данными помогают определять тактику ведения больных.

## Современные возможности цитологической диагностики рака яичников

О.Г. Григорук, А.Ф. Лазарев

*Алтайский филиал ФГБУ «Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина» РАМН;*

*КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», Барнаул*

Рак яичников является одним из наиболее распространенных и неблагоприятно протекающих опухолевых заболеваний у женщин, лидирующий по числу смертных случаев среди новообразований женских половых органов. Проблема диагностики и лечения опухолей яичников сложна и чрезвычайно актуальна.



Цель исследования: провести оценку информативности цитологического метода при диагностике рака яичников и дифференцировать его от рака из различных органов.

Материалы и методы. в Алтайском крае в 2012 году заболеваемость при раке яичников составила 16,1 на 100 тыс. женского населения. Из 208 женщин, у которых впервые выявлен рак яичника, 154 (73,9%) имели III-IV стадии заболевания. в основу работы положены данные цитологического обследования 138 женщин в возрасте 28-75 лет. Все женщины проходили лечение в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер». Диагноз установлен при использовании пункции через задний свод влагалища у 35 женщин, а также при исследовании асцитической и плевральной жидкостей у 88 и 15 женщин. Цитологические препараты готовили из жидкости, используя обычную центрифугу и Cytospin-4, применяли рутинное окрашивание и иммуноцитохимический метод. Проводили оценку результатов исследования.

Результаты исследования. Большинство наблюдений соответствовали серозному раку яичников—136 (98,5%), в 2 (1,5%) случаях отмечен муцинозный рак, эндометриоидный рак не наблюдали. При серозных аденокарциномах в цитологическом материале отмечаются железистые комплексы, с выраженной вакуолизацией цитоплазмы, единичные клетки с признаками секреции. При муцинозном раке яичника отмечены скопления опухолевых клеток среди обильных слизистых масс. Дифференциальную диагностику серозного рака яичников и опухолей желудочно-кишечного тракта проводили у 4 женщин, дифференцировали с раком лёгкого и молочной железы у 3 и 4 женщин.

При затруднительной оценке клеточного состава использовали иммуноцитохимический метод. Реакцию проводили на препаратах, приготовленных из асцитической жидкости у 18 женщин, из плевральной—у 3. Использовали метод при дифференциальной диагностике серозного рака яичника и аденокарциномы из желудочно-кишечного тракта. Серозные аденокарциномы яичников имели следующий иммунофенотип: Ber-EP4+, WT-1+, CEAmono-, CEApoly+/-, CK7+, CK20-, CK5/6-, калретинин и мезотелин изредка позитивный. При колоректальной карциноме: CK7-, CK20+, CDX2+, WT-1-, CEAmono+, CEApoly+. При раке лёгкого TTF-1+, CK7+, Ber-EP4+, CEА+, калретинин-, мезотелин -; молочной железы CK7 (+), CEА (+), TTF-1 (-), мезотелиальные антитела (-).

Выводы: цитологическая диагностика первичного и метастатического рака яичников является высокоинформативным методом, позволяющим диагностировать серозный и муцинозный рак; правильно подобранная диагностическая иммуноцитохимическая панель для дифференциальной диагностики серозного рака яичников с другими злокачественными опухолями в жидкости позволяет классифицировать эти опухоли в большинстве случаев. в связи с тем, что целенаправленная терапия становится все более реальной в лечении рака, существует явная необходимость определять их молекулярные профили, несмотря на их тесно связанные клинические, морфологические и гистогенетические особенности. Диагностическая точность определения первичной локализации составила 95,2%.

## Расширение показаний к проведению лучевой терапии у больных раком шейки матки, осложненного патологией мочевыводящих путей

Л.В. Демидова<sup>1</sup>, А.В. Бойко<sup>1</sup>, Е.А. Дунаева<sup>1</sup>, О.Б. Дубовецкая<sup>1</sup>, Т.А. Телеус<sup>1</sup>,  
Б.Я. Алексеев<sup>1</sup>, С.В. Смирнова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва;

<sup>2</sup> ВПО ГБОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», Москва.

При местно-распространенном раке шейки матки одним из наиболее частых и грозных осложнений является сдавление опухолевым инфильтратом мочеточника/ов, приводящее к гидронефрозу с последующим нарушением функции почек. Данная клиническая ситуация препятствует проведению лучевой терапии (ЛТ) не только по радикальной, но и паллиативной программе. Поскольку опухоль у данных больных расценена как нерезектабельная, то невозможность проведения лучевой терапии и ПХТ из-за почечной недостаточности приводит к отказу от противоопухолевого лечения и фатальному прогнозу.

В то же время у ряда больных ситуация может быть коренным образом изменена, в частности, за счет устранения обструкции мочеточника/ов и разгрузки почки или почек. Деривация мочи может осуществляться 2 путями: стентирование мочеточника и/или установка чрезкожной пункционной нефростомии. Показаниями к стентированию мочеточника служат нарушение выделительной функции почки с сохраненной паренхиматозной и нарушение паренхиматозной функции почки I-II степени. Условием для выполнения стентирования является возможность установки мочеточникового стента на длительный срок. Преимуществом использования стента — возможность длительного поддержания пассажа мочи без контакта катетера с внешней средой и лучшая социальная адаптация пациентки. Показания к нефростомии: быстро нарастающие явления обструкции верхних мочевых путей; невозможность выполнения стентирования; нарушение паренхиматозной функции почки III степени.

В отделении высоких технологий лучевой терапии МНИОИ им. П.А.Герцена только в 2012г. проведен курс лучевой терапии 25 больных раком шейки матки IIIВ стадии (Т3bN0-1M0). У всех опухоль признана нерезектабельной. Из них у 4 (16%) пациенток до начала специального лечения выявлен одно- или двусторонний гидронефроз, обусловленный опухолевым процессом и сопровождавшийся тяжелым нарушением паренхиматозно-выделительной функции одной из почек. Всем 4 больным в других учреждениях в лучевой терапии было отказано. в плане подготовки к лучевой терапии и с целью ликвидации гидронефроза и почечной недостаточности выполнено: у 2 пациенток — одностороннее стентирование мочеточника, у 1 больной наложена пункционная чрезкожная нефростомия и у 1 женщины — с одной стороны произведена установка мочеточникового стента, с другой стороны — нефростома. У всех больных курс лучевой терапии удалось выполнить без перерывов.

В сроки наблюдения от 6 до 12мес. все четверо пациенток живы, без признаков опухолевого роста. У 3 больных с мочеточниковыми стентами каждые 3 мес. осуществлялась их смена. У 1 пациентки с нефростомой через 9 мес. после окончания лучевой терапии она была удалена, при этом функция почки лишь незначительно снижена.

Таким образом, прежде, чем отказать больным в лучевом лечении, должны быть максимально предприняты меры по обеспечению условий ее проведения. У больных с нарушением функции почек одним из возможных вариантов сопровождения ЛТ является стентирование мочеточника/ов и/или нефростомия.



**Возможности лечения прогрессирующего метастатического химиорезистентного рака шейки матки по схеме Этопозит + Цисплатин (EP)**

Л.А. Дударева-Истру, А.Г. Мунтяну, С.В. Сидорова, А.В. Забунов, Д.П. Болун  
*ПМСУ «Институт Онкологии», Кишинев*

В последние годы изучаются новые возможности цитостатиков, позволяющие получить хороший результат в лечении прогрессирующего рака шейки матки, резистентного к лучевой терапии и полихимиотерапии стандартными схемами.

Цель: изучение эффективности схемы EP в лечении прогрессирующего химиорезистентного рака шейки матки (ПРШМ).

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 42 пациентки с ПРШМ: (6-плоскоклеточный рак с ороговением, 36-плоскоклеточный неороговевающий рак), получившим ранее курс лучевой терапии и полихимиотерапии без эффекта. У 20-и пациенток — местное прогрессирование процесса, у 16-и — метастазы в парааортальные и повздошные лимфоузлы, 4 — в кости, у 2-х в легкие. Возраст больных колебался от 28 до 62 лет. Общее состояние по ECOG от 0 до 3 баллов. Лечение проводилось по схеме EP, в режиме: Cisplatin 75 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в I день Etopozid 120 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно 1,3 и 5 дни, Количество курсов от 2 до 4, интервал между курсами составлял 21 день. Токсичность режима была умеренная.

Результаты: использование схемы EP в лечении прогрессирующего рака шейки матки позволило получить ЧР у 18 (42,86%) пациенток, из них у 8 пациенток с местным прогрессированием и у 10-и с метастазами в повздошные и парааортальные лимфоузлы. У 18-и (42,86%) пациенток — стабилизация процесса, а у 6-и (14,28%) пациенток наблюдалось дальнейшее прогрессирование процесса.

Вывод: применение схемы Etopozid + Cisplatin в лечении ПРШМ, резистентного к ранней проводимой химиотерапии и лучевой терапии, позволило достигнуть высокий процент ремиссий и рекомендовать схему EP в лечении данной патологии.

**Новые технологии и реконструктивные операции в лечении вульварных дисплазий и рака вульвы**

Е.С. Егорова, В.Г. Черенков, И.В. Александрова, М.М. Строженков, В.В. Васильева  
*ФГУ «Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого»;  
ГБОУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», Великий Новгород*

Рак вульвы (РВ), хотя и редкое заболевание, характеризуется агрессивным, локо-регионарным распространением, нередко вовлекающим в процесс уретру, влагалище, анус. Показатели заболеваемости РВ с определенными колебаниями за последнее 10 лет возросли (в 4,5 раза) с 1,0 до 4,5 на 100 тыс. женского населения с тенденцией к повышению частоты в более молодом возрасте.

Применение существующих методов комбинированного лечения нельзя признать удовлетворительным.

Цель работы: оценка перспектив применения новых технологий и реконструктивно-пластических операций в лечении РВ.

ФДД и ФДТ нами выполнена у 11 больных с вульварными дисплазиями (VIN II-III) и при РВ с целью подготовки окружающих тканей для хирургического лечения, в т.ч. в 1 при рецидиве РВ. Возраст больных—от 31 до 72 лет. в качестве фотосенсибилизатора использован препарат нового поколения модифицированный химическим путем из природного материала—фотодитазин, максимум накопления которого в опухоли достигает 10-20 кратных различий по отношению к окружающим тканям через 1-2 часа и полным выведением из организма в течение 28 часов. Метод вызывает генерацию атомарного (синглетного) кислорода, приводящего к гибели атипических клеток.. Заживление проходило с образованием тонких корочек. Через 1,5-2 месяца констатировано полное заживление и восстановление тканей без деформаций у 4 женщин с едва заметными рубцовыми изменениями. Пациентки прослежены от 1 года до 3 лет. Возобновление кожного зуда и остаточные очаговые лейкоплакии отмечены у 3 женщин, что, по нашему мнению, связано с недостаточной экспозицией лазерного воздействия на каждую зону путем перемещения сканирования и фотодинамического контроля рукой, что не позволяет избежать субъективности, а значит рецидива заболевания.

Для снижения частоты послеоперационных осложнений при РВ и улучшения косметических результатов у 62 женщин нами выполнена расширенная вульвэктомия. Для закрытия раневого дефекта использованы полноценные кожно-фасциальные лоскуты с задней поверхности бедра, которые позволяют избрать адекватный объем хирургического вмешательства и оправданы со многих позиций. Эта зона имеет наибольший избыток тканей и непосредственно прилегает к ране. Во-вторых, эта область хорошо кровоснабжается за счет 2-х основных артерий, проходящих над широкой фасцией бедра: нижней прямокишечной и артерии промежности, являющиеся ветвями внутренней срамной артерии и нижней ягодичной артерии. Пластика кожно-фасциальными лоскутами показала, что удается наложить косметические швы без натяжения с предварительными направляющими узловыми нерассасывающими швами. Заживление проходило первичным натяжением, за исключением 3 случаев (4,8±2,4%). Важным аспектом реконструктивных вульвэктомий являлось формирование внешнего вида органа. Во избежание рассеивания и девитализации опухолевых клеток эксцизию всегда проводили радиоволновым скальпелем, а иссечению опухоли предшествовало ее замораживание до t° 160—185°С с использованием аппарата ERBE-6. Иссечение проходило почти бескровно со стороны опухоли. Таким образом, использование новых технологий является перспективным подходом в лечении РВ, отвечающим принципам онкологии и повышающим косметический эффект.

## Современные подходы к диагностике и лечению вульварных дисплазий и склеротического лишая

Е. С. Егорова, В. Г. Черенков, А. А. Шпенкова, И. В. Александрова  
ФГБОУ ВПО «НовГУ им. Ярослава Мудрого»;  
ГБОУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», Новгород;  
ГБОУЗ «Старорусская центральная районная больница», Новгород

По данным литературы выделяют 2 патогенетических варианта:

1) HPV-положительный, кондиломатозный вариант у молодых (на этапе внутриэпителиального рака –VIN 1, 2 и 3, соответствующие легкой, средней и тяжелой степени вульварной дисплазии);



2) HPV- негативный, кератозный вариант. Выявляется преимущественно у женщин пожилого и старческого возраста (старше 55 лет). Эти опухоли ассоциированы с дистрофическими процессами.

Возможность излечить фоновые процессы и предотвратить развитие опухоли является трудной, но реальной задачей современной гинекологии (Чулкова О.В., Новикова Е.Г. и др., 2006). Одни авторы решение этой проблемы связывают с внедрением новых технологий и, в частности, разработкой методов криодеструкции, ФДТ и ФДТ (Крикунова Л.И., Рыкова У.В., 1999; Крикунова Л.И., Каплан М.А., Рыкова Е.В., 1999). Другие считают, что органосохраняющему лечению больные с нейродистрофическим процессом, диффузной лейкоплакией, множественными кондиломами, папилломами вульвы, а также с вульварной интраэпителиальной неоплазией или начальным раком не подлежат (Губайдуллина Т.Н., Жаров А.В., Чернова Л.Ф., 2008; Губайдуллина Т.Н., 2009). До настоящего времени не решены методические аспекты выявления и лечения вульварных дисплазий и ранних форм рака вульвы.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности выбора методов диагностики и лечения в зависимости от варианта вульварных дисплазий (VIN I-III) и разных форм злокачественных новообразований.

С 2000 года под нашим наблюдением находилось 54 больных раком вульвы и 78 пациенток с вульварными дисплазиями I-III степени в сочетании и без склеротического лишая в возрасте от 46 лет до 82 лет.. Казалось бы, визуальная локализация патологии должна быть поводом ранней диагностики. Однако при цитологическом исследовании подтверждение диагноза рака вульвы получают лишь в 57%. в остальных выявляется дискератоз.

В этом плане нами разработан алгоритм диагностика и лечения вульварных дисплазий, помня что это, прежде всего диффузное заболевание и первым этапом должна быть вульвоскопия (15х кратное увеличение), с учетом которой скальпелем проводили: 1.снятие (соскоб) ороговевших чешуек эпителия; 2. скарификацию и получение клеток из глубоких слоев в пределах базального слоя (до появления «росинок» крови. У 68 из 78 пациенток с вульварными дисплазиями (VIN I-III) и разными формами злокачественных новообразований позволило в  $83,3 \pm 3,4\%$  случаев установить правильный диагноз, что значительно выше, чем по литературным данным. Метод ФДТ, с одной стороны, приводит к визуализации опухолевых клеток и избирательному их разрушению, а с другой является щадящим для организма и практически не имеет противопоказаний. Вместе с тем, мы пришли к выводу, что ФДТ наиболее эффективна при I степени дисплазии, поскольку при 2 и 3 степени дисплазий имелись рецидивы и мы были вынуждены прибегнуть к реконструктивно-пластической операции с достаточно хорошим косметическим эффектом.

## **Применение противоопухолевого препарата ДЕКОЦИН в лечении рака шейки матки**

З.М. Еникеева, Н.Ш. Юлдашева, О.М. Ахмедов, В.С. Наврузова  
*Республиканский онкологический научный центр, Ташкент*

Комплексное лечение рака шейки матки включает в себя неоадьювантную полихимиотерапию, операцию и химиолучевую терапию. Эффективность комплексной

терапии рака шейки матки на 12% выше, чем при комбинированной терапии. Несмотря на достаточный объем лечебных средств и методов все ещё у больных с раком шейки матки отмечается высокий показатель возникновения рецидива. в связи с чем, возникает необходимость разработки новых методов и препаратов в лечении рака шейки матки. в РОНЦ МЗ РУз. Разработан новый противоопухолевый препарат Декоцин, синтезированный на основе алкалоида Колхицина. Препарат обладает более выраженной противоопухолевой активностью, меньшей токсичностью, а также радиомодифицирующими свойствами.

Цель исследования: изучение эффективности местного противоопухолевого воздействия препарата Декоцин при раке шейки матки.

Материалы и методы. в исследование включены 38 больных женщин с местнораспространенным раком шейки матки, находившихся на обследовании и лечении в РОНЦ МЗ РУз. Больные с РШМ (в стадии процесса T2bN0-1M0 и T3aN0-1M0) разделены на 2 группы:

I группа — 18 больных с раком шейки матки, которым на первом этапе на фоне неoadьювантной полихимиотерапии применяли 3%-мазь Декоцина вагинально, на 2 этапе выполняли операцию (расширенную экстирпацию матки с придатками). На 3 этапе проводилась химиолучевая терапия.

II группа — контрольная. Больные с раком шейки матки получали неoadьювантную полихимиотерапию, на 2 этапе — расширенная экстирпация матки с придатками, 3 этап — химиолучевая терапия.

У всех больных морфологически выявлен плоскоклеточный рак шейки матки.

Для вычисления объема первичной опухоли использовали различные сечения женского таза, средние значения трех размеров шейки матки. Больные контрольной группы на 1 этапе лечения получали неoadьювантную полихимиотерапию по схеме цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> внутривенно, фторурацил 750 мг/м<sup>2</sup> внутривенно 1–4 дня. Больным основной группы помимо неoadьювантной полихимиотерапии местно интравагинально применяли 3%-мазь Декоцина по 1 грамму на 8 часов 1 раз в день, в течении 10 дней. После 2 курсов неoadьювантной полихимиотерапии изучали результаты лечения.

Результаты: в контрольной группе после 2 курсов неoadьювантной полихимиотерапии объем опухоли шейки матки уменьшился от 32% до 48%, в основной группе, где помимо системной химиотерапии применялся интравагинально препарат Декоцин, объем первичной опухоли уменьшился от 53% до 69%. Действие местного препарата Декоцин более эффективно отмечалось при экзофитных опухолях шейки матки, причем, чем выше степень дифференцировки клеток, тем выше лечебный эффект препарата.

Выводы: при местном применении нового противоопухолевого препарата Декоцин отмечается значительное уменьшение объема первичной опухоли по сравнению с традиционной неoadьювантной полихимиотерапией. Чем выше степень дифференцировки опухоли и экзофитная форма роста опухоли, тем выше местный лечебный эффект препарата.

Также возникает необходимость дальнейшего изучения действия препарата.



## **Анализ мутаций гена BRAF при пограничных опухолях и аденокарциномах яичника**

**ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**

Л.Э. Завалишина, Т.В. Кекеева, Ю.Ю. Андреева, И.И. Виноградов, О.В. Воронина  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Пограничные опухоли (ПОЯ)—группа эпителиальных опухолей яичников, которая характеризуется наличием пролиферации эпителия, клеточной и ядерной атипии, при отсутствии деструктивного инвазивного роста. Планирование органосохраняющего лечения диктует необходимость тщательного дифференциального диагноза между ПОЯ и высокодифференцированной серозной аденокарциномой, в том числе с применением молекулярно-генетических методов исследования.

Нами было проведено молекулярно-генетическое исследование мутаций гена BRAF у пациенток с диагнозом ПОЯ. Материалом для исследования послужили образцы опухоли (парафиновые блоки) от 40 пациенток с диагнозом ПОЯ, в качестве группы сравнения в данном исследовании использовались образцы опухолевой ткани, полученные от 15 пациенток с диагнозом высокодифференцированной серозной аденокарциномы.

Определение мутации p.V600E в 15 экзоне гена BRAF выполняли методом ПЦР с последующим прямым секвенированием. Полученные данные анализировали с помощью программы Chromas. Статистический анализ проводили с помощью программы GraphPad InStat.

В ходе нашего исследования мутация p.V600E была выявлена в 30% (12/40) при ПОЯ и в 33,3% (5/15) при высокодифференцированной серозной аденокарциноме. Статистически группы значимо не различались ( $p>0.05$ ). Таким образом, наличие данного молекулярно-генетического изменения не может быть использовано в качестве маркера для дифференциального диагноза между пограничной опухолью яичников и высокодифференцированной аденокарциномой.

## **Эффективность комплексного лечения больных местно распространённым раком шейки матки IIb – III стадии**

А.А. Затолокина, Ж.А. Старцева, Л.А. Коломиец, М.А. Добрыгина, Е.С. Сухих  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) продолжает занимать ведущее положение в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности, а также является важной медицинской и социальной проблемой во всех экономически развитых странах. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике этой патологии, в настоящее время значительное количество женщин обращаются за медицинской помощью уже с распространённой формой заболевания (IIb-III стадии). Лучевая терапия считается эффективным методом лечения опухолей данной локализации и применяется в большинстве случаев в качестве самостоятельного метода лечения.

Цель исследования: изучить эффективность комплексного лечения у больных местно-распространённым раком шейки матки.

Материалы и методы. в исследование включено 36 больных местно-распространённым РШМ (IIb-III стадии), получавших комплексное лечение с использованием курсов неoadьювантной химиотерапии и сочетанной лучевой терапии (СЛТ). Все

больные были разделены на 3 группы. в I группе (n-12) на первом этапе проводилось 2 курса полихимиотерапии (ПХТ) по схеме гемзар/цисплатин с последующей СЛТ в объеме дистанционной лучевой терапии и внутрисполостной гамма-терапии. Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) фотонами энергией 6 МэВ проводилась в режиме: РОД-2,0 Гр, 5 раз в неделю, СОД—44-48 Гр. Внутрисполостная гамма-терапия выполнялась на аппарате MultiSource в режиме: РОД-5,0 Гр, 2 раза в неделю, СОД-50 Гр. Больным II группы (n-13) проводилась еженедельная инфузия цисплатина, ДЛТ в стандартном режиме: СОД—44-48 Гр и внутрисполостная гамма-терапия СОД-50 Гр. Больные III группы (n-11) получали курс ДЛТ и внутрисполостной гамма-терапии в стандартном режиме фракционирования дозы—СОД—44-48 Гр и СОД-50 Гр, соответственно.

Результаты: общий период наблюдений составил  $23,5 \pm 4,2$  месяца. Самая высокая частота лучевых повреждений выявлена в I группе—9/12 (75%) больных. в большинстве случаев (75%) диагностирован острый лучевой цистит, у 58,3% пациенток отмечались явления лучевого эпителиита, у 16,7% больных были выявлены признаки энтероколита. Во II группе отмечено минимальное количество лучевых повреждений—4/13 (30,8%) больных. По частоте встречаемости так же преобладали острые лучевые циститы—30,8% пациенток, явления эпителиита наблюдались в 30,8% случаев, признаки энтероколита выявлены у 7,7% больных. в III группе лучевые повреждения показали средние значения—4/11 (45,5%) больных. По частоте встречаемости так же преобладали явления острого лучевого цистита—40,9%, у 28,6% больных—явления эпителиита, признаки энтероколита выявлены у 14,3% больных. Безметастатическая выживаемость в I и во II группах статистически значимо не различалась, и составила  $84,6 \pm 6,2\%$  и  $82,3 \pm 5,4\%$ , соответственно. Безрецидивный период в I и во II группах— $79,6 \pm 4,2\%$  и  $81,3 \pm 4,4\%$ , соответственно, достоверных различий обнаружено не было. в III группе показатели безметастатической ( $65,3 \pm 4,2\%$ ) и безрецидивной ( $71,2 \pm 3,2\%$ ) выживаемости ниже, чем в I и во II группах ( $p < 0,05$ ).

Вывод. У больных местно-распространенным РШМ, получавших СЛТ и ПХТ, отмечено наибольшее количество лучевых повреждений, чем после курса СЛТ и цисплатина и самостоятельного курса СЛТ. Частота метастазов у больных, получавших самостоятельный курс СЛТ, выше, чем у больных, получавших СЛТ и ПХТ, и больных, которым был назначен курс СЛТ и цисплатина. Частота рецидивов у больных,

## Чувствительность комбинации онкомаркеров HE4 и CA125 в диагностике рака яичников

М.В. Казанцева, Н.В. Порханова, С.Н. Потемин, В.В. Шматкова, Е.В. Кедрова  
ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края

Цель: оценить чувствительность комбинации онкомаркеров CA125 и HE4 в диагностике рака яичников.

Методы: были изучены три группы женщин в количестве 89 человек. Рак яичников (n=34); доброкачественные заболевания яичников (n=31), из которых 15 пациенток с доброкачественными опухолями яичников, 11 с эндометриозом и 5 с пельвиоперитонитом; группу сравнения составили 26 здоровых женщин. РЕЗУЛЬТАТЫ:



Нормальные значения HE4 и CA125 составляли 0-67 пмоль/л и 0-35 kU/L соответственно. Средние значения HE4 и CA125 были значительно выше в группе рака (267,4 пмоль/л и 480,7 kU/L соответственно), чем в группе с доброкачественными заболеваниями яичников (51,3 пмоль/л и 35,6 kU/L соответственно) и в группе сравнения (33,6 пмоль/л и 17,9 kU/L соответственно;  $P=0,0001$  и  $0,031$ ). Средние уровни CA125 были также выше нормы при эндометриозе и пельвиоперитоните (53 и 41 kU/L соответственно), чем в подгруппе с доброкачественными опухолями яичников и в группе сравнения (12 и 11 kU/L соответственно;  $P=0,001-0,021$ ). в группе пациенток с раком яичников количество положительных значений CA125 было меньше чем HE4 ( $P=0,026$ ). HE4 был отрицателен в группе женщин с доброкачественными заболеваниями яичников и в группе сравнения. в группе воспалительных заболеваний придатков матки положительные показатели CA125 были у 7 из 11 при эндометриозе и у 4 из 5 при пельвиоперитоните, при этом уровень HE4 у этих пациенток не превышал нормальных значений ( $P=0,0001$ ).

Выводы: чувствительность онкомаркера HE4 выше, чем CA125, а HE4 в сочетании с CA125 повышает качество диагностики рака яичников.

## Некоторые особенности возникновения метастазов рака шейки матки

Е. А. Калабанова, Г. А. Неродо

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону*

Свыше 90% случаев преждевременной смерти у онкологических больных обусловлены последствиями метастазирования первичной опухоли (Yamamoto Kaichiro, 2008). Несмотря на проводимое лечение, прогноз у больных с рецидивами и метастазами рака шейки матки (РШМ) крайне неблагоприятный: до одного года после их появления доживает всего 10-15% больных (Бохман Я.В., 2002). Таким образом, вопросы метастазирования остаются одной из актуальных проблем онкологии.

Цель исследования. Изучение особенностей возникновения метастазов РШМ.

Материал и методы. Клиническим материалом для исследования послужили данные о 1310 больных РШМ I—IV стадий в возрасте от 20 до 82 лет, прошедших специальное противоопухолевое лечение в соответствии с международными стандартами. Из общего числа больных метастазы выявлены у 164 (12,5±0,9%) женщин.

Результаты исследований. При I стадии РШМ метастазы отмечены у 8 больных из 290 (2,8±1,0%), при II—у 49 пациенток из 482 (10,2±1,4%), при III стадии—у 75 из 496 (15,1±1,6%), при IV стадии—у 32 из 42 (76,2±5,0%) больных. Закономерно, что высокая частота метастазирования после лечения отмечена у больных РШМ III стадии. Чаще метастазы возникли в возрастной группе от 41 до 60 лет (28,4±1,9%). Среди больных РШМ в возрасте от 20 до 30 лет метастазы выявлены у 12,7±3,3%, от 31 до 40 лет—10,4±1,7%, от 61 до 70—11,9±2,7%, старше 71 года—у 5,5±3,2% пациенток. Наиболее часто метастазы возникли у больных РШМ с инвазией 1 см и более (54,3±4,6%). С уменьшением глубины инвазии наблюдалось снижение количества больных с метастазами: при глубине инвазии от 5 мм до 1 см—33,9±4,3%, от 3 мм до 5 мм—6,7±2,3%, а при глубине инвазии менее 3 мм—всего 5,1±2,0%. Метастазы возникали в сроки от 4 месяцев до 8 лет после установления диагноза. Чаще

метастазы возникали в промежутке от 1 года до 3 лет после окончания лечения (50,1±4,6%). в сроки до 1 года метастазы выявлены у 37,9±4,5% больных, от 3 лет до 5 лет — у 8,6±2,7%, более 5 лет — у 3,4±1,6% ( $p < 0,05$ ). Средний срок возникновения метастазов при I стадии РШМ составил 34,25±2,3 месяцев, при II стадии — 20,73±1,7 месяцев, а при III стадии — 17,08±1,27 месяцев. При увеличении глубины инвазии опухоли при всех стадиях РШМ уменьшается средний срок возникновения метастазов. Так, при глубине инвазии до 1 см при I стадии РШМ средний срок 41,5±1,3 месяцев, а при глубине инвазии 1 см и более — 22,3±2,9 месяцев ( $t=6,03$ ;  $p < 0,01$ ). При II стадии и инвазии опухоли в строму шейки матки до 1 см средний срок возникновения метастазов 21,1±2,4 месяцев, в то время как при глубине инвазии 1 см и более этот срок уменьшается до 18,8±1,3 месяцев. При III стадии РШМ — при глубине инвазии опухоли до 1 см — 19,9±1,2 месяцев, а при глубине инвазии 1 см и более — через 15,3±1,6 месяцев ( $t=2,3$ ;  $p < 0,01$ ). При оценке средних сроков появления метастазов в зависимости от возраста выявлена тенденция уменьшения средних сроков метастазирования у больных РШМ II и III стадий, находящихся в репродуктивном (до 45 лет включительно) возрасте: при II стадии у женщин в возрасте до 45 лет метастазы возникли в среднем через 17,5 месяцев, а у больных старше 45 лет через 23,9 месяцев; при III — через 15,6 и 18,5 месяцев соответственно.

Вывод. Изучение особенностей метастазирования РШМ может способствовать индивидуальному прогнозированию течения заболевания.

## Оценка количественных и качественных параметров вируса папилломы человека в прогнозировании течения гиперпролиферативных процессов шейки матки

В.И. Киселева, Л.И. Крикунова, Л.С. Мкртчян, Л.В. Любина, Г.П. Безяева,  
Л.В. Панарина, И.А. Замулаева  
ФГБУ «Медицинский радиологический центр» МЗ РФ, Обнинск

Этиологическая роль вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР) в развитии заболеваний шейки матки (ШМ) от гиперплазий разной степени тяжести до злокачественных новообразований в настоящее время убедительно доказана. Возможность использования качественных и количественных характеристик вируса как инструмента для ранней диагностики и прогноза цервикальных повреждений широко обсуждается в литературе, однако, до сих пор этот вопрос не находит однозначного решения.

Задачей настоящего исследования явилось изучение возможности раннего выявления пациентов с неблагоприятным прогнозом течения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) и высоким риском развития рака шейки матки (РШМ) на основе подхода, учитывающего одновременно генотип ВПЧ, количество копий ДНК вируса и его физический статус — эписомальная или интегрированная форма.

Исследуемую группу составили 25 первичных больных CIN I-III степени и 85 первичных больных РШМ I-IV стадий, инфицированных ВПЧ16. Наличие ДНК ВПЧ и его генотип исследовали до начала лечения в соскобах эпителиальных клеток из цервикального канала и наружной поверхности шейки матки, а также в соответствующих биоптатах опухоли. Анализ количественной нагрузки и физического статуса ДНК ВПЧ проводили методом полимеразной цепной реакции в режиме реально-



го времени. Степень интеграции оценивали по соотношению количества вирусных генов E7/E2 с учетом стандартного отклонения и коэффициента вариации данных. Вирусную нагрузку оценивали по величине среднего значения соотношения геномных эквивалентов E7/ $\beta$ -глобин в логарифмах, нормализованных на 100 тыс. клеток.

В качестве критериев, соответствующих неблагоприятному сочетанию факторов, характеризующих ВПЧ-инфекцию условно выбраны: высокая вирусная нагрузка ( $>6,5$  lg копий ДНК ВПЧ на 100 тыс. клеток) при эписомальной форме или низкая нагрузка ( $<6,5$  lg копий ДНК на 100 тыс. клеток) при частично или полностью интегрированной форме вируса. в результате установлено, что неблагоприятное сочетание факторов, характеризующих инфекцию ВПЧ16, встречается статистически значимо чаще у больных инвазивным РШМ, чем у больных CIN: уровень значимости по двустороннему критерию Фишера составляет 0,0002. Расчеты также показывают, что относительный шанс возникновения РШМ у больных CIN в этом случае в 7,5 раз выше, чем у больных с условно благоприятным сочетанием соответствующих факторов (низкая нагрузка ВПЧ16 при эписомальной форме вируса и высокая нагрузка при интегрированной форме). Больные с неблагоприятным прогнозом заболевания, в соответствии с данными критериями, составляют 16% среди всех представленных ВПЧ16-позитивных случаев CIN.

Таким образом, можно полагать, что использование критерия одновременно учитывающего и физический статус, и количественную нагрузку вируса позволит сформировать среди больных CIN, инфицированных ВПЧ16, группы повышенного риска развития злокачественной трансформации клеток эпителия ШМ и, соответственно, своевременно принять превентивные меры, направленные на предотвращение развития онкологического заболевания.

## **Опыт использования лапароскопической экстирпации матки в лечении рака тела матки у больных с тяжелой сопутствующей патологией**

М.В. Киселева, М.М. Карпейкина, М.С. Денисов  
*ФГБУ МРНЦ Минздрава России, Обнинск*

Ежегодно выявляют примерно 150 000 новых больных раком тела матки, а 42 000 женщин умирает от этой опухоли. Многие исследователи объясняют рост заболеваемости рака тела матки увеличением числа больных с эндокринно-обменными нарушениями. Данные о высокой заболеваемости и смертности делают вопросы выбора наиболее рациональной тактики лечения рака тела матки первостепенными.

Стандартом при I стадии рака тела матки является использование хирургического метода лечения. Противопоказания к оперативному вмешательству, как правило, обусловлены пожилым возрастом и тяжелыми некомпенсированными сопутствующими заболеваниями. В хирургии рака тела матки явное преимущество имеет оперативная лапароскопия, так как этим доступом максимально эффективно может быть оценена топография органов малого таза.

Материалы и методы: Нами были проанализированы результаты лечения 103 больных раком тела матки I стадии. Средний возраст пациенток составил  $64 \pm 2,1$  года. Все женщины имели ряд сопутствующих заболеваний: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность, ожирение 2—3 степени.

Результаты: По результатам проведенного комплексного обследования пациенток основной группы у 34 (33,1%) больных распространенность опухолевого процесса соответствовала T1a стадии, у 50 (48,5 %) пациенток—T1b стадии заболевания, а у 19(18,4%) пациенток T1c стадии заболевания. В 90% случаев опухоли тела матки были представлены аденокарциномой G2.

Среднее время операции составило  $60\pm 20$  мин. Объем кровопотери составил  $300\pm 150$  мл.

Из 103 больных 69 (66,9 %) получили только хирургическое лечение, у 31 (30 %) пациенток оперативное вмешательство было дополнено лучевой терапией и у 2 (3,1 %) проведено комплексное лечение. Лучевая терапия в основной группе была начата в сроки от 6 до 10 дней (в среднем  $8\pm 2,2$  дня). В раннем послеоперационном периоде послеоперационных осложнений зафиксировано не было.

После проведенного лечения все больные находятся под строгим динамическим наблюдением, соответствующим стандартам, принятым в онкологической практике. За истекший период наблюдения выживаемость в обеих группах составила 90%.

Выводы: Длительность послеоперационного периода после лапароскопической экстирпации в среднем не превышает 5 дней. Таким образом, технология лапароскопической экстирпации матки позволяет снизить сроки послеоперационной реабилитации больных и сократить время до последующего необходимого специфического лечения, а также существенно улучшить качество жизни оперированных больных.

## Ранняя диагностика рака шейки матки с учетом рака *in situ* у женщин в Карелии

П.И. Ковчур<sup>1,2</sup>, И.Е. Бахлаев<sup>1</sup>, А.А. Тумашевич<sup>1,2</sup>, А.А. Михетько<sup>2</sup>, Э.А. Хидишян<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Петрозаводский государственный университет;

<sup>2</sup> Онкологический диспансер Республики Карелия, Россия

Традиционно, в России, при определении уровня ранней диагностики (РД) РШМ учитываются только I и II стадии процесса, рак *in situ* шейки матки к ранней диагностике не относится. в работе проведен анализ РШМ с учетом рака *in situ* в Карелии.

Цель исследования. Изучить уровень ранней диагностики (РД) с учетом рака *in situ*, I и II стадии, что дает полную картину заболеваемости РШМ в РК за 1998–2012 гг.

Материалы и методы исследования. Использовался материал централизованной цитологической (ЦЦЛ) и гистологической лабораторий, а также данные ракового регистра РОД РК. Проведен анализ материала от 552 пациенток с раком *in situ* и 1248 инвазивным РШМ за 15-летний период. С целью оценки динамики частоты РШМ в РК выделены 3 периода: I период—1998—2002 гг. (5 лет), II—2003–2007 (5 лет), III—2008—2012 гг. (5 лет).

Результаты и обсуждение. До 2003 года в РК показатель заболеваемости РШМ у женщин колебался от 10,5 до 13,3 случаев на 100 тыс. женского населения, с 2004г—вырос с 14,9 до 40,3 случаев, в 2012г составил 30,1. Показатель смертности от РШМ в РК варьирует от 4,1 до 10,1 случаев на 100 тыс. женского населения. Диагностика РШМ в I и II стадии процесса составила 72,5% (905 из 1248 больных). в III-IV стадии заболевание выявлено приблизительно в трети случаев (27,5%).



IV стадия рака шейки матки выявляется от 1,7 до 4,7% больных. Проводя анализ результатов ранней диагностики РШМ в РК, мы объединили рак *in situ* и I и II стадии процесса. Если рассматривать РД преинвазивного и инвазивного РШМ, то этот показатель вырос с 59,6% до 86,8% в 2012 году (по периодам соответственно 72,9%, 76,6%, 85,7%). Диагностика рака *in situ* шейки матки увеличилась с 11,6±5,0 случаев в 1 периоде до 68±11,0 случаев в 3 периоде, диагностики РШМ I-II стадии выросла с 30,8±9,36 до 96,6±21,24 случаев в 3 периоде ( $P<0,05$ ). При этом частота РШМ III-IV стадии также имеет тенденцию к увеличению с 15,8±5,8 до 28,2±4,3 случаев ( $P<0,05$ ) в 3 периоде, что указывает на недостатки в организации цитологического скрининга в РК. Анализ стадийности РШМ показал, что доля РШМ 0-I-II стадий повысилась, соответственно с 72,9% в I периоде до 85,7% в III периоде. Доля рака *in situ* увеличилась на 16,7%, тогда как РШМ III-IV стадии стал диагностироваться на 12,9% реже. в РК выделены 3 группы районов с различным уровнем ранней диагностики (0-I-II стадии) РШМ: 1 группа—более 80% РШМ. Таких районов в РК 79,9%; 2—от 80% до 70% (12,1%); 3 группа—менее 70% (8%). При сопоставлении уровня РД (сг *in situ*, I—II стадии) РШМ с показателями охвата ЦС в районах РК за 1998-2012 гг мы выявили, что в районах с высоким уровнем РД (выше 80%) широта охвата женского населения составила от 50 до 72,7%. Напротив, в районах с относительно низким уровнем ранней диагностики (от 80 до 70% и менее) охват ЦС женщин составил от 29% до 40,2%. в целом широта охвата женского населения ЦС в РК, по данным популяционного ракового регистра, в среднем составляет 43–46%, варьируя от 7,7% в Лоухском районе, до 72,7% в Кондопожском районе Карелии. При этом показатель ранней диагностики в Кондопожском районе составляет 99%, а забор материала с экзо- и эндоцервикса при проведении ЦС проводится преимущественно цитощетками (cervex-brush) с применением ВПЧ-тестирования.

Выводы.

1. Охват ЦС женского населения должен быть не менее 70%, что обеспечит РД РШМ не менее 95% на всей территории Карелии.
2. Забор материала с экзо- и эндоцервикса при проведении ЦС необходимо проводить преимущественно цитощетками (cervex-brush) с возможным применением ВПЧ-тестирования.
3. Выявление ВПЧ высокого канцерогенного риска является «пусковым механизмом» углубленного обследования инфицированных женщин при «нормальной» онкоцитологии: расширенная кольпоскопия, биопсия шейки матки.

## Экспрессия генов раннего ответа в опухолевой ткани — маркер развития ранних форм рака шейки матки

П.И. Ковчур, И.Е. Бахлаев, О.В. Курмышкина, Т.О. Волкова, А.Н. Полторац  
*Петрозаводский государственный университет*

Цель: изучить количественную экспрессию генов *c-myc*, *c-fos* и *c-jun* в опухолевой ткани больных с интраэпителиальными поражениями третьей степени и микроинвазивным РШМ на двух ключевых уровнях регуляции (уровне мРНК и белка).

Материал и методы. Экспрессию генов анализировали методом ПЦР в режиме реального времени, идентификацию белков проводили Western-блоттингом с использованием мышиных моноклональных антител. Обследовано 155 пациенток. Средний

возраст—45,3±3,2 лет. С CIN III colli uteri—32 женщины, carcinoma in situ—43, с I стадией—45, со II—21, с III-IV—14. Контрольную группу составили 30 здоровых небеременных женщин, сопоставимых по возрасту, данным анамнеза и не имеющих патологии шейки матки.

Результаты и их обсуждение. Гены *c-fos* и *c-jun*. Изменения экспрессии в патологической ткани обнаружены для гена *c-fos*, ген *c-jun* характеризовался относительно конститутивным уровнем активности. Для всех образцов дисплазии 3 степени и микрокарциномы шейки матки выявлено достоверное увеличение содержания мРНК в среднем на порядок по сравнению с нормальным эпителием. В опухолевой ткани, соответствующей II-III стадиям РШМ, уровень мРНК *c-fos* был значительно увеличен. При этом, в образцах ткани, гистологически определяемых как карцинома *in situ*, отсутствуют различия в содержании *c-fos*-мРНК по сравнению с нормальным эпителием. Данные по уровню белка *c-Fos* в образцах ткани изучаемых стадий РШМ в целом согласуются с данными по содержанию соответствующей мРНК: повышенное в сравнении со здоровым эпителием содержание *c-Fos* наблюдалось при дисплазии 3 степени и микроинвазивном РШМ, однако, в случае микрокарциномы это повышение имело ярко выраженный характер.

Ген *c-myc*. Отмечено увеличение содержания мРНК *c-myc* в 100% случаев микроинвазивного РШМ. При дисплазии 3 и РШМ стадий II-III отмечено достоверное повышение уровня мРНК *c-myc*, по сравнению с нормальным эпителием, но лишь в определенном проценте случаев. Сопоставление данных ПЦР-анализа и гистологического исследования показало, что усиление экспрессии *c-myc*-мРНК происходит при дисплазии 3-ей степени, но не при раке *in situ*. Возможно, выявленные различия в экспрессии *c-myc* в пределах CIN 3 отражают последовательные этапы озлокачествления клеток на пути к окончательному и необратимому формированию онкогенного фенотипа. Наблюдаемая индукция *c-myc* при дисплазии 3 степени может быть связана с его ролью в процессах immortalization, дедифференцировки клеток и дестабилизации генома, что свидетельствуют о потенциальной возможности использования *c-myc*-мРНК в составе набора биомаркеров, позволяющих различать ранние стадии заболевания (дисплазия, внутриэпителиальный рак, микроинвазивный РШМ). Уровень белка *c-Myc* (согласно результатам иммуноблоттинга) в образцах CIN 3 повышается относительно нормального эпителия, при этом более выраженное увеличение отмечается в образцах при дисплазии 3 степени, максимальная экспрессия—при Ia стадии РШМ.

Заключение. Экспрессия генов раннего ответа может рассматриваться в качестве дополнительного диагностического маркера при РШМ и иметь определенное значение при выборе тактики лечения.

## Биомаркеры в диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии 3 степени и микроинвазивного рака шейки матки

П. И. Ковчур, И. Е. Бахлаев, О. В. Курмышкина, Т. О. Волкова, А. Н. Полторак  
*Петрозаводский государственный университет*

Цель: провести комплексный анализ диагностических биомаркеров ранних стадий РШМ—транскрипционные факторы (*c-Myc*, *c-Fos* и *c-Jun*) в опухолевой ткани,



экспрессия каспаз -3, -6, -8 и -9 в лейкоцитах периферической крови (ЛПК) и опухолевой ткани пациенток с CIN 3 и РШМ на уровне активности генов и ферментативной активности белковых продуктов; а также иммунологические показатели клеточного иммунитета (CD3, CD4, CD4+CD25+, CD8, CD16, CD95) при развитии РШМ.

Методы: экспрессию генов анализировали методом ПЦР в режиме реального времени; идентификацию белков—Western-блоттингом с использованием мышиных моноклональных антител, иммунофенотипирование лимфоцитов—методом флуоресцентной микроскопии с использованием моноклональных антител к CD-маркерам. Относительный уровень экспрессии генов каспаз во фракции ЛПК—ПЦР в режиме реального времени, ферментативную активность—спектрофотометрически с использованием меченых субстратов. Контроль—здоровые доноры (n=30).

Результаты. Средний возраст обследованных пациенток (n=155) составил  $45,3 \pm 3,2$  лет. Дисплазия 3 степени шейки матки выявлена у 32 женщин, с преинвазивной карциномой—43, с I—45, со II—21, с III—IV стадией—14 пациенток. Диагноз морфологически верифицирован. Каспазы: выявлено увеличение уровня мРНК каспазы-3 и ее протеолитической активности в ЛПК с дисплазии 3 степени, при этом уровень мРНК каспазы-6 при дисплазии 3 степени и cancer in situ не отличалось от контроля и увеличивалось при St I-II. Отмечено увеличение активности каспазы-8 и подавление активности каспазы-9 в ЛПК при РШМ. В опухолевой ткани при дисплазии 3 степени изменений уровня мРНК и активности каспаз -3, -6 и -9 не выявлено. При St0—экспрессия каспаз снижена, при стадиях I—IV—достоверное уменьшение протеолитической активности каспаз. Иммунофенотипирование: в крови пациенток с дисплазией 3 степени и РШМ выявлено достоверное уменьшение численности CD4- и CD8-клеток и увеличение клеток CD4+CD25+. Зафиксировано уменьшение экспрессии CD3-маркера, уровень экспрессии CD4 достоверно коррелировал со стадией заболевания. При прогрессии отмечено усиление поверхностной экспрессии CD95, а также индукция его адапторной каспазы-8 и эффекторных каспаз-3 и -6 (как на транскрипционном уровне, так и на уровне протеолитической активности) в ЛПК; в то же время, наблюдалось снижение экспрессии каспазы-9. Гены раннего ответа: уровень экспрессии гена c-fos по мере прогрессии опухоли возрастает и достигает максимума в StIII-StIV colī uterī. Экспрессия c-jun при дисплазии 3 степени, с St I colī uterī и далее при прогрессии опухоли, в 90—92% случаев не отличается от контроля. в St 0 может иметь место как повышение (20—24%), так и снижение экспрессии c-jun (50—52%). Экспрессии c-myc увеличивается в 60—65% случаев при дисплазии 3 степени, в St 0 colī uterī активность не отличается от контроля, со St I и далее при St II→St IV colī uterī наблюдается резкое повышение экспрессии c-myc как на уровне мРНК, так и белка.

Выводы. При прогрессии РШМ в ЛПК активируются процессы апоптоза за счет активации активности каспаз-3, -6 и -8 и снижения активности каспазы -9. При этом в опухолевой ткани—подавление экспрессии и активности всех исследуемых каспаз на фоне изменения субпопуляционного состава ЛПК и также активности генов раннего ответа. Данный факт предполагает возможное их комплексное использование в качестве дополнительных предиктивных маркеров при развитии неоплазии шейки матки и микроинвазивного РШМ.

## Местнораспространенный рак шейки матки (МРРШМ): особенности патогенеза, лечения, прогноза

Л.А. Коломиец, О.Н. Чуруксаева, Л.Н. Уразова, М.К. Мерзлякова  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии» СО РАМН, Томск

Цель. Выявить особенности патогенеза и факторы, влияющие на прогноз у больных МРРШМ.

Материалы и методы. в НИИ онкологии обследовано и пролечено 160 больных РШМ IIВ-IIIВ стадий. 1-ю группу составили 68 человек, на первом этапе которым выполнялось 2 курса неoadъювантной химиотерапии (НАХТ), включающими препараты платины в комбинации с гемцитабином или таксотером. На втором этапе больные получили сочетанную лучевую терапию по радикальной программе. Во 2-ю группу исследования вошли 42 пациентки, получивших химиолучевое лечение (ХЛЛ): радикальный курс сочетанной лучевой терапии с еженедельным введением цисплатина в дозе 40 мг/м<sup>2</sup>. Контрольную, 3-ю группу исследования, составили 50 человек, пролеченных только сочетанной лучевой терапией. Набор в группы осуществлялся методом «случай-контроль». Всем больным было проведено ВПЧ-тестирование. Для выделения ДНК ВПЧ использовались соскобы из цервикального канала шейки матки. Для выделения ДНК ВПЧ применялась технология количественной мультиплексной real-time PCR, предназначенная для выявления 12 типов (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) ВПЧ, их генотипирования и определения количества ДНК в образце. в исследовании использовали набор реагентов фирмы «Amplisens®» (Москва, Россия). Значение вирусной нагрузки рассчитывалось в геномных эквивалентах вируса/105 клеток. Порог релевантного количества вируса принимался равным 3 lg ВПЧ /105 клеток в соскобе. Исследование проводили на 6-канальном амплификаторе «RotorGene 6000» («Corbett Research», Австралия). Статистическую обработку данных осуществляли с применением программы Statistica 7.0.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 41,2±1,4 лет. Во всех трех группах исследования преобладала умеренная дифференцировка опухоли, смешанная форма и маточно-параметральный вариант роста опухоли. Основной жалобой больных были беспорядочные кровянистые выделения, наблюдавшиеся в 61-93% случаев. У каждой третьей больной в основной и контрольной группах выявлялся болевой синдром, лимфорея диагностирована в 25% случаев в группе больных ХЛЛ (в основной и контрольной группах— 18% и 11%, соответственно). Дизурическими расстройствами страдали от 14% до 20% больных всех групп, асимптомное течение заболевания отмечалось в 5%–25% случаев. После проведения НАХТ отмечалось купирование клинических симптомов заболевания: удельный вес кровянистых выделений уменьшился с 93% до 62% ( $p<0,05$ ), болевой синдром исчез у каждой третьей больной, в 2 раза сократились жалобы на дизурию и лимфорею. Проведение НАХТ у 20 больных (29,4%) позволило выполнить оперативное лечение в радикальном объеме. Уровень объективного ответа после завершения лечения в 1-й группе составил 89,7%, в группе больных с ХЛЛ— 54,4%, в 3-й группе— 64,7%. в группе больных с НАХТ наблюдались достоверно более высокие показатели 3-х летней общей и безрецидивной выживаемости по сравнению с больными, получившими только сочетанную лучевую терапию. ВПЧ-инфекция онкотропного типа была выявлена в 78% случаев, превалировал ВПЧ 16 типа (77,3%). Повышенная нагрузка ( $lg>5$ ) наблюдалась до начала лечения у 41,5% больных МРРШМ. Значимая нагрузка ( $lg>3$ ) выявлена в 17%, а малозначимая ( $lg<3$ )— в 41,5%. Было выявлено, что после завер-



шения лечения у больных клинически излеченных наблюдается снижение вирусной нагрузки до малозначимой концентрации ( $lg < 3$ ) при сохранении вируса в биологическом материале. Среди вирус-ассоциированных больных МРПШМ, в дальнейшем спрессирировавших, отмечалось нарастание вирусной нагрузки, а также появление новых типов ВПЧ. Среди вирус-негативных больных (26 человек) прогрессирирование заболевания наблюдалось в 61,5% случаев.

Таким образом, использование НАХТ у больных местно-распространенным раком шейки матки способствует купированию симптомов заболевания, достоверно увеличивает уровень объективного ответа, способствуя повышению резектабельности опухоли, достоверно увеличивает сроки 3-хлетней безрецидивной и общей выживаемости. ВПЧ-инфекция, в свою очередь, может рассматриваться как прогностический фактор течения заболевания.

### **Тканевой стероидный статус и уровень экспрессии ростовых факторов при аденомиозе, миоме матки и сочетании аденомиоза с миомой матки**

Е. Ф. Комарова, Е. М. Франциянц, Т. И. Моисеенко, Н. В. Черникова  
*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону*

До настоящего времени не установлено значение аутокринной регуляции и роли гиперэстрогенизма в патогенезе аденомиоза. Достаточно часто аденомиоз у больных сочетается с миомой матки, поскольку эти процессы имеют похожие механизмы развития (Lobo RA., 2007).

В связи с этим целью исследования явилось изучить уровень VEGF, EGF эстрогенов и их метаболитов в ткани аденомиоза и при сочетанной патологии аденомиоза и миомы матки.

Материалы и методы. Исследована ткань аденомиоза матки 26 больных, ткани миомы 30 больных и 29 больных при сочетании аденомиоза и миомы матки. Больные были в возрасте 35-55 лет, находились в репродуктивном периоде. Методом ИФА определяли уровень VEGF, EGF, эстрадиола (E2) и метаболитов эстрогенов-2ОНЕ1, 16ОНЕ1.

Результаты. Установлено, что уровень экспрессии исследованных ростовых факторов—VEGF, EGF—в ткани при аденомиозе превышал показатели в интактной ткани эндометрия в 5 и 1,7 раза соответственно.

Уровень VEGF в ткани миомы при самостоятельном ее росте был снижен относительно показателя в ткани интактного миометрия на 14,6%. При этом, содержание EGF было снижено на 33,2% относительно контрольных величин.

При анализе уровня ростовых факторов в ткани аденомиоза при сочетанной с миомой патологии оказалось, что экспрессия VEGF значительно превышала почти в 20 раз содержание фактора в ткани миомы при самостоятельном варианте. В ткани миомы при сочетанной патологии уровень EGF был напротив снижен в 2 раза относительно ткани миомы при самостоятельном варианте.

При исследовании в ткани аденомиоза уровня E2 было обнаружено его увеличение почти 2 раза относительно показателей в интактном эндометрии, а уровень метаболитов 2ОНЕ1 и 16ОНЕ1 значимо превосходил контрольные значения (в сред-

нем в 10,5 раз). При этом коэффициент 2ОНЕ1/16ОНЕ1 в ткани аденомиоза и интактном эндометрии был идентичным.

Содержание E2 в ткани миомы при самостоятельном ее варианте не имело достоверных отличий по сравнению с интактным миометрием, также же как и уровень метаболита 2ОНЕ1. в указанной ткани увеличилось относительно контроля содержание 16ОНЕ1 на 29% и соответственно снизилось значение коэффициента 2ОНЕ1/16ОНЕ1 на 30%.

При сочетании аденомиоза и миомы матки в ткани был обнаружен высокий по сравнению с контрольными значениями уровень E2 и метаболитов. Содержание E2 в ткани миомы матки при сочетанной патологии в 2 раза превышало значения показателя при самостоятельной миоме. Более чем в 10 раз превосходили контрольные значения уровни 2ОНЕ1 и 16ОНЕ1 без изменения коэффициента их соотношения.

Таким образом, в ткани при аденомиозе в сочетании с миомой матки по сравнению с миомой матки в самостоятельном варианте был повышен эстрогеновый статус, а также экспрессия VEGF при сниженном уровне EGF. По результатам можно судить о вероятном взаимовлиянии аденомиоза и миомы матки при их сочетании.

## Полирадиомодификация сочетанной лучевой терапии рака шейки матки

Н. В. Коротких, И. Н. Куликова, Л. С. Мещерякова  
БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Целью настоящего исследования являлось повышение клинической эффективности сочетанной лучевой терапии распространенных форм рака шейки матки в условиях применения химической полирадиомодификации.

Материалы и методы. Реализация поставленной цели основывалась на клинических наблюдениях за 110 больными раком шейки матки ПБ-ШБ стадии. По гистологической структуре у всех больных был морфологически верифицирован плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки.

Для оценки эффективности разработанной технологии все больные были разделены на две группы. в основной группе осуществлялась сочетанная лучевая терапия в условиях полирадиомодификации, в контрольной — только лучевая терапия.

При разработке методики лечения дозы химиотерапевтических препаратов подбирались индивидуально с учетом уровней оптимальных доз, потенцирующих противоопухолевый эффект без риска увеличения частоты и степени выраженности лучевых реакций и осложнений.

Циклофосфан вводился с 1-го дня лечения по 130 мг/м<sup>2</sup> в/м за 1 час до сеанса лучевой терапии. Число введений — 8. Суммарные дозы препарата в среднем составляли 1600—2100 мг. На этом этапе дистанционная гамма-терапия проводилась с открытых противоположных полей (размер полей 16x18; 16x20. РОД в = 2Гр, СОД в = 16Гр). С 9-10 дня дистанционной гамма-терапии (с использованием фигурных полей с наклонной ориентацией их к средней линии тела, размер полей 6x18; 6x20. РОД в = 2Гр) начиналось введение гидроксимочевины в капсулах по 500 мг 3 раза в день per os, суммарная доза 3—4 г. На 11-й день лучевой терапии проводился сеанс дистанционной гамма-терапии (РОД В= 2Гр, СОД в = 22 Гр). На 12-й



день лучевой терапии проводился первый сеанс внутрисполостной гамма-терапии. Непосредственно после окончания сеанса вводился 5-фторурацил внутривенно однократно в дозе 150 мг/м<sup>2</sup>.

При достижении положительной динамики со стороны первичного очага далее сочетанная лучевая терапия проводилась без использования радиомодификаторов. В случае недостаточно выраженной регрессии первичного опухолевого очага введение гидроксимочевины и 5-фторурацила продолжалось до окончания курса сочетанного лучевого лечения.

Результаты исследования. Разработанная современная технология сочетанной лучевой терапии позволила повысить результаты лечения больных. Показатели 5-летней выживаемости составили в основной группе 75,4% ± 6,4, против 58,6 ± 6,2 (p ≤ 0,05) в контрольной группе. Сравнительная оценка лучевых реакций и осложнений не выявила достоверных различий в частоте их возникновения в основной и контрольной группах. Так, в основной группе ректиты отмечены у 5 (10 %) больных, циститы у 4 (8%), против 3 (5%) и 2 (3%) в контрольной соответственно. Поздние лучевые осложнения в виде геморрагических язвенных ректитов в основной группе отмечены у 6 (12%), геморрагические язвенные циститы у 3 (6%) больных, против 4 (6%) и 2 (3%) в контрольной группе.

Таким образом, разработанная технология сочетанной лучевой терапии позволила: повысить эффективность лечения распространенных опухолевых процессов без достоверного увеличения числа лучевых реакций и осложнений.

## **К вопросу о гормональной состоятельности больных распространенным раком яичников репродуктивного возраста**

О.Е. Кравцова, В.П. Никитина  
ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ, Ростов-на-Дону

Уровень фертильности больных раком яичников (РЯ) репродуктивного возраста зависит от соотношения синтезируемых в яичнике половых стероидов. Исследована ткань яичников, полученная во время операции от 38 пациенток в возрасте 43 ± 2,15 лет с двусторонним злокачественным поражением гонад (T<sub>3-4</sub>N<sub>1-2</sub>M<sub>0</sub>). Морфологически — серозные цистаденокарциномы. в качестве условно здоровой ткани исследовали визуально неизмененные яичники, удаленные во время операции по поводу миомы матки у 21 женщин аналогичного возраста.

Не обнаружено различий в уровне эстрадиола (E2) и прогестерона (P4) между тканью опухоли в обоих яичниках независимо от фазы цикла. в гонадах, находящихся в I фазе менструального цикла, содержание E2 было в среднем в 3,7 раза ниже, чем в доминантном интактном яичнике и в 2 раза выше, чем в неовулирующем. Уровень P4 в ткани опухоли в I фазе был в 2,6 раза выше, чем в обоих интактных яичниках, а во II фазе — в 35,8 раза ниже, чем в доминантном и в 6,9 раза ниже, чем в пассивном.

Концентрация тестостерона (T) в злокачественной ткани не отличалась от содержания в условно интактных яичниках в I фазе цикла, соответствовала доминантному — во второй фазе.

Т.е. фазы менструального цикла теряли свою гормональную специфичность. При рассмотрении коэффициентов соотношения E2 /P4 отмечено, что в I-ю фазу цикла показатель соответствовал значениям в пассивном визуально неизменном яичнике. Коэффициент соотношения E2/ T указывал на дисбаланс половых гормонов в сторону гиперэстрогенизации ткани—в 2,2 раза выше, чем в условно интактной ткани пассивного яичника. Во вторую фазу цикла в опухолевой ткани произошло увеличение соотношения E2 /P4 в 5,3 раза по отношению как пассивному, так и доминантному яичникам. Соотношение E2/T, оказалось сниженным в 3,3 раза, по сравнению с тканью пассивного яичника.

Рост злокачественных опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста происходит на фоне дисбаланса в соотношении эстрогенов и прогестиннов, а так же эстрогенов и андрогенов на местном уровне.

У обследованных больных распространенным РЯ менструальная функция была сохранена. Уровень синтезируемых тканевых половых гормонов ни в одном яичнике не обеспечивал детерминированную физиологическую функцию.

## Прогноз результатов лечения рака шейки матки с учетом показателей вируса папилломы человека

Л.И. Крикунова, Л.С. Мкртчян, В.И. Киселева, И.А. Замулаева  
ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, Обнинск

В настоящее время этиологическая роль вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР) в канцерогенезе рака шейки матки (РШМ) убедительно доказана. Однако, наличие связи показателей вируса с прогнозом данного заболевания до сих пор окончательно не определена.

Целью настоящего исследования явилось изучение значения количественных (вирусная нагрузка) и качественных (физический статус вируса, степень интеграции) показателей ВПЧ 16-типа для прогнозирования эффективности лечения рака шейки матки.

Исследуемую группу составили 64 больные с гистологически верифицированным ВПЧ 16-положительным раком шейки матки I-IV стадий по FIGO (I стадия -16.4%, II—35.8%, III—41.8%, IV—6.0%). По морфологической структуре превалировал плоскокле-точный рак—у 97.0% пациенток (неороговевающий—73.8%, ороговевающий—у 23.1%), аденокарцинома—у 3.0% больных.

Наличие ДНК ВПЧ исследовали до начала лечения. Анализ количественной нагрузки, физического статуса ДНК ВПЧ 16 и экспрессии вирусного онкогена E7 проводили ме-тодом ПЦР в режиме реального времени. Степень интеграции оценивали по соотношению количества E7/E2 (E7 интегрируется, E2 не интегрируется в геном) с помощью разработанного нами алгоритма. Вирусную нагрузку определяли по количеству копий E7 гена на 105 клеток.

Из 64 больных интегрированная форма ДНК ВПЧ 16 обнаружена у 21 пациентки (31,8%), из них в 10 случаях обнаружена 100%-ная интеграция и в 11—частичная. У 45 пациентов (68,2%) ДНК ВПЧ 16 выявлена в эписомальной форме. По клинко-морфологическим характеристикам опухоли с интегрированной и эписомальной ДНК ВПЧ располагаются примерно в одинаковых пропорциях. По критерию вирусной на-грузки исследуемые опухоли распределились следующим образом:



высокая (количество копий ДНК ВПЧ/100 тыс. клеток  $\geq 5 \lg$ )—39 случаев, низкая—( $\lg$  копий ДНК ВПЧ/100 тыс. клеток  $< 5$ )—25 случаев.

При изучении отдаленных результатов (на сроке 3г) выявлена тенденция более высокой частоты рецидивов заболевания и смертности у больных с условно низким содержанием вируса. Однако анализ, проведенный отдельно по группам с интегрированной и эписомальной формами вируса, показал отсутствие статистически значимых корреляций во второй группе. в первой же группе констатирована обратная корреляция частоты безрецидивной выживаемости больных с вирусной нагрузкой ( $p=0,05$ ) и со степенью интеграции вируса в клетку ( $p=0,02$ ). Кроме того, в указанной группе выявлена обратная корреляция вирусной нагрузки со степенью интеграции ДНК вируса ( $p=0,001$ ) и с экспрессией гена E7 ( $p=0,07$ ), а также прямая корреляция степени интеграции ДНК с экспрессией вирусного гена E7 ( $p=0,02$ ). Т.е., чем выше степень интеграции вируса, тем ниже его количественная нагрузка и тем выше экспрессия вирусного онкогена E7 и, соответственно, хуже прогноз РШМ. Важно отметить, что выявленные корреляции не зависят от морфологических характеристик и стадий опухолей.

Таким образом, в соответствии с полученными результатами можно полагать, что количественная нагрузка ВПЧ-16, по-видимому, непосредственно не связана с прогнозом РШМ; на исход заболевания, скорее всего, влияет физический статус вируса.

## **Роль вирусов в возникновении онкогинекологической патологии**

Э.И. Лалианци

*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

В последнее десятилетие доказана ведущая роль ряда инфекционных агентов в канцерогенезе. Согласно экспертным оценкам Международного агентства по изучению рака ВОЗ (2001), с хроническими инфекциями и инвазиями может быть связана от 16% до 23% (в развивающихся странах) злокачественных новообразований различной локализации. в работе проведен анализ роли вирусов возникновения онкогинекологической патологии.

Цель исследования. Исследовать данные о возможных причинах неблагоприятной динамики заболеваемости онкогинекологической патологии в ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы исследования. Использовались материалы цитологической и гистологической лаборатории, а также данные ракового регистра. Проведен анализ материала центра Лали-Мед—597 пациентов с 2010 по 2011 гг.

Результаты и обсуждение. Проблема профилактики рака остаётся до настоящего времени одной из сложных проблем онкологии. Среди множества факторов, способствующих развитию злокачественных новообразований, в последние 20-25 лет всё больше значения приобретают вирусные инфекции. Использование современных алгоритмов диагностики и широкое внедрение молекулярно-биологических методов позволило обнаружить более 180 типов ВПЧ, отличающихся по эпидемиологической роли. Существенной особенностью ВПЧ является их возможность переключаться с инфекции непродуктивного типа к инфекции продуктивного типа и наобо-

---

рот. в первом случае вирус реплицируется синхронно с клеткой и не приносит ей вреда. Во втором случае он быстро размножается и лизирует клетку, высвобождая массу новых вирионов, способных инфицировать другие клетки. Вирусы папилломы человека могут оказывать различное действие на слизистую. Так, проявлением продуктивного воздействия являются папилломы и кондиломы, а результатом трансформирующего действия могут быть внутриэпителиальные поражения (дисплазия, инвазивный рак).

Многочисленными исследованиями подтверждено, что очень высокий риск развития опухоли имеется у 1/3 пациентов с HPV 16 и 18 типов. Доказана корреляция определенных типов вируса папилломы человека (ВПЧ 16, 18 и других типов) с онкогенными процессами в урогенитальном тракте и анальной области у человека в естественных условиях. Неблагоприятна сочетанная персистенция ВПЧ с вирусом.

Вирусозависимые злокачественные опухоли составляет до 30% всех злокачественных опухолей у женщин и мужчин. По данным ряда научных исследований от 28% до 34% женской популяции в возрасте от 20 до 60 лет инфицированы вирусом папилломы человека высокого онкологического риска (HPV 16 и 18 типов).

Вирус папилломы человека способствует развитию:

- рака шейки матки в 99,7%;
- рака вульвы, влагалища, полового члена, предстательной железы, яичка в 10–30%;
- рака анальной области в 10–30%;
- рака гортани и ротовой полости в 10–30%.

Современные молекулярно-генетические исследования позволяют определить более четкую градацию степени онкологического риска: очень высокую, высокую, среднюю, низкую.

В структуре онкологической заболеваемости населения Санкт-Петербурга вирусозависимые опухоли, то есть новообразования, имеющие повышенный или высокий риск развития в присутствии в организме вирусной инфекции, составляют у мужчин около 40%, у женщин — 30%.

С 2010 по 2011 г. в медицинском центре «Лали-Мед» на различные вирусы было обследовано 597 пациентов. Результаты вирусологического обследования онкогинекологических больных свидетельствуют о том, что у 96,7% больных РШМ определялись HPV16 и 18 типов и их сочетание.

Анализ патологических процессов, наблюдаемых у женщин с инфекцией HPV показал, что у 51,6% выявлена псевдоэрозия, у 7,2% — дисплазия шейки матки различной степени и у 3,4% — преинвазивный и инвазивный РШМ. Эти данные доказывают необходимость включения высокотехнологичных методов, каким является ПЦР в скрининговые программы, поскольку такой подход резко повышает чувствительность и специфичность скрининга в выявлении предопухолевых и опухолевых заболеваний, ассоциированных с HPV инфекцией.

Выводы. Анализ онкогинекологической заболеваемости женщин с 2010 по 2011 гг. по всем локализациям свидетельствует о том, что все показатели возросли. Выявление вирусов высокого канцерогенного риска является «пусковым механизмом» углубленного обследования инфицированных женщин.



**Оценка эффективности лечения больных раком шейки матки в стационаре на основе расчета пятилетнего кумулятивного показателя наблюдаемой и скорректированной выживаемости**

Э.И. Лалианци, Е.В. Бахидзе, В.М. Мерабишвили  
 ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Цель и задачи исследования: сравнение данных 5-летней выживаемости больных раком шейки матки, леченных в стационаре НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с территориальными данными.

Материалы и методы: в исследование вошло 334 больных, леченных в стационаре Института в период с 2001 по 2005 гг. с учетом стадии заболевания и возраста больных. Для сравнения эффективности лечения в стационаре Института было взято 1302 больных, пролеченных в других стационарах Санкт-Петербурга. В Институте было пролечено за названный период 25,7% от всех больных раком шейки матки получивших лечение в городе.

Результаты: изучение полученных данных позволило сделать заключение, что 5-летняя наблюдаемая и скорректированная выживаемость больных раком шейки матки, леченных в Институте, оказалась существенно выше, чем в целом по городу и программе Eucosage-4 соответственно 67,5±2,6; 61,3±1,4 и 62,0±0,9. Это же относится к скорректированной выживаемости 68,0±2,6; 62,0±1,4 и 62,5±0,9. Существенную роль на показатель выживаемости оказывает стадия заболевания.

Наблюдаемая (НВ) и скорректированная (СВ) выживаемость больных раком шейки матки с учетом стадии заболевания, пролеченных в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (2001 — 2005 гг.)

| Период в годах | Стадия  |       |          |      |          |      |         |      |                |    | Всего (334) |      |
|----------------|---------|-------|----------|------|----------|------|---------|------|----------------|----|-------------|------|
|                | I (137) |       | II (105) |      | III (81) |      | IV (11) |      | Без стадии (0) |    |             |      |
|                | НВ      | СВ    | НВ       | СВ   | НВ       | СВ   | НВ      | СВ   | НВ             | СВ | НВ          | СВ   |
| 1              | 99,3    | 100,0 | 89,5     | 90,8 | 82,1     | 82,9 | 36,4    | 36,8 | —              | —  | 90,1        | 91,1 |
| 3              | 92,6    | 95,2  | 74,3     | 78,3 | 46,2     | 47,8 | 18,2    | 19,3 | —              | —  | 73,5        | 76,3 |
| 5              | 88,2    | 92,4  | 66,7     | 73,8 | 39,7     | 42,2 | 9,1     | 10,2 | —              | —  | 67,5        | 72,2 |

Эффективность лечения больных различных возрастных групп оказалась близка.

Наблюдаемая (НВ) и относительная (ОВ) выживаемость больных раком шейки матки, леченных в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, с учетом возраста (%) (2001 — 2005 гг.)

| Период в годах | Возраст    |      |            |      |             |      |            |      |            |      |            |      |         |       |
|----------------|------------|------|------------|------|-------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|---------|-------|
|                | 15–29 (18) |      | 30–39 (70) |      | 40–49 (107) |      | 50–59 (71) |      | 60–69 (45) |      | 70–79 (20) |      | 80+ (3) |       |
|                | НВ         | СВ   | НВ         | СВ   | НВ          | СВ   | НВ         | СВ   | НВ         | СВ   | НВ         | СВ   | НВ      | СВ    |
| 1              | 83,3       | 83,4 | 88,6       | 88,8 | 89,6        | 90,1 | 93,0       | 93,8 | 88,9       | 90,8 | 95,0       | 99,8 | 100,0   | 100,0 |
| 3              | 66,7       | 66,9 | 72,9       | 73,5 | 75,3        | 76,6 | 74,6       | 76,9 | 68,9       | 73,8 | 75,0       | 87,7 | 100,0   | 100,0 |
| 5              | 66,7       | 87,2 | 67,1       | 68,2 | 70,6        | 72,7 | 66,2       | 69,7 | 62,2       | 70,4 | 65,0       | 86,4 | 100,0   | 100,0 |

Рак шейки матки (РШМ)—одна из наиболее частых злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. По оценке Международного Агентства по изучению рака (Globocan 2008) ежегодно в мире возникает свыше 530 000 новых случаев РШМ, который является ведущей причиной смерти от онкологических заболеваний у женщин 15-39 лет. На фоне снижения заболеваемости РШМ в странах мира с высоким экономическим уровнем она остается очень высокой в развивающихся странах. Так, в США стандартизованный показатель заболеваемости (мировой стандарт) РШМ составляет 5,7 случаев на 100 000 женского населения, в Финляндии—4,5, в Швейцарии—4,0, в то время, как в некоторых развивающихся странах Азии и Африки этот показатель достигает в Зимбабаве 47,4, в Гане 39,5, Перу—34,5, Венесуэле—31,4, Монголии—28,4, Камбодже—27,4, Индии—27,0. Снижение заболеваемости женщин РШМ в странах с высоким экономическим уровнем связано, с проведением комплекса профилактических мероприятий, и прежде всего, с широким внедрением цитологического скрининга. Так, в США, благодаря скринингу наблюдается снижение заболеваемости и смертности женщин от инвазивного РШМ. в России стандартизованный показатель заболеваемости РШМ возрос за последние 10 лет с 11,1 до 13,7‰/0000. в Санкт-Петербурге с 2001 по 2011 гг. этот показатель возрос незначительно с 9,1 до 10,5 случаев на 100 000 женского населения или от 360 до 442 случаев заболевания в год. Снижаясь многие годы, рак шейки матки стал нарастать после 1990 года, особенно существенный рост заболеваемости РШМ отмечен среди женщин в возрасте от 25 до 50 лет и продолжалось снижение заболеваемости в возрастной категории старше 50 лет. Преинвазивные формы РШМ регистрируются редко.

Выводы: установлено, улучшение результатов лечения больных раком матки в клинике института и других специализированных онкологических учреждениях города, с учетом возраста больных и стадии заболевания, что связано с использованием современных методов комплексной терапии, четким соблюдением выработанных стандартов лечения.

## **Оценка эффективности лечения больных раком яичника в стационаре на основе расчета пятилетнего кумулятивного показателя наблюдаемой и скорректированной выживаемости**

Э.И. Лалианци, Е.В. Бахидзе, В.М. Мерабишвили  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Цель и задачи исследования: сравнение данных 5-летней выживаемости больных раком яичника, леченных в стационаре НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с территориальными данными.

Материалы и методы: в исследование вошло 275 больных, леченных в стационаре Института в период с 2001 по 2005 гг. с учетом стадии заболевания и возраста больных. Для сравнения эффективности лечения в стационаре Института было взято 1711 больных, пролеченных в других стационарах Санкт-Петербурга. в Институте было пролечено за названный период 16,1% от всех больных раком шейки матки получивших лечение в городе.



Результаты: изучение полученных данных позволило сделать заключение, что 5-летняя наблюдаемая и скорректированная выживаемость больных раком яичника, леченных в Институте, оказалась существенно выше, чем в целом по городу и программе Eucosage-4 соответственно  $47,8 \pm 3,0$ ;  $35,3 \pm 1,5$  и  $37,1 \pm 0,9$ . Это же относится к скорректированной выживаемости  $48,0 \pm 3,0$ ;  $37,2 \pm 1,5$  и  $38,3 \pm 0,9$ . Существенную роль на показатель выживаемости оказывает стадия заболевания.

Наблюдаемая (НВ) и скорректированная (СВ) выживаемость больных раком шейки яичника с учетом стадии заболевания, пролеченных в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (2001–2005)

| Период<br>в годах | Стадия    |      |            |      |              |      |            |      |                   |    | Всего<br>(275) |      |
|-------------------|-----------|------|------------|------|--------------|------|------------|------|-------------------|----|----------------|------|
|                   | I<br>(62) |      | II<br>(36) |      | III<br>(123) |      | IV<br>(54) |      | Без стадии<br>(0) |    |                |      |
|                   | НВ        | СВ   | НВ         | СВ   | НВ           | СВ   | НВ         | СВ   | НВ                | СВ | НВ             | СВ   |
| 1                 | 98,4      | 99,6 | 91,7       | 93,5 | 87,8         | 89,2 | 64,8       | 66,2 | —                 | —  | 85,4           | 86,8 |
| 3                 | 90,3      | 94,0 | 80,6       | 85,1 | 51,8         | 54,5 | 27,8       | 29,2 | —                 | —  | 59,5           | 62,5 |
| 5                 | 87,1      | 93,8 | 72,2       | 79,2 | 38,3         | 41,9 | 18,5       | 20,0 | —                 | —  | 47,8           | 52,0 |

Эффективность лечения больных в младших возрастных группах оказалась более высокой.

Ежегодно в мире, по нашим расчетам, возникает около 650 000 новых случаев рака яичника, более 300 000 женщин погибает от этой причины. Заболеваемость женщин раком яичника по различным странам колеблется с меньшей амплитудой, чем по многим другим злокачественным новообразованиям. Высокий стандартизованный показатель заболеваемости женщин раком яичника  $8-12^0/0000$  чаще регистрируется среди населения стран с высоким уровнем экономического развития,  $4-6^0/0000$  — более характерен для развивающихся стран. в подавляющем большинстве стран смертность женщин от рака яичника в 2 раза ниже уровня заболеваемости.

В России ежегодно регистрируется около 13 000 (12960) новых случаев рака яичника и более 7,5 тысяч (7582) смертей от этой причины (2011). в структуре заболеваемости женщин раком яичника занимает 8-е место (4,6%), в структуре смертности — 5 место (5,6%). в Санкт-Петербурге ежегодно регистрируется более 500 новых случаев рака яичника (2011), «грубый» показатель составил  $18,94^0/0000$ , стандартизованный —  $10,73^0/0000$ .

Выводы: установлено улучшение результатов лечения больных раком яичника в клинике института и других специализированных онкологических учреждениях города с учетом возраста больных и стадии заболевания, что связано с использованием современных методов комплексной терапии, четким соблюдением выработанных стандартов лечения.

---

## Картирование «сторожевых» лимфатических узлов при органосохраняющем лечении инвазивного рака шейки матки

А.Ю. Ляпунов, А.Л. Чернышова, Ю.М. Былина, Л.А. Коломиец, И.Г. Синилкин, В.И. Чернов  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск;  
ГОУ ВПО СибГМУ Минздрав России, Томск

**Актуальность.** В настоящее время на фоне уменьшения частоты применения традиционных расширенных хирургических вмешательств происходит постепенное увеличение доли функционально-щадящих и органосохраняющих методик в лечении рака шейки матки. Исследование «сторожевых» лимфатических узлов (СЛУ) у больных раком шейки матки способствует точной клинической оценки состояния регионарных лимфатических узлов, уточнению стадии заболевания, индивидуализации объема оперативного вмешательства, в том числе определения показаний к органосохраняющему лечению, а также объективизации целенаправленного применения адъювантной терапии.

**Цель.** Оценить возможности радионуклидных методов оценки состояния регионарного лимфатического аппарата при злокачественных новообразованиях шейки матки.

**Материал и методы.** в исследование включено 25 больных с Ia1—Ib1 стадией рака шейки матки. Всем пациенткам для визуализации «сторожевых» лимфатических узлов радиоактивный лимфотропный нанокolloид, меченный  $^{99m}\text{Tc}$ , вводился за сутки до операции во время процедуры в дозе 80 МВq. Инъекции РФП выполнялись в 4-х точках (в дозе 20 МВq в каждой инъекции) в подслизистое пространство. Сцинтиграфическое исследование на гамма-камере (E.CAM 180, Siemens) выполнялось через 20 минут и 3 часа после введения радиоиндикатора в режиме однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ) области таза. Проводилась запись 16 проекций (каждая проекция по 30 сек) с использованием матрицы 64x64 пиксела без аппаратного увеличения. Поиск сторожевых лимфатических узлов интраоперационно осуществлялся при помощи гамма-зонда Gamma Finder II® (США), путем тщательного измерения уровня гамма-излучения во всех лимфатических коллекторах. Зарегистрированный уровень гамма-излучения отображается на дисплее числовыми значениями счетчика в cps (counts per second, отсчеты в секунду). Лимфатический узел рассматривался как сторожевой, если его радиоактивность как минимум втрое превышала радиоактивность узлов той же группы.

**Результаты.** ОЭКТ брюшной полости позволила выявить сторожевые лимфатические узлы у 18 пациенток, в тоже время интраоперационно (радиометрически) СЛУ выявлены у 23 человек. Максимальное количество СЛУ было выявлено на наружной подвздошной артерии— 50,4 %, в запирающей ямке— 30,3 %, на внутренней подвздошной артерии— 12,3 %, в 6 %— на общей подвздошной артерии, в одном случае в области кардинальных связок. При радиографическом исследовании чувствительность составила 72%, при радиометрическом этот показатель равнялся 92%. Таким образом, методика радиометрического определения СЛУ является более эффективной по сравнению с ОЭКТ.

**Выводы.** Интраоперационная радиометрическая индикация позволяет с чувствительностью 92% и специфичностью 100% определять «сторожевой» лимфатический узел после введения радиоактивного коллоида.



## Клинические особенности BRCA-позитивного рака яичников

### ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

С. Я. Максимов, Е. Н. Имянитов, К. Д. Гусейнов, А. В. Хаджимба, Т. В. Городнова  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Гены-супрессоры опухолевого роста BRCA1 и BRCA2 участвуют в регуляции пролиферации клеток, стабильности хромосом, восстановлении молекулы ДНК. Клетки с нарушенной функцией генов BRCA не способны восстанавливать разрывы двойной цепи ДНК, что предрасполагает к злокачественной трансформации. У женщин—носительниц мутаций в гене BRCA1 риск развития рака яичников (РЯ) в течение жизни достигает 16–60%. Недавно было показано, что клетки с нарушенной функцией в гене BRCA1 отличаются высокой чувствительностью к производным платины, поскольку такие клетки не способны устранять повреждения ДНК, вызванные этими препаратами. Некоторые из проведенных исследований показали, что у BRCA-позитивных больных РЯ протекал более благоприятно, что, вероятно, связано с сохраняющейся чувствительностью к препаратам платины на протяжении нескольких рецидивов заболевания.

Цель работы—провести оценку клинической значимости носительства мутаций в гене BRCA1 у пациенток с РЯ в формировании ответа на пред- и послеоперационную химиотерапию, а также оценить безрецидивный период, общую продолжительность жизни.

Из архива (с января 2000 г. по январь 2008 г.) НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова была отобрана 21 больная распространенным РЯ с наследственной мутацией в гене BRCA1 (BRCA-позитивный РЯ). Контрольную группу составили 42 (1:2) случая распространенного ненаследственного РЯ (определялся по следующим критериям: отсутствие мутаций в гене BRCA1, отсутствие у больной рака молочной железы (РМЖ), а также РМЖ и РЯ в семейном анамнезе), сопоставимых по стадиям, гистологическому типу, возрасту и объему первичной циторедукции—известные прогностические факторы. Распределение пациенток по стадиям (по классификации FIGO): II С стадия—14,2%; III стадия—52,3%; IV стадия—33,4%. Предоперационную химиотерапию получали 37% пациенток с BRCA-позитивным РЯ и 63% с ненаследственным РЯ. Статистической обработке подвергались показатели ответа после предоперационной, первой, второй, третьей линии химиотерапии ( $\chi^2$ ), а также безрецидивный период после первой линии химиотерапии (t-критерий), общей выживаемости (метод Каплана-Мейера).

Все BRCA-позитивные пациентки ответили на неoadъювантную платиносодержащую химиотерапию, в то время как в группе ненаследственного РЯ общий ответ был зафиксирован у 36%—эти отличия были статистически значимы (8/8 (100%) vs 9/25 (36%); OR 14,8; 95% CI 1,78–100;  $p = 0,002$ ). в 12% случаях ненаследственного РЯ наблюдалось увеличение размера опухоли. По сравнению с больными контрольной группы BRCA-позитивные больные характеризовались более высокой частотой общего ответа (81% vs 33,4%; OR 8.50; 95% CI 2.52–34.89;  $p = 0,001$ ) на первую линию платиносодержащей химиотерапии и на вторую (62% vs 21,4%; OR 5,96; 95% CI 1.76–22.50;  $p = 0,004$ ). После третьей линии химиотерапии у BRCA-позитивных больных отмечалась выраженная тенденция к лучшим результатам (18,8% vs 5,6%;  $p = 0,233$ ). У больных с BRCA1 мутациями по сравнению с пациентками контрольной группы наблюдалось статистически значимое улучшение среднего значения безрецидивного периода после первой линии химиотерапии (20,05 vs 7,21 мес.;  $p = 0,005$ ).

---

При анализе в группах сравнения только с оптимальной первичной циторедукцией безрецидивный период достигал больших значений у носительниц мутаций (21,5 vs 9,5 мес.;  $p = 0,083$ ), однако отличия были статистически недостоверны.

Продолжительность жизни у BRCA-положительных больных была достоверно больше по сравнению с больными ненаследственным РЯ (11,2 vs 6,5 года;  $p = < 0,001$ ).

## Роль лапароскопии в диагностике и лечении рака шейки матки

С.Я. Максимов, М.В. Каргополова, И.В. Берлев, А.В. Хаджимба  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова МЗ РФ», Санкт-Петербург

Рак шейки матки занимает 3-е место (9,8%) по заболеваемости среди злокачественных новообразований у женщин. По сводным литературным данным частота ошибок клинического стадирования составляет 24—45%. Проведенный в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» МЗ России анализ локализации рецидивов РШМ после проведенного комбинированного лечения, выявил, что в каждом третьем наблюдении рецидив проявился манифестацией отдаленных метастазов. Причем, большая часть этих метастазов локализовалась в парааортальных лимфатических узлах, не попавших в зону лечебных воздействий. в НИИ онкологии с апреля 2011 года проведено проспективное исследование, направленное на оптимизацию стадирования рака шейки матки Ib1—IIIb стадий. Проанализировано 48 клинических случаев пациенток с местно—распространенным раком шейки матки, которым перед началом комбинированного лечения выполнялась парааортальная лимфаденэктомия лапароскопическим доступом с последующим гистологическим исследованием операционного материала. На предоперационном этапе, с целью выявления отдаленных метастазов в парааортальных лимфатических узлах, больные были обследованы различными методами лучевой диагностики. Чувствительность МРТ составила 75%, специфичность 79%, чувствительность и специфичность УЗИ—75% и 93% соответственно. Прогностическая ценность положительного теста МРТ составила 25%, УЗИ—50%. Выполнение парааортальной лимфаденэктомии позволило с наибольшей достоверностью индивидуализировать лечебную тактику у больных местно—распространенными формами рака шейки матки. Применение лапароскопического доступа, учитывая короткие сроки реабилитации, не привело к отсрочке химиолучевого лечения. в свете современных тенденций, направленных на органосохраняющее лечение, 8 пациенткам репродуктивного возраста во время хирургического стадирования выполнялась транспозиция яичников. в нашем отделении накапливается опыт применения лапароскопии при лечении локализованных форм рака шейки матки у женщин репродуктивного возраста, позволяющий сохранить пациенткам репродуктивную функцию с вероятностью её самостоятельной реализации в перспективе без привлечения суррогатной матери. С этой целью 3 женщинам с IA—IV стадиями выполнена лапароскопически ассистированная расширенная влагалитная трахелэктомия. Также по поводу рака шейки матки двум пациенткам выполнена лапароскопическая расширенная пангистерэктомия по методу Вертгейма—Мейгса. Насколько оправдано применение лапароскопии в хирургическом лечении рака шейки матки—на настоящем этапе развития метода ответ преждевременный, требующий дальнейшего изучения общей и безрецидивной выживаемости.



## Сонографические доплеровские критерии диагностики локальных рецидивов рака яичников

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

Н. А. Максимова, М. М. Сергеева  
ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель настоящего исследования — систематизация и определение сонографических качественных и количественных показателей для объективизации результатов лечения локальных рецидивов рака яичников (РЯ) на этапах химиотерапии (ХТ). Для мониторинга и оценки эффективности лечения локальных рецидивов РЯ был разработан и внедрен «Способ ультразвуковой диагностики локальных рецидивов рака яичников» (приоритет по заявке на изобретение). Больным (40 женщин) с локальными рецидивами рака яичников до и после проведения курсов химиотерапии произведена мониторинговая ультразвуковая качественная и количественная идентификация внутриопухолевой гемодинамики в режимах цветового доплеровского и энергетического (ЦДК, ЭДК) картирования кровотока и доплерометрии (ДМ) с применением соотношения динамических параметров максимальных артериальных скоростей (или индекса максимальных артериальных скоростей — ИМАС). Это дало возможность устанавливать резистентность либо чувствительность опухолевого процесса к проводимому лечению, что способствовало своевременной коррекции ХТ. Данные динамических УЗИ оценивали по критериям RESIST (2011г.): 1) регрессия опухоли (полный или частичный эффект), 2) стабилизация или без динамики, 3) прогрессирование заболевания. Регрессия опухолей к проводимой терапии включала совокупность сонографических признаков локальных опухолевых характеристик: уменьшение размеров либо полная регрессия рецидивных опухолей, стабильный сонографический статус органов брюшной полости и забрюшинного пространства, гиповаскуляризация либо деваскуляризация опухолей при ЦДК, ЭДК при этом соотношение пиковых артериальных систолических скоростей внутриопухолевого кровотока в динамике было менее 1,0. Стабилизация процесса характеризовалась неизменными размерами или уменьшением размеров опухоли, при соотношении параметров пиковых систолических скоростей внутриопухолевого кровотока, равного 1,0. Таким образом, мы установили количественный доплеровский критерий порогового значения ИМАС. Если в процессе проведения оптимальных стандартных схем терапии выявляются: увеличение размеров рецидивных опухолей, сохранение либо изменение ангиоархитектоники по гиперинтенсивному, гиперваскулярному типу при ЦДК и ЭДК, соотношение пиковых систолических скоростей внутриопухолевого кровотока более 1,0 — устанавливали прогрессирование заболевания, отсутствие индивидуальной чувствительности опухоли к проводимому лечению, что свидетельствовало о необходимости кардинального изменения схемы терапии.

В результате установлено, что частичному или полному эффекту соответствовало значение ИМАС <1,0 в 45% наблюдений, стабилизации процесса была при значении ИМАС=1,0 в 30% наблюдений, при прогрессировании заболеваия ИМАС >1,0 у 25% больных. Чувствительность метода составила 91,3%.

---

## Сонографическая оценка эффективности химиолучевого лечения рака шейки матки

Н.А. Максимова, К.П. Бойко  
ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Рак шейки матки (РШМ) является одним из частых заболеваний в онкогинекологии и составляет 12% опухолей у женщин. В последние годы в России отмечается тенденция к росту заболеваемости раком шейки матки в молодом возрасте (до 35 лет), а также в постменопаузальном периоде. РШМ III стадии выявляется в среднем у 38,8% россиянок. В связи со значительной частотой заболеваемости РШМ, а также неудовлетворительными результатами лечения и возникновения рецидивов РШМ, проблемы диагностики сегодня продолжают оставаться достаточно актуальными. Внедрение в клиническую онкологию трансвагинальной сонографии с применением новых технологий визуализации, использование цветового (ЦДК) и энергетического доплеровского картирования (ЭДК), трехмерной реконструкции и тканевых гармонических изображений открыли новые возможности эхографии в онкогинекологии. Однако, это направление требует дальнейших разработок и уточнения данных о современных возможностях метода при первичной диагностике, а также определения четких доплерографических критериев эффективности противоопухолевого лечения РШМ на этапах мониторинга.

Целью работы явилось выявление объективных ультразвуковых признаков оценки эффективности различных видов противоопухолевого лечения при РШМ.

УЗИ проводились на аппаратах экспертного и среднего уровней мультисекторными трансабдоминальными и трансвагинальными датчиками. Допплерография выполнялась в режимах ЦДК и ЭДК при стандартизации параметров настройки режимов в диапазоне (PRF 600-1000 Hz). Повышение частоты визуализации доплеровского сигнала достигалось путем увеличения опции фильтрации от низкой до средней и высокой. Было обследовано 324 больных с верифицированным раком шейки матки III стадии на этапах комплексного химиолучевого лечения. Всем больным, до и после проведенного курса лечения, определяли размеры и объем шейки матки в стандартных проекциях, следующим этапом проводилась топометрия очага поражения шейки матки. Затем выполнялась доплерография, доплерометрия в триплексном режиме сосудов шейки матки и опухолевых сосудов в зоне поражения. Производилась статическая и динамическая 3D ангиография патологического сосудистого русла (Патент РФ «Способ оценки эффективности лечения рака шейки матки»). в результате было установлено, что у 234 (72%) человек произошло снижение скоростных показателей внутриопухолевой гемодинамики на 35% и более, у 72 (22%) больных отмечалось снижение скоростей кровотока менее чем на 35%, у 18 (6%) женщин скоростные показатели увеличились более, чем на 35% от исходных значений. Таким образом, положительный эффект противоопухолевой терапии заключается в снижении скоростных показателей опухолевого кровотока на 35% и более. Уменьшение скоростей опухолевого кровотока менее чем на 35% говорит о стабилизации процесса. Увеличение скоростных параметров более чем на 35% от исходных значений свидетельствует о прогрессировании процесса. Чувствительность метода составила 88%. Следовательно, по результатам комплексного УЗИ можно объективизировать эффективность противоопухолевого лечения РШМ, что существенно может повлиять на дальнейшую тактику ведения пациентов.



## **Влияние оксигенации на чувствительность клеток рака шейки матки к химиолучевой терапии**

**ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**П. М. Манненков<sup>1</sup>, А. В. Панов<sup>2</sup>, М. В. Бурмистров<sup>2</sup>, Э. Ю. Миндубаев<sup>2</sup>, И. С. Рагинов<sup>1</sup><sup>1</sup> *Казанский государственный медицинский университет;*<sup>2</sup> *Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан*

Цель исследования — изучение влияния оксигенации на чувствительность к химиолучевой терапии рака шейки матки у больных со IIb стадией. в качестве критерия эффективности оксигенации иммуногистохимически мы определяли нитротирозин — маркер оксидативного стресса. На фоне озонотерапии у большего количества больных зафиксировано полное исчезновение опухоли, а также значительное уменьшение количества нитротирозин-позитивных клеток. Таким образом, нами впервые показано, что озонотерапия повышает эффективность химиолучевой терапии рака шейки матки посредством уменьшения гипоксии клеток опухоли.

## **Опыт применения аппарата GAMMAMED в лечении рака шейки матки**

Г. Б. Мансурова, К. А. Саидова

*РОНЦ МЗ РУз, Ташкент*

Рак шейки матки (РШМ) остается одной из наиболее распространенных форм новообразований, занимая 7-е место среди всех злокачественных опухолей и 3-е место среди рака у женщин — 9,8% (после рака молочной железы и рака толстой кишки). По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется 371000 новых случаев РШМ и ежегодно умирают от него 190000 женщин. в структуре онкологической заболеваемости репродуктивной системы женщин Республики Узбекистан рак шейки матки занимает 2-ое место после рака молочной железы.

В последние годы отмечено значительное увеличение частоты выявления различных форм у женщин молодого возраста (до 40 лет), у которых РШМ является основной причиной смертности среди всех злокачественных новообразований женской половой сферы, составляя 60%. Лучевая терапия занимает приоритетное место в лечении РШМ как в России, так и за рубежом. За последние 20 лет радиотерапевтическое оборудование для контактной лучевой терапии усовершенствовалось, и на сегодняшний день имеются аппараты с различными конструктивными особенностями, мощностью, типами радионуклидов, такими как цезий, иридий, кобальт, калифорний, которые широко используются в мире и позволяют подводить оптимальные дозы к ограниченному объему ткани за предельно короткое время в условиях полной радиационной безопасности медицинского персонала и больных.

Материалом для исследования послужили клинические результаты использования различных методик внутрисполостного этапа сочетанной лучевой терапии местнораспространенного РШМ с применением: Iг-192 на гамма-терапевтическом аппарате Микроселектрон высокой мощности дозы.

За 2006-2008 год в отделении лучевой терапии было пролечено 707 больных с диагнозом рака шейки матки. Из них 528 больных получили радикальный курс сочетано — лучевой терапии в условиях РОНЦ, 234 больным проведен только курс брахитерапии, так как ДТГТ этим больным была проведена в условиях местных диспансеров.

Клинический материал был разделен на 2 группы в зависимости от применяемого внутрисполостного компонента сочетанной ЛТ.

I группе больных была проведена брахитерапия в режиме РОД-7,5 Гр 1 раз в неделю до СОД-37,5 Гр или РОД-8 Гр до СОД-40 Гр 1 раз в неделю.

II группе больных — РОД-5 Гр 2 раза в неделю до СОД- 45 Гр.

В нашем исследовании применялись стандартные методики дистанционной телегамма-терапии на аппаратах Терагрон и АГАТ-Р. На первом этапе проводилось облучение малого таза и зон регионарного метастазирования ротационным или статическим способом до СОД в тт. А и В — 20-30 Гр, и в дни, свободные от внутрисполостной лучевой терапии, продолжалась дистанционная гамма-терапия.

Результаты исследования: у больных I группы наблюдались интоксикация, зачет некроза опухоли, постлучевые циститы и снижение показателей крови.

У больных II группы, которым проводилась брахитерапия в режиме РОД- 5 Гр наблюдалась быстрая регрессия опухоли, меньше была интоксикация, постлучевые циститы не наблюдались. в дальнейшем рецидивы в этой группе не наблюдались.

## Особенности изменения бактериальной флоры области шейки матки под влиянием дистанционной радиотерапии

Г.Б. Мансурова, Б.С. Исраилов, К.А. Саидова  
РОНЦ МЗ РУз, Ташкент

Гнойно-воспалительный процесс, сопутствующий РШМ, за счет перифокального отека, ухудшает насыщение тканей опухоли кислородом и тем самым ухудшает реализацию «кислородного эффекта». Но, к сожалению, влияние оппортунистических инфекций в течение и к исходу РШМ остается не изученным.

Цель нашего исследования: улучшение результатов лучевой терапии больных РШМ, путем оптимизации сопроводительной терапии и профилактики оппортунистических инфекций.

Наше сообщение основано на результатах обследования 59 больных РШМ, принимавших лучевое лечение в период трех кварталов 2011 г.

Всем больным было проведено антибактериальное лечение в зависимости от результатов исследования мазков с области шейки матки бактериологическими методами.

РШМ II б стадия выявлено у 27 больных (45,76%); III а стадия у 23 больных (38,98%); у 9 больных (15,25%) была III б, IV а стадия.

С помощью методов бактериологического исследования чаще всего у 37 больных (62,7%) были обнаружены грамположительные и грамотрицательные флора. У 17 больных (28,8%) — гнойно-воспалительные изменения сопровождались присоединением грибковой инфекции (дрожжеподобные грибы). У 5 больных (8,47%) было выявлено TORCH (уреоплазмы). Из 59 больных у 47 (79,6%) в момент контрольного обследования отмечалось полное регрессия опухоли.



Своевременная диагностика и лечение улучшают непосредственные результаты и снижают побочный эффект и осложнения от лучевой терапии.

## **Лучевое лечение больных рецидивом рака шейки матки**

Г.Б. Мансурова, К.А. Саидова  
*РОНЦ, МЗРУз, Ташкент*

Лечение рецидивных опухолей является очень сложной задачей онкологии, так как большинство больных в момент обращения уже исчерпали возможности химио-лучевой терапии или имеют опухоль с высокой толерантностью к проводимой терапии. Перед тем как назначить лечение, больной должен быть тщательно обследован и определена цель лечения. Симптоматические курсы лечения должны быть краткими, желательно проводить в амбулаторных условиях. в некоторых ситуациях из—за общего состояния больных применение любого метода лечения является нецелесообразным. Для решения тактики лечения необходимо взвесить пользу и вред предпринимаемого лечения. в этих случаях целесообразно применить менее агрессивные, краткосрочные курсы лечения.

При подготовительном этапе лечения всем больным с РШМ проводится комплексное клиничко-инструментальное обследование, включающее изучение общего и специального анамнеза, жалоб, осмотр в зеркалах, бимануальный и ректовагинальный осмотр, морфологическое и иммуногистохимическое исследование биопсийного материала, диагностику на вирусные и бактериальные инфекции из влагалища и шейки матки, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, лимфатических узлов (паховоподвздошных), анализ крови и мочи. После оценки общего состояния пациентки и результатов обследования больным проводится стимуляция иммунобиологических сил организма. К таким препаратам относятся биологические адаптогены—элеутерококк, бифунгин, иммуностимуляторы—роферон, интерферон, витамины группы В, С и антианемические препараты—Феррум лек, Мальтофер и др. А также назначается антибактериальное и противовирусное лечение. Срок подготовительного этапа составляет 10–14 дней и условия проведения этапа стационарно, при желании больной амбулаторно.

Основной этап лечения начинается после коррекции патологии свертывающей системы крови, анемии, после проведения гепатотропной терапии и иммунокоррекции. Обязательным мероприятием является коррекция дисбактериоза. Больным надо проводить курс лечения с препаратом ацикловир в сочетании флуконазолом и энтеральным введением и аппликацией в области шейки бифидо—и лактобактерина.

При основном этапе лечения, в зависимости от стадии заболевания, врачом определяется два варианта лечения, с учетом фактора ВДФ. Первый вариант: ДТГТ СОД более 30 Гр, БТ СОД более 10—15 Гр, второй вариант: ДТГТ СОД до 30 Гр, без БТ на фоне химиотерапии с препаратами Цисплатин, Карбоплатин, Паклитаксел, Фторурацил, Фторафур.

ДТГТ проводилось больным в статическом режиме «бокс—техникой» на весь малый таз или в статическом режиме с 2-х встречных полей. Учитывая резистентность рецидивной опухоли к РОД 2 Гр, к больным применялась разовая очаговая доза 3,0 Гр за фракцию.

---

Наиболее лучшие результаты лечения наблюдаются у больных, которым была проведена лучевая терапия более СОД 30 Гр ДТГТ и 10—15 Гр и более БТ на фоне химиотерапии и адекватной сопроводительной терапии, при Т2в-Т3 стадиях.

## HE4 и CA125 в мониторинге больных раком яичников

Н.В. Маршутина, И.И. Алентов, И.А. Корнеева, Н.С. Сергеева, М.П. Солохина,  
Е.Г. Новикова  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

CA125 является серологическим опухолевым маркером выбора для мониторинга больных раком яичников (РЯ). Однако, у части пациенток данный маркер теряет диагностическую чувствительность после многих курсов проведенной ХТ и, следовательно, становится неинформативным при развитии рецидива. Эта проблема обосновывает поиск новых серологических ОМ, которые могли бы использоваться дополнительно к CA125 для мониторинга больных РЯ. На роль одного из таких маркеров рассматривается белок HE4.

Цель: сравнить динамику изменения CA125 и HE4 в мониторинге больных РЯ на этапах комбинированного лечения, последующего наблюдения и развития рецидива болезни.

Материалы и методы: в сыворотке крови 31 больной РЯ различных гистологических типов (28—серозный РЯ, 2—эндометриоидный РЯ, 1—недифференцированный РЯ) оценили концентрацию CA125 и HE4 на анализаторе ARCHITECT i1000SR (Abbott Diagnostics, США) в динамике лечения и наблюдения. Средний возраст пациенток на момент начала лечения составлял 53,6 года (20-74 лет). Продолжительность мониторинга—от 13 мес. до 54 мес. (среднее значение—28,8 мес.). Всего выполнено 514 анализов CA125 и 478 анализов HE4.

Результаты: для всех точек измерения обоих маркеров, полученных при динамическом наблюдении каждой пациентки, было высчитано отношение абсолютного значения маркера к значению его дискриминационного уровня (к ДУ). в качестве ДУ CA125 использовали 35 ед/мл, для HE4—70 пмоль/л у больных в предклимактерическом периоде и 140 пмоль/л у пациенток в менопаузе. Установлено, что до начала лечения уровни CA125 и HE4 были повышены у всех больных РЯ. Кратность превышения ДУ у CA125 оказалась существенно выше (50,8), чем у HE4 (9,7). Неoadъювантная химиотерапия и последующая циторедуктивная операция сопровождались постепенным снижением уровней обоих маркеров. Нормализация уровней HE4 после операции наблюдалась чаще, чем CA125 (64% против 27%). Развитие рецидивов в большей части случаев сопровождалось повышением уровней обоих маркеров, причем в 56% случаев наблюдалось более раннее повышение CA125 и в 25% случаев—HE4. При лечении рецидивов заболевания различия в динамике изменения CA125 и HE4 были выражены значительно более существенно, чем на первых этапах лечения. Установлена значимая корреляция ( $r = 0,6$ ) между уровнями CA125 и HE4 до начала лечения и на первых его этапах, то есть при наличии большого объема опухолевых масс.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о целесообразности дополнения CA125-мониторинга больных РЯ новым опухолеассоциированным маркером—HE4, что позволит получить более полное представление о состоянии опухолевого процесса на этапах лечения, наблюдения в ремиссии и доклинического выявления развития рецидива, по крайней мере, у части больных.



## Изучение уровня распространения вируса папилломы человека среди коренного женского населения республики Тыва

М.К. Мерзлякова<sup>1</sup>, Е.Г. Никитина<sup>1</sup>, Л.Н. Уразова<sup>1</sup>, Л.Ф. Писарева<sup>1</sup>, А.А. Шивит-Оол<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НИИ Онкологии СО РАМН, Томск;

<sup>2</sup> Республиканский онкологический диспансер, р. Тыва

Рак шейки матки (РШМ) находится на втором месте по частоте и третьем по смертности среди женских онкологических патологий. К настоящему времени четко идентифицирован этиологический фактор РШМ— вирус папилломы человека (ВПЧ). Так, у 93–99% пациенток с РШМ анализ на ВПЧ высокого онкогенного риска (ВКР) является положительным. Исследования по изучению частоты встречаемости ВПЧ показали, что в европейской и центральной части России лидирует ВПЧ16, однако эпидемиологические данные по распространенности вируса в регионе Сибири и Дальнего Востока оказались весьма малочисленными. Практически неизвестна обстановка по распространенности ВПЧ в р. Тыва—территории, на которой проживает, в основном, коренное население. Между тем, надзор за распространением ВПЧ-инфекции и злокачественными новообразованиями, ассоциированными с ней, могут быть использованы для разработки и создания эффективных программ по профилактике, ранней диагностике и лечению РШМ.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты встречаемости ВПЧ, его типирование и определение вирусной нагрузки у коренных жительниц р. Тыва. в исследовании были включены 448 женщин, прошедших обследование в Республиканском онкологическом диспансере р. Тыва. Средний возраст пациенток—44,1±1,0 лет. Все обследованные были представлены 3 группами: контроль—здоровые женщины (n=167); больные с фоновой патологией шейки матки (ФПШМ, n=181) и больные РШМ (n=100). Диагноз верифицирован гистологически. Материал исследования—соскобы эпителиальной ткани цервикального канала и шейки матки. Для генотипирования ВПЧ ВКР (12 типов) и вирусной нагрузки использовали методику мультиплекс-ПЦР с диагностическими наборами фирмы «AmpliSens®» (Москва, Россия). Статистическую обработку данных проводили с помощью критерия согласия Пирсона в программе Statistica 7.0.

ДНК ВПЧ ВКР детектирована у 46 здоровых женщин (27,6%), у 48 больных ФПШМ (26,5%) и 77 пациенток с РШМ (77,0%), что статистически значительно превышает показатель группы контроля ( $p \leq 0,05$ ). Согласно литературным данным, показатель общей инфицированности здоровых женщин в различных популяциях мира не превышает 20%. Таким образом, нами впервые выявлена популяция с повышенной инфицированностью ВПЧ здоровых лиц, что может быть связано с этническими особенностями, климато-географическими условиями, бытовыми устоями и традициями и особенностями сексуального поведения. Показатель высокой инфицированности ВПЧ ассоциируется с повышенным уровнем заболеваемости РШМ в р. Тыва (1 ранговое место в структуре женской онкопатологии). При определении в группах концентрации ДНК ВПЧ (вирусной нагрузки) было показано, что клинически значимая вирусная нагрузка ( $> 3 \lg \times 10^5$  клеток) определяется у 12,0% здоровых женщин, 16,0% пациенток с ФПШМ и 58,0%—с РШМ (статистически значительно превышает показатель группы контроля,  $p \leq 0,05$ ).

Генотипирование вирус-позитивных образцов показало, что в р. Тыва наиболее распространенным оказался ВПЧ16 (59,1%), менее распространенными—ВПЧ18 (12,9%), ВПЧ31/33/56 (9,9%), а 39, 52, 51, 35, 45, 58, 59 типы встречаются менее,

чем в 7% случаев. Показано, что среди женской популяции р. Тыва превалирует моноинфекция: у здоровых лиц этот вид инфицирования встречается в 78,3%, у женщин с ФПШМ—в 70,9%, у больных РШМ—в 80,5% случаев.

Таким образом, нами впервые были получены данные об этнических особенностях уровня инфицированности ВПЧ коренных жительниц р. Тыва, состоянии вирусной нагрузки, а также распределении типов ВПЧ ВКР в обследованном регионе. Полученные результаты позволяют дать объяснение высокому уровню заболеваемости РШМ в республике Тыва.

## Особенности эхографической картины у онкогинекологических больных после расширенных лапароскопических гистерэктомий

И. Е. Мешкова, И. В. Берлев, А. В. Черная, А. В. Хаджимба  
ФГБУ «НИИ онкологии имени Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Внедрение новых высокотехнологичных методов хирургического лечения, и в первую очередь лапароскопии, призвано снизить травматичность оперативного вмешательства и уменьшить риск развития послеоперационных осложнений, что меняет подходы и к ультразвуковой диагностике в послеоперационном периоде у таких больных.

Изучены данные историй болезни, операционных и ультразвуковых протоколов 259 больной раком тела и шейки матки, получавших комбинированное лечение за период 2012 года. При этом 180 из них (69,5%) была выполнена расширенная гистерэктомия (РГЭ) абдоминальным доступом, 79 (30,5%)—лапароскопическим методом.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось на 5 сутки после лапароскопической РГЭ и на 7-8 сутки после абдоминальной РГЭ. Оценивалось состояние культи влагалища и подвздошных областей в зоне удаленных лимфатических узлов, наличие или отсутствие сформированных кистовидных образований и/или свободной жидкости в малом тазу.

У 44 (17%) больных в подвздошных областях визуализировались лимфатические кисты в виде анэхогенных жидкостных гладкостенных образований вытянутой формы объемом от 3–4 мл до 120-130 мл, локализовавшихся в проекции подвздошных сосудов. Частота обнаружения лимфокист оказалась статистически достоверно выше в группе больных, подвергнувшихся абдоминальной РГЭ по сравнению с лапароскопической—40 (22,2%) и 4 (5,1%) соответственно ( $p < 0,001$ ). Лимфокисты, формирующиеся после лапароскопической операции, характеризовались небольшим объемом (4,3±0,9 мл), прозрачным содержимым, отсутствием гиперэхогенной зоны отека вокруг, располагались преимущественно над сосудами, не сдавливали мочеточник, регрессировали самопроизвольно без лечения. Лимфокисты после абдоминальных РГЭ имели больший объем (49,01±25,51 мл) ( $p < 0,01$ ), у 14 больных (35%) определялась зона воспаления вокруг, в 6 случаях (15%) сдавливающих мочеточник со стороны поражения. У большинства пациентов отмечался самостоятельный регресс лимфокисты и только в 4—выполнялось хирургическое дренирование лимфокисты абдоминальным или лапароскопическим методом.



Трансвагинальное УЗИ проводилось для оценки состояния культи влагалища. Прикультевой воспалительный инфильтрат в виде гипэхогенного бессосудистого образования визуализировался у 5 (2,8%) больных, а гематома малого таза в виде жидкостного образования с густым содержимым и гиперэхогенными сгустками крови — у 2 (1,4%) больных, перенесших абдоминальную РЭ. После лапароскопии подобные изменения по данным УЗИ не были зафиксированы ни в одном наблюдении.

Особенностью УЗ картины у больных после лапароскопических РЭ явилось наличие свободной жидкости в малом тазу в объеме от 20-30 мл до 100-150 мл, регрессирующей самостоятельно в течение 2-3-х месяцев, что, по-видимому, связано с особенностями техники лапароскопических операций.

Таким образом, для УЗ картины после лапароскопических РЭ типичным было обнаружение свободной жидкости с быстрым регрессом ее объема, также достоверно реже обнаруживались лимфоциты, объем которых был значительно меньше, чем после лапаротомных РЭ.

### **Влияние эстрогенпродуцирующих коморбидных гинекологических заболеваний на патогенез рака репродуктивных органов**

Т.И. Моисеенко, Е.М. Франциянц, М.Л. Адамян, О.Г. Шишкина, М.И. Верескунова  
*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
Ростов-на-Дону*

Известно, что некоторые злокачественные опухоли органов репродуктивной системы (рак эндометрия—РЭ и молочной железы РМЖ) развиваются на фоне гиперэстрогении Сухих Г.Т., Шуршалина А.В., 2010; Шешукова Н.А. и соавт., 2011). Наиболее часто РЭ и РМЖ сопутствуют такие эстрогензависимые заболевания, как миома и аденомиоз матки. У больных РЭ репродуктивного возраста нередким фоном для возникновения злокачественной трансформации эндометрия являются хронические метроэндометриты (Киселев В.И. и соавт., 2011).

Цель исследования. Изучить роль сопутствующих эстрогенпродуцирующих коморбидных гинекологических заболеваний в патогенезе злокачественной трансформации эндометрия и ткани молочной железы на фоне гиперэстрогении, а также роль локального синтеза половых гормонов непосредственно в доброкачественной и злокачественной опухолях.

Материал и методы. Изучены клинические и лабораторные данные 52 больных с самостоятельным РЭ, 91 больной раком тела матки (РТМ) в сочетании с миомой матки и 50 больных РМЖ. Наиболее часто у больных РТМ встречалась эндометриодная аденокарцинома; неблагоприятные гистологические варианты карциномы эндометрия выявлены у больных с самостоятельным РЭ более, чем в 20 раз чаще, чем у больных, где РТМ сопутствовала миома матки. Причем, у больных РЭ в сочетании с миомой матки регистрировались более ранние стадии заболевания и более выраженная степень дифференцировки опухоли. Наиболее часто у больных РТМ репродуктивного возраста заболевание развивается на фоне гиперпластического эндометрия; сочетается с эндометриозом, и миомой матки. Кроме того, каждая вторая больная РТМ молодого возраста (51%) страдала метроэндометритами; а у 40% больных РЭ сочетался с фиброзно-кистозной мастопатией. Таким образом, гипе-

---

рэстрогения, которая сопровождает рост и развитие миомы матки, стимулирует не только гиперплазию эндометрия, но и пролиферацию эпителия протоков молочных желез. У всех больных раком молочной железы были представлены инфильтрирующим протоковым раком. Верифицированный РМЖ, всегда сопровождался с миомой матки.

У всех больных, вошедших в исследования, миома матки предшествовала развитию рака эндометрия и молочной железы.

Результаты. Основным отличием самостоятельного РЭ и его перифокальной зоны являются гиперандрогения на фоне дефицита прогестерона. Для миомы характерным оказался избыточный синтез эстрадиола исключительно тканью опухолевого узла. РМЖ и РТМ в сочетании с миомой матки развиваются на фоне локальной гиперэстрогении с инверсией метаболизма и стимуляцией рецепторов эстрогенов, повышенным образованием 16-гидроксиэстрогена. Локальный стероидогенез у больных РЭ репродуктивного возраста ограничен только тканью карциномы.

Вывод. Миому матки следует рассматривать не только как один из факторов риска развития гиперпластических и злокачественных процессов в эндометрии и молочной железе, но и как индикатор ранних клинических проявлений опухолевых процессов в репродуктивных органах.

## КлиникоЭпидемиологические особенности эстрогензависимых заболеваний матки на Юге России

Т.И. Моисеенко, И.С. Никитин, М.Л. Адамян

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
г. Ростов-на-Дону, РФ

Репродуктивное здоровье женщин зависит от многих факторов; в том числе, от места жительства, характера питания, отношение к регуляции фертильности, своевременному лечению коморбидных гинекологических и соматических заболеваний. в последние годы отмечен рост эстрогензависимых опухолевых и доброкачественных заболеваний матки. Уровень диагностики в данной ситуации имеет важное, но не решающее значение. На частоту гормонозависимых опухолей матки оказывают влияние как эндогенные, так и экзогенные факторы риска, характерные для той или иной отдельно взятой территории.

Целью настоящего исследования является установление некоторых клинико-эпидемиологических параметров эстроген-зависимых заболеваний матки у больных, проживающих на разных территориях Юга России.

В исследования включены данные о 1096 больных, лечившихся в РНИОИ с 2008 по 2012гг по поводу рака эндометрия, миомы и аденомиоза матки. Территория расселения включала Ростовскую область, Калмыкию и республики Северного Кавказа. Средний возраст больных РТМ составил 63 года; миомой матки — 47 лет; аденомиозом матки — 45 лет. Преимущественное большинство больных всех локализаций составили работающие жительницы городов (более 65%). Репродуктивная активность (число родов) была значительно выше в сельских поселениях республик Северного Кавказа (среднее число родов—3,5); в этом же регионе отмечено наименьшее число медицинских аборт у каждой пациентки (2), независимо от характера основной патологии матки. Сельские жительницы как степных, так и гор-



ных регионов Северного Кавказа, предпочитали всем методам контрацепции после презерватива—ВМС; в городах до 35% пациенток от всех больных с оперированной патологией матки пользовались КОК, а ВМС устанавливали менее 20% женщин. РТМ (самостоятельный) и в сочетании с миомой матки обнаружен у 617 больных из 1096 (56,3%); миома матки (самостоятельная) и в сочетании с аденомиозом диагностирована в 365 случаях (34,1%); аденомиоз—в 9,6%. Реже, чем в степных районах, отмечены случаи обращения за лечением больных РТМ из республик Северного Кавказа — 206 из 617. И значительно чаще из этого же региона за хирургическим лечением обращались больные с миомой и аденомиозом матки: 298 из 452 (66%). Больных РТМ, проживающих в степной зоне, метаболический синдром сопровождал в 81,9% случаев, а в горной местности—в 52,7%. Неблагоприятный андрогидный тип жирового обмена чаще встречался у больных, проживающих в степной местности, и сочетался с болезнями желудочно-кишечного тракта. Среди больных РТМ, постоянно проживающих в республиках Северного Кавказа, сахарный диабет отмечен лишь в 12% случаев, а у пациенток равнинных территорий—в 37,3%. Больные с эстроген-зависимыми заболеваниями матки из регионов Кавказа реже отмечали наличие хронической гинекологической патологии, реже обращались к гинекологам. Однако, при выявлении заболевания матки принимали решение о лечении в более короткие сроки, по сравнению с больными равнинных территорий. Профосмотры, как способ первичной диагностики, не проводились в горных республиках вообще, а на равнинных территориях—лишь в 7%.

Вывод. Обнаруженные различия в клинико-эпидемиологических показателях эстрогензависимых заболеваний матки в различных регионах Юга России требуют более углубленного анализа.

## **Возможности лекарственной коррекции качества жизни больных раком тела и шейки матки**

Т.И. Моисеенко, А.А. Бирюкова, Е.А. Калабанова  
*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону*

Эффективные методы комбинированного и комплексного лечения ранних стадий гинекологического рака позволяют достичь высоких показателей выживаемости. в то же время, качество жизни пациенток, излеченных от рака шейки матки (РШМ) и рака эндометрия (РЭ), существенно снижается в случаях невозможности сохранения гонад. Вследствие хирургической менопаузы у пациенток возникают проблемы в психоэмоциональной сфере, сексуальной жизни, снижается социальная активность. У значительной части излеченных от рака матки появляются соматические заболевания, характерные для посткастрационного синдрома (ожирение, гипертоническая болезнь, заболевания суставов, урогенитальные нарушения, остеопороз). Проблемы гормональной реабилитации, по мнению Е.А.Ульрих (2008, 2011), поднимают вопрос не только о том, сколько лет прожила пациентка, но и как она их прожила.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность лекарственной терапии посткастрационного синдрома у больных РШМ и РЭ, перенесших радикальное хирургическое лечение.

Материалы и методы. в исследование включены клинические, лабораторные и данные анкетирования 346 больных РШМ и РЭ I—IIA стадий по классификации FIGO в возрасте от 20 до 48 лет, получивших радикальное противоопухолевое лечение в соответствии с международными стандартами. У всех больных сохранение яичников во время хирургического вмешательства по разным причинам оказалось невозможным. Объем предстоящей операции, ее последствия обсуждались с каждой пациенткой индивидуально. Смягчение посткастрационного синдрома предусматривало на первом этапе за 72 часа до хирургического вмешательства и через 3 недели после него внутримышечное введение сустанона или омнадрена. Коррекция послеоперационных гормональных нарушений осуществлялась только по желанию и выбору больных, что разделило их на 3 группы. Гормонозаместительную терапию (ГЗТ) пожелали проводить под контролем онкогинекологов 192 больные; 112 больных выбрали коррекцию гормональных нарушений фитоэстрогенами; 42 больные предпочли симптоматическую терапию. Для ГЗТ подбирались комбинированные гестаген-эстрогенные препараты, дозированные в соответствии с возрастом наступления хирургической менопаузы. Некоторые больные избрали ливиап (тиболон), обладающий гормоноподобным эффектом. Для фитоэстрогенной терапии были рекомендованы эстровэл или менопейс. Качество жизни пациенток, по данным анкетирования, оценивалось каждые 3 месяца в течение 3 лет наблюдения. Колебания уровней половых стероидов крови, данные сонографических, компьютерных и гинекологических исследований анализировались в те же сроки. Ни у одной из 346 больных не отмечено рецидивов и метастазов.

Результаты. У 158 из 192 больных, получавших ГЗТ, качество жизни оценивалось как хорошее; 34 больные нуждались в дополнении ГЗТ фитоэстрогенами или седативными препаратами. Компенсация только фитоэстрогенами (112 больных) сопровождалась умеренно выраженными явлениями гормонального дисбаланса. У 42 пациенток, отказавшихся от лекарственной поддержки посткастрационного синдрома, в короткие сроки развились соматические заболевания, не характерные для данного возраста, сопровождающиеся психоэмоциональной и социальной дезадаптацией.

Вывод. Комбинированная ГЗТ у больных РТМ и РШМ после радикального лечения значительно улучшает качество жизни и не влияет на прогноз лечения.

## Комбинация онкомаркеров СА125 и HE4 в диагностике опухолей яичников

Т.И. Моисеенко, Е.М. Франциянц, Ф.С. Исакова  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону, РФ

Известно, что рак яичников (РЯ) имеет наихудший прогноз и наименее эффективные способы лечения. Сегодня, как и десятилетия назад, более 70% первично выявленных больных РЯ имеют III и IV стадии процесса. Проблему своевременной диагностики не удалось решить ни с помощью методов лучевой диагностики, ни комбинацией сонографических приемов и цитологического скрининга. Широкое внедрение в диагностический алгоритм при РЯ опухолевых маркеров семейства карбогидратных антигенов и, прежде всего, СА125 позволило повысить ранг исследований. Однако, чувствительность и специфичность указанного гликопротеина для РЯ весьма относительна: при I и II стадиях уровень маркера повышен не более, чем у 40-50% обследованных, а при



III и IV стадиях СА125 повышен только у 80% пациентов (Е.Д. Пашанов, В.А. Горбунова, 2007). в то же время, дискриминантные уровни СА125 достоверно превышены при эндометриозе, неопуховом поражении серозных оболочек, острых заболеваниях органов гепато-биллиарной зоны и негинекологических опухолях железистого генеза. Для повышения точности лабораторной диагностики РЯ в динамических стадиях изучается возможность комбинирования двух онкомаркеров: СА125 (гликопротеина) и НЕ4 (ингибитора протеаз) (Н.С. Сергеева с соавторами, 2012, Richard G. Moor, 2009).

Цель работы: определить диагностическую эффективность одновременного изучения уровней онкомаркеров СА125 и НЕ4 в комплексной диагностике РЯ.

Материала и методы: на этапе комплексного обследования уровни СА125 и НЕ4 были определены у 47 больных с неверифицированным РЯ. Медиана возраста пациенток — 52 года. Полученные данные сопоставлялись с результатами клинических исследований, в том числе — комбинированного сонографического, контрастного рентгенологического и компьютерного обследований, данными цитологического исследования пунктатов серозных полостей и трансвагинального пространства. За референтные значения для РЯ принимались уровни СА125, превышающие 35,0 Ед/мл, а для НЕ4 — выше 150 нмоль/л. Все 47 больных первым этапом лечения перенесли чревосечение с оптимальным объемом циторедукции (удаление матки с придатками, оментэктомия, иссечение метастазов в пределах брюшной полости). Распространенность РЯ оценивалась по стандартным классификациям FIGO и TNM. Исходные уровни онкомаркеров сопоставлялись с полученными морфологическими данными. Так, у 39 больных установлен РЯ III и IV стадии; у 8 — I и II стадии. Морфологически все опухоли были представлены серозной цистаденокарциномой G1-3. Чувствительность онкомаркера СА125 при поздних стадиях РЯ составила 79,5% (положителен у 31 из 39 больных); при I и II стадиях уровень СА125 превышал норму только у 2 из 8 больных (25%). Иные данные получены при анализе значений НЕ4: только у 1 из 47 больных РЯ онкомаркер не отреагировал на наличие злокачественной опухоли яичника (у больной оказалась Ia стадия РЯ — серозная цистаденокарцинома G1). Таким образом, чувствительность онкомаркера НЕ4 при РЯ составила 97,9%.

Выводы. Даже при столь небольшой выборке пациенток для первичного установления диагноза РЯ комбинация двух онкомаркеров СА125 и НЕ4 позволяет существенно приблизиться к установлению правильного диагноза.

## Негормональная коррекция менопаузальных нарушений у онкогинекологических больных репродуктивного возраста

С. В. Молчанов, Л. А. Коломиец, Т. Д. Гриднева\*

*НИИ Онкологии СО РАМН, Томск;*

*\* ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Ключи», Томск*

Актуальность. В последние годы отмечается не только рост заболеваемости гинекологическим раком, но и наметилась тенденция прироста удельного веса женщин репродуктивного возраста, страдающих этой патологией. В результате проведенного противоопухолевого лечения у больных репродуктивного возраста значительно снижается качество жизни. По определению EORTC, качество жизни, связанное со здоровьем, является характеристикой степени воздействия болезни или лечения на ожидаемое физическое, эмоциональное и социальное благосостояние. Одним из

основных факторов, снижающих качество жизни этой категории больных, является развитие эстрогендефицитного состояния после радикального лечения, проявляющегося высоким уровнем нейровегетативных и эмоциональных расстройств. В то же время вопрос коррекции нейровегетативных и эмоциональных расстройств у онкогинекологических больных на данный момент является нерешенным.

**Цель исследования.** Разработать и оценить клиническую эффективность комплекса восстановительного лечения в условиях реабилитационного центра у больных гинекологическим раком репродуктивного возраста после противоопухолевого лечения.

**Материал и методы.** В исследование включены 83 женщины репродуктивного возраста, больных раком шейки и тела матки Ib-IIIb стадий. Всем пациенткам было проведено стандартное противоопухолевое лечение. I группу составили 43 пациентки, которым через 3-6 месяцев после завершения противоопухолевого лечения был проведен комплекс восстановительного лечения в условиях реабилитационного центра, включающий преформированные физические факторы, рефлексотерапию, бальнеотерапию, психотерапию групповым методом, фитотерапию (седативные сборы), II группу—40 женщин, которым реабилитационные мероприятия не проводились. Комплекс восстановительного лечения назначался при отсутствии признаков продолженного роста и метастазирования процесса. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий осуществлялась с помощью госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), модифицированного менопаузального индекса, опросника качества жизни EORTC.

**Результаты.** Обе группы были сопоставимы по возрасту, локализации, стадии процесса и объему проведенного лечения. При оценке уровня нейровегетативных расстройств у пациенток I группы после восстановительного лечения отмечается достоверное снижение этого показателя по сравнению со II группой (14,6 и 18,6 балла, соответственно). Аналогичная картина наблюдается и при анализе показателей тревоги (7,4 и 9,6 балла). При анализе качества жизни у пациенток I группы по сравнению со II отмечалось достоверное повышение уровня эмоционального (56,5, и 48,7, соответственно) и социального функционирования (65,1 и 57,9 балла, соответственно) после завершения реабилитационных мероприятий. При оценке отдаленных результатов лечения в I и II группах не отмечено разницы в уровне 5-ти летней общей и безрецидивной выживаемости.

**Выводы.** Разработанный комплекс реабилитационных мероприятий снижает уровень тревожно-депрессивных, нейровегетативных расстройств, повышает качество жизни больных гинекологическим раком репродуктивного возраста после проведенного противоопухолевого лечения, не ухудшая отдаленных показателей проведенного противоопухолевого лечения.

## **Процессы самоорганизации плазмы крови больных раком яичников на разных этапах комплексного лечения как критерий его эффективности**

А. Ю. Мордань, Т. А. Куркина, А. И. Шихлярова  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава  
России, Ростов-на-Дону

Возможности интегральной оценки состояния организма при развитии онкопатологии и противоопухолевом лечении расширены благодаря изучению морфо-



логии биологических жидкостей (В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 2001). Полученная информация органично вписывается в рамки клинической диагностики комплексом критериев структуропостроения, отражающих системную и подсистемную организацию, а также сигнальную систему маркеров патологических процессов. Цель работы состояла в идентификации морфотипов и характеристике системных, подсистемных и локальных изменений твердотельных пленок плазмы крови больных раком яичников III-IV стадии на этапах хирургического и лекарственного лечения. Использовали метод клиновидной дегидратации, включающий нанесение автоматической пипеткой-дозатором капель плазмы объемом 20 мкл на предметное стекло, высушивание при постоянной температуре 20—22°C и влажности в течение 18-24 час при отсутствии конвекционных потоков воздуха. Исследование структуры пленок осуществляли на микроскопе «Leica DM LS2» с программным обеспечением «Морфотест» и цифровой фотокамерой «Olimpus».

При анализе визуального ряда изменений морфоструктуры плазмы крови у 10 больных распространенным раком яичников до начала лечения были выявлены в 60% случаев нарушения I уровня самоорганизации — асимметричное расположение трещин, образующих в 30% случаев циркулярный тип фации, в 10% случаев — иррадиальный тип фации, а также по 10% распределились аморфный тип и двойная фация. Наименьшим отклонением от нормы с радиальной симметрией трещин считается частично-радиальный морфотип, который отмечался в 40% случаев данной выборки пациенток. Различия в формировании системных свойств биожидкости сочетались с единым для всех характером патологических изменений II уровня самоорганизации — отсутствием образования секторов, отдельностей и мономорфных конкреций. Лишь единичные фации включали эти структуры с аномалией формы, размеров и местонахождения. Объединяющим признаком являлось обилие маркеров сопутствующих патологических процессов — воспаления, интоксикации, склерозирования, ангиоспазма, кандидомикоза, нарушений функций печени, липидного обмена. После проведения хирургического этапа лечения ситуация изменилась в сторону преобладания циркуляторного типа, наблюдавшегося в 70% случаев, а в остальных случаях формировались аморфные фации, что иллюстрировало развитие операционного стресса и инфузионной нагрузки. в единичных случаях была отмечена манифестация воспаления и интоксикации.

На этапе химиотерапии у 80% пациенток фации плазмы крови приобретали черты нормализации структуропостроения с доминированием частично-радиального и радиального типа. Эти позитивные тенденции дополнялись уменьшением частоты встречаемости маркеров воспаления и интоксикации. в остальных 20% случаев наблюдалось усугубление процессов самоорганизации с разупорядочиванием системных и подсистемных признаков — образованием патологически устойчивых фаций иррадиального типа. в таких случаях через 6 месяцев у больных было зафиксировано появление рецидивов.

Таким образом, визуализация морфоструктуры плазмы крови у больных раком яичников может служить прогностическим фактором эффективности противоопухолевой химиотерапии.

## Сонография в диагностике распространенности рака шейки матки

Ф.Ф. Муфазалов, Ю.А. Смирнов, Р.Г. Валеев, Т.М. Богачева  
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ», Уфа;  
ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ», Уфа

Рак шейки матки (РШМ)—одна из самых распространенных злокачественных опухолей у женщин. В РФ заболеваемость РШМ составляет 10,8 на 100000 женского населения в год. В структуре общей онкологической заболеваемости Республике Башкортостан РШМ занимая девятое место. Около 40% больных поступают в лечебные учреждения с местнораспространенными или генерализованными формами опухолевого процесса. При оценке распространенности опухолевого процесса, выявлении местных, отдаленных метастазов все большее значение приобретают ультразвуковые методы исследования.

Целью исследования была оценка возможности комплексной ультразвуковой диагностики при определении распространенности РШМ.

Комплексное УЗИ проводили в два этапа. На первом—выполняли трансабдоминальное УЗИ органов брюшной полости с оценкой состояния печени, почек, забрюшинного пространства. Особое внимание уделяли состоянию регионарных путей лимфооттока. Второй этап исследования осуществляли трансвагинальным или трансректальным методом с последовательным изучением состояния первичной опухоли, опухолевой инфильтрации тела матки, стенок влагалища, параметральной клетчатки и смежных органов.

Исследование охватило 75 пациенток РШМ, возраст их варьировал от 14 до 78 лет, в среднем составил  $57 \pm 1,2$  года. Отбор пациенток проведен сплошным методом. Диагноз РШМ верифицирован во всех случаях, так у 57 (76%) пациенток—плоскоклеточный неороговевающий рак, в 12 (16%)—плоскоклеточный ороговевающий, а в 6 (8%) наблюдениях—аденокарцинома. I—II стадии РШМ установлены в 43 (57,3%) случаях, III—IV—в 32 (42,7%) наблюдениях. При УЗИ обнаружены различия в ЭГ изображении в зависимости от стадии заболевания. При I стадии чаще всего выявляли область пониженной эхогенности, диффузную неоднородность стромы и участок гиперваскуляризации очага поражения. Для II—III стадии были характерны гипертрофия шейки матки, неоднородность структуры соответствовала очагу опухолевого поражения, в ряде случаев визуализировались инфильтраты в параметрии. При IV стадии выявляли признаки инвазии стенки мочевого пузыря, прямой кишки в виде локального утолщения стенки этих органов. При распространенном опухолевом процессе выявляли признаки сдавления мочеточников с развитием уретеропиелозктазии. Анализ особенностей кровотока в режиме спектральной доплерографии показал, что в 100% случаев усиливается васкуляризация опухоли пропорционально размерам опухоли. Максимальная скорость кровотока в маточных артериях повышалась и составляла от 25,9 до 84,5 см/сек, минимальная—4,9—10,7 см/сек, а индекс резистентности снижался до  $57—0,72$ . в режиме ЦДК изображение кровотока отличалась выраженной яркостью цветового сигнала, выявлялась «мозаичная» структура окрашивания опухоли. Показатели кровотока были ниже, чем при доброкачественных опухолях этой локализации.

Таким образом, совокупность эхографических признаков дает возможность достаточно надежно определить локализацию и размеры опухоли, установить глубину инвазии в мышечный слой шейки матки, оценить распространенность опухолевого



процесса. Кроме того, сонография в режиме энергетического и цветового доплерографического картирования позволяет оценить характер кровотока в сосудах опухоли.

## **Значение эхографии в комплексной диагностике рака эндометрия**

Ф.Ф. Муфазалов, В.А. Пушкарев, Р.Г. Валеев, Р.Н. Хабибуллина, Л.Р. Багаутдинова  
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ», Уфа;*  
*ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ», Уфа;*  
*ГБУЗ «Поликлиника №33 МЗ РБ», Уфа*

Сонография (СГ) позволяет выявлять или исключать патологию эндометрия, что дает возможность ее использования в качестве скрининга у женщин с высоким риском развития гипер- и неопластических процессов слизистой матки. В РФ рак эндометрия (РЭ) занимает первое место среди опухолей женской половой сферы.

Целью настоящего сообщения явилось определение возможности СГ в распознавании и дифференциальной диагностике опухолевой патологии эндометрия.

Нами проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 172 пациенток РЭ, которые в дооперационном периоде прошли стандартное трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ. Результаты всех оперативных вмешательств были морфологически верифицированы: высокодифференцированная аденокарцинома (ВДА) была выявлена у 80 (46,5%) пациенток, умеренно дифференцированная (УДА) — 56 (32,6%) и низкодифференцированная (НДА) — 36 (20,9%) случаях.

Наиболее частым было совпадение данных эхографии и гистологического заключения при увеличении толщины эндометрия более 17 мм. в 26 (74,3%) наблюдениях отмечались признаки инвазии мышечного слоя матки более чем на 1/2 его толщины, в 25 (89%) случаях определялись эхографические признаки вовлечения в опухолевый процесс канал шейки матки. Совпадение результатов гистологических исследований и сонографии при локализации опухоли в области дна тела матки с вовлечением стенок уменьшилось соответственно до 58,7 и 60,3%.

Проведенный анализ ультразвукового изображения опухоли в зависимости от гистологического варианта выявил следующую корреляционную зависимость. Для ВДА и УДА характерна более высокая эхогенность структуры эндометрия (72,5 и 62,5% случаев соответственно), а для НДА более характерны участки неоднородности и более низкая эхогенность ( $r=0,96$ ;  $p<0,01$ ).

У больных РЭ в мено- и постменопаузальном возрасте высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия чаще регистрировалась на фоне нейроэндокринных и генеративных нарушений, а низкодифференцированная — у пациенток более старших возрастных групп на фоне длительной менопаузы и атрофических процессов эндометрия.

Результаты исследования особенностей кровотока показали, что в злокачественной опухоли эндометрия повышается васкуляризация за счет гиперплазии сосудистого русла опухоли, а также вновь образованных артериол, количество которых увеличивается пропорционально размерам опухоли. Количественная оценка кровотока в маточных артериях выявила, что по мере уменьшения степени дифференцировки РЭ отмечали увеличение максимальной систолической до  $31,6 \pm 11,8$  мм/сек и минимальной диастолической до  $7,7 \pm 4,2$  мм/сек, средняя скорость кровотока составила  $15,9 \pm 9,2$  мм/сек и снижение индексов PI и RI до  $1,8 \pm 1,5$  и  $0,88 \pm 0,5$  соответственно.

Таким образом, УЗИ позволяет определить локализацию и размеры опухоли эндометрия, достаточно точно установить глубину инвазии мышечной оболочки матки, выявить распространенность опухолевого процесса, кроме того СГ в режиме доплера позволяет оценить характер кровотока в сосудах опухоли.

## Роль систематической нерво-сохраняющей парааортальной лимфодиссекции в лечении больных раком шейки матки ранних стадий

С.В. Мухтарулина<sup>1</sup>, А.Д. Каприн<sup>2</sup>, В.Л. Асташов<sup>1</sup>, И.И. Ушаков<sup>1</sup>, А.Н. Бобин<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» МО РФ;

<sup>2</sup> ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена», МЗ РФ, Москва

Цель исследования. Целью настоящего исследования являлось повышение радикальности хирургических вмешательств у больных РШМ IA-IIВ стадий путем изучения послеоперационных осложнений, метастазирования в парааортальные лимфатические узлы (ПАЛУ) и анализа отдаленных результатов систематической нерво-сохраняющей парааортальной лимфодиссекции (НСПАЛД). Материал и методы. Пациентки основной группы (n=43) оперированы в объеме: НСПАЛД 2-4 уровня, а контрольной (n=24)—ПАЛД 2-4 уровня. Пациенткам обеих групп выполнялась РГ III или IV типов и тазовая лимфодиссекция. Результаты. Анализ основных характеристик оперативных вмешательств показал, что среднее время ПАЛД в основной группе было достоверно больше, чем в контрольной группе и составило 79,7±33,7 и 43,7±27 мин (p=0,001); средний объем кровопотери—достоверно ниже в основной группе и составил 417,4±205,8 и 700,0±346,4 мл (p=0,001); объем лимфорреи был значителен—в группе НСПАЛД—3270,0±1936 мл, а в контрольной—2170,4±2006 мл (p=0,048). Частота развития расширения чашечно-лоханочной системы почек была достоверно ниже среди пациенток основной группы по сравнению с контрольной, и определялась в 11,6% и 37,5% наблюдений соответственно (p=0,03). Частота метастазирования в ПАЛУ у пациентов обеих групп (n=67) составила 7,5 % наблюдений (n=5). Развитие рецидива в парааортальной области не было отмечено ни в одном случае в обеих изучаемых группах, медиана наблюдения составила 44,7±19,3 месяца.

Выводы: НСПАЛД целесообразно использовать в качестве нового диагностического и хирургического подхода в лечении РШМ ранних стадий.

## Изучение интенсивности процессов свободнорадикального окисления при метастазировании рака шейки матки

Г.А. Неродо, И.А. Горошинская, Е.А. Калабанова, А.А. Бирюкова

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, РФ

Рак шейки матки (РШМ) является одной из основных причин смертности среди больных опухолями женских половых органов (Воробьева Л.И., Гончарук И.В.,



Лукьянова Л.Ю., 2010). Основными причинами летальных исходов являются несвоевременная диагностика и нерадикальность проведенного лечения. Как правило, больные погибают от рецидивов и метастазов, частота которых достигает 30–45% (Бохман Я.В., 2002). По данным исследований И.В. Гончарук и соавт. (2009), лечение больных с отдаленными метастазами малоэффективно, и половина больных умирает в течение 9,7 месяцев, средняя выживаемость составляет  $15,9 \pm 0,26$  месяцев. Согласно современным представлениям, развитие многих патологических процессов связано с усилением свободнорадикальных реакций, приводящих к окислительному повреждению различных биомолекул.

Цель исследования. Изучить особенности свободнорадикального окисления и состояния антиоксидантной защиты при метастазировании РШМ.

Материал и методы. Изучены клинические и лабораторные данные 56 больных РШМ IIВ-IV стадии, в возрасте от 29 до 73 лет, прошедших противоопухолевое лечение. Основная группа—27 больных с метастазами, возникшими в сроки от 4 месяцев до 8 лет с момента установления диагноза РШМ, контрольная—29 больных РШМ без метастазов, группа доноров—19 условно здоровых женщин без онкопатологии (от 27 лет до 61 года). Накопление карбонильных производных белков плазмы крови выявляли в реакции с 2,4-динитрофенилгидразином. Индуцированную окислительную модификацию белков стимулировали реактивом Фентона. Уровень свободнорадикальных процессов оценивали по интенсивности перекись-индуцированной люминолзависимой хемилюминесценции плазмы и содержанию метаболитов оксида азота, интенсивность перекисного окисления липидов по содержанию малонового диальдегида (МДА), также изучали активность каталазы и церулоплазмينا.

Результаты. При прогрессировании РШМ происходит усиление пероксидации липидов и спонтанного окисления белков плазмы крови. У больных с метастазами содержание МДА увеличивалось на 57,8%, по отношению к донорам и на 34,3%, по отношению к больным без метастазов ( $p < 0,05$ ). Концентрация 2,4-динитрофенилгидрозонов увеличилась, в среднем, в 4 раза, по отношению к донорам, и почти в 2 раза, по отношению к больным без метастазов. У больных РШМ с метастазами увеличивалось содержание продуктов взаимодействия оксида азота и его производных с белками и пептидами—3-нитротирозина и нитрозоглутатиона, как по отношению к донорам (на 31,4% и 55,3%), так и к больным в ремиссии (на 38,1% и 34,5%). Активность хемилюминесценции возрастала на 54,5% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с донорами и на 93% ( $p < 0,01$ ), по сравнению с контролем. Активность каталазы в плазме крови больных с метастазами увеличивалась по сравнению с донорами (на 54,1%), но была ниже значений в контрольной группе (на 22,1%). Активность церулоплазмينا повысилась только у больных без метастазов (на 33%).

Вывод. Процесс метастазирования РШМ сопровождается большей выраженностью окислительных процессов как белков, так и липидов, а также истощением адаптационных возможностей антиоксидантной системы защиты организма.

## Безрецидивная выживаемость больных раком вульвы

Г.А. Неродо, В.А. Иванова, Е.А. Неродо

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ

Позднее обращение больных раком вульвы, особенность анатомо-топографического строения вульвы с богато развитой сосудистой и лимфатической системой, а также невозможность выполнения радикального лечения в III–IV стадиях приводит к быстрому рецидивированию у большинства больных, что, в свою очередь, приводит к неудовлетворительным результатам лечения. Нами было изучено клиническое течение рецидивов рака вульвы у 203 больных, которые возникли у 25,09% больных, лечившихся по поводу рака вульвы за последние 30 лет, и определена безрецидивная выживаемость в зависимости от стадии заболевания, глубины инвазии опухоли и метода лечения. Из 203 больных раком вульвы, у которых возникли рецидивы заболевания при первичном обращении I стадия была у 30 (14,7%), II—у 49 (24,13%), III—у 87 (42,85%) и IV—у 37 пациенток (18,22%), т.е. III и IV стадии были зарегистрированы более, чем у половины больных—у 61,07%. При определении частоты возникновения рецидива рака вульвы с одинаковой стадией получено, что у больных с I стадией заболевания рецидив возник у 18,29%, со II—у 20,5%, с III—у 26,68% и с IV—у 46,25% пациенток. Одним из значимых параметров определения эффективности лечения является продолжительность жизни больного. При определении продолжительности безрецидивной выживаемости в зависимости от стадии заболевания мы получили следующие данные: при I стадии пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 46,7%, при II стадии—22,4%, а больные с III стадией без рецидива не доживают до 5 лет, у них отмечена 3-х летняя безрецидивная выживаемость только у 2,5%. У больных с IV стадией имеется безрецидивная выживаемость одногодичная только у 2,7%. Таким образом, четко видно уменьшение безрецидивной выживаемости с увеличением стадии заболевания. Следующим фактором, имеющим значение для продолжительности жизни больной, является глубина инвазии опухоли. При изучении безрецидивной выживаемости больных в зависимости от глубины инвазии в идентичных группах по стадии заболевания выявлено, что у больных с I стадией рака вульвы и инвазией до 5 мм имеется 5-летняя безрецидивная выживаемость равная 50%, а с инвазией свыше 5 мм имеется только двухлетняя безрецидивная выживаемость равная 2,4%. Такая же аналогия прослеживается и у больных с III стадией заболевания. Так, у больных с III стадией и глубиной инвазии до 5 мм имеется трехлетняя безрецидивная выживаемость, равная 3,4%, а с глубиной инвазии свыше 5 мм имеется только одногодичная безрецидивная выживаемость равная 45,7%. Все больные подвергались различным методам специального лечения. Нам представилось интересным рассмотреть влияние проведенного первичного лечения на безрецидивную выживаемость. При определении безрецидивной выживаемости внутри каждой стадии подтвердилось положительное влияние введения химиотерапии в комплексное лечение. У больных раком вульвы II стадии безрецидивная пятилетняя выживаемость равна 13,8% у больных с комбинированным методом лечения, а при введении химиотерапии в комплекс лечения она равна 35%. У больных с III стадией заболевания при комбинированном методе лечения одногодичная безрецидивная выживаемость равна 40%, а при введении химиотерапии — 66,7%, двухлетняя при комплексном методе лечения равна 17,8%, а при комбинированном все больные не доживают до двух лет без наличия рецидива. Таким образом, частота рецидивирования рака вульвы и безрецидивная выживаемость больных зависят от стадии заболевания, глубины инвазии опухоли и проведенного лечения.



**Анализ сроков возникновения рецидивов рака вульвы в зависимости от различных факторов****ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**

Г.А. Неродо, В.А. Иванова, Е.А. Неродо  
ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Рак вульвы выявляется у пожилых женщин, чаще всего в возрасте 60-80 лет. Несмотря на доступность для визуального осмотра, малосимптомное течение болезни в ранней стадии, отсутствие хорошо налаженных профосмотров, приводит к поздней обращаемости больных к врачу. в связи с чем, более 50% больных поступают в лечебные учреждения с III-IV стадиями злокачественного процесса, когда эффективность проводимого лечения снижена, а наличие некомпенсированной сопутствующей патологии делает вообще невозможным выполнение радикального лечения. Выраженная склонность к быстрому рецидивированию и сложностью их лечения определяет необходимость изучения сроков рецидивирования рака вульвы в зависимости от различных факторов с целью их ранней диагностики и начала своевременного лечения.

У 809 больных раком вульвы, наблюдавшихся в онкоинституте за последние 30 лет, изучена частота рецидивирования и средние сроки возникновения рецидива в зависимости от стадии заболевания, глубины инвазии опухоли и метода проведенного лечения. Нами изучено клиническое течение рака вульвы 809 больных в возрасте от 20 до 90 лет, среди них с I стадией было—20,27%, со II—29,54%, с III—40,29% и с IV—9,88%, т.е. более половины больных были с III и IV стадиями заболевания.

Рецидивы заболевания были обнаружены у 203 (25,09%) больных. При анализе возникновения рецидива в каждой стадии оказалось, что в I стадии рецидив возник у 18,29% в среднем, через 59,3 месяца, во II—у 20,5% в среднем через 46,9 месяца. Среди больных III стадии рецидив возник у 26,68% в среднем через 16,1 месяца, а в IV стадии — у 46,2% в среднем через 7,2 месяца. Глубина инвазии также имеет влияние на средние сроки появления рецидивов опухоли. Мы определили эту значимость у больных с одинаковой стадией. Так на примере группы больных со II стадией при инвазии 1-2 мм средний срок появления рецидива—61,2 месяца, при 3-4 мм—42,1 месяца, а свыше 5 мм—38,5 месяца. У больных с III стадией при инвазии до 5 мм средний срок возникновения рецидива 19,9 месяца, а свыше 5 мм—12,6 месяцев, для больных с IV стадией нет отличия в возникновении рецидива в зависимости от глубины инвазии опухоли. При определении влияния метода лечения нами получено, что для больных ранних стадий нет достоверного отличия сроков возникновения рецидива опухоли, у больных с комбинированным и комплексным лечением с добавлением химиотерапии. У больных же с III стадией применение химиотерапии в комплексном лечении достоверно повышает срок возникновения рецидива (13,5 мес. и 18,1 мес.). Такая же аналогия отмечена и у больных с IV стадией заболевания: применение химиотерапии отдалает срок возникновения рецидива заболевания (8,7 мес. и 5,3 мес. соответственно).

Итак, рецидив рака вульвы возник у 25,09% больных. Наиболее существенное значение имеет стадия заболевания, затем глубина инвазии опухоли, и для III-IV стадии заболевания включение химиотерапии в комплексное лечение.

## Время появления рецидивов рака вульвы после окончания лечения

Е. А. Неродо, Г. А. Неродо, В. А. Иванова  
ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Рак вульвы является заболеванием весьма агрессивным, т.к. обладает выраженной склонностью к быстрому росту, раннему метастазированию и рецидивированию. По сводным данным литературы, в течение первых 5 лет наблюдения рецидив возникает у 30–36% больных. Лечение рецидивов рака вульвы представляет собой более сложную проблему, чем лечение первичной опухоли. Учитывая вышеизложенное, представляет определенный интерес изучение частоты рецидивирования у больных раком вульвы, изучение сроков возникновения рецидивов, с целью возможности их ранней диагностики.

Нами изучено и проанализировано клиническое течение заболевания у 809 больных раком вульвы, с III–IV стадией было более 50% больных.

При изучении историй болезни рецидивы заболевания выявлены у 203 (25,09%) больных из 809, при I стадии рецидив возник из 164 больных у 30 (18,29%), при II—из 239 у 49 (20,5%), при III—из 326 у 87 (26,68%) и при IV стадии—из 80 у 37 (46,25%). Чаще всего рецидивы появляются в первый год наблюдения после лечения и возникли они у 39,69%, от 1 до 3 лет—рецидивы возникли у 33,5%, свыше 3-х и до 5 лет — у 13,4% и свыше 5 лет — только у 12,3%. Через 1 год наблюдения после окончания лечения рецидив заболевания появился у больных с I стадией у 10%, со II—у 8,5%, с III—у 45% и с IV стадией почти у всех больных рецидив возник в течение первого года (97,3%). На втором году число рецидивов отмечено: с I стадией у 6,6%, со II у 10,63%, с III у 45% и с IV стадией у 2,7%. На третьем году наблюдения рецидив с I стадией составляет 13,3% со II—23,4%, с III—только 7,5%, т.к. у 90% больных рецидив заболевания возник в первые 2 года наблюдения. Свыше 5 лет рецидивы заболевания у больных с I стадией возникли у 46,6%, со II только у 21,27%, т.к. у 78,73% рецидив возник в течение первых 5 лет наблюдения, по сравнению с 53,4% рецидивных больных первой стадии.

Из этого следует, что в сроки до 3-х лет после окончания лечения надо быть особенно настороженным в плане появления рецидива заболевания, который возник у 73,19%, и поэтому необходимо регулярное диспансерное наблюдение за больной не реже одного раза в 3 месяца, с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.

## Адьювантная лучевая терапия при раке тела матки I–II стадий: взгляд хирурга

В. М. Нечушкина, К. Ю. Морхов, В. В. Кузнецов  
ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН, Москва

Для большинства больных раком тела матки (РТМ), относящихся к группе риска прогрессирования заболевания, стандартом адьювантного лечения была и остается лучевая терапия (ЛТ).



Цель исследования — оценить общую выживаемость больных РТМ ранних стадий, получавших адъювантную ЛТ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 927 больных РТМ I—II стадий (FIGO, 1988 г.), получавших лечение в ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН с 1990 по 2000 г. Больным проводили хирургическое или комбинированное лечение, включавшее послеоперационное дистанционное облучение малого таза (ДОМТ) или сочетанную ЛТ.

Результаты. Показано, что адъювантная ЛТ не влияла на 5-летнюю общую выживаемость больных РТМ IA, IB и ПА стадий. в группе получавших ЛТ она составила  $81,8 \pm 11,6$ ;  $87,0 \pm 2,7$  и  $79,3 \pm 7,5\%$ , в группе не получавших ЛТ —  $93,9 \pm 1,8$ ;  $83,4 \pm 2,2$  и  $66,7 \pm 19,2\%$  соответственно. Статистически значимое повышение 5-летней общей выживаемости при проведении адъювантной ЛТ отмечено при РТМ IC стадии ( $84,2 \pm 3,3$  по сравнению с  $65,2 \pm 8,5\%$ ,  $p = 0,035$ ). Стойкая тенденция к повышению 5-летней общей выживаемости при проведении ЛТ отмечена также при РТМ ПВ стадии, однако она не достигла статистической значимости ( $73,8 \pm 6,3\%$  в группе ЛТ и  $45,5 \pm 15,0\%$  в группе без ЛТ).

Выводы. При РТМ IC и ПВ стадий проведение адъювантной ЛТ целесообразно, поскольку она повышает 5-летнюю общую выживаемость (при ПВ стадии, однако, различия не достигают статистической значимости). Больным РТМ IA, IB и ПА стадий, на наш взгляд, показано только хирургическое лечение.

## Изменение уровня гормонов гипофизнонадпочечниковой системы у больных раком эндометрия менопаузального периода после хирургического лечения

В.П. Никитина, Г.А. Неродо, О.Е. Кравцова, Е.В. Вереникина  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
Ростов-на-Дону

В лечении больных раком тела матки (РТМ) основным является хирургический метод. Из опыта практической хирургии известно, что операционная травма и послеоперационный период предъявляют к гомеостатическим системам организма повышенные требования, вызывая у больных мобилизацию защитных механизмов. в данном исследовании мы изучали динамику гормональных показателей у 98 больных РТМ менопаузального периода в зависимости от его продолжительности у двух групп пациенток, находившихся в состоянии менопаузы менее и более 5 лет. в первой группе было 52 больные, во второй — 46.

Так, на 15-20 сутки после операции в группе женщин, продолжительность менопаузы которых не превышает 5-летний срок, уровень экскретируемого за сутки кортизола оставался на дооперационном. На фоне его стабильности произошло статистически достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение абсолютного количества основного метаболита кортизола в виде его тетрагидроформы. Одновременно снизилась суточная экскреция с мочой главного стероидного гормона сетчатой зоны коры надпочечных желез — ДЭА.

На основании этих данных можно думать, что у больных РТМ, находящихся в менопаузальном состоянии менее 5 лет, сохранение кортизола после операции на дооперационном уровне происходит, во-первых, вследствие замедления его ина-

ктивации в печени, а во-вторых, благодаря тому, что сырьевые и ферментативные ресурсы, в равной мере предназначенные для использования синтеза стероидных гормонов пучковой и сетчатой зонами коры надпочечников, используются в данном случае в основном пучковой зоной, продуцирующей глюкокортикоиды за счет уменьшения синтеза андрогенных соединений в сетчатой зоне. Одновременно происходит замедление конверсии кортизола в его гидроксигликированные в 11-положении метаболиты в виде 17-кетостероидов.

Диаметрально противоположная ситуация в функциональной активности коры надпочечников после хирургического лечения отмечена у больных позднего менопаузального периода (менопауза свыше 5 лет). У этих пациенток кора надпочечников, а вернее пучковая зона ее, находится в состоянии напряжения до лечения. Количество экскретируемого кортизола у них ( $0,95 \pm 0,07$ ) превышает соответствующую возрастную норму ( $0,73 \pm 0,04$ ) со статистической значимостью ( $p < 0,05$ ). После операции количество его возрастает еще больше. Эта ситуация развивается на фоне стабильности уровня гормонов сетчатой зоны, прежде всего ДЭА, сохранения на дооперационном уровне 11-гидроксигликированных форм 17-КС и замедления инактивации кортизола.

Таким образом, состояние, вызванное операционным стрессом у больных РТМ с продолжительностью постменопаузального периода более 5 лет, не нормализуется, как обычно принято считать, через 15–20 суток после хирургического лечения. Данный факт необходимо иметь в виду при разработке реабилитационных мероприятий, в состав которых целесообразно кроме гепатотерапии, нормализующей ферментативную функцию печени, подключать и антистрессовые препараты.

## Пути повышения эффективности цитологического скрининга рака шейки матки

В. И. Новик

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Цитологический скрининг рака шейки матки в России, включенный в систему массовых профилактических осмотров населения, является неконтролируемым, «спонтанным», неорганизованным. При такой форме скрининга процент охвата женского населения, как правило, не превышает 30–40%. Экспертами ВОЗ показано, что эффективность цитологического скрининга прямо пропорциональна проценту охвата скринингом женского населения и мало зависит от периодичности его проведения. Частота выявления раннего рака шейки матки в России — менее 30%, что коррелирует с процентом охвата скринингом женского населения.

Наиболее актуальными вопросами, стоящими в настоящее время являются меры по увеличению охвата скринингом женского населения до 70–80% при одновременном увеличении интервалов между проведением скрининга до 3–5 лет, что при том же количестве централизованных цитологических лабораторий позволит увеличить эффективность скрининга более, чем в 2 раза. Для этого необходимо создать при популяционных раковых регистрах отделы по координации цитологического скрининга, которые выполняли бы следующие задачи: компьютерный учет контингента женщин, подлежащих скринингу; контроль за процентом охвата скринингом женщин; обеспечение ежегодной сменяемости контингента женщин, прохо-



дящих скрининг (для поддержания интервала 3-5 лет); проведение мер, направленных на увеличение охвата скринингом женщин (издание брошюр и других печатных материалов, проведение разъяснительной работы среди населения о значении цитологического скрининга, рассылка писем женщинам, не явившимся на скрининг, телефонные звонки и пр.). Потребуется разработка специальной унифицированной компьютерной программы для сбора и обработки информации, введение должности регистратора в штат централизованных цитологических лабораторий и оснащение их необходимым компьютерным оборудованием.

Вторым, не менее важным вопросом является необходимость существенного улучшения подготовки кадров для клинической цитологии. Несмотря на то, что работа по цитологическому скринингу в нашей стране в широких масштабах проводится с начала 1980-х годов, до сих пор не выделена специальность или субспециальность «клиническая цитология» или «клиническая онкоцитология». Оставляет желать лучшего первичная подготовка и переподготовка специалистов врачей и лаборантов по клинической цитологии. Из-за нехватки профессиональных кадров работой по цитологическому скринингу начали заниматься по совместительству недостаточно хорошо подготовленные врачи других специальностей (гематологи, биохимики, патологоанатомы, гинекологи и пр.). Это сказывается на качестве работы и снижает эффективность цитологического скрининга.

Весьма актуальным вопросом является выделение специальности или субспециальности «клиническая цитология», разработка унифицированных программ для первичной подготовки и повышения квалификации специалистов врачей цитологов, лаборантов цитотехнологов и цитотехников, занимающихся цитологическим скринингом предрака и рака шейки матки, а также углубленной диагностикой предопухолевых и опухолевых заболеваний других локализаций. Важной задачей является оснащение цитологических лабораторий современными микроскопами и другим необходимым оборудованием, в частности, для проведения жидкостной цитологии, иммуноцитохимии и других современных методов исследования.

## **Опыт применения топотекана в еженедельном режиме при рецидивирующем раке яичников**

Е. Г. Новикова, И. А. Корнеева, Е. Ю. Московская  
*ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт  
им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва,*

В настоящее время стандартом лекарственного лечения является использование комбинации таксанов и платиновых производных. При развитии рецидива — опухоль, чаще всего, резистентна к использованным ранее химиопрепаратам и у больной имеются явления разных видов токсичности после перенесенной ранее терапии. В связи с этим, для достижения объективного ответа должны использоваться моноагенты или комбинации с учетом разных механизмов действия, профилей токсичности полученного первичного и предполагаемого противорецидивного лечения, а также соматического статуса пациентки. Целью настоящего исследования является оптимизация лечения рецидивов рака яичников при использовании альтернативной схемы введения топотекана за счет снижения токсичности и фармако-экономических затрат на сопроводительную терапию.

Материалы и методы: в исследование включено 58 пациенток с рецидивами рака яичников, в 91,4% случаев имелся серозный гистотип опухоли, 5,2% были представлены эндометриоидной аденокарциномой, 3,4% смешанными опухолями—серозные с элементами светлоклеточных. в качестве 2-ой линии терапии исследуемый препарат использовался у 62% больных, 3-й и 4-й—у 22,4% и 8,6%, соответственно. У 4-х пациенток (6,8%) топотекан применялся как 5-я, 6-я и 8-я линии лечения. Платинорезистентные и платиночувствительный формы составили по 50%.

Результаты: медиана длительности безрецидивного периода перед включением пациенток в исследование составила для платинорезистентной группы (первый безрецидивный интервал < 6 месяцев)—4 месяца, для потенциально платиночувствительной когорты (6-12 месяцев)—7 месяцев, для платиночувствительной (> 12 месяцев)—21,5 месяцев. У 57 оцененных пациенток (пациентки у которых закончено лечение топотеканом) проведено 237 курсов, медиана составила—4 курса. Общий ответ (сумма полного и частичного ответов) был достигнут в 26,4% (в 15 из 57) случаев для всей исследуемой группы больных, в то время как для платинорезистентных 10,7% (3/28). Для потенциально платиночувствительных (6-12 месяцев)—35% (7/20), для чувствительных (> 12 месяцев)—55,3% (5/9). в отличие от классической 5-ти дневной схемы использования топотекана, еженедельная схема отличается удовлетворительной толерантностью, отсутствием кумулятивной токсичности. Нейтропения III-IV степени зафиксирована у 3 пациенток (12,05%). Тромбоцитопения III-IV степени у 2-х пациенток (3,4%). Клинически значимой негематологической токсичности зафиксировано не было.

Выводы: в настоящее время диссеминированный рак яичников относится к хроническим заболеваниям; при рецидивирующих процессах требуется периодическая замена схем лечения. Изучение новых схем в лечении рецидивирующего рака яичников позволит удлинить бесплатиновый интервал с последующей возможностью платиновой реиндукции, уменьшить проявления кумулятивной токсичности после терапии производными препаратов платины, повысить эффективность терапии платиной в последующих периодах лечения этого хронического заболевания. Необходимо разрабатывать альтернативные режимы введения цитостатика с целью снижения токсичности проводимого лечения без ущерба эффективности и снижением затрат на сопроводительную терапию. При предварительной оценке топотекан достаточно хорошо зарекомендовал себя в качестве препарата второй и последующих линий в терапии рецидивов рака яичников для пролонгации бесплатинового интервала и последующей платиновой реиндукции.

## Сохранение функции яичников у пациенток репродуктивного возраста при комбинированном лечении рака шейки матки

Е.Г. Новикова, Л.В. Демидова, А.С. Шевчук, Э.А. Кадиева  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

В классическом варианте первым этапом лечения местно-распространенного рака шейки матки является лучевая терапия, в результате чего происходит необратимое угасание овариальной функции с последующим развитием постовариэктомического синдрома. Целью данного исследования явилось изучение возможности сохранения яичников путем их лапароскопической транспозиции и использования



современного технического оснащения в планировании и осуществлении лучевой терапии для минимизации дозовых нагрузок на транспозированные гонады.

В период с 2007 по 2012 год в МНИОИ им. П.А.Герцена пролечено 64 пациентки в возрасте от 24 до 48 лет (средний возраст—34,7±5,3) с IV2-IIIВ стадией рака шейки матки. Всем больным на первом этапе лечения произведена лапароскопическая транспозиция яичников с последующей химиолучевой терапией. Средняя продолжительность операции составила 96,4±19,7 минут, интраоперационные осложнения отсутствовали. Сроки пребывания пациенток в хирургическом стационаре в послеоперационном периоде в среднем составили 5±1,6 дней. По данным топометрии в большинстве случаев яичники находились вне полей облучения, однако у 6 (9,4%) пациенток транспозированные гонады располагались в непосредственной близости от зоны облучения.

У 58 (90,6%) из 64 больных на следующем этапе произведено оперативное вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки. Остальным 6 (9,4%) пациенткам в связи с нерезектабельностью опухолевого процесса лечение было завершено в виде самостоятельной лучевой терапии.

При анализе результатов исследования гонадотропинов и эстрадиола в крови у 44 из 64 женщин (68,7%) уровни гормонов соответствовали нормальным значениям репродуктивного возраста. У остальных 20 пациенток (31,3%) происходило постепенное повышение уровня гонадотропинов—ЛГ и ФСГ с параллельным снижением значений эстрадиола до менопаузальных цифр.

При оценке гормональной активности гонад в зависимости от методики планирования лучевой терапии из 27 пациенток (42,2%), которым лучевая терапия проводилась с использованием двухмерной системы планирования у 16 (59,3%) больных функциональная активность яичников была сохранена, тогда как у остальных 11 женщин (40,7%), показатели гормонального статуса свидетельствовали о стойком нарушении функции гонад. в группе 37 больных (57,8%), у которых при проведении радиотерапии использовалась трехмерная система планирования, облучение осуществлялось на линейных ускорителях с мультилепестковыми коллиматорами, 28 (75,7%) женщин имели нормальные уровни гормонов, у 9 женщин (24,3%) результаты гормонального исследования свидетельствовали о снижении овариальной функции.

Таким образом, лапароскопическая транспозиция яичников может являться первым этапом лечения пациенток молодого возраста с местно-распространенными формами рака шейки матки без существенного влияния на сроки начала специального, а именно, химиолучевого лечения. Использование современных технологий лучевой терапии позволяет значительно уменьшить дозовые нагрузки на транспозированные придатки, существенно улучшая функциональные результаты лечения.

## **Опыт применения топотекана в еженедельном режиме при рецидивирующем раке яичников**

Е. Г. Новикова, И. А. Корнеева, Е. Ю. Московская  
*ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва*

В настоящее время стандартом лекарственного лечения является использование комбинации таксанов и платиновых производных. При развитии рецидива — опухоль,

---

чаще всего, резистентна к использованным ранее химиопрепаратам и у больной имеются явления разных видов токсичности после перенесенной ранее терапии. в связи с этим, для достижения объективного ответа, должны использоваться моноагенты или комбинации с учетом разных механизмов действия, профилей токсичности полученного первичного и предполагаемого противорецидивного лечения, а так же соматического статуса пациентки. Целью настоящего исследования является оптимизация лечения рецидивов рака яичников при использовании альтернативной схемы введения топотекана за счет снижения токсичности и фармако-экономических затрат на сопроводительную терапию.

Материалы и методы: в исследование включено 58 пациенток с рецидивами рака яичников, в 91,4% случаев имелся серозный гистотип опухоли, 5,2% были представлены эндометриоидной аденокарциномой, 3,4% смешанными опухолями — серозные с элементами светлоклеточных. в качестве 2-ой линии терапии исследуемый препарат использовался у 62% больных, 3-й и 4-й — у 22,4% и 8,6%, соответственно. У 4-х пациенток (6,8%) топотекан применялся как 5-я, 6-я и 8-я линии лечения. Платинорезистентные и платиночувствительный формы составили по 50%.

Результаты: медиана длительности безрецидивного периода перед включением пациенток в исследование составила для платинорезистентной группы (первый безрецидивный интервал < 6 месяцев) — 4 месяца, для потенциально платиночувствительной когорты (6-12 месяцев) — 7 месяцев, для платиночувствительной (> 12 месяцев) — 21,5 месяцев. У 57 оцененных пациенток (пациентки у которых закончено лечение топотеканом) проведено 237 курсов, медиана составила — 4 курса. Общий ответ (сумма полного и частичного ответов) был достигнут в 26,4% (в 15 из 57) случаев для всей исследуемой группы больных, в то время как для платинорезистентных 10,7% (3/28). Для потенциально платиночувствительных (6-12 месяцев) — 35% (7/20), для чувствительных (> 12 месяцев) — 55,3% (5/9). в отличие от классической 5-ти дневной схемы использования топотекана, еженедельная схема отличается удовлетворительной толерантностью, отсутствием кумулятивной токсичности. Нейтропения III-IV степени зафиксирована у 3 пациенток (12,05%). Тромбоцитопения III-IV степени у 2-х пациенток (3,4%). Клинически значимой негематологической токсичности зафиксировано не было.

Выводы: в настоящее время диссеминированный рак яичников относится к хроническим заболеваниям; при рецидивирующих процессах требуется периодическая замена схем лечения. Изучение новых схем в лечении рецидивирующего рака яичников позволит удлинить бесплатиновый интервал с последующей возможностью платиновой реиндукции, уменьшить проявления кумулятивной токсичности после терапии производными препаратов платины, повысить эффективность терапии платиной в последующих периодах лечения этого хронического заболевания. Необходимо разрабатывать альтернативные режимы введения цитостатика с целью снижения токсичности проводимого лечения без ущерба эффективности и снижением затрат на сопроводительную терапию. При предварительной оценке топотекан достаточно хорошо зарекомендовал себя в качестве препарата второй и последующих линий в терапии рецидивов рака яичников для пролонгации бесплатинового интервала и последующей платиновой реиндукции.



**Новые подходы в органосохраняющем лечении пограничных опухолей яичников****ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**

Е. Г. Новикова, Ю. Ю. Андреева, А. С. Шевчук, О. В. Новикова  
*ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва*

Вопрос о возможности органосохраняющего лечения больных с двусторонними пограничными опухолями яичников (цистэктомии с хирургическим стадированием) является предметом активных дискуссий. Это связано с высоким риском рецидива и прогрессирования заболевания. Тем не менее благоприятные биологические свойства пограничных опухолей создают предпосылки для применения ультраконсервативных подходов в хирургическом лечении.

В онкогинекологической клинике «МНИОИ им. П. А. Герцена» подобные операции выполнены у 35 больных с билатеральными пограничными опухолями яичников в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст  $26,2 \pm 1,2$  лет). Следует отметить, что ни у одной пациентки репродуктивная функция до лечения не была реализована. Первично всем больным были выполнены лапароскопические операции в гинекологических стационарах общего профиля по поводу кистозных образований яичников, а диагноз пограничной опухоли установлен только при плановом гистологическом исследовании удаленных препаратов. Большинству женщин были выполнены резекции яичников и односторонние аднексэктомии с сохранением контрлатеральной гонады. Повторные лапароскопические операции в МНИОИ выполнялись с учетом принципов хирургического стадирования и абластики, во всех случаях сохранена визуально неизменная ткань одного или двух яичников. в сроки наблюдения от 1 до 74 мес (медиана 30 мес.), все больные живы, рецидивы заболевания возникли у 6 больных, при этом 2 из них реализовали репродуктивную функцию до развития рецидива. Беременности возникли у 10 больных, у 6 пациенток завершились рождением здоровых детей, в 1 случае произошел самопроизвольный выкидыш, в 1 случае — трубная беременность, 2 беременности в настоящее время продолжаются.

Настоящее исследование не является законченным, однако, уже ближайшие его результаты свидетельствуют о возможности выполнения экономных органосохраняющих операций у больных с билатеральным поражением и пограничными опухолями единственного яичника. Требуется дальнейшее накопление материала для получения объективных и отдаленных результатов. Перспективным представляется поиск новых иммуногистохимических факторов, которые позволили бы более точно определить прогноз заболевания.

**Видеоассистированная гистерэктомия с лимфаденэктомией при раке эндометрия**

Е. Г. Новикова, В. А. Антипов, А. С. Шевчук, О. В. Новикова, С. В. Анпилогов  
*ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва*

В отделении онкогинекологии «МНИОИ им. П. А. Герцена» с июля 2010 г. по декабрь 2012 г. лапароскопическая гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией по поводу рака эндометрия выполнена у 55 женщин. Возраст пациенток варьировал от 27 до 70 лет (медиана -58 лет). Более половины больных (30/55) имели избыточную

массу тела или ожирение (ИМТ 18-38 кг/м<sup>2</sup>, медиана 27 кг/м<sup>2</sup>). Техника лапароскопической экстирпации матки при раке эндометрия имела ряд особенностей по сравнению с аналогичной операцией, выполняемой при доброкачественной патологии. Операция завершалась дренированием брюшной полости. Продолжительность операции составила от 2 до 5 часов (медиана 210 мин) и по мере освоения методики имела тенденцию к уменьшению. Объем кровопотери во время операции в большинстве случаев (53/55) рассматривался как минимальный (медиана—60 мл). Интраоперационные осложнения ограничились одним случаем (1,8%) кровотечения в результате ранения внутренней подвздошной вены. Для остановки кровотечения потребовалась конверсия (лапаротомия), общий объем кровопотери составил 2000 мл. По результатам планового гистологического исследования, у большинства больных установлена IV стадия заболевания (41/55, 74,5%), далее по частоте следовали IA стадия—6 пациенток (10,9%), IC стадия—5 пациенток (9,1%), IIВ стадия—3 пациентки (5,5%). Во всех случаях морфологическая форма опухоли соответствовала эндометриоидной аденокарциноме высокой или умеренной степени дифференцировки (55% и 45%, соответственно). Число удаленных лимфоузлов варьировало от 9 до 32 (медиана—15), метастатического поражения лимфоузлов ни в одном случае выявлено не было. У трех пациенток (5%) установлено сочетание рака эндометрия с опухолями другой гинекологической локализации (рак яичников, рак шейки матки). Послеоперационный период характеризовался в целом гладким течением и минимальным числом осложнений. У 43% больных дренаж был удален на 3 сутки после операции. При контрольном УЗИ на 5-6 сутки после операции в 11% случаях выявлены бессимптомные лимфоциты небольших размеров. У 2 больных (3%) наблюдалась выраженная лимфоррея через переднюю брюшную стенку после удаления дренажа в течение 2-3 недель. По объективным критериям и общему состоянию пациентки могли быть выписаны домой на 4-6 сутки, однако время пребывания в стационаре после операции составило в среднем 9 койко/дней, что было обусловлено ожиданием результатов планового гистологического исследования. Адъювантная лучевая терапия проведена 16 больным (29%). Медиана длительности наблюдения в настоящее время составляет 13 месяцев (от 1 до 29 мес.), за этот период ни в одном случае рецидивов рака эндометрия выявлено не было.

Результаты исследования позволяют заключить, что видеоэндоскопическая экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией может рассматриваться в качестве альтернативы лапаротомии у больных со злокачественными опухолями матки I-II стадии. Основными преимуществами лапароскопического доступа являются сокращение интраоперационной кровопотери и быстрая реабилитация больных. Для объективной оценки онкологических результатов лапароскопической гистерэктомии с лимфаденэктомией в сравнении с открытой операцией необходимо увеличение периода наблюдения.

## **Эффективность внутриматочной левоноргестрелР содержащей системы и агонистов гонадотропинРилизинг гормона в лечении предрака и рака эндометрия**

О.В. Новикова, С.М. Пронин, Ю.Ю. Андреева, Ю.А. Лозовая  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва,

Рак эндометрия (РЭ) является заболеванием преимущественно женщин перименопаузального возраста, однако не менее 10–14% случаев диагности-



руется у пациенток моложе 40 лет. Атипическая гиперплазия (АГЭ) и рак эндометрия в большинстве случаев развиваются на фоне эндокринных нарушений в виде хронической ановуляции, синдрома поликистозных яичников, ожирения, что сопровождается бесплодием. По нашим данным 74% пациенток при установлении диагноза АГЭ и РЭ в репродуктивном возрасте не имеют детей. Для этого контингента больных, как правило, вопрос о возможности сохранения фертильности оказывается не менее важным, чем излечение.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы мирена а агонистов гонадотропин-релизинг гормона в консервативном лечении АГЭ и РЭ с сохранением фертильности.

Материалы и методы: в исследование вошли 70 женщин репродуктивного возраста с диагнозом АГЭ (38 пациенток) или РЭ IA стадии (32 пациентки), желавшие сохранить фертильность и в последующем реализовать репродуктивную функцию. Первичное обследование включало УЗИ органов малого таза, МРТ (для исключения инвазии при раке эндометрия), цервикогистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание. в случае АГЭ гормонотерапия осуществлялась при помощи внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы мирена. При РЭ дополнительно к введению внутриматочной спирали мирена проводили фармакологическое выключение функции яичников с использованием агонистов гонадотропин-релизинг гормона (золадекс). Эффективность лечения оценивали через 3 месяца по данным УЗИ и биопсии эндометрия и через 6 месяцев по результатам цервикогистероскопии и раздельного диагностического выскабливания.

Результаты. Средний возраст больных составил 33 года. При АГЭ у подавляющего большинства женщин удалось достигнуть излечения—37/38 (97%). в случаях РЭ IA стадии результаты самостоятельной гормонотерапии оказались несколько хуже—излечение установлено у 24/32 (75%) больных. Длительность наблюдения после окончания лечения составила от 1 до 38 месяцев (медиана 14 мес.). За это время рецидивы заболевания диагностированы у одной больной после лечения АГЭ (3%) и в 2 случаях (8%) после лечения РЭ. Среди 37 пациенток, излеченных от АГЭ, в двух случаях (5%) наступили беременности, закончившиеся срочными родами. После излечения РЭ репродуктивную функцию реализовали 6 женщин (25%).

Таким образом, установлена высокая эффективность применения внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы мирена и агонистов гонадотропин-релизинг гормона в качестве самостоятельной гормонотерапии атипической гиперплазии и рака эндометрия, сопоставимая с традиционным использованием пероральных гестагенов при меньшем числе побочных эффектов. Новые варианты гормонотерапии позволяют значительному числу женщин в последующем реализовать репродуктивную функцию, при этом показатели фертильности могут быть улучшены за счет применения вспомогательных репродуктивных технологий. Необходимо продолжение исследований для оценки отдаленных онкологических результатов лечения.

## Радиомодификация в комплексном лечении местно-распространенного плоскоклеточного рака шейки матки

А.В. Панов, М.В. Бурмистров, И.С. Рагинов, Э.Ю. Миндубаев, П.М. Маненков  
Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан (Казань);  
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Казань

Цель: улучшения результатов лечения больных местно-распространенным раком шейки матки (РШМ) IIb стадии.

Материалы и методы: в период с 2008 года по 2011 год в отделениях радиологии №2 и онкологии №7 РКОД МЗ РТ находилось на лечении 53 пациентки плоскоклеточным РШМ IIb стадии. Возраст больных от 24 лет до 63 лет (в среднем 42,2 года). На предоперационном этапе всем 53 пациенткам проводилась химиолучевая терапия (ХЛТ): дистанционная лучевая терапия (ЛТ) на очаг и зоны регионарного метастазирования до суммарной очаговой дозы (СОД) 30 Гр в сочетании с внутривенной ЛТ Со60 до СОД 20 Гр. Ежедневно в течение трех недель внутривенно вводился цисплатин в дозе 40 мг. 31 пациентке (58,5%) (основная группа) проводили трансректальную инфузию 1,5 л озон-кислородной смеси (ОКС) в качестве радиомодификатора перед каждым сеансом облучения. Показатели сатурации кислорода до введения в прямую кишку ОКС колебались от 76% до 84% (в среднем 80%). После инфузии ОКС показатели оксигенации опухоли достигали 99% в среднем к 20 минуте (от 16 до 28 минут), после чего сразу начинали сеанс ЛТ. Остальным 22 пациенткам (41,5%) (контрольная группа) мы провели предоперационную ХЛТ по вышеописанной схеме без применения ОКС. На втором этапе, через три недели после ХЛТ, всем 53 (100%) пациенткам выполнили радикальную гистерэктомию с двухсторонней подвздошной лимфаденэктомией по методу Вертгейма–Мейгса.

Результаты. Осложнения ЛТ циститы были констатированы у 1 (3%) пациентки основной группы и у 2 (9%) контрольной; ректиты — у 5 (16%) больных основной и у 4 (18%) контрольной группы. Из гематологических осложнений, как осложнения химиотерапии, чаще всего отмечалась лейкопения (I–II степени) у 7 (22%) больных основной и у 17 (72,2%) контрольной группы. И наконец, гриппоподобный синдром наблюдался у 1 (3%) пациентки основной и у 2 (9%) контрольной группы. Проявлений III и IV степени токсичности не было. При трансректальной инфузии ОКС осложнений не было. Лишь у 8 (25,8%) пациенток наблюдались незначительные болевые ощущения и явления метеоризма в процессе инфузии, которые купировались самостоятельно. Лечебный патоморфоз опухоли IV степени установлен у 14 (44,8%) больных основной и у 6 (27,2%) контрольной группы; III степени у 10 (32,2%) основной и у 9 (41%) контрольной; II степени у 6 (20%) основной и у 6 (27,3%) контрольной; I степени у 1 (3%) и у 1 (4,5%) контрольной группы. При гистологическом исследовании удаленного препарата метастазы в подвздошные лимфатические узлы обнаружены у 7 больных (22,6%) пациенток основной и у 3 (13,6%) контрольной группы, что явилось основанием для проведения ЛТ в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Предложенная нами схема предоперационной ХЛТ РШМ IIb стадии в условиях радиомодификации ОКС характеризуется высокими показателями лечебного патоморфоза IV степени опухоли, достигающего 44,8%.



2. Применение трансректальной инфузии ОКС позволило снизить количество постлучевых и осложнений химиотерапии в 3 раза.

## **Программа ведения беременности и репродуктивная функция у женщин с хроническими миелопролиферативными заболеваниями**

Е. С. Полушкина<sup>1</sup>, Р. Г. Шмаков<sup>1</sup>, Н. Д. Хорошко<sup>2</sup>, М. А. Соколова<sup>2</sup>, М. А. Виноградова<sup>1</sup>, Н. В. Цветаева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ НЦ АГиП им. В. И. Кулакова Минздрава России, Москва;

<sup>2</sup> ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты сочетания хронических миелопролиферативных заболеваний (ХМПЗ) с беременностью. Это требует разработки особого подхода к подготовке и ведению беременности у данной группы пациенток. Целью данного исследования явилась разработка программы подготовки к беременности, ее ведения и изучение особенностей репродуктивной функции у женщин с ХМПЗ.

Ретроспективно было проанализировано течение 41 беременности у 21 женщины (1 группа), которым специфическое лечение лейкоза не проводилось, либо было неадекватным. в проспективную группу (2 группа) вошли 46 женщин с ХМПЗ, которым во время беременности проводилось лечение по разработанному алгоритму. в исследование вошли пациентки с основными видами ХМПЗ: эссенциальная тромбоцитемия, истинная полицитемия и первичный миелофиброз. Всем женщинам проводилось определение мутации гена JAK2, мутаций генов, сопряженных с наследственной тромбофилией, волчаночного антикоагулянта, уровня гомоцистеина, антител к кофакторам фосфолипидов. Алгоритм ведения беременности, родов и послеродового периода включал проведение циторедуктивной терапии рекомбинантным интерфероном  $\alpha$ , также эритроцитаферезы, коррекцию показателей системы гемостаза (антиагрегантная, антикоагулянтная терапия, плазмаферез). В 1 группе искусственное прерывание беременности было произведено в 3 (7,3%) случаях, без адекватной терапии репродуктивные потери составили 65,8%. В структуре репродуктивных потерь преобладали самопроизвольные выкидыши на разных сроках — 15 (36,6%) беременностей, в 2 (4,9%) случаях диагностирована неразвивающаяся беременность, в 8 (19,5%) — антенатальная гибель плодов (1 двойня). Преждевременными родами завершились 14,6% беременностей, своевременные роды произошли в 17,1% случаев. Из 46 беременностей во 2 группе 2 (4,3%) закончились искусственным прерыванием по медицинским показаниям. При использовании разработанного алгоритма неблагоприятные исходы беременностей отмечены лишь в 4,5% (2 случая). Преждевременными родами закончились 5 (10,9%) беременностей, своевременными — 37 (80,4% беременностей) ( $p=0,000001$ , ОШ- 0,07; 95% ДИ: 0,018; 0,232). Беременность протекала без осложнений в 2 (15,4%) и в 14 (33,3%) случаях в 1 и 2 группах соответственно. Из осложнений беременности наиболее часто наблюдалась угроза прерывания — в 10 (76,9%) и 22 (52,4%) случаях ( $p=0,2$ ), анемия — в 4 (30,8%) и в 13 (31%) в 1 и 2 группах соответственно. В 1 группе 30,8% беременностей осложнились развитием плацентарной недостаточ-

ности (ПН), в том числе, с синдромом задержки развития плода (СЗРП) в 2 случаях. Несмотря на проводимую терапию, у 11,2% женщин 2 группы развилась ПН, в том числе, в 3 случаях (10,3%) с СЗРП.

Таким образом, у женщин с ХМПЗ при отсутствии лечения репродуктивные потери составили 65,8%, осложнения беременности наблюдались в 84,6% случаев. Создание программы подготовки, ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ХМПЗ привело к статистически значимому снижению репродуктивных потерь до 4,5% ( $p=0,000005$ , ОШ-24,2, 95% ДИ: 4,8; 225,9) и тенденции к снижению числа осложнений беременности—до 66,7% ( $p=0,5$ ).

## Рак шейки матки в Удмуртской республике: реалии и перспективы

Т.А. Прокопьева, В.М. Напольских, Е.Е. Горбунова, Е.И. Ожгихина  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Значимость проблемы рака шейки матки (РШМ) заключается в том, что болезнь затрагивает орган и ткани, относящиеся к репродуктивной системе, имеет непосредственное влияние на воспроизводство и продолжение рода.

Целью данного исследования явилось обоснование необходимости разработки программы мероприятий по борьбе со злокачественными новообразованиями шейки матки (ЗНШМ) в Удмуртской республике (УР).

Материалом исследования явилась база данных Популяционного ракового регистра Удмуртского республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД) за 1993-2012 гг., подвергнутая ретроспективному анализу.

Среди десяти наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний у женщин УР РШМ находится во второй «пятерке», конкурируя со злокачественными опухолями тела матки, яичников и прямой кишки. в прошлом столетии заболеваемость РШМ в УР неукоснительно снижалась, достигнув, 5,0 на 100 тыс. женского населения. С конца XX века прослеживается неблагоприятная тенденция роста заболеваемости РШМ, достигшая в современных условиях максимального уровня 15,5 на 100 тыс. женского населения. Ежегодно в УР впервые выявляется от 100 до 217 новых случаев РШМ. У городского населения РШМ встречается чаще (63,3%). За последние 15 лет РШМ у женщин трудоспособного возраста вырос с 43 до 63%, занимая II место в общей структуре онкологической заболеваемости и I—в структуре онкогинекологической заболеваемости. Среди общего числа заболевших РШМ в УР в 40% случаев—это женщины в возрасте 15-49 лет. В возрастной группе 30-39 лет РШМ стабильно является ведущей онкологической патологией, а группа больных 45-49 лет является наиболее многочисленной. Контингенты больных, состоящих на учете со ЗНШМ, за последние 20 лет постоянно уменьшаются (с 2887 до 1820) при тенденции к снижению показателей 5-летней выживаемости (80%), что свидетельствует о необходимости глубокого анализа данной проблемы. Одногодичная летальность при РШМ колеблется от 17 до 25%. Удельный вес больных с III-IV стадиями составляет 24-30%, максимальные показатели отмечены в возрастных группах 50-59 и старше 70 лет. Выявляемость РШМ при профилактических осмотрах (от числа поставленных на учет) едва достигает 30%. В течение последних 10 лет показатели смертности не уменьшаются, колеблясь около 7,0 на 100 тыс. женского



населения. В структуре смертности женского населения от онкологических заболеваний в возрастной группе 30-39 лет РШМ занимает ведущую позицию, в структуре смертности от онкогинекологических заболеваний в последние 3 года он вышел на первое место, опередив злокачественные опухоли яичников и матки.

Учитывая неутешительную статистику РШМ в УР, кафедра онкологии ИГМА и Удмуртский РКОД в 2012 году инициировали разработку комплексной программы мероприятий по борьбе со ЗНШМ. Одним из важных разделов явилось включение вопросов совершенствования стратегии и тактики при РШМ в программу обучающего курса для врачей первичных онкологических кабинетов, акушеров-гинекологов, элективов для студентов старших курсов ИГМА, семинаров с акушерками смотровых кабинетов городских лечебных учреждений и фельдшерско-акушерских пунктов. В программу вошли результаты научных исследований по сексуальному поведению подростков, реабилитации больных после радикального и органосохраняющего лечения РШМ. В цитологической лаборатории РКОД в настоящее время осваиваются технологии, позволяющие стандартизировать цитологическое исследование. Десятилетиями сформированное в РКОД взаимодействие клинициста, цитолога и морфолога активно пропагандируется в других лечебных учреждениях. Но для реализации системы активного привлечения женщин к участию в цервикальном скрининге необходимы государственное мышление и воля организаторов здравоохранения УР.

## **Ультразвуковая эхография и иммунологический метод при диагностике прогрессирования рака яичников**

И.П. Родионова, М.Г. Тухбатуллин, М.Н. Насруллаев, Ф.Т. Хамзина  
*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения России»*

Несмотря на внедрение современных диагностических технологий, диагностика рецидивов рака яичников остается сложной задачей, так как прогрессирование заболевания протекает практически бессимптомно.

Цель: исследовать и оценить взаимосвязь данных ультразвуковой эхографии и колебаний уровня концентрации СА-125 при возникновении рецидива рака яичников.

Материал и методы: представлен анализ клинических наблюдений за 324 больными раком яичников после комбинированного лечения. Критерием отбора больных был гистологически подтвержденный диагноз аденокарциномы яичников. Возраст пациенток на момент постановки диагноза составлял от 37 до 68 лет. После проведения комбинированного лечения у всех больных была достигнута клиническая ремиссия. в течение периода наблюдения рецидивы рака яичников различной локализации выявлены у 240 (74%) больных. Диагноз рецидива подтвержден морфологически у 98 (40,8%) пациенток, у 142 (59,2%) пациенток верификация произведена на основании комплексного клинического обследования с учетом уровня онкомаркера СА-125. Остальные 84 пациентки (26%) находились в состоянии клинической ремиссии. Мониторинг за больными осуществлялся после первичного специального лечения каждые 3 месяца в течение первых двух лет, каждые 6 месяцев в течение 3-4 лет, затем ежегодно. Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства и периферичес-

ких лимфоузлов. Изучалась динамика изменения уровня СА-125 в сыворотке крови больных до и после проведения циторедуктивной операции.

Результаты: установлено, что 114 (47,5%) пациенток в момент обнаружения рецидива не предъявляли никаких жалоб. Общий и гинекологический осмотр позволил выявить признаки рецидива у 166 (69,1%) пациенток, чувствительность метода составила 67,9%. в 210 (87,5%) наблюдениях имел место повышенный уровень онкомаркера. Для оценки информативности и специфичности ультразвукового и иммунологического методов при выявлении рецидивов рака яичников проанализированы данные эхографии и уровень онкомаркера в сыворотке крови больных, разделенных на 2 группы. в I группу вошло 240 пациенток с рецидивом первичной опухоли. II группу составили 84 больных без признаков прогрессирования. У больных I группы в 174 (72,5%) случаях увеличение концентрации СА-125 в сыворотке крови больных и данные УЗИ коррелировали между собой и свидетельствовали о возврате болезни. Средний уровень маркера у данной категории пациенток составлял 298 Ед/мл. Изолированное повышение уровня онкомаркера обнаружено у 40 (16,7%) пациенток при отсутствии объемных образований в ходе проведения эхографии, и у 26 (10,8%) пациенток при подтверждении прогрессирования заболевания ультразвуковым методом уровень СА-125 повышался в динамике, не превышая дискриминационных значений.

Выводы: данные ультразвуковой томографии и иммунологического метода в 72,5% случаев коррелируют между собой и одновременно выявляют рецидив рака яичников. Чувствительность онкомаркера СА-125 в диагностике прогрессирования заболевания составляет 86,6%, точность — 91,4%.

## Роль факторов антиоксидантной защиты организма для отдаленной выживаемости больных раком шейки матки

Л.Я. Розенко, Е.М. Франциянц, Ф.Р. Джабаров  
ФГБУ «РНИОИ МЗ РФ», Ростов-на-Дону

Исследование комплекса параметров антиоксидантной (АО) системы организма является важным элементом информации, необходимой для понимания патогенеза заболевания, течения злокачественного процесса и в плане изучения эффективности проводимого лечения. Однако взаимоотношения в системе ПОЛ-антиоксиданты при лучевом лечении изучены недостаточно. Целью исследования: являлось изучение состояния АО статуса больных раком шейки матки (РШМ) в зависимости от итогов сочетанной лучевой терапии (СЛТ). Стандартная методологически аналогичная СЛТ осуществлена у 151 больного с морфологически верифицированным РШМ Т3NхM0 стадии. За 5 лет наблюдения 71 из 151 (47,1%) женщин умерли от доказанных рецидивов и метастазов РШМ (1 группа), соответственно 80 из 151 (52,9%) прожили 5 лет без патологии (2 группа). В указанных группах проведено ретроспективное исследование показателей звеньев АО системы до и после СЛТ. Сходные фоновые признаки дискоординации показателей АО в обеих группах были характерны для распространенных процессов РШМ. Однако в нейтрофилах 1 группы концентрация витаминов Е и А была снижена, соответственно, против нормы в 9 и 52 раза, а по сравнению с группой живых, соответственно ниже в 3,8 и 5,8 раз ( $p < 0,01$ ). В 1 группе обнаружено превышение СПА нейтрофилов в 1,5 раза против нормы и 2 группы.



До лечения активность каталазы в эритроцитах, нейтрофилах и плазме в 1 и 2 группах была в норме, а в лимфоцитах 2 группы уровень каталазы превышал на 59% значения нормы и на 32% данные 1 группы. До лечения в группе умерших, имела место более выраженная гиперстабилизация цитомембран клеток и потеря их эластичности. Коэффициент эритроциты/плазма для витамина А (Коэф. эр/пл) был в 4,6 раз и в 1,5 раза выше данных нормы и 2 группы. У выживших относительная сохранность клеточных структур определялась и достоверно более высоким (в 1,8 раз) исходным уровнем катепсина D в эритроцитах. Таким образом, больные, оставшиеся в живых после СЛТ, имели исходно лучшую сохранность компонентов АО системы организма. К концу лечения во 2 группе была нормализация — каталазы, СОД и пероксидазы в клетках крови и коэф. СОД/СПА в лимфоцитах и нейтрофилах. Напротив, у умерших изменения уровней ферментов отразилось в увеличении Коэф. СОД/СПА в лимфоцитах на 23% и в 2,7 раза против исхода и нормы, соответственно. К концу СЛТ концентрация в витаминов Е и А лимфоцитах восстановилась до нормы в обеих группах. Но если в нейтрофилах больных 2 группы обнаружилось сохранение их фонового содержания, то в 1 группе, напротив, происходит очень резкое накопление витаминов Е и А, соответственно в 6,8 и в 8 раз. ( $p < 0,01$ ). В 1 группе Коэф. эр/пл для витамина Е снизился к концу лечения в 2 раза против исхода и в 1,8 раз ниже нормы ( $p < 0,01$ ). У выживших больных этот показатель на протяжении СЛТ находился стабильно на уровне нормы, что является, по-видимому, прогностически благоприятным признаком. Особенно заметны неблагоприятные перестройки, происшедшие в конце лечения в нейтрофилах женщин 1 группы. При повышении активности СОД в 3 раза и снижении пероксидазы на 47% против исхода, Коэф. СОД/СПА в нейтрофилах этих больных стал превышать в 3,7 раз значения нормы и в 6 раз фоновые данные. Указанное, в соответствии с данными литературы, может свидетельствовать о сохранении дестабилизационных процессов в ферментативном звене АО системы защиты организма у умерших впоследствии больных. Таким образом, степень приближенности к уровню нормы в конце лечения по основным показателям АО имеет прямую взаимосвязь с отдаленными результатами всего лечения.

## **Потенциальные возможности эндолимфатической монотерапии субтерапевтическими дозами метотрексата**

Л.Я. Розенко, Е.М. Франциянц, Ф.Р. Джабаров  
*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
Ростов-на-Дону*

В эндолимфатической полихимиотерапии (ЭПХТ) с возможностью одномоментного введения в лимфососуды более, чем курсовых доз цитостатиков, нашел реализацию известный постулат о прямой зависимости противоопухолевого эффекта химиотерапии от дозы введенного препарата. Вместе с тем в эксперименте было продемонстрировано, что в режиме монотерапии цитостатиками в сверхнизких дозах, а также при их сочетании с химиосенсибилизаторами, также в сверхнизких дозах, удастся получить значительный противоопухолевый и противометастатический эффект.

Цель исследования: исследовать противоопухолевую эффективность эндолимфатической химиотерапии малыми дозами метотрексата при сочетанном лучевом лече-

нии рака шейки матки. Материал и методы исследования. 95 больным с верифицированным раком шейки матки T3NxMo стадии проводилась идентичная традиционная сочетанная лучевая терапия (СЛТ). 37 больным I группы до начала СЛТ в регионарные лимфососуды дважды с интервалом в 7 дней вводились смесь по  $0,36 \pm 0,05$  мг/м<sup>2</sup> метотрексата и  $28,6 \pm 3,9$  мг/м<sup>2</sup> циклофосфана (ЭПХТ). 29 женщинам II группы вводилось только по  $(0,07$  мг/м<sup>2</sup>) метотрексата (МТ). Контрольной III группе—29 человек проводилась только СЛТ. После любого варианта эндолимфатической предлучевой подготовки (ЭПП) дистанционная гамматерапия (ДГТ) начиналась через 7-10 дней от последнего введения любых лекарственных агентов. Клинический контролируемый регрессионный эффект оценивался через 2 недели от начала лечения. К этому сроку пациентки с ЭПП получали по 2 лимфоинфузии различных лекарственных агентов, а женщины III группы суммарную очаговую дозу в точке А от ДГТ равную 20 Гр. Результаты. Первичная регрессия опухоли на > 50% от исхода в I и II группах зафиксирована в равном соотношении, соответственно, у 35,1 и 37,9 % больных. Подобный эффект в III группе после 20 Гр ДГТ имел место только в 20,7% случаях наблюдения. Индекс повреждения паренхимы опухоли после дозы 20 Гр и после ЭПП составил соответственно 37% и 41% при снижении структурного показателя соответственно в 2,4 раза в контроле и в 2,9 раз в основных группах. В конце СЛТ в III группе ИРИ (CD4+/CD8+), незначительно возрастая против исхода, остался существенно ниже нормы ( $1,06 \pm 0,01$  против  $1,25 \pm 0,05$  -  $p < 0,05$ ). В основных группах этот показатель существенно вырос, в среднем, в 1,4 раза против исхода и в конце курса химиолучевого лечения его коэффициент изменения нормы (КИН), в среднем, составил 108% от нормы. Начиная с первых этапов ЭПП, выявлено повышение пролиферативной активности: для Т-лимфоцитов в РБТ на ФГА и для В-лимфоцитов на ЛПС. Особенно заметно нормализация функциональной активности лимфоидных клеток имела место при ЭПП малой дозой МТ. Здесь, в конце всего лечения КИН в РБТЛ на ФГА составил 95%, а на ЛПС—105%, соответственно в I группе -83 и 92%. Отдаленная 5-ти летняя выживаемость показала преимущество использования субтерапевтической дозы МТ по сравнению с только СЛТ  $68,4 \pm 6,7\%$  против  $48,3 \pm 7,1\%$  ( $p < 0,05$ ) и равенство с группой ЭПХТ. Медиана выживаемости соответственно по этим группам составила  $34,9 \pm 3,4$  и  $22,2 \pm 5,2$  ( $p < 0,05$ ) месяца, а в группе с ЭПХТ— $27,5 \pm 3,6$  месяца. При только СЛТ 13 из 29 (44,8%) больных погибли в течение 2 лет наблюдения, из них 20,7% в 1 год. в основных группах за первые 2 года после лечения умерло 15 из 66 (22,7%— $p < 0,05$ ) больных, из них 6 из 66 (9,1%) в 1 год. Целесообразно углубленное исследование механизма противоопухолевого эффекта субтерапевтических доз цитостатиков, введенных в лимфоути.

## Местнораспространенный рак шейки матки. Опыт комбинированного лечения

Е.А. Ронина, Л.В. Демидова, О.В. Чулкова, Е.А. Дунаева  
ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена МЗ РФ», Москва

Достаточно низкие показатели эффективности лечения пациенток с местнораспространенными формами рака шейки матки предполагают совершенствование существующих и разработку новых подходов в ведении этой сложной категории



больных. Уменьшение объема опухоли за счет предшествующей химио- и/или лучевой терапии может способствовать повышению возможности хирургического удаления неоплазии со значительным снижением риска диссеминации процесса. Анализ результатов рандомизированных исследований продемонстрировал увеличение 3- и 5-летней выживаемости после химиолучевого лечения по сравнению с монорадיותרAPIей. Заманчивым является включение в комбинацию специальных методов воздействия на опухолевый процесс и хирургического вмешательства, что предположительно может повысить эффективность проводимой терапии.

Материалы и методы: в исследование включены 82 пациентки в возрасте от 24 до 65 лет (средний возраст 42,2 года) с местно-распространенными формами рака шейки матки, получивших комбинированное лечение с 2004 по 2010 г. Сроки наблюдения от 1 до 84 месяцев (медиана 20 мес). Отдаленные результаты известны у 92,7% больных. в возрасте до 40 лет — 52,5% женщин. Распределение по стадиям было следующим: II ст — 43,9%, III ст. — 48,8% (только в 17,1% до начала специального лечения выполнена цитологическая верификация мтс поражения регионарных л/узлов под контролем УЗ). У 80,5% больных опухоль имела строение плоскоклеточного рака, у 7,3% — аденокарциномы, и в 12,2% случаев-аденоплоскоклеточного рака. 50% неоплазий были низкой степени дифференцировки. в I-этапе 43% больным репродуктивного возраста выполнена транспозиция яичников. При проведении предоперационной лучевой терапии в качестве модификаторов использовались 5 ФУ 250 мг/м<sup>2</sup> в течение 5 дней, затем цисплатин 20мг/м<sup>2</sup> в течение 3 дней на фоне начала облучения на весь объем малого таза и пути лимфооттока до СОД 29,5 Гр и два сеанса в/полостной терапии РОД—5Гр в т.А. Таким образом СОД на т. А — 39, 5 Гр, на т. В — 31 Гр. Осложнения возникли у 28% больных, основными из которых были местные реакции I-IIст(29,3%), энтероколиты (25,6%), циститы(12,2%). Следующим этапом пациенткам в сроки от 15 до 40 дней была выполнена расширенная экстирпация матки по методу Вертгейма-Мейгса в ряде случаев дополненной парааортальной (уровень II-III) лимфаденэктомией, которая по времени осуществления и величине кровопотери не отличалась от подобных вмешательств у первично оперированных больных. По данным морфологического исследования у 52,4% констатирована III-IV лечебного патоморфоза, у 43,9% — IIст и только у 3,7% — Iст. в п/операционном периоде дополнительное лечение было проведено 47,6% больным (в 30,5% случаев включало сочетанную или ДЛТ до радикальных доз, в 6,1%—химиотерапию и в 10,9%—сочетанием этих двух методов).

Результаты: у 76 прослеженных больных рецидивы или прогрессирование заболевания возникли в 21 (27,6%) случае в сроки от 0 до 37 мес. после окончания специального лечения (средний срок 12,2 мес). в 33,3% случаев диагностированы местные рецидивы, в 33,3% — прогрессирование по лимфатической системе(поражение парааортальных, паховых л/узлов) и в остальных случаях-генерализация опухолевого процесса(мтс поражение легких, диссеминация по брюшной полости). Всем больным проведено противорецидивное лечение в различных комбинация (в т.ч с использованием хирургического компонента). Умерло 11 пациенток, 6 — живы, 4 — не наблюдаются.

Выводы: 3-летняя общая безрецидивная выживаемостьсоставила 68,6±6,4%, что является достаточно хорошим показателем с учетом постадийной характеристики группы(более 50% пациенток-больные с III-IV ст. заболевания). Анализ результатов наблюдений показал, что не было отмечено статистически значимых различий в 3-летней безрецидивной выживаемости в зависимости от стадии процесса (II-III), степени лечебного патоморфоза, и характера дополнительного специального лечения.

## Сравнительная оценка качества жизни больных раком яичников III стадии после иммунокорректирующей терапии

Л.Р. Салимова, С.В. Камышов, Д.А. Пулатов, Н.Ш. Юлдашева  
РОНЦ МЗ РУз, Ташкент

Стандартные схемы химиотерапии у больных раком яичников оказывают значительные токсические эффекты. Современные методы иммунокоррекции позволяют в значительной степени снижать побочные эффекты химиотерапии за счет усиления иммунологической реактивности организма.

Целью исследования явилось изучение влияния различных методов иммунотерапии на реабилитацию и качество жизни больных раком яичников III стадии в процессе комбинированного лечения.

Результаты иммунотерапии оценены у 36 больных раком яичников с III стадией заболевания (Т3аN0M0 и Т3bN0M0), получавших лечение в период 2009–2010 гг. Средний возраст пациенток составил 43,5 года. Больным проводилась комбинированная терапия: химиотерапию (4–6 курсов цисплатин + циклофосфан) и последующее хирургическое лечение. в зависимости от вида иммунотерапии больные были разделены на 3 группы: 1) 10 больных, которым проводился плазмаферез с последующей экстракорпоральной иммунофармакотерапией (ЭИФТ) (с обработкой клеточной взвеси Тималином 30ЕД); 2) 11 больных, которым проводился ЭИФТ без плазмафереза; 3) 15 пациенток составили контрольную группу (без иммунокорректирующей терапии). Методика ЭИФТ осуществлялась путем эксфузии 200–250 мл аутокрови, инкубацией с Тималином в суммарной дозе 30 мг (за 3 процедуры), с последующей реинфузией полученного конъюгата. Методика прерывистого плазмафереза включала эксфузию 500–1000 мл аутокрови, выделение лейкотромбомассы и эритроцитарной массы с помощью центрифугирования, инкубации ее с Тималином и с последующей реинфузией полученного конъюгата.

В контрольной группе больных после проведения химиотерапии наблюдалось ухудшение показателей кроветворения, а также выраженные нарушения параметров иммунитета и субъективное ухудшение самочувствия. После проведения ЭИФТ наблюдалось улучшение показателей кроветворения, а также нормализация иммунного статуса. После проведения ЭИФТ с плазмаферезом положительное влияние на показатели гомеостаза носили более выраженный характер, что особенно заметно в увеличении числа эритроцитов, лейкоцитов и лимфоцитов, а также численности Т- и В-лимфоцитов. Изменения субъективного состояния больных раком яичников после лечения оценивали по шкале ECOG (ВОЗ). Тяжесть общего состояния больных в группе больных с плазмаферезом с последующей ЭИФТ была самой минимальной в сравнении с другими группами пациентов, в группе пациентов с ЭИФТ без плазмафереза данный показатель был заметно снижен в сравнении с контрольной группой. Оценку качества жизни у больных раком яичников после проведенного лечения оценивали по опроснику SF-36. Сумма баллов в группе больных с плазмаферезом с последующей ЭИФТ составила  $279,6 \pm 48,4$ , в группе пациентов с ЭИФТ без плазмафереза —  $257,0 \pm 45,3$  и в контрольной группе —  $159,8 \pm 33,1$  ( $p < 0,01$ ). Сумма баллов психического компонента здоровья в данных группах больных соответственно составила  $252,4 \pm 47,7$ ,  $227,6 \pm 45,4$  и  $182,4 \pm 37,4$  ( $p < 0,01$ ).

Наибольшей эффективностью в плане снижения побочных эффектов химиотерапии в комбинированном лечении больных раком яичников III стадии обладает схема



иммунокоррекции, включающая прерывистый плазмаферез с последующей ЭИФТ, которая улучшает показатели крови, нормализует показатели клеточного и гуморального иммунитета и значительно улучшает качество жизни пациенток.

## **Лечение больных предопухолевыми заболеваниями шейки матки с помощью углекислотного лазера**

М.Л. Стаханов, Л.З. Вельшер, Е.Н. Крылова, М.Р. Калинин, В.В. Киркин  
НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД»;  
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель исследования: повысить эффективность лечения и реабилитации больных предопухолевыми заболеваниями шейки матки и вульвы на основе применения лазерного излучения.

Материалы и методы.

Нами проведен анализ результатов лечения 734 больных, подвергнутых лазерной коагуляции шейки матки по поводу псевдоэрозии в возрасте от 17 до 77 лет. При этом 198 из 734 больных (27,0%) на момент выполнения данного хирургического вмешательства были нерожавшими. Все они подвергнуты лазерному хирургическому лечению в связи с отсутствием эффекта от терапевтического лечения, проводимого в течение 1-3 лет. Длительность заболевания у 386 из 536 ранее рожавших женщин превышала 1 год. При этом 311 из 536 больных, что составило 58,0%, отметили многолетнее течение заболевания с частыми рецидивами после неоднократной электрокоагуляции или криодеструкции шейки матки. Кроме того, у 83 из 536 (15,5%) ранее рожавших женщин шейка, пораженная эрозивным патологическим процессом, была деформирована. Увеличение nabotievых кист имело место у 91,3% больных.

Все пациентки перед лазерной коагуляцией шейки матки подвергнуты тщательному обследованию, включая и морфологическое исследование различного биопсийного материала, и терапевтической коррекции микрофлоры влагалища.

Лазерную коагуляцию шейки матки проводили с помощью высокоэнергетического лазерного излучения углекислотной лазерной установки «Sharplan 40С» производства концерна Lumenis, которое подводилось к поверхности патологического очага через кольпоскоп, оснащенный специализированным адаптером.

Всем 734 больным лазерная коагуляция шейки матки проведена амбулаторно. При этом каких-либо осложнений в процессе выполнения данной операции мы не наблюдали. Все пациентки в послеоперационном периоде не нуждались в госпитализации, более того, подавляющее их число даже не прерывали свой рабочий график, констатируя полную сохранность работоспособности. Лишь у 2 из 734 пациентов было кровотечение в момент отхождения коагуляционного струпа с раневой поверхности, интенсивность которого делала целесообразным их госпитализацию в стационар. Дополнительная лазерная коагуляция раневой поверхности шейки матки у этих больных обеспечило полную остановку кровотечения до конца эпителизации раны. Длительность госпитализации у этих больных составила 2-е суток.

Результаты и их обсуждение.

Контрольный осмотр шейки матки всем больным проводили не ранее чем через 4-е недели после лазерной коагуляции. Полное заживление раневой поверхности в виде восстановления целостности эпителиального покрытия имело место у 670

из 734 оперированных больных, что составило 91,2%. Остальным 64 больным в процессе выполнения контрольного осмотра проведена повторная лазерная коагуляция участка раневой поверхности с не восстановленным эпителием. Повторное проведение контрольного осмотра этим 64 пациентам позволило констатировать полное восстановление слизистой оболочки шейки матки.

После успешного проведения лазерной коагуляции шейки матки всем больным указано на необходимость динамического наблюдения у гинеколога с периодичностью осмотра не реже, чем раз в шесть месяцев. Рецидив заболевания мы наблюдали у 17 больных в сроки 9-16 месяцев после операции. После соответствующего обследования всем 17 пациентам проведена повторная лазерная коагуляция шейки матки.

Обращает на себя внимание практически полное отсутствие деформации шейки матки после лазерной коагуляции. Более того, больным, у которых до операции шейка матки была деформирована, после операции нормальная анатомия шейки матки восстановилась.

Нами проведено многолетнее динамическое наблюдение за больными, которым проведена лазерная коагуляция шейки матки до родов. Мы не выявили ни одну женщину, у которой имели место какие-либо затруднения со стороны функционального состояния шейки матки во время проведения родов.

Заключение. Хирургическое лазерное лечение с применением высокоэнергетического лазерного излучения углекислотного лазера является эффективным, безопасным и экономичным методом лечения всех больных, имеющих предопуховую патологию шейки матки. Особо следует отметить целесообразность применения лазерной коагуляции шейки матки у нерожавших пациенток.

## Лечение больных краурозом и (или) лейкоплакией вульвы низкоинтенсивным лазерным излучением

М.Л. Стаханов, Е.Н. Крылова, В.В. Киркин  
НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД»;  
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных краурозом и лейкоплакией тканей вульвы.

Материалы и методы.

Нами проведено обследование, лечение 612 больных краурозом или лейкоплакией вульвы. При этом у 540 больных был диагностирован крауроз вульвы, у 28 — лейкоплакия, а 44 больных страдали краурозом и лейкоплакией одновременно. Диагноз поставлен на основании анализа клинических проявлений заболевания, данных визуального осмотра и результатов морфологических исследований биоптата, полученного в процессе выполнения одного из известных способов биопсии. К началу лечения больные были в возрасте от 29 до 78 лет, но большинство пациентов, а именно 69,7%, были в возрасте 50-70 лет.

Лечение этих больных с 1996 года по настоящее время мы осуществляем путем воздействия на пораженную патологическим процессом кожу и слизистую оболочку с подлежащими тканями малоинтенсивным монохроматическим электромагнитным излучением длиной волны 640-680 нм. Мощность излучения на выходе из световода



составляет 0,4 мВт. При этом воздействие длительностью 10 минут осуществляли с одного поля диаметром 10 см. Лечение проводим курсом из 9-11 ежедневных сеансов.

Результаты и их обсуждение.

Терапевтический эффект мы наблюдаем у всех без исключения больных краурозом и (или) лейкоплакией вульвы. Безусловно, его клиническая выраженность, сроки появления первых признаков улучшения состояния и длительность были различными и зависят от множества частных факторов, наиболее основными из которых являются длительность заболевания до начала лечения и местная распространенность патологических изменений кожи и слизистой оболочки промежности. При этом следует отметить, что у большинства больных краурозом вульвы зуд кожи и тактильная болезненность тканей снижают «остроту ощущений» уже после 6-ого—7-ого сеансов. К окончанию первого курса фототерапии все больные отмечали значительное улучшение состояния, что сопровождалось полной нормализацией тактильной чувствительности кожи и слизистой оболочки вульвы, практически полным исчезновением зуда, отсутствием шелушения кожи и сухости слизистой оболочки вульвы.

Важно отметить, что достигнутый к окончанию курса фототерапии эффект продолжал нарастать в течение 4-6 недель после его завершения и еще 4-5 недель оставался стабильным на достигнутом уровне. При этом у большинства больных наблюдается четко выраженная регрессия очагов лейкоплакии кожи и слизистой оболочки вульвы.

Спустя 2,5-3 месяца после окончания первого курса фототерапии у больных вновь появлялись начальные признаки сухости и шелушения кожи, отмечена некоторая бледность и истончение слизистой оболочки, чувство гиперестезии и легкого зуда. Описанные явления быстро купировались во время проведения второго курса фототерапии и в дальнейшем время ремиссии заболевания постепенно увеличивалось.

Заключение. Проведение курсов фототерапии оказывает выраженный терапевтический эффект у больных краурозом вульвы. Применение этого лечения позволяет добиться регрессии очагов лейкоплакии слизистой оболочки вульвы вплоть до полной регрессии заболевания.

## Роль современных УЗРтехнологий в планировании лучевой терапии больных раком шейки и тела матки

И. В. Столярова, Б. А. Минько, А. А. Ярощук, В. В. Шарапова  
ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий МЗ РФ»,  
Санкт-Петербург

Лучевая терапия больных раком шейки и тела матки реализуется чередованием внутриволостного и дистанционного облучения в различных объемах, поэтому для обеспечения принципа дифференцированного лучевого воздействия необходимо не только плоскостное, но и объемное планирование. Это условие оказывается выполнимо при использовании современных УЗ-технологий с использованием трехмерной реконструкции изображения.

Материал и методы.

105 больных гистологически верифицированным раком шейки и тела матки были комплексно обследованы ультразвуковым методом с использованием трансаб-

---

доминантного (конвексным датчиком 3,5 МГц) и трансвагинального (датчиком 65-70 МГц) доступов на современных ультразвуковых аппаратах LOGIQ S6

(GE, HEALTHCARE) и ACCUVIX XQ (Medison) по определенной программе с применением новейших ультразвуковых методик, включающих трехмерную реконструкцию изображения.

Нами использовалась технология Multi-Slice View с преобразованием объемных данных в серию последовательных срезов толщиной 0,5 мм. Целенаправленный выбор определенных сечений из 3Д изображений позволил выделить оптимальные срезы тела и шейки матки и максимально точно определить их размеры, а также взаимосвязь выявленных изменений с состоянием окружающих органов и тканей.

Результаты исследования.

Использование УЗИ в системе 3Д позволило детализировать состояние полости матки, уточнить расположение экзофитного компонента опухоли для индивидуального выбора эндостатических устройств или рационального направленного локального лучевого воздействия на зоны медицинского интереса.

Кроме того, УЗИ с трехмерной реконструкцией изображения позволило уточнить объем матки для индивидуального дозиметрического планирования по фактору «РОД/ СОД/ ОБЪЕМ», а также пространственное топографическое изображение здоровых органов и тканей для приоритетной защиты.

Выводы.

Использование современных УЗ-технологий позволяет совершенно на новом уровне осуществлять планирование лучевого лечения больных раком шейки и тела матки и способствовать снижению лучевых осложнений со стороны смежных с маткой органов.

## Современные возможности сверхвысокопольных МРТ в диагностике рака шейки матки

И. В. Столярова, В. В. Шаракова, Е. К. Яковлева

*ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, Санкт-Петербург*

*ЛДЦ МИБС им.С.М. Березина, Санкт-Петербург*

Заболеваемость раком шейки матки (РШМ) в нашей стране занимает 2 место среди всех заболеваний репродуктивной системы женщины и третье место по величине показателей прироста заболеваемости злокачественными новообразованиями, уступая лишь опухоли молочной и щитовидной железы. Ежегодно в России на 100000 женщин заболевают 19. Смертность составляет 7,5 на 100000. Удельный вес РШМ среди всех злокачественных новообразований у женщин составляет — 3,6%. Рост заболеваемости РШМ во многом связан с неэффективными мероприятиями первичной диагностики.

Целью нашего исследования является повышение эффективности диагностики РШМ с использованием новых современных МР методик на высоко- и сверхвысокопольных МРТ(1,5Тл, 3,0Тл).

Материалы и методы: 23 больные гистологически верифицированным РШМ были обследованы на аппаратах фирмы Siemens Magnetom Avanto 1,5Тл, Magnetom Verio 3,0Тл. Всем пациентам были выполнены Т1 и Т2 ВИ в различных проекци-



ях с использованием программ с жироподавлением, с шириной срезов от 2 до 5 мм, дисфактором до 0,25 мм, FOV (20-25 см) и квадратной матрицей 512x512 см для лучшей визуализации патологического процесса. Это позволило определить размеры патологического процесса, локализацию и степень распространения на параметрий, мочевого пузыря, прямую кишку. Исследования были дополнены T2 Cor FS WI с шириной среза 3-4 мм/0,4 мм, что позволило лучше визуализировать лимфатические узлы вплоть до уровня бифуркации аорты. К рутинному исследованию малого таза была добавлена методика диффузионно-взвешенных изображений (DWI), что позволило лучше дифференцировать степень инвазии в параметральную клетчатку и оценить состояние лимфатических узлов, а также дифференцировать злокачественные тазовые лимфоузлы от доброкачественных. Проводилось в/в динамическое T1 WI контрастирование с получением 3D изображений для дифференциации некротических участков от ткани опухоли. в качестве контрастного препарата использовали неионный парамагнитный комплекс гадолиний—ДТПА-БМА, 0,2 мл/кг веса пациента. При подозрении на параметральную инвазию использование T1-WI с подавлением сигнала от жира до и после в/в динамического контрастирования.

Результаты: МРТ позволяет достаточно достоверно определить размеры патологического процесса, локализацию, степень распространения на параметрий, степень вовлечение в патологический процесс мочевого пузыря и прямой кишки. У 4-х больных было выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов, что позволило изменить стадирование процесса в 17,3% случаев. Выявлена отчетливая корреляция между гистологическими и МРТ данными об опухоли

Выводы: МРТ занимает лидирующее место среди диагностических методов визуализации опухолевых процессов малого таза, что позволяет осуществлять адекватное стадирование опухолевого процесса и проведение специфического лечения больных РШМ.

## Рак и предрак эндометрия: оценка диагностической значимости компьютерной морфометрии

Ю.Ю. Табакман, А.А. Каниболоцкий, А.Ю. Костин, А.Х. Биштави  
ГБУЗ «ОКД №1 ДЗМ», Москва

Дифференциальная диагностика предрака и рака эндометрия (Э) на фоне гиперпластических изменений Э сопряжена с рядом сложностей. Все изменения в строении эндометриальных желез, эпителия и стромы носят описательный характер. Цель компьютерной морфометрии (КМ)—выразить в количественных параметрах основные характеристики Э: соотношение площади желез к общей площади исследуемого объекта в %, среднее значение периметра желез — в микронах (мкм), средний размер ширины ядер (мкм), среднее квадратическое отклонение (СКО) размеров ширины ядер. Указанные параметры предложены авторами концепции EIN (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия) MutterGL., 2000; VaakJP, MutterGL., 2005. Для прогнозирования риска озлокачествления в очагах гиперплазии эндометрия (ГЭ). Целью нашего исследования было определить диапазон значений морфометрических параметров при простой (ПГЭ) — 15 больных, сложной (СГЭ) — 11 больных, атипической гиперплазии (АГЭ) — 9 больных, рак эндометрия (РЭ) — 5 больных. Компьютерная морфометрия выполнялась с использованием микроскопа LeicaDV 2500 с цифровой цветной камерой высокого разрешения LeicaBAC 320, персональ-

ного компьютера, морфометрической программы ImaScopeColor. Полученные нами средние значения доли желез при ПГЭ составили 33,7% (95% доверительный интервал 11-55%), при СГЭ—42,5% (ДИ 20-64%), при АГЭ—54% (ДИ 58-70%), при РЭ—59% (ДИ 36-82%). Средние значения периметра желез: ПГЭ — 670 мкм (ДИ 440-900 мкм), СГЭ—700 мкм (ДИ 440-960 мкм), АГЭ — 770 мкм (ДИ 410-950%), РЭ—680 мкм (ДИ 330-1030%). Средняя ширина ядер эндометриального эпителия: ПГЭ- 0,46 мкм, СГЭ—0,47 мкм, АГЭ—0,51 мкм, РЭ—0,50 мкм. СКО ширины ядер колебалось от 0,05 до 0,12, не отличаясь специфичностью по отношению к РЭ, доброкачественной и АГЭ. Значения морфометрических показателей колебались в широких пределах в разных полях зрения в очагах ПГЭ, СГЭ, АГЭ и РЭ.

Заключение: 1 — исследованные параметры КМ не могут быть рекомендованы для целей практической диагностики предрака и рака эндометрия, 2 — морфометрические изменения Э при доброкачественной ГЭ, предраке и РЭ отличаются большим многообразием, что, по-видимому, является одной из причин частых расхождений в заключениях разных морфологов по одним и тем же гистологическим препаратам.

## Место магнитно-резонансной томографии в алгоритме предоперационного обследования пациентов с раком тела и шейки матки

И.А. Трофименко

Городская больница № 40, Санкт-Петербург;

Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В течение последних 25 лет магнитно-резонансная томография (МРТ) все шире применяется для диагностики, стадирования и оценки эффективности лечения опухолей малого таза у женщин, зарекомендовав себя как безопасный и эффективный диагностический метод. Для успешного применения МРТ в ежедневной практике онкологу важно понимать возможности и ограничения метода, а так же его место в диагностическом алгоритме.

Более чем в 80% случаев рак тела матки выявляется на I стадии опухолевого процесса, при этом стратификация риска и, соответственно, тактика лечения определяются 4 основными факторами: гистологический тип опухоли и степень ее дифференцировки, глубина инвазии в миометрий, вовлеченность стромы шейки матки и наличие лимфоваскулярной инвазии. Данные о гистологическом типе опухоли представляет морфологическое исследование, оценить вовлеченность сосудов (а именно этот фактор демонстрирует наиболее сильную корреляцию с вероятностью лимфогенных метастазов) возможно только при гистологическом исследовании материалов гистерэктомии, таким образом, основной задачей методов лучевой диагностики является определение глубины опухолевой инвазии в миометрий и вовлеченности шейки матки. В аспекте оценки глубины инфильтрации миометрия результаты МРТ и УЗИ сопоставимы, и в большей части случаев предпочтение заслуженно отдается более доступному методу сонографии. Магнитно-резонансная томография имеет преимущества при наличии сопутствующих факторов затрудняющих УЗ-визуализацию (ожирение, аденомиоз, лейомиомы матки, стенозы цервикального канала и др.). Диагностические показатели МРТ в выявлении метастатического поражения брюшины, ма-



точных труб и яичников превосходят показатели УЗИ, соответственно, при опухолях неблагоприятных гистотипов (светлоклеточный и серозно-папиллярный раки, а также G3 эндометриодные аденокарциномы), которые характеризуются более агрессивным течением, оправдано выполнение предоперационного МР исследования.

При раке шейки матки МРТ превосходит все другие методы исследования по значению отрицательного прогностического показателя в установлении параметральной инвазии, что необходимо для отбора пациенток для радикального оперативного лечения. При планировании трахелэктомии данный метод исследования позволяет точно оценить все морфометрические факторы, необходимые для планирования операции: размеры опухоли, длина шейки матки, расположение опухоли относительно внутреннего зева матки, состояние параметриев и лимфатических узлов.

На более поздних стадиях опухолевого процесса возможности МРТ и КТ сопоставимы в оценке состояния лимфатических узлов, однако МР исследование демонстрирует более высокие показатели в установлении инфильтрации тазовой брюшины, мочевого пузыря и прямой кишки (в том числе в оценке состояния их слизистой оболочки).

Методы лучевой диагностики имеют большое значение в оценке распространенности и планировании лечения при опухолях тела и шейки матки. Понимание диагностических возможностей каждого метода, его преимуществ и недостатков позволяет сократить время от выявления опухолевого процесса до его адекватного стадирования и назначения соответствующего метода лечения.

## **Результаты исследования вирусной нагрузки ДНК ВПЧ у больных с предраком и начальным раком шейки матки**

О.И. Трушина, О.Ю. Шипулина  
*ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» МЗ РФ*

В настоящее время в связи с актуальностью проблемы поиска новых прогностических критериев клинически значимой инфекции, все большее значение в последние годы приобретают исследования по количественному определению вирусной нагрузки, т.е. активности вирусного генома в стимуляции пролиферации эпителия. Данный показатель рассматривается как один из серьезных факторов риска злокачественной прогрессии ПВИ, который позволит повысить информативность диагностики, провести эпидемиологические исследования и задолго до появления первых патологических, морфологических и клинических признаков заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, сформировать группы риска по развитию РШМ. Целью настоящего исследования является поиск новых прогностических молекулярно-биологических факторов рака шейки матки в качестве самостоятельного диагностического метода.

Материалы и методы: исследование вирусной нагрузки ДНК ВПЧ выполнено 8 женщинам с дисплазией II степени, 32 пациенткам с дисплазией III степени и 14 больным *ср in situ*. Исследование вирусной нагрузки ДНК ВПЧ выполнено методом ПЦР в реальном времени, который осуществляет количественную оценку экспрессии тех или иных генов в образце и позволяет нормировать количество вируса на количество клеток человека, поэтому в качестве единицы измерения использован логарифм копий ДНК ВПЧ на 10/5 эпителиальных клеток ( $\lg 10/5$  клеток). Материалом

для исследования являлся соскоб клеток из цервикального канала и влагалищной порции шейки матки, а также из прилежащих и окружающих слизистых, в которых также может персистировать ДНК ВПЧ.

Результаты: ВПЧ 16-й тип идентифицирован в  $24 \pm 3,4\%$  клинических наблюдениях, 18 тип — в  $13,9 \pm 2,1\%$ , остальные типы смешанной инфекции распределились по распространенности следующим образом: 16,18,45 —  $12,9 \pm 4,3\%$ , 31,33,56 —  $11,1 \pm 2,9\%$ , 16,31,33,35-3,8 ± 0,5%, 16,18,35,45-3,8 ± 0,42% и 31,33,35,58 — по  $3,8 \pm 0,46\%$ . Клинически малозначимое количество ВПЧ установлено в 3-х ( $5,5 \pm 0,9\%$ ) наблюдениях, клинически значимое — в 12 ( $22,2 \pm 4,3\%$ ) и повышенная вирусная нагрузка — в 39 ( $72,3 \pm 6,4\%$ ). Распределение вирусной нагрузки в зависимости от тяжести морфологических изменений показало следующее: клинически малозначимое количество ДНК ВПЧ зарегистрировано в 3-х наблюдениях с дисплазией II ст. ( $37,5 \pm \%$ ) и ни в одном у пациенток с выраженной дисплазией и начальным РШМ; клинически значимое количество вируса имело место в одном наблюдении с дисплазией II ст. ( $12,5 \pm \%$ ) и *сг in situ* ( $7,1 \pm \%$ ), у 10 женщин с дисплазией III ст. ( $31,3\%$ ); повышенная вирусная нагрузка установлена у четырех пациенток с дисплазией II ст. ( $50 \pm 5,4\%$ ), у 22 ( $68,7 \pm 3,6\%$ ) и 13 ( $92,9 \pm 8,9\%$ ) больных с дисплазией III ст. и *сг in situ*, соответственно.

Выводы: показатель активности вирусного генома в стимулировании процессов пролиферации эпителия достоверно увеличивается по мере прогрессирования тяжести цервикальных интраэпителиальных изменений от дисплазии умеренной степени до *сг in situ* ( $p < 0,05$ ). Вирусную нагрузку можно рассматривать в качестве самостоятельного клинического критерия оценки характера тканевых изменений, обусловленных вирусной инфекцией.

## Интегральные индексы интоксикации, как критерии оценки тяжести у больных раком яичников

С. В. Туманян, Д. В. Ярцева

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» РФ,  
Ростов-на-Дону

Актуальность. Злокачественные новообразования придатков стабильно занимают третье место среди злокачественных опухолей женской репродуктивной системы, составляя 23-25%. Максимальный уровень заболеваемости раком яичников приходится на женщин в возрасте 40-60 лет, а смертность составляет около 47% от рака женской половой сферы. Расширение диапазона диагностических методов, направленных на выявляемость ранних стадий злокачественных новообразований этой локализации и оценку тяжести состояния больных, на практике не привело к улучшению результатов. Тяжесть состояния во многих случаях ухудшается по мере прогрессирования эндогенной интоксикации (ЭИ). Использование интегральных индексов может быть перспективным в комплексе ранней диагностики и эффективности лечения.

Цель исследования. Использование интегральных индексов для оценки тяжести, ЭИ и выбора терапии у больных РЯ.

Материал и методы исследования. Обследованы 54 больных РЯ. Первую группу составили 22 женщины с РЯ на ранних стадиях процесса. Вторую — 32 женщины на поздних стадиях заболевания. Группы были сопоставимы по общему статусу, возрасту, стадии заболевания, гистологической структуре и градации опухоли. После различных



вариантов химиотерапии, проведен хирургический этап лечения, в объеме стандартной циторедукции (надвлагалищной ампутации матки, резекции большого сальника). Всем больным выполняли расчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), ядерного индекса (ЯИ), гематологического показателя интоксикации (ГПИ) и его модификации ГПИ2, лимфоцитарного индекса (ЛИ), индекса сдвига лейкоцитов (ИСЛК). Определение показателей клинического анализа крови проводили на гематологическом анализаторе. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных первой группы ЛИИ был равен  $1,4 \pm 0,02$  (от 0,82 до 1,24), и находился в пределах нормы, ИСЛК также не претерпевал значительных изменений. При этом ГПИ становился больше нормативных значений на 0,6 ед. ( $1,65 \pm 0,1$ ) ( $P < 0,005$ ), а ГПИ2 соответствовал интоксикации II степени (от 1,7 до 2,4) ( $P < 0,05$ ). Достоверно также возрастали значения ЯИ— $0,28 \pm 0,01$  и ЛИ— $0,64 \pm 0,02$  ( $P < 0,05$ ) соответственно. Таким образом, в группе больных с ранними стадиями процесса РЯ, наиболее информативными индексами указывающие на появление симптомов интоксикации служили ЯИ, ГПИ, ГПИ2 и ЛИ. ЛИИ и ИСЛК в ранней диагностике значения не имел.

У больных второй группы уровень ЛИИ (2,8–4,5) соответствовал I—II степени ЭИ, ГПИ2 (12,7—16,6)—III степени ЭИ. Значения ГПИ, ЯИ и ИСЛК также достоверно увеличивались. Уровень ЛИ был малоинформативен. Клинически у больных отмечались слабость, утомляемость, снижение аппетита, ухудшение памяти, асцит, головные боли, диспепсические расстройства. Следовательно, на поздних стадиях РЯ наиболее выражены значения ГПИ2, чем прочих индексов интоксикации (ЛИИ, ЯИ, ГПИ, ИСЛК), также достоверно изменяющихся.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что из рассматриваемых нами интегральных индексов интоксикации наиболее информативным, отражающим тяжесть процесса и клинические проявления ЭИ оказался ГПИ2, что может найти отражение в возможности его использования в комплексе ранней диагностики РЯ, а также для повышения эффективности проводимой терапии.

## Цитологические и гистологические параллели при преинвазивном и микроинвазивном раке шейки матки. Обоснованность методов лечения

А. А. Тумашевич, П. И. Ковчур, И. Е. Бахлаев, К. В. Гаврина  
*Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск*

Диагностика преинвазивного и микроинвазивного рака шейки матки (РШМ) «...остается сложной и трудно разрешимой проблемой до той поры, пока отсутствует четкий и убедительный гистологический диагноз» [Mestwerdt G.1947].

Цель. Изучить данные цитологического и гистологического исследований, обоснованность и безопасность конизации шейки (КШМ) в сравнении с экстирпацией матки (ЭМ).

Методы и материал. Проведен анализ 373 историй болезни пациенток с дисплазией 3 (Д3), преинвазивным (CIS) и инвазивным раком шейки матки (IA1 РШМ). Критериями отбора больных были гистологически верифицированный диагноз у 77,7% (290) больных после только прицельной биопсии и у 22,3% (83)—биопсии в сочетании с ЛДВ. Выделено 2 группы: 1 (n=318), где выполнена КШМ; 2 группа

(n=55)—выполнена ЭМ (n= 55). в каждой группе выделены 3 подгруппы с Д3, CIS и St Ia1. в 1 группе (n=318): Д3—36, CIS—152 и St Ia1—130 случаев, во 2 (n=55): Д3—3, CIS—17 и St Ia1—35 случаев. Проанализированы данные цитологического, гистологического (после биопсии) и гистологического (после конизации и ЭМ) исследований. Возраст больных варьировал от 21 до 72 лет (средний возраст—43,2±3,4). У 88,7% больных клиническая манифестация РШМ отсутствовала, боли внизу живота предьявляли 12 (3,2%) пациенток, кровянистые выделения—23 (6,2%), сочетание симптомов—7 (1,9%). Цитологический скрининг: в 1 группе у 60 (18,9%) пациенток выявлена нормальная картина, у 58 (18,2%)—ASCUS, у 14 (4,4%)—LSIL, у 186 (58,5%)—HSIL. Чувствительность ЦС составила 58,5% (186), соответственно по подгруппам 55,5% (20), 55,9% (85) и 62,3% (81). Во 2 группе: норма—у 8 (14,5%), ASCUS—у 8 (14,5%), LSIL—2 (3,6%), HSIL—37 (67,3%) больных. Чувствительность ЦС составила 67,3%.

Гистологический скрининг: в 1 группе (n=318) по биопсии Д3 (n=36) был установлен в 100% случаях и совпал с заключительным гистологическим заключением у 24 (66,7%) пациентов, Д1-2 степени—у 4 (11%), лейкоплакии—у 8 (22%). Диагноз CIS (n= 152) по биопсии поставлен у 86,8% (132) и у 13,2% (20)—Д3 с подозрением на са in situ. Совпал с заключительным гистологическим заключением у 103 (67,8%), Д3—у 14 (9,2%), Д1-2—у 2 (1,3%), лейкоплакия—у 33 (21,7%) больных. Диагноз St Ia1 (n= 130) по биопсии выставлен у 68 (52,3%), Д3 с подозрением на микроинвазивный рак—у 14 (10,8%), CIS с подозрением на микроинвазивный рак—у 48 (36,9%). Совпал с заключительным гистологическим диагнозом у 75,4% (98), CIS—у 11,5% (15), Д3—у 12,3% (16), лейкоплакия—у 0,8% (1). Во 2 группе (n= 55) по биопсии для подгруппы Д3 (n= 3) поставлен в 100% случаях. Совпал у 2 (67%), Д1—у 1 пациентки. Подгруппа CIS (n= 17) по биопсии—в 100%, подтвержден гистологически у 12 (70,6%), Д3—у 1 (5,9%), лейкоплакия—у 3 (17,6%), не обнаружено—у 1 (5,9%). Подгруппа St Ia1 (n= 35) по биопсии поставлен у 17 (48,6%), Д3 с подозрением на микроинвазивный рак—у 4 (11,4%), CIS с подозрением на микроинвазивный рак—у 14 (40%). Совпал с заключительным гистологическим диагнозом у 85,7% (30), Д3—у 2,9% (1), лейкоплакия—у 8,6% (3), не выявлено—у 2,9% (1). Во 2 группе в 83,6% (46) предварительный диагноз был подтвержден.

Выводы. Чувствительность цитологического метода составила 59,8%. Сравнительный анализ результатов гистологического исследования материала после КШМ и ЭМ не выявил достоверных статистических различий в верификации диагноза (84,9% против 83,6%). КШМ является онкологически обоснованным и безопасным методом выбора в лечении истинного предрака, преинвазивного и микроинвазивного РШМ.

## Результаты сочетанного лучевого лечения рака шейки матки

В.Г. Туркевич, С.В. Канаев

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Лучевая терапия в качестве самостоятельного метода или в сочетании с операцией назначается большинству онкогинекологических больных. Частота ее применения при инвазивном РШМ—70%. При I стадии рака шейки матки пятилетняя выживаемость колеблется от 73 до 97,5%, при II—48-50%, при III—12,5-35%.



Общие принципы лучевой терапии рака шейки матки в настоящее время являются достаточно определенными. Дистанционное облучение, позволяя сократить размеры первичной опухоли, направлено в основном на область тазовых лимфатических узлов. Внутриполостное или контактное лучевое воздействие (брахитерапия, кюритерапия, эндокюритерапия) имеет главной целью инактивацию первичного опухолевого очага.

Нами изучены данные о 850 больных раком шейки матки (РШМ), получавших лучевое лечение в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России (Санкт-Петербург) в период с 1 января 1973 г. по 31 декабря 2000 г. Стадирование процесса производилось согласно пятому пересмотру классификации TNM.

Для лечения всех больных РШМ использовалась сочетанная (дистанционная + контактная) радиотерапия. Дистанционное радиационное воздействие проводилось следующим образом. Использовалось фотонное излучение линейных ускорителей электронов ЛУЭВ-15М1 ( $E_x=15\text{МэВ}$ ) и ЛУЭ-25 ( $E_x=25\text{МэВ}$ ) для лечения 500 больных и телегамматерапия на установках «РОКУС» Со-60 ( $E_{\text{эф}}=1.25\text{МэВ}$ ) — 350 пациентов. Контактному лучевому лечению с НМД — низкой мощностью дозы (0.5Гр/ч) подверглись 220 пациенток. Применялось три режима фракционирования суммарной очаговой дозы: 1-й — РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=80Гр (ВДФ=150, КРЭ=2445, БЭДр=86, БЭДп=148); 2-ой — РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=100Гр (ВДФ=187, КРЭ=2865, БЭДр=107, БЭДп=186); 3-й — РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=120Гр (ВДФ=225, КРЭ=3261, БЭДр=129, БЭДп=223).

Также три режима фракционирования изучались при контактном радиационном воздействии с СМД — средней (320 больных) и ВМД — высокой (310 женщин) мощностью дозы: 1-й — РОД=7Гр, 1 раз в неделю, СОД=28Гр (ВДФ=68, КРЭ=1391, БЭДр=48, БЭДп=106); 2-ой — РОД=7Гр, 1 раз в неделю, СОД=35Гр (ВДФ=85, КРЭ=1609, БЭДр=60, БЭДп=133); 3-й — РОД=7Гр, 1 раз в неделю, СОД=42Гр (ВДФ=103, КРЭ=1811, БЭДр=71, БЭДп=160).

По всем стадиям пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость составила  $55\pm 2\%$ , десятилетняя —  $46\pm 3\%$ . Общая пятилетняя выживаемость больных с IV стадией —  $80\pm 4\%$ , IIВ —  $63\pm 3\%$ , IIIВ —  $35\pm 3\%$ , безрецидивная пятилетняя выживаемость в случаях IV стадии —  $80\pm 6\%$ , IIВ —  $64\pm 5\%$ , IIIВ —  $35\pm 4\%$ , различия между стадиями статистически достоверны ( $p<0.05$ ).

Существенных изменений в длительности жизни пациенток в зависимости от мощности дозы контактного облучения мы также не нашли. Анализ выживаемости больных РШМ в зависимости от стадии заболевания подтверждает значимое влияние на отдаленные результаты лечения степени распространенности опухолевого процесса. Имеются достоверные ( $p<0.05$ ) различия в выживаемости больных раком шейки матки IV, IIВ и IIIВ стадий, которые сохраняются, независимо от мощности дозы брахитерапии.

## Эффективность лучевого лечения рака тела матки

В.Г. Туркевич, С.В. Канаев

*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

Результаты радикальной лучевой терапии составляют у больных раком тела матки I клинической стадии по FIGO 57,1-85,7%; II — 53,1-76,5%; III — 37,5-44,5%.

Современное сочетанное лучевое лечение (СЛТ) рака тела матки представляет собой сложный многоступенчатый процесс, начинающийся с детальной оценки состояния пациента, стадии опухолевого процесса и заканчивающийся реализацией комплексного плана радиотерапии. Наиболее сложным и ведущим компонентом СЛТ является брахитерапия. От качества проведения последней, в конечном итоге, зависит излечение первичного опухолевого очага, а также появление тех или иных лучевых осложнений.

Нами изучены данные о 260 больных раком тела матки (РТМ), получавших лучевое лечение в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России в период с 1 января 1971 г. по 31 декабря 2000 г. Стадирование процесса производилось согласно пятому пересмотру классификации TNM.

Для лечения женщин, страдающих РТМ использовалась как сочетанная (дистанционная + контактная), так и только контактная радиотерапия. Контактное облучение производилось с различной мощностью дозы излучения: низкая мощность дозы (НМД) — до 2 Гр/ час, средняя мощность дозы (СМД) — 2-12 Гр/час и высокая мощность дозы (ВМД) — более 12 Гр/час.

Сочетанное радиационное воздействие проводилось следующим образом. Использовалось фотонное излучение линейных ускорителей электронов ЛУЭВ-15М1 ( $E_x=15\text{МэВ}$ ) и ЛУЭ-25 ( $E_x=25\text{МэВ}$ ) для лечения 51 больной и телегамматерапия на установках «РОКУС» Со-60 ( $E_{\text{эф}}=1.25\text{МэВ}$ ) — 29. Контактному лучевому лечению с НМД (0.5Гр/ч) подверглись 78 (сочетанное — 20, только контактное — 58) пациентки. Применялось два режима фракционирования суммарной очаговой дозы: (в случае сочетанного облучения) РОД=25Гр, 1 раз в неделю, СОД=100Гр (ВДФ=187, КРЭ=2865, БЭДр=107, БЭДп=186); (в случае только контактного облучения) РОД=30Гр, 1 раз в неделю, СОД=120Гр (ВДФ=225, КРЭ=3261, БЭДр=129, БЭДп=223).

Радиотерапия с СМД (5-10Гр/ч) на аппарате «Селектрон НМД/СМД» осуществлена у 82 (сочетанное — 30, только контактное — 52) женщин. Фракционирование было следующим: (в случае сочетанного облучения) РОД=8Гр 1 раз в неделю, СОД=40Гр (ВДФ=105, КРЭ=1838, ЭДр=72, ЭДп=168); (в случае только контактного облучения) РОД=10Гр 1 раз в неделю, СОД=50Гр (ВДФ=148, КРЭ=2298, БЭДр=100, БЭДп=250).

Брахитерапия с использованием аппарата «Микроселектрон ВМД» с ВМД (12-25Гр/ч) проведена у 100 (сочетанное — 30, только контактное — 70) больных в двух вариантах: (в случае сочетанного облучения) РОД=8Гр 1 раз в неделю, СОД=40Гр (ВДФ=105, КРЭ=1838, БЭДр=72, БЭДп=168); (в случае только контактного облучения) РОД=10Гр 1 раз в неделю, СОД=50Гр (ВДФ=148, КРЭ=2298, БЭДр=100, БЭДп=250).

Общая пятилетняя выживаемость оказалась равной при сочетанной радиотерапии в случае использования НМД —  $35\pm 5\%$ , СМД —  $61\pm 8\%$ , ВМД —  $50\pm 7\%$ , после применения только брахитерапии НМД —  $65\pm 5\%$ , СМД —  $63\pm 7\%$ , ВМД —  $62\pm 4\%$ . Безрецидивная пятилетняя выживаемость при сочетанной радиотерапии —  $35\pm 5\%$ ,  $61\pm 8\%$ ,  $50\pm 7\%$ . и после применения только брахитерапии —  $65\pm 5\%$ ,  $63\pm 7\%$ ,  $62\pm 4\%$  соответственно.



## Ранние и поздние токсические эффекты в лучевом лечении рецидивного рака тела матки

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

В. Г. Туркевич

*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

Изучены данные о 132 больных метастазами рака тела матки (РТМ) во влагалище (МВРТМ). Контактному лучевому лечению с НМД (0.5Гр/ч) подверглись 77 (сочетанное—32, только контактное—45) пациенток, (в прошлом хирургическое лечение РТМ проведено у 40, лучевое—6, комбинированное—31). Применялось два режима фракционирования суммарной очаговой дозы: РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=80Гр (ВДФ=150, КРЭ=2445, БЭДр=86, БЭДп=148); РОД=25Гр, 1 раз в неделю, СОД=100Гр (ВДФ=187, КРЭ=2865, БЭДр=107, БЭДп=186). Радиотерапия с СМД (5-10Гр/ч) осуществлена у 31 (сочетанное—17, только контактное—14) женщины (ранее хирургический метод лечения РТМ использован у 20, комбинированный—у 11). Фракционирование было следующим: РОД=8Гр 1 раз в неделю, СОД=40Гр (ВДФ=109, КРЭ=1880, БЭДр=72, БЭДп=168); РОД=10Гр 1 раз в неделю, СОД=40Гр (ВДФ=118, КРЭ=1990, БЭДр=80, БЭДп=200). Брахитерапия с ВМД (12-25Гр/ч) проведена у 24 (сочетанное—11, только контактное—13) больных (в анамнезе хирургическое лечение РТМ имело место у 22, комбинированное—у 2) в двух вариантах: РОД=6Гр 1 раз в неделю, СОД=36Гр (ВДФ=81, КРЭ=1550, БЭДр=58, БЭДп=122); РОД=7Гр 1 раз в неделю, СОД=42Гр (ВДФ=103, КРЭ=1810, БЭДр=71, БЭДп=160). В целом существенно ( $p<0.05$ ) выше (на 30%) число ранних осложнений при сочетанном, чем при контактном методе. Анализ возникновения ранних лучевых осложнений должен учитывать величину дозных нагрузок, а также объем лучевого лечения первичного заболевания. в 37% случаев возникновения осложнений после лучевого лечения МВРТМ в прошлом имела место радиотерапия различного объема. Оба случая возникновения влажного эпителиита влагалища происходили после лучевого лечения больных МВРТМ с нагрузкой в ВДФ=140 (НМД), которые подвергались радиотерапии первичного РТМ. Наличие шести ранних циститов обусловлено лучевыми нагрузками (ВДФ=110-144), которые выше толерантных (толерантные значения ВДФ для мочевого пузыря—98), причем это имело место у больных подвергавшихся радиотерапии при первичном лечении. Лучевые нагрузки ВДФ=180 (НМД), -130-150 (СМД), -120 (ВМД), вызывавшие ранний лучевой ректит у больных МВРТМ в прошлом леченных радиотерапией, то есть во всех случаях с превышением толерантности (толерантные значения ВДФ прямой кишки—84). При сочетанном лучевом лечении больных метастазами рака тела матки во влагалище по сравнению с использованием только контактного облучения имеется существенное ( $p<0.05$ ) нарастание (с 6% до 22%) общего количества поздних лучевых осложнений, за счет более частого развития влажных эпителиитов (на 5%), ректитов (на 8%) и ректовагинальных свищей (на 3%). Возникновение ранних лучевых эпителиитов, циститов и ректитов в тех случаях, когда используется лишь брахитерапия метастазов рака тела матки во влагалище с НМД, СМД, ВМД, или она осуществляется совместно с дистанционным радиационным воздействием, обуславливается превышением толерантных значений ВДФ. У больных метастазами рака тела матки во влагалище, первично леченных как радиотерапией, так и хирургическим методом, ранние лучевые осложнения возникали в случаях превышения толерантных значений дозных нагрузок во время последнего облучения. Развитие поздних ректитов, циститов и ректовагинальных свищей у больных обусловлено применением радиационных нагрузок больших, чем толерантные.

## Токсические эффекты при радиотерапии рецидивного рака шейки матки

В. Г. Туркевич

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

В основу настоящей работы положены данные о 137 больных метастазами рака шейки матки во влагалище (МВРШМ). Радиационному воздействию с НМД (0,5Гр/ч) подверглись 74 (сочетанное—33, только контактное—41) женщины (в прошлом хирургическое лечение РШМ проведено у 19, лучевое—33, комбинированное—22). Применялось два режима фракционирования суммарной очаговой дозы: первый—РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=80Гр (ВДФ=150, КРЭ=2445, БЭДр=86, БЭДп=148); второй—РОД=25Гр, 1 раз в неделю, СОД=100Гр (ВДФ=187, КРЭ=2865, БЭДр=107, БЭДп=186). Радиотерапия с СМД (5-10Гр/ч) осуществлена у 34 (сочетанное облучение—12, только контактное—22) больных (ранее хирургический метод лечения РШМ использован у 19, лучевой—12, комбинированный—3 пациенток). Фракционирование было следующим: первый вариант—РОД=8Гр 1 раз в неделю, СОД=40Гр (ВДФ=109, КРЭ=1880, БЭДр=72, БЭДп=168); второй—РОД=10Гр 1 раз в неделю, СОД=40Гр (ВДФ=118, КРЭ=1990, БЭДр=80, БЭДп=200). Радиационное воздействие с ВМД (12-25Гр/ч) проведено у 29 (сочетанное лучевое лечение—11, только контактное—18) женщин (в анамнезе хирургическое лечение РШМ имело место у 12, лучевое—14, комбинированное—3 больных) в двух вариантах: первый—РОД=6Гр 1 раз в неделю, СОД=36Гр (ВДФ=81, КРЭ=1550, БЭДр=58, БЭДп=122); второй—РОД=7Гр 1 раз в неделю, СОД=42Гр (ВДФ=103, КРЭ=1810, БЭДр=71, БЭДп=160). В целом, существенно ( $p<0.05$ ) выше (на 23%) число ранних осложнений при сочетанном, чем при контактном методе. Также число ранних энтеритов на 7% достоверно ( $p<0.05$ ) больше у тех женщин, которые подвергались сочетанной радиотерапии. Анализ возникновения ранних лучевых осложнений должен учитывать величину дозных нагрузок, а также объем лучевого лечения первичного заболевания. При таком подходе во многом легко определить причину осложнений и прогнозировать их возникновение. В 79% случаев возникновения осложнений после лучевого лечения метастазов РШМ во влагалище в прошлом имела место радиотерапия различного объема. А в тех случаях когда первичное заболевание лечено хирургической операцией как правило были превышены толерантные дозы. Однако, возникновение влажного эпителиита влагалища происходило после лучевого лечения без радиотерапии в прошлом при ВДФ=75 (ВМД). После первичной радиотерапии МВРШМ лучевые нагрузки, вызвавшие возникновение влажного эпителиита были следующими: ВДФ=130-198 (НМД), -94 (СМД), -67-95 (ВМД). Существенно выше (на 36%) число ранних циститов после сочетанного облучения по сравнению с брахитерапией с ВМД. Это обусловлено лучевыми нагрузками (ВДФ=110-120), которые выше толерантных (толерантные значения ВДФ для мочевого пузыря—98) у больных, подвергавшихся радиотерапии при первичном лечении. Лучевые нагрузки, вызвавшие ранний лучевой ректит у больных в прошлом леченых радиотерапией—ВДФ=200 (НМД), -95 (СМД), -80-150 (ВМД), то есть во всех случаях с превышением толерантности (толерантные значения ВДФ прямой кишки—84). В целом, при сочетанном лучевом лечении больных метастазами рака шейки матки во влагалище по сравнению с использованием только контактного облучения нет существенного нарастания общего количества поздних лучевых осложнений. Однако, необходимо подчеркнуть, что из всех 8 случаев (ректиты—6,



эпителииты—1, ректовагинальные свищи—1) поздних лучевых осложнений 6 (ректиты—6) обусловлены радиационными нагрузками превосходящими толерантные (толерантные значения ВДФ прямой кишки—84, влагалища—131).

## Ранние и поздние радиационные эффекты в лучевом лечении рака шейки матки

В. Г. Туркевич

*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

Нами изучены данные о 850 больных раком шейки матки (РШМ), получавших лучевое лечение в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России (Санкт-Петербург) в период с 1 января 1973 г. по 31 декабря 2000 г. Стадирование процесса производилось согласно пятому пересмотру классификации TNM.

Для лечения всех больных РШМ использовалась сочетанная (дистанционная + контактная) радиотерапия. Контактному лучевому лечению с НМД—низкой мощностью дозы (0.5Гр/ч) подверглись 220 пациенток. Применялось три режима фракционирования суммарной очаговой дозы: 1-й—РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=80Гр (ВДФ=150, КРЭ=2445, БЭДр=86, БЭДп=148); 2-ой—РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=100Гр (ВДФ=187, КРЭ=2865, БЭДр=107, БЭДп=186); 3-й—РОД=20Гр, 1 раз в неделю, СОД=120Гр (ВДФ=225, КРЭ=3261, БЭДр=129, БЭДп=223).

Также три режима фракционирования изучались при контактном радиационном воздействии с СМД—средней (320 больных) и ВМД—высокой (310 женщин) мощностью дозы: 1-й—РОД=7Гр, 1 раз в неделю, СОД=28Гр (ВДФ=68, КРЭ=1391, БЭДр=48, БЭДп=106); 2-й—РОД=7Гр, 1 раз в неделю, СОД=35Гр (ВДФ=85, КРЭ=1609, БЭДр=60, БЭДп=133); 3-й—РОД=7Гр, 1 раз в неделю, СОД=42Гр (ВДФ=103, КРЭ=1811, БЭДр=71, БЭДп=160).

В целом, следует отметить, что общее число ранних осложнений при контактном облучении со СМД меньше на 10% по сравнению с низкой и высокой мощностью дозы. Лечение с ВМД значимо ( $p<0,05$ ) чаще сопровождалось ранними циститами и энтеритами, но существенно ( $p<0,05$ ) реже ректитом в сочетании с циститом, чем при брахитерапии с НМД и СМД. Наибольшее количество ректитов (16%) возникли при облучении с НМД, что достоверно ( $p<0,05$ ) выше в сравнении с ВМД (7%). Существенных различий в количестве эпителиитов влагалища, в зависимости от мощности дозы кюритерапии, мы не нашли. Общее число осложнений, в случаях использования 1-го режима со СМД составило 13%, что достоверно ( $p<0,05$ ) меньше, чем при всех остальных режимах. Мы наблюдали 28% ранних лучевых циститов в группе больных РШМ с 3-им режимом с ВМД. Это существенно чаще ( $p<0,05$ ) в сравнении с остальными режимами контактной радиотерапии. Кроме того, значимо ( $p<0,05$ ) больше циститов возникло у пациентов, леченных по 3-ему режиму со СМД, чем при использовании 1-ого режима с низкой мощностью дозы. Режим контактного облучения заметно не повлиял на частоту эпителиитов влагалища и циститов в сочетании с ректитами. Существенно ( $p<0,05$ ) меньшее количество энтеритов мы наблюдали у женщин, облученных с применением 1-ого режима со СМД, по сравнению с 1-м и 2-м режимами с ВМД. Наименьшее количество ранних лучевых ректитов (4%) отмечено при использовании 1 режима со средней мощностью дозы. Это достоверно реже, чем при 2 и 3 режимах СМД и всех режимах

НМД. Кроме того, значимо ( $p < 0,05$ ) меньше ректитов возникло у больных РШМ при брахитерапии по 1-ому режиму ВМД в сравнении со 2-ым и 3-им режимами НМД и 2-ым режимом со СМД. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) реже возникли поздние осложнения у больных, подвергавшихся облучению с НМД (6%) и со СМД (9%), чем у женщин, лечившихся с ВМД (14%). Использование ВМД эндокюритерапии сопровождалось поздними циститами (6%), это существенно ( $p < 0,05$ ) чаще по сравнению с НМД (1%).

## Клинико-радиобиологическая оценка результатов брахитерапии рецидивного рака шейки матки

В. Г. Туркевич

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

В современной радиотерапии остается актуальной проблема определения основных подходов к количественной оценке эквивалентности радиационного воздействия на облучаемые ткани различных вариантов фракционированного облучения метастазов рака шейки матки (РШМ) во влагалище (МВРШМ). в основу настоящей работы положены данные о 137 больных метастазами рака шейки матки во влагалище (МВРШМ), получавших лучевое лечение в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России с 1 января 1967 г. по 31 декабря 1997 г. Для сравнительной радиобиологической оценки реакций облучаемых тканей нами использовались следующие радиобиологические модели (РМ): фактор время-доза-фракционирование (ВДФ), кумулятивный радиационный эффект (КРЭ), линейно-квадратичная модель (ЛКМ) в варианте биологической эффективной дозы (БЭД). У пациенток в прошлом, подвергавшихся только хирургическому лечению, дистанционная лучевая терапия назначалась в полном объеме до СОД=40Гр на лимфатические узлы таза (ВДФ=65, КРЭ=1350, БЭДр=48, БЭДп=72), а брахитерапия с низкой (НМД), средней (СМД) и высокой мощностью дозы (ВМД) соответственно проводилась по второму варианту фракционирования осуществлялась с большей дозой нагрузкой (ВДФ=187,118,103; КРЭ=2865,1990,1810; БЭДр=107,80,71; БЭДп=186,200,160). Женщины, у которых в прошлом РШМ лечился лучевым и комбинированным методом, получали дистанционное радиационное воздействие только до СОД=20Гр (ВДФ=33, КРЭ=860, БЭДр=24, БЭДп=36) и внутривлагалищное облучение с НМД, СМД и ВМД соответственно — по первому варианту с меньшей дозой нагрузкой (ВДФ=150,109,81; КРЭ=2445,1880,1550; БЭДр=86,72,58; БЭДп=148,168,122). Независимо от того подвергались ли женщины сочетанному или контактному облучению, они были разделены на две группы в соответствии с радиобиологическими показателями, рассчитанными по различным моделям. в первую группу включены больные, имеющие радиобиологические параметры в пределах толерантности соединительной ткани, а во вторую — выходящие за них (1 или 2 означает номер соответствующей группы): ВДФ (2 — >120=> — 1), КРЭ (2 — >2000=> — 1), БЭДр (2 — >75=> — 1), БЭДп (2 — >130=> — 1). Как показывают полученные нами данные нет достоверных различий в общей и безрецидивной пятилетней выживаемости, независимо от того были ли радиационные нагрузки больше показателей толерантности соединительной ткани или они укладывались в границы толерантности ее, определенные по любой из использованных радиобиологических моделей. Количество поздних лучевых осложнений в группах



больных метастазами рака шейки матки во влагалище, подвергавшихся радиотерапии при толерантных дозных нагрузках для соединительной ткани и в случаях, если лучевые нагрузки были больше их, в соответствии с любой из трех радиобиологических моделей достоверно не различалось. в то же время превышение толерантных доз для соединительной ткани, рассчитанных по ВДФ, КРЭ и ЛКМ, ведет к существенному ( $p < 0.05$ ) росту (на 18%, 19% и 30%) числа ранних лучевых осложнений. Следует отметить то, что прогноз ранних лучевых осложнений по линейно-квадратичной модели выше на 11%, чем по моделям КРЭ и ВДФ. Выживаемость больных метастазами рака шейки матки во влагалище, леченных только с помощью радиотерапии, не зависит от того были превышены показатели толерантности для соединительной ткани, рассчитанные по различным радиобиологическим моделям (ВДФ, КРЭ, ЛКМ), или нет.

### **Использование препаратов «Колетекс» при лучевом лечении местнораспространенного рака вульвы**

Е.И. Филатова, Е.Н. Дятчина, Е.Н. Былинская, С.Д. Алаберг, Г.В. Сизов  
*СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург*

Цель исследования: оценить эффективность применения гелей и салфеток «Колетекс» при лечении местнораспространенного рака вульвы.

Материалы и методы: в течение последних 2-х лет во 2 радиологическом отделении ГКОД пролечена 41 пациентка с опухолями наружных половых органов. Первичный рак вульвы диагностирован у 29 пациенток, среди которых преобладали больные с 3 и 4 стадиями заболевания (80%). Рецидивы рака вульвы после хирургического и комбинированного лечения наблюдались у 12 человек. Гистологическая структура опухолей в большинстве случаев была представлена умереннодифференцированным и низкодифференцированным плоскоклеточным раком, меланома вульвы выявлена у 1-й пациентки. На первом этапе лечения применялась дистанционная лучевая терапия в режиме среднего фракционирования разовой очаговой дозой 3 Гр 5 раз неделю до суммарных очаговых доз 27—30 Гр, эквивалентных 34–38 Гр в режиме обычного фракционирования. При этом время пребывания пациентки в стационаре сокращалось в среднем на 5 рабочих дней. Второй этап, в зависимости от особенностей опухолевого процесса и результатов первичного лечения, планировался индивидуально. Все пациентки получали лучевую терапию на фоне сопутствующей терапии гидрогелевыми материалами. Для снятия параканкрозного воспаления, болевого синдрома, купирования вторичной инфекции использовались салфетки «Колетекс М» с метронидазолом (аппликации на кожу в области опухолевого очага или вагинальные постановки), гель с деринатом и гель диоксидин+лидокаин в качестве аппликаций в прямую кишку и влагалище. в качестве радиосенсибилизатора использовались салфетки «Колетекс» с 5-фторурацилом (влагалищные постановки на 24 часа перед проведением сеанса брахитерапии).

Результаты. При лечении рака вульвы по расщепленной методике к концу I этапа у 90% больных была отмечен частичный регресс или стабилизация процесса. При этом ранние лучевые реакции были умеренно выраженными, что позволило взять этих больных на продолжение лучевой терапии не позднее 2-х недельного перерыва и в дальнейшем подвести радикальные суммарные дозы.

---

Выводы. Использование препаратов «Колетекс» для профилактики и лечения лучевых реакций, а также для повышения эффективности проводимой лучевой терапии позволяет подвести большие суммарные дозы на очаг и улучшить качество жизни пациентов и снизить загруженность процедурных кабинетов стационара. Благодаря применению препарата появилась возможность лечения укрупненными фракциями, что ведет к сокращению времени пребывания больных в стационаре. Возникновение ранних лучевых реакций при этом смещается к концу курса, что делает возможным перевести их симптоматическую терапию в амбулаторный режим.

## Уровень E7, антигена плоскоклеточной карциномы и метаболитов эстрогенов в ткани рака шейки матки

Е.М. Франциянц, Е.Ф. Комарова, В.П. Никитина, Д.А. Спиридонова, Н.Д. Черярина  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»,  
Ростов-на-Дону.

Концепция вирусной природы рака шейки матки имеет длинную историю и в настоящее время неразрывно связана с выявлением вируса папилломы человека. Однако, существует мнение, что одного только инфицирования вирусом папилломы недостаточно для индукции опухолевого роста. Особая роль принадлежит генам E6 и E7, участвующим в клеточной пролиферации. Активно исследуется роль кофакторов в ВПЧ-зависимом канцерогенезе. Существует и другая концепция возникновения злокачественных опухолей в эстрогенчувствительных тканях, к которым относят и шейку матки. Предполагается, что нарушение гормонального равновесия в организме происходит за счет дисбаланса в соотношении основных метаболитов эстрогенов—2- и 16-гидроксипроизводных.

Целью исследования явилось изучение в ткани рака шейки матки при эндофитной и экзофитной формах роста белка E7, антигена плоскоклеточной карциномы (SSC), метаболитов эстрогенов 2-OHE1 и 16-OHE1.

Были изучены 12 образцов ткани рака шейки матки при эндофитном росте, 13 образцов ткани рака шейки матки при экзофитном росте и ткань соответствующих перифокальных зон опухоли, полученные при оперативном лечении больных (pT2N0M0), средний возраст которых составил 57,3 лет. Гистологическая структура—плоскоклеточный рак с ороговением и без. Уровень показателей определяли в 10% цитозолях, приготовленных на калий-фосфатном буфере pH 7,4, содержащим 0,1% Твин-20 и 1% БСА, методом ИФА. в качестве контрольных образцов использовали визуально неизмененную ткань шейки матки. Во всех случаях было получено письменное добровольное информированное согласие больных. Статистический анализ результатов проводили с помощью пакета Statistica 6,0.

Экспрессия E7 обнаружена в 77% образцов ткани опухоли при экзофитной форме роста, в перифокальной зоне—в 65,5% и в визуально неизмененной ткани—в 62% образцов. При эндофитной форме роста—соответственно в 60%, 20% и 20% образцов.

Уровень SSC в ткани опухоли и ее перифокальной зоны был выше при экзофитной форме роста в 1,3 раза и 2,3 раза соответственно относительно соответствующих образцов при эндофитной форме. При этом относительно соответствующей контрольной ткани уровень SSC в ткани опухоли вне зависимости от формы роста был повышен, в среднем, в 2,5 раза.



Найдено перераспределение содержания метаболитов эстрогенов в ткани опухоли и ее перифокальной зоны вне зависимости от формы роста. Так, содержание 2-ОНЕ1 в образцах злокачественной опухоли было в среднем в 1,7 раза ниже, чем в визуально неизменной ткани шейки матки. Уровень 16-ОНЕ1, напротив, был, в среднем, в 1,3 раза выше нормативных показателей. Коэффициент соотношения 2-ОНЕ1/16-ОНЕ1 в ткани злокачественной опухоли шейки матки оказался в 2,2 раза сниженным. Все изученные показатели в перифокальной зоне не имели достоверных отличий от значений в ткани злокачественной опухоли.

Не обнаружено корреляции уровня метаболитов эстрогенов и/или их соотношения с показателями SSC и экспрессией E7.

### **Методика поэтапного обследования женщин в смотровом кабинете**

Г.Ж. Хакимова, З.Ш. Махмудова, Д.А. Пулатов, С.В. Камышов  
*РОНЦ МЗ РУз, Ташкент*

По данным О. В. Кривонос и В.И. Чиссова (2012), выявление одного онкологического больного в смотровом кабинете обходится в два и более раза дешевле, чем при профилактическом обследовании в поликлинике или женской консультации. В связи с чем, в мероприятиях, направленных на раннюю диагностику злокачественных новообразований (ЗНО) визуальных локализаций, значительная роль отводится совершенствованию работы смотрового кабинета.

По Республике Узбекистан в 2012 году доля больных, выявленных при профилактических осмотрах, составила 21,8% от всех больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО. Из числа первично выявленных больных ЗНО 37% составляют злокачественные заболевания визуальных локализаций. При этом удельный вес ЗНО, выявленных в смотровых кабинетах, соответствовал 7,6% от всех первично выявленных больных ЗНО. Как видно, показатели активного выявления злокачественных новообразований свидетельствуют о настоятельной необходимости совершенствования дальнейшей работы смотровых кабинетов.

Поверхностное знание или неумение в полном объеме применить на практике методы поэтапного обследования пациентов в смотровых кабинетах приводит к нежелательным последствиям и является одной из причин поздней диагностики. в связи с этим возникла идея разработки методики поэтапного обследования пациентов в смотровых кабинетах.

Разработанная методика диагностики злокачественных опухолей визуальной локализации у женщин в смотровых кабинетах включает в себя: мероприятия, необходимые для улучшения посещаемости и контроля деятельности смотрового кабинета; пути следования больных из смотрового кабинета до врачей специалистов; задачи, функции и порядок работы медицинского работника смотрового кабинета.

Цель внедрения методики—это соблюдение системы обследования, включающей доврачебный опрос, поэтапный осмотр и пальпацию видимых на глаз органов и тканей пациента с целью ранней диагностики ЗНО визуальных локализаций. Приобретение практических навыков методики поэтапного обследования пациентов в смотровых кабинетах позволит увеличить удельный вес не только ЗНО ви-

---

зуальных локализаций на ранних стадиях, но и позволит диагностировать предопухоловое состояние и проводить профилактику ЗНО на уровне первичного звена здравоохранения.

## Ангиографическая химиоэмболизация при распространенном раке шейки матки

Л. В. Хышиктуев, А. В. Мункуев, П. В. Жуков, Н. В. Чернорубашкина, Р. Н. Демонов  
*Иркутский областной онкологический диспансер;  
Иркутская государственная медицинская Академия постдипломного обучения*

**Задачи исследования.** Установить эффективность химиоэмболизации маточных артерий (ХЭМА) для остановки кровотечения и проведения химиотерапии рака шейки матки в неoadьювантном режиме.

**Материал и методы.** ХЭМА проводилась 87 больным с морфологически верифицированным раком шейки матки со 2б стадии с введением цисплатины 100 мгр и доксорубицина 50 мгр.

**Результаты.** С августа 2011 по декабрь 2012 года ХЭМА проведена у 87 больных с распространенным раком шейки матки, начиная со 2б стадии. Цель лечения — окончательная остановка кровотечения и введение препаратов для химиотерапии в неoadьювантном режиме перед проведением сочетанно-лучевой терапии по радикальной программе. Гемостатический эффект достигнут в данной группе в 100%. Эффект химиоэмболизации прослежен у 43 больных через 6 месяцев после комбинированного лечения. У всех пациенток данных за рецидив нет.

**Выводы.** Таким образом, эффективность ХЭМА с целью окончательной остановки кровотечения не вызывает сомнений. Эффект химиотерапии с целью радиомодификации и длительности безрецидивного периода можно оценить через 1 год, затем через 3 и 5 лет.

## Иммуногистохимические маркеры и ферменты метаболизма эстрогенов при раке эндометрия

А. Л. Чернышова, Н. В. Бочкарева, Л. А. Коломиец, Ю. М. Былина, И. В. Кондакова  
*ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии» СО РАМН, Томск*

Целью настоящего исследования явилось изучение экспрессии маркеров апоптоза, неоангиогенеза и p53 во взаимосвязи с экспрессией рецепторов стероидных гормонов и активностью ферментов синтеза и метаболизма эстрогенов в опухолях эндометрия. в 31 опухоли эндометрия изучена экспрессия онкосупрессорного протеина p53, про- и антиапоптотических белков Вах и Bcl-2, а также рецепторов эстрогенов (ER) и прогестерона (PR). В этих же опухолях была оценена активность ферментов метаболизма эстрогенов (ароматазы, стероидсульфатазы, суммарной эстроген 2/4-гидроксилазной активности, КОМТ и ГТ). Средний возраст пациенток составил 58,1±2,1 лет. Иммуногистохимические исследования и определение активности ферментов вы-



полнено у больных РЭ, которые в основном находились в постменопаузе, около 29% пациенток были перименопаузального возраста. Доминировали пациентки с I стадией заболевания, II стадия заболевания диагностирована у 35% больных. По результатам иммуногистохимического окрашивания срезов на протоонкоген Vcl-2 вся группа больных РЭ была разбита на 2 подгруппы—с экспрессией Vcl-2 (Vcl-2 –позитивные опухоли, n=19) и Vcl-2-негативные опухоли (n=12). Исследование показало, что в Vcl-2-позитивных и Vcl-2-негативных опухолях эндометрия примерно с одинаковой частотой выявлена умеренная и высокая экспрессия Вах. Примерно в трети опухолей, как Vcl-2-позитивных, так и Vcl-2-негативных выявлен мутантный p53. В Vcl-2-позитивных опухолях преимущественно выявлялась высокоразвитая сеть кровеносных сосудов (более чем в 73% случаев). В то время как в Vcl-2-негативных опухолях эндометрия, в основном, выявлялась низкая плотность сосудов. Опухоли, экспрессировавшие Vcl-2, как правило, содержали PR-рецепторы в отличие от Vcl-2 негативных опухолей эндометрия. При изучении активности ферментов синтеза и метаболизма эстрогенов было выявлено, что в Vcl-2-позитивных активность стероидсульфатазы была статистически значимо выше по сравнению с Vcl-2-негативными опухолями. При проведении корреляционного анализа были выявлены статистически значимые корреляционные взаимосвязи между экспрессией Vcl-2 и PR-рецепторами ( $r=0,462$ ,  $p=0,009$ ), экспрессией Vcl-2 и значением плотности микрососудов в опухоли ( $r=0,477$ ,  $p=0,007$ ), экспрессией Вах и возрастом больных ( $r=0,580$ ,  $p=0,038$ ), активностью стероидсульфатазы и экспрессией ER ( $r=0,464$ ,  $P=0,049$ ), активностью ГТ и экспрессией PR ( $r=0,589$ ,  $p=0,008$ ). Полученные данные свидетельствуют об определенной дифференциации злокачественных новообразований эндометрия в зависимости от уровня экспрессии Vcl-2. Анализируя выраженность неоангиогенеза и активность ферментов метаболизма эстрогенов в опухолях, можно отметить, что, по-видимому, Vcl-2-позитивные опухоли являются более агрессивными по своему биологическому потенциалу, поскольку в этих опухолях наряду с высоким уровнем синтеза эстрогенов выявлялся также высокий уровень неоангиогенеза, причем, в подавляющем большинстве эти опухоли несли PR. В опухолях с низким уровнем неоангиогенеза Vcl-2 экспрессировался несколько реже, чем в опухолях с умеренным и высоким ангиогенезом. При анализе активности ферментов метаболизма эстрогенов выявлено, что в опухолях эндометрия со слабым кровоснабжением активность стероидсульфатазы была статистически значимо ниже по сравнению с опухолями с умеренным и высоким ангиогенезом и составила— $56,3\pm 13,3$  и  $107\pm 19,0$  фмоль эстрон сульфата/мг белка в час соответственно, ( $p=0,048$ ). Полученные данные свидетельствуют, что неоангиогенез и апоптоз в опухолях эндометрия тесно связаны с активностью фермента синтеза эстрогенов—стероидсульфатазой, а также с наличием ER и PR в опухоли.

### **Определение сторожевых лимфатических узлов при хирургическом лечении рака шейки матки**

А. Л. Чернышова, Л. А. Коломиец, Ю. М. Былина, А. Ю. Ляпунов, И. Г. Синилкин,  
В. И. Чернов  
ФГБУ «НИИ онкологии СО РАМН», Томск

Задачи исследования. Оценить возможности радионуклидных методов оценки состояния регионарного лимфатического аппарата при злокачественных новообразо-

ваниях шейки матки с целью клинической оценки состояния регионарных лимфатических узлов, уточнения стадии заболевания, индивидуализации объема оперативного вмешательства, в том числе определения показаний к органосохраняющему лечению, а также объективизации целенаправленного применения адъювантной терапии.

**Материал и методы.** 11 больным раком шейки матки, находившихся на стационарном лечении в НИИ онкологии в 2009–2012 гг. вводился радиоактивный лимфотропный нанокolloид, меченный  $^{99m}\text{Tc}$ , за сутки до операции в дозе 80 МВq. Инъекции РФП выполнялись в 4-х точках (в дозе 20 МВq в каждой инъекции) в подслизистое пространство шейки матки. Сцинтиграфическое исследование на гамма-камере (E.CAM 180, Siemens) выполнялось через 20 мин и 3 часа после введения радиоиндикатора в режиме однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ) области таза. Проводилась запись 16 проекций (каждая проекция по 30 сек) с использованием матрицы 64x64 пиксела без аппаратного увеличения. Поиск сторожевых лимфатических узлов осуществлялся интраоперационно при помощи гамма-зонда Gamma Finder II® (США). После выполнения подвздошно-тазовой лимфодиссекции, удаленный макропрепарат повторно осматривался гамма-зондом и сопоставляли данные с интраоперационным исследованием. Лимфатический узел рассматривался как сторожевой, если его радиоактивность, как минимум, втрое превышала радиоактивность узлов той же группы.

**Результаты.** Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) брюшной полости позволила выявить сторожевые лимфатические узлы у 8 пациентов, в тоже время интраоперационно (радиометрически) СЛУ выявлены у 10 человек. Максимальное количество СЛУ были выявлены на наружной подвздошной артерии—50,4%, в запирающей ямке—30,3%, на внутренней подвздошной артерии—12,3%, в 6%—на общей подвздошной артерии, в одном случае в области кардинальных связок. Односторонние СЛУ выявлены в 41,9%.

**Выводы.** Интраоперационная радиометрическая индикация позволяет с чувствительностью 90,9% и специфичностью 100% определять «сторожевой» лимфатический узел после введения радиоактивного нанокolloида.

## Метод формирования «запирающего» аппарата после органосохраняющего лечения инвазивного рака шейки матки

А.Л. Чернышова, Л.А. Коломиец, Ю.М. Былина, А.Ю. Ляпунов  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии» СО РАМН, Томск

В последнее время четко прослеживается рост заболеваемости раком шейки матки среди молодых женщин в возрастной группе до 40 лет на 2–4% в год, где она является доминирующей локализацией. Кроме того, во многих странах мира, в том числе и в России, наблюдается неблагоприятная тенденция, когда в силу различных социально-экономических причин женщины все чаще откладывают рождение детей на возраст старше 35 лет. Несмотря на визуальную локализацию и наличие сформировавшихся классических подходов в лечении, проблема органосохраняющего лечения при инвазивном раке шейки матки остается одной из самых актуальных и до конца нерешенных проблем современной онкогинекологии. Одним из приоритетных направлений современной онкологии является органосохраняющее лечение. В настоящее время разработана и широко внедряется органосохраняющая операция—ра-



дикальная трансабдоминальная трахелэктомия для лечения больных раком шейки матки IA2-IB2 стадии (FIGO) Одним из актуальных и нерешенных вопросов является необходимость укрепления зоны анастомоза и формирование «запирательного» аппарата для последующей беременности в условиях отсутствия шейки матки. Цель исследования: укрепление зоны маточно-влагалищного анастомоза путем формирования «запирательного» аппарата в условиях отсутствия шейки матки в ходе проведения радикальной трансабдоминальной трахелэктомии у больных с инвазивным раком шейки матки.

**Материалы и методы.** Метод укрепления зоны маточно-влагалищного анастомоза с помощью сетки из сверхэластичной нити никелида титана у 10 больных РШМ при проведении операции радикальной трансабдоминальной трахелэктомии. Размеры сетки из никелида титана (марка ТН-1): ширина 4-5 см, длина 7-8 см, диаметр нити 0,1-0,08 мм, размеры ячейки сетки 3-5 мм. Во время операции на этапе формирования маточно-влагалищного анастомоза, непосредственно после ушивания анастомоза непрерывной нитью проводилась установка и фиксация сетки из никелида титана с моделированием ее по месту установки в границах от нижнего сегмента матки до верхней трети влагалища. Фиксацию сетки проводили четырьмя отдельными швами по периметру.

**Результаты.** Сетка из сверхэластичного никелида титана берет на себя основную функцию «запирательного» аппарата матки и обеспечивает функциональную опору и устойчивость маточно-влагалищного анастомоза к воздействию внутриматочного и внутрибрюшинного давления. Важным моментом является способность сетки из сверхэластичной нити никелида титана повторять форму любой поверхности без предварительной деформации, что позволяет зафиксировать непосредственно маточно-влагалищный анастомоз, а также создать необходимый «запирательный» эффект.

**Выводы.** Использование сверхэластичного никелида титана для укрепления и фиксации зоны анастомоза позволяет повысить функциональное качество проводимой операции за счет снижения риска несостоятельности маточно-влагалищного анастомоза после радикальной трансабдоминальной трахелэктомии, при этом не оказывая отрицательного влияния на течение раннего и позднего послеоперационного периода.

## **Математическая модель развития рака эндометрия у больных с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне метаболического синдрома**

А. Л. Чернышова, Н. В. Бочкарева, Л. А. Коломиец, Ю. М. Былина, И. В. Кондакова  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии» СО РАМН, Томск

**Материалы и методы:** 186 больных с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне метаболического синдрома.

**Цель исследования:** создание математической модели прогноза риска развития рака эндометрия у больных с ГПЭ на фоне метаболического синдрома, включающей анализ факторов, характеризующих состояние больной, пролиферативных процессов в эндометрии, параметров метаболического синдрома.

**Результаты исследования.** Разработан и внедрен новый метод прогнозирования риска развития рака эндометрия у больных с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне метаболического синдрома, в основу которого положена математическая модель,

построенная методом дискриминантного анализа. Дискриминантный анализ и мультиномиальная логистическая регрессия (как вариант нелинейного регрессионного анализа) традиционно используется для решения задач диагностики и прогнозирования. Данные методы использовались для прогнозирования риска развития РЭ у больных с гиперпластическими процессами в эндометрии и показал себя как высокоэффективный, ошибка прогноза составила 5%. Результатом дискриминантного анализа явилась статистическая модель, представленная набором линейных дискриминантных функций, определяющих границы принятия решения в пользу той или иной группы (класса).

Процедура дискриминантного анализа включала следующие этапы: первичный отбор признаков для построения модели; набор обучающей выборки (группы пациентов, у которых регистрируются отобранные признаки); отбор информативных признаков и формирование на их основе группы дифференциальных функций; проверка качества полученной дискриминантной модели. Далее были рассчитаны линейные дискриминантные функции—линейные комбинации переменных (показателей), включенных в модель вида  $Y=a*x+b$ , где  $Y$ —значение линейной дискриминантной функции;  $x$ —определяющая переменная;  $a$ —коэффициент при определяющей переменной;  $b$ —независимая константа.

Процедуру отнесения объекта к классу проводили в 2 этапа. На первом этапе рассчитывали значения  $y_1$  и  $y_2$  с использованием значений показателей у исследуемого объекта. Далее относили объект к одному из классов. Если  $y_1 > y_2$ , то объект относится к первому классу (гиперпластические процессы на фоне МС), с уровнем значимости  $p < 0,05$ , что означало, что риск развития РЭ у данной пациентки составляет 95%. Если  $y_1 < y_2$ , то объект относится ко второму классу (гиперплазия без МС), с уровнем значимости  $p < 0,05$ , что означало, что риск развития РЭ у данной пациентки составляет менее 5%. Оценку качества полученных функций проводили на 30 пациентах, не включенных в основную выборку.

Чувствительность и специфичность разработанной математической модели рассчитывались по формулам: чувствительность =  $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) \times 100\%$ ; специфичность =  $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) \times 100\%$  и составили 78% и 83%, соответственно.

Заключение. Применение разработанной математической модели позволяет с высокой степенью вероятности прогнозировать риск развития рака эндометрия у больных с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне метаболического синдрома, а также позволяет индивидуализировать тактику дальнейшего лечения и динамического наблюдения за данной категорией больных, что способствует снижению риска малигнизации эндометрия.

## Результаты скрининга рака шейки матки в Республике Татарстан

К. Т. Шакиров, Р. Ш. Хасанов, С. Е. Габитова, И. Ф. Раббаниев, Э. В. Нагуманов,  
Л. Г. Карпенко, И. А. Гилязутдинов

*Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань;  
Казанская государственная медицинская академия*

Ежегодно в Республике Татарстан (РТ) регистрируется более 300 впервые выявленных случаев ЗНО шейки матки и около 100 женщин умирают от причин, связанных с этой патологией.



В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения РТ рак шейки матки составляет, по данным 2012 г., 5,7%. Среди причин смерти от ЗНО у женщин в РТ рак шейки матки составляет 2,2%.

В результате осуществленных организационно-медицинских мероприятий с 2004 г. в республике сформировалась и сохраняется тенденция к снижению смертности от РШМ. Соотношение количества умерших к заболевшим снизилось до 0,4 (2010 год).

С целью дальнейшего совершенствования организации раннего выявления предраковых заболеваний шейки матки и РШМ, совместно с Министерством здравоохранения Республики Татарстан в 2005 году нами была разработана система мероприятий для учреждений здравоохранения республики, направленная на профилактику и раннюю диагностику онкологических заболеваний, включающая проведение цитологического скрининга РШМ в муниципальных образованиях РТ, утвержденная приказом МЗ РТ.

С учетом возможностей учреждений здравоохранения в реализации скрининга РШМ было принято решение проводить ежегодный цитологический скрининг всем женщинам, достигших в текущем году 18 летнего возраста, и женщинам старше 18 лет, 1 раз в 2 года. Из этого количества исключались женщины, состоящие на диспансерном учете у врача гинеколога (онколога). С учетом кратности исследования 1 раз в два года для женщин, у которых не обнаружено патологических изменений цитологического пейзажа, указанный объем соответствует примерно 90% охвату. Это позволяет говорить о достаточном объеме скрининга.

Постановлением Кабинета Министров РТ цитологические исследования мазка шейки матки включены в тариф стоимости первичных посещений к врачам акушерам-гинекологам и акушерам смотровых кабинетов учреждений здравоохранения.

Осуществление лабораторных исследований цитологического материала проводилось либо непосредственно в учреждении здравоохранения, осуществляющего скрининг, либо через систему заключения договоров на оплату проведения микроскопического исследования мазков с шейки матки на атипичные клетки при отсутствии возможности проведения указанного вида исследования собственным учреждением.

1. В результате проведенного анализа были выявлены положительные тенденции состояния здоровья населения, связанные с указанной патологией. Соотношение количества умерших от ЗНО к количеству заболевших составило 0,26 (2012 год). Наряду с этим, снижаются уровни показателей одногодичной летальности и поздней диагностики среди больных РШМ. Мы считаем, что включение стоимости профилактического цитологического исследования шейки матки в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению является важным ресурсом повышения качества онкологической помощи при раке шейки матки.

---

## Проблемы стадирования местнораспространенного рака шейки матки

Э.Ж. Шакирова, Р.Ш. Хасанов, И.А. Гилязутдинов, А.М. Муллагалиева  
ГАОУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», Казань

Рак шейки матки (РШМ) является единственным из злокачественных заболеваний органов репродукции у женщин, которое в настоящее время стадируется только клинически. Согласно клинической классификации Международной Федерации Гинекологов и Акушеров (FIGO), критерием IIВ стадии РШМ является вовлечение параметриев, не доходящее до стенок таза. Примерно у 50–80% пациенток происходит завышение клинической стадии. Несовпадение между клинической и хирургической стадиями связано с невозможностью отличить инвазию в параметрий от воспалительных изменений эндометриоза, спаечного процесса и неправильной формы больших опухолей шейки матки. У большинства больных РШМ IIВ стадии может быть выполнена радикальная гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией.

Определяющим фактором прогноза у операбельных больных РШМ является метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, а также размер опухоли. Большой размер опухоли (>4 см) коррелирует с более частыми метастазами в лимфоузлах и значительным снижением выживаемости. Выбор метода лечения больных РШМ IIВ—III стадий составляет предмет многолетних дискуссий. Лечебные возможности лучевой терапии при местнораспространенном РШМ ограничены размерами опухоли, лучевое повреждение тканей и органов малого таза лимитирует возможности дальнейшего увеличения дозы.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 144 больных местнораспространенным раком шейки матки, клинические стадии IB2—IIIB. Полученные нами интраоперационные данные показывают, что практически во всех случаях сохранялась футлярность опухоли. Клиническая картина, определяемая при ректовагинальном исследовании, была обусловлена сокращением и уплотнением связочного аппарата шейки матки, большими размерами опухоли, наличием увеличенных метастатических лимфатических узлов, расположенных у стенок таза. Продолженный рост в параметрии макроскопически не определялся. Мы пришли к выводу, что данные клинического и хирургического стадирования местнораспространенного рака шейки матки представляют разную трактовку инфильтрации параметриев: если при клиническом стадировании предполагается, что инфильтрация параметриев отражает параметральную инвазию, то хирургическое стадирование показывает, что в большинстве случаев пальпируемый инфильтрат в параметриях не имеет истинно опухолевой природы.

На основании сравнения результатов МРТ с интраоперационной находкой и результатами патоморфологического исследования, мы могли заключить о высокой информативности данного метода в оценке распространенности опухолевого процесса. МРТ обладала высокой чувствительностью в выявлении инвазии опухоли шейки матки в окружающие структуры и органы. По нашим данным, чувствительность магнитно-резонансной томографии при РШМ II-III стадий составила 100%, специфичность—92,3%, точность—92,8%. Результаты МРТ не соответствовали результатам клинического стадирования, однако, совпадали с хирургической стадией заболевания. По нашим данным, применение МРТ уточняет данные клинического стадирования, позволяет выработать индивидуальный план лечения пациенток с местнораспространенным раком шейки матки, расширить показания к хирургическому лечению.



## Морфоструктура асцитической жидкости как критерий прогноза эффективности химиотерапии распространенного рака яичников

А. И. Шихлярова, Г. А. Неродо, А. П. Меньшенина, Т. А. Куркина, А. Ю. Мордань  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава  
России, Ростов-на-Дону

Развитие диагностических методов визуализации изменений биологических сред организма при развитии злокачественных новообразований и противоопухолевой терапии представляет один из актуальных вопросов современной доказательной медицины. Объективным источником структурной информации о нарушениях в организме при росте опухоли и его ингибировании могут служить биологические жидкости, претерпевающие фазовый переход в твердотельное состояние. Закономерности структурообразования и идентификация маркеров патологических процессов, лежащие в методологической основе морфологии биожидкостей, созданной В. Н. Шабалиным и С. Н. Шатохиной (2001), открывают перспективы оперативной интегральной оценки и прогнозирования эффективности лечения. Цель настоящей работы заключалась в определении прогностической связи морфотипов фаций асцитической жидкости с выраженностью антибластомного эффекта химиотерапии распространенного рака яичников. Идентификацию морфотипов фаций асцита осуществляли в проходящем и поляризованном свете с помощью микроскопа Leica DMLS-2.

Было установлено, что до начала лечения исходная структура белкового концентрата асцитической жидкости характеризуется устойчивым системным ауторитмом круговых концентрационных волн и радиальным или частично-радиальным морфотипом фации с формированием в краевой и промежуточной зонах подсистемы конкреций и отдельностей. В результате лекарственного лечения, проводимого на основе связывания с такой высокоструктурированной биожидкостью, наблюдается наиболее полная реализация противоопухолевого действия — регрессия опухоли (достоверная вероятность события — 70% ( $p \leq 0,05$ )). В случаях, когда устойчивость системы концентрационных волн нарушается и формируется тип фации, сохраняющий не все элементы системной и подсистемной организации, а только единичные удлиненные трещины с радиальной симметрией, образующие аркады без последующей динамики формирования секторов, отдельностей и конкреций, что демонстрирует незавершенное структуропостроение — эффект лечения проявляется в форме частичной регрессии опухоли с вероятностью более 90% ( $p \leq 0,001$ ). Наконец, при прогнозировании эффективности лечения по таким признакам морфоструктуры белкового концентрата асцитической жидкости как сбой и аномалии ауторитма круговых концентрационных волн, наличие прикраевых укороченных трещин лучевого или аркадного типа, отсутствие отдельностей и конкреций, имеющих патологически устойчивый характер, наступает стабилизация процесса роста опухоли с достоверной вероятностью события 87% ( $p \leq 0,005$ ).

Выявленная зависимость между исходной формой структуропостроения асцитической биожидкости и полученным в результате лечения эффектом свидетельствует о прогностической значимости морфологических критериев самоорганизации белковой среды. Четкое соответствие между признаками сохранения системного характера формирования свободной белоксодержащей среды организма-опухоленосителя и выраженностью противоопухолевого эффекта, являющегося слагаемым

---

специфического действия химиопрепаратов и неспецифического влияния структурированной биосреды, подчеркивает прогностическую роль процессов самоорганизации в формировании условий для ликвидации патогенного очага.

## Непосредственные результаты эвисцераций малого таза при раке шейки матки

К. Г. Шостка, А. Ф. Урманчеева, А. Н. Павленко, А. В. Фокина, К. В. Арутюнян  
ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Среди онкогинекологической патологии рак шейки матки (РШМ) по частоте заболеваемости прочно удерживает второе ранговое место после рака тела матки. Эвисцерация малого таза (ЭМТ) является наиболее агрессивным методом лечения данной патологии, предполагает моноблочное удаление всех органов малого таза. Операция может быть выполнена как при первичном осложненном местно-распространенном РШМ (свищи, кровотечение), так и при рецидивных опухолях (на фоне дозовой истощенности лучевой терапии). Кроме того, ЭМТ является единственным адекватным методом лечения постлучевых некрозов, сопровождающихся формированием полиорганных свищей.

Одним из первых ЭМТ выполнил Brunschwig в 1948 году. Операция носила паллиативный характер и была направлена на устранение патологических симптомов распространенной опухоли малого таза. Несмотря на более чем 50-летний период, сложность и мультидисциплинарность вмешательства, тяжесть состояния больных и сегодня склоняют многих хирургов к отказу от ЭМТ в пользу симптоматических манипуляций.

Целью нашего исследования явилась оценка непосредственных результатов выполнения эвисцераций малого таза при местно-распространенном раке шейке матки.

В период с 2007 по 2012 год в Ленинградском областном онкологическом диспансере различные виды эвисцераций малого таза по поводу местно-распространенного рака шейки матки были выполнены 60 пациенткам. Первичных больных было 19 (31,6%), с местно-распространенными рецидивами заболевания, в разные сроки после лучевой терапии — 41 (68,3%).

У 12 пациенток (63%) опухоль была осложнена формированием свищей с соседними органами, что являлось противопоказанием к проведению лучевой терапии.

Средний возраст пациенток составил 51 год.

Более, чем у 50% больных до операции отмечался выраженный болевой синдром. Полный блок мочеточников и нарастающая почечная недостаточность потребовали выполнения в предоперационном периоде чрескожной пункционной нефростомии у 11 (18,3%) больных. У 10 (16%) пациенток, ввиду нарастающих явлений толстокишечной непроходимости в предоперационном периоде формировалась сигмостома.

Передние ЭМТ выполнены 24 больным (40%): с экстирпацией влагалища — 10, циркулярной резекцией 2/3 влагалища — 14.

Задние ЭМТ с реконструкцией прямой кишки — 7 (12%).

Тотальные эвисцерации таза выполнены 29 больным (48,3%): инфралевавторные — у 6 пациенток, супралевавторные с реконструкцией прямой кишки — у 23. Деривация мочи в модификации Bricker выполнена 41 больной (68%), Mainz — Pouch II — 2 (6%), уретерокутанеостомы — 10 (30%).



Осложнения послеоперационного периода отмечены у 20 больных (33,3%). Послеоперационная летальность составила 8,3% (5 пациенток).

Таким образом, ЭМТ является методом выбора при лечении местно-распространенного рака шейки матки. Совершенствование хирургической техники, современные достижения анестезиологии и реанимации позволяют достичь удовлетворительных показателей послеоперационных осложнений и летальности. Кроме того, удаление осложненной опухоли малого таза позволяет максимально использовать возможности лучевого метода лечения.

### **Оценка эффективности применения таксанов при местнораспространенном раке яичника**

Н.Ш. Юлдашева, О.М. Ахмедов, Н.А. Умарова, В.С. Наврузова  
*Республиканский онкологический научный центр, Ташкент*

Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения местнораспространенного рака яичника путем изучения чувствительности к различным схемам неoadъювантной химиотерапии.

Материалы и методы: в онкологическом научном центре РУз неoadъювантная полихимиотерапия местнораспространенного рака яичника проведена у 74 больных. в исследование включены больные с морфологически верифицированным первичным нерезектабельным раком яичника с местным и/или отдаленным распространением. Возраст больных от 16 до 76 лет. До лечения у всех больных определили уровень опухолевого маркера СА 125 и экспрессию генов p53 и Bcl-2.

Больные разделены на 3 группы:

1 гр. — 26 больных, которым неoadъювантная химиотерапия проведена по схеме: цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 1-й день, циклофосфан 800 мг/м<sup>2</sup>, 1-й день, фторурацил 1000 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 2, 3, 4-й дни. 2 гр. — 27 больных, которым неoadъювантная химиотерапия проведена по схеме: цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 1-й день, доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, 1-й день, циклофосфан 800 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 1-й день. 3 гр. — 26 больных, которым неoadъювантная химиотерапия проведена по схеме: паклетаксель 120 мг/м<sup>2</sup>, 1-й день, карбоплатин 300 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 1-й день. На фоне премедикации и гидратации. Неoadъювантная полихимиотерапия всем больным проведена на фоне сопроводительной терапии. Больным в зависимости от клинического эффекта проведены от 2 до 4 курсов неoadъювантной полихимиотерапии.

На втором этапе лечения больным произведена операция в объеме экстирпации матки с придатками или суправагинальной ампутации матки с придатками и оментэктомии. В операционном материале у 67,3% больных верифицирована серозная папиллярная аденокарцинома, у 26,2% больных — муцинозная аденокарцинома, у 6% больных — дисгерминома яичника, у 0,5% больных — злокачественная текома яичника. У всех больных повторно исследованы уровень экспрессии генов p53 и Bcl-2. При позитивном изменении показателя p53 и Bcl-2, проводимая химиотерапия оценивалась как чувствительная, а при негативном — не чувствительная или мало чувствительная. В послеоперационном периоде у больных с неэпителиальными опухолями яичника схема полихимиотерапии изменена на схему: цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 1-й день, доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, 1-й день, этопозид 100 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 1, 3, 5-й дни.

Результаты: После проведения неoadъювантной полихимиотерапии и оперативного лечения у 5 больных I группы обнаружено не чувствительность к проводимой терапии (p53 и Vcl-2 до и после лечения (+++)), у 7 больных –слабая чувствительность (p53 и Vcl-2 до лечения (+++), после лечения (++)), у 14 больных позитивная реакция (p53 и Vcl-2 до лечения (+++), после лечения (+)). Анализ результатов II группы показал, что у 4 больных обнаружено не чувствительность к проводимой терапии (p53 и Vcl-2 до и после лечения (++)), у 15 больных –слабая позитивная (p53 и Vcl-2 до лечения (+++), после лечения (++)), у 8 больных позитивная реакция (p53 и Vcl-2 до лечения (+++), после лечения (+)). Градация эффекта на неoadъювантную полихимиотерапию в III группе больных показала, что у 1 больной обнаружено не чувствительность к проводимой терапии (p53 и Vcl-2 до и после лечения (+++)), у 4 больных — слабая чувствительность (p53 и Vcl-2 до лечения (+++), после лечения (++)), у 16 больных позитивная реакция (p53 и Vcl-2 до лечения (+++), после лечения (+)или (-)).

Неoadъювантная полихимиотерапия на фоне сопроводительной терапии значительно снижает токсичность проводимой специальной терапии, так в I и II группах отмечалась 3–4 степень токсичности, а III группе — 2-3 степень. У больных наблюдалась общая цитопения (44%, 38% и 32%), периферическая нейропатия (28%, 31% и 30%), рвота (24%, 34% и 27%), кардиологические осложнения (0%, 3% и 2%), гастроинтестинальные осложнения (18%, 14% и 16%). Все осложнения купированы. Качество жизни больных по ВОЗ 0-1 баллов у 56 больных и 2 балла — у 18 больных.

Выводы:

1. Эффективность неoadъювантной полихимиотерапии в схеме с паклетакселем значительно выше по сравнению с I и II группами.
2. Эффективность неoadъювантной полихимиотерапии выше не только в клиническом исследовании, но и иммуногистохимическом материале.
3. Изучение экспрессии генов p53 и Vcl-2 в тканях опухоли и в процессе химиотерапии позволяет своевременно оценить эффективность химиотерапии и провести коррекцию лечения.

## Экспрессия ассоциированных с клеточной подвижностью белков при раке эндометрия и яичников: связь с инвазией и метастазированием

Н.В. Юнусова, И.В. Кондакова, Л.А. Коломиец, В.Д. Коваль, А.Л. Чернышова,  
В.Д. Коваль, Т.В. Тропина  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Процессы инвазии и метастазирования сложны и определяются совокупностью многих событий на клеточном и молекулярном уровне, среди которых важное значение имеют нарушение адгезивных взаимодействий и приобретение клетками способности к передвижению, что требует ремоделирования актинового цитоскелета актинсвязывающими белками и модификации межклеточных контактов. Изменение инвазивного и метастатического потенциала опухолевых клеток связано с изменениями адгезионных межклеточных взаимодействий с участием катенин-кадгериновых комплексов. Двойственная роль  $\beta$ -катенина обусловлена тем, что, с одной стороны, в клетке этот белок присутствует, в основном, в составе этих комплексов, обес-



печивая адгезию и снижая миграционную активность клеток. С другой стороны, при высвобождении  $\beta$ -катенина из катенин-кадгериновых комплексов он становится сигнальной молекулой в Wnt/ $\beta$ -катенин сигнализации, что приводит к повышению миграции, снижению адгезии и повышению пролиферации клеток. При этом происходит накопление p45 Ser формы  $\beta$ -катенина в цитоплазме с последующим ее перераспределением в ядро. Поэтому целью исследования явилось исследование возможных взаимосвязей экспрессии актинсвязывающих белков и  $\beta$ -катенина с процессами инвазии и метастазирования при раке эндометрия (РЭ) и яичников (РЯ).

Экспрессия актинсвязывающих белков (Agr3, гельзолина, кофилина-1 и тимозина- $\beta$ 4) и p45 Ser  $\beta$ -катенина была оценена у 18 больных со злокачественными опухолями яичников эпителиального происхождения (серозные и эндометриоидные карциномы) II-III стадии и у 23 больных с эндометриоидной карциномой эндометрия I стадии с использованием метода проточной цитометрии. Забор материала (ткань опухоли и имплантационных метастазов РЯ, ткани рака эндометрия РЭ) для определения экспрессии ассоциированных с клеточной подвижностью белков осуществлялся на этапе хирургического вмешательства. У больных РЭ оценивали глубину инвазии опухоли в миометрий.

Взаимосвязь экспрессии белков, участвующих в ремоделировании актинового цитоскелета (гельзолина, кофилина-1 и тимозина- $\beta$ 4) с глубиной инвазии опухоли в миометрий показана для больных РЭ. Экспрессия актинсвязывающих белков (Agr3, гельзолина и кофилина-1) была выше в перитонеальных метастазах РЯ по сравнению с первичной опухолью и метастазами РЯ в большой сальник. У больных РЯ экспрессия гельзолина и кофилина-1 в ткани первичной опухоли также была связана со стадией заболевания и гистологическим типом опухоли. Уровень экспрессии p45 Ser формы  $\beta$ -катенина не коррелировал с клинико-морфологическими параметрами и метастазированием при данных формах рака.

Результаты исследования позволяют сделать фундаментальные выводы о важном вкладе белков клеточной подвижности в инвазии и метастазировании опухолей. Полученные результаты могут быть использованы для выявления новых молекулярных прогностических маркеров у больных РЭ и РЯ.

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (грант № 13-04-00169а).

## **Рак эндометрия на фоне метаболического синдрома: особенности системы инсулиноподобных факторов роста**

Н. В. Юнусова, Л. А. Коломиец, И. В. Кондакова, О. Н. Асадчикова, А. Л. Чернышова,  
В. В. Недосеков  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск;  
ГБОУ ВПО СибГМУ, Томск

Симптомокомплекс, включающий абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа, артериальную гипертензию и дислипидемию, объединен понятием метаболический синдром (МС). Распространенность МС в женской популяции достигает 14-35%. Данные литературы свидетельствуют о возможном влиянии гормонов жировой ткани лептина и адипонектина через свои тканевые рецепторы на уровень экспрессии важнейших ростовых и транскрип-

ционных факторов в ткани рака. Поскольку в патогенезе рака эндометрия значительное место отводят особенностям экспрессии инсулиноподобных факторов роста (IGFs), связывающих их белков (IGFBPs) и их протеаз (PAPP-A), целью исследования явилось изучение особенностей системы IGFs в опухолевой ткани у больных раком эндометрия в зависимости от наличия и выраженности МС. В исследование были включены 45 больных раком эндометрия на фоне МС (на основании критериев IDF, 2005). Кроме проведения антропометрических исследований оценивали состояние углеводного обмена (уровень гликемии, инсулинемии с расчетом HOMA-IR и уровня HbA1) и уровень лептина в сыворотке крови. В супернатанте, полученном из опухолевой ткани, определяли содержание IGF-I, IGF-II, IGFBP-3, IGFBP-4, PAPP-A методом ELISA. В ткани опухоли иммуногистохимическим методом определяли уровень экспрессии рецепторов стероидных гормонов (ER, PR) и вовлеченных в IGFs-опосредованный сигнальный путь онкосупрессорных белков p53 и PTEN.

У больных раком эндометрия выявлены достоверные различия в уровне белков IGFs-системы в зависимости от гистотипа опухоли, степени дифференцировки и наличия инвазии опухоли в миометрий. Выявленные связи уровня IGF-I, IGF-II, IGFBP-3 и IGFBP-4, а также PAPP-A в ткани рака эндометрия с индексом массы тела, абдоминальным типом ожирения, концентрацией лептина в сыворотке крови и уровнем HbA1 свидетельствуют, по-видимому, о возможной роли гормонально-метаболических нарушений, обусловленных МС, в регуляции уровня данных ростовых факторов и связывающих их белков. Выявлена взаимосвязь экспрессии IGFBP-3 с рецепторным статусом опухоли. Уровень экспрессии IGF-I в опухоли коррелировал с экспрессией PTEN. Экспрессия металлопротеиназы PAPP-A была рецепторнезависима, но коррелировала с экспрессией IGFBP-4 и IGF-I. Уровень экспрессии IGF-II и IGFBP-4 коррелировал с экспрессией p53. Полученные данные свидетельствуют о возможной регуляции экспрессии IGFs и IGFBPs в ткани рака эндометрия с вовлечением ER- и PR-опосредованной сигнальной трансдукции, особенно у больных с рецепторпозитивными опухолями. В рецепторнегативных опухолях можно предположить определенную роль p53 в регуляции экспрессии IGFs и IGFBPs. Наличие взаимосвязей экспрессии металлопротеиназы PAPP-A с вариантом жировоголожения, уровнем гликемии, инсулинемии и лептинемии позволяет предположить особенности протеолитической регуляции IGFs и IGFBPs у больных раком эндометрия на фоне МС. У больных раком эндометрия с МС экспрессия PAPP-A явилась статистически значимым фактором безрецидивной выживаемости. Фактором высокого риска рецидива у больных раком эндометрия с МС в течение 3-х лет является уровень PAPP-A в ткани опухоли более 8 нг/мг белка.

## Комбинированная химиотерапия элоксатин/паклитаксел при рефрактерном раке яичников

Л. Е. Юркова

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург

Рак яичников по мировым показателям является ведущей причиной смерти среди опухолей женской репродуктивной системы, характеризуется обширным метастазированием, высокой частотой рецидивирования и неудовлетворительными показате-



лями выживаемости больных. Актуально изучение эффективности препарата нового поколения—элоксатина в комбинированной химиотерапии опухолей яичников.

Цель исследования: повышение эффективности лечения рецидивов рака яичников путем внедрения в клиническую практику новых химиотерапевтических препаратов.

Материал и методы: в гинекологической клинике ФГБУ «РНЦ РХТ» в 2010 г. начато исследование по применению элоксатина в комбинации с паклитакселом при лечении рецидивов рака яичников. Пролечено 30 больных по поводу первого (22 пациентки) и второго (8 пациенток) рецидива заболевания. Химиотерапию выполняли элоксатином и паклитакселом. Элоксатин использовали в дозе 85 мг/м<sup>2</sup>, паклитаксел—175 мг/м<sup>2</sup>. Больные получали от 6 до 9 курсов с интервалом 3-4 недели. Всего проведено 160 курсов лечения. Токсичность, обусловленная химиотерапией элоксатин/паклитаксел, выражалась в нейтропении I-II степени тяжести, аллопеции, периферической нейропатии I-II степени и не требовало коррекции лечения. При повышении дозы элоксатина до 130 мг/м<sup>2</sup> (в 2 наблюдениях) была отмечена нейропатия III и IV степени и доза элоксатина в последующих курсах была снижена до 85 мг/м<sup>2</sup>.

Результаты. Применение химиотерапии элоксатином в комбинации с паклитакселом у больных с рецидивами рака яичников позволило получить объективный эффект в 23 из 30 наблюдений (76,7%). Эффект лечения выразался в достижении полной клинической ремиссии у 11 больных (36,7%), частичной ремиссии—у 6 (20,0%), стабилизации опухолевого процесса—у 6 (20,0%) пациенток. Прогрессирование заболевания в процессе лечения отмечено в 7 (23,3%) случаях, что потребовало изменения схемы лечения. Медиана безрецидивной выживаемости составила 18,7 месяцев. Мониторинг состояния больных продолжается.

Заключение. Платиносодержащие препараты остаются наиболее активным классом химиотерапевтических средств при лечении рака яичников. Элоксатин—платиновое производное третьего поколения, как показали непосредственные результаты его применения в комбинации с паклитакселом, является эффективным и хорошо переносимым препаратом. Можно признать перспективность использования комбинации элоксатина и паклитаксела при рефрактерном раке яичников.

**ОНКОУРОЛОГИЯ**



## Результаты радикальной простатэктомии с расширенной тазовой лимфаденэктомией у больных раком предстательной железы с наличием метастазов в лимфатических узлах

Б. Я. Алексеев, К. М. Ньюшко, А. А. Крашенинников, Н. В. Воробьев, А. Д. Каприн  
ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва

**Введение.** Метастатическое поражение лимфатических узлов (ЛУ) у больных раком предстательной железы (РПЖ) существенно ухудшает прогноз заболевания и требует назначения адъювантной гормональной терапии (АГТ). Ряд исследований продемонстрировал возможность улучшения отдаленных результатов хирургического лечения данного контингента больных при выполнении расширенной тазовой лимфаденэктомии (ТЛАЭ). Целью данного исследования явилась сравнительная оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных РПЖ в зависимости от выполненного объема ТЛАЭ у больных с наличием метастатического поражения ЛУ.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ базы данных, включившей 1148 больных РПЖ, которым выполнена радикальная простатэктомия (РПЭ) и ТЛАЭ с 1998 по 2012 год в отделении онкоурологии МНИОИ им. П. А. Герцена. В анализ включено 680 с точно установленным объемом ТЛАЭ и известными отдаленными результатами лечения. В зависимости от объема выполненной ТЛАЭ больных распределили на 2 группы: стандартная ТЛАЭ с удалением наружных подвздошных и обтураторных ЛУ выполнена у 289 (42,5%) больных; расширенная ТЛАЭ с удалением наружных, внутренних, общих подвздошных, обтураторных и пресакральных ЛУ — у 391 (57,5%). Средний уровень ПСА составил  $13,6 \pm 11,7$  нг/мл в группе стандартной ТЛАЭ и  $16,1 \pm 15,6$  нг/мл в группе расширенной ТЛАЭ ( $p < 0,001$ ); средний процент позитивных биоптатов —  $47,8 \pm 31,1\%$  и  $53,9 \pm 30,7\%$  соответственно ( $p = 0,02$ ). В группе расширенной ТЛАЭ также отмечены более распространенные ( $p < 0,001$ ) и низкодифференцированные опухоли ( $p < 0,001$ ). В группе стандартной ТЛАЭ низкий риск РПЖ отмечен у 99 (34,3%) больных, промежуточный риск — у 92 (31,8%) и высокий риск — у 98 (33,9%) больных. В группе расширенной ТЛАЭ распределение больных в зависимости от риска РПЖ было следующим: низкий — 43 (11%), промежуточный — 152 (38,9%), высокий — 196 (50,1%). Таким образом, в группе расширенной ТЛАЭ наблюдалось большее число больных промежуточного и высокого риска ( $p < 0,001$ ). Отдаленные результаты лечения оценены у пациентов с наличием метастазов в ЛУ с использованием метода Каплан-Мейера. Больные с наличием обширного метастатического поражения ЛУ, которым после операции назначали АГТ, были исключены из анализа. Биохимический рецидив (БР) трактовали как 3 последовательных повышения уровня ПСА  $> 0,2$  нг/мл после операции.

**Результаты.** Среднее число удаленных ЛУ составило  $14 \pm 6$  (4-37) в группе стандартной ТЛАЭ и  $26 \pm 8$  (8-61) в группе расширенной ТЛАЭ ( $p < 0,001$ ). Метастазы в ЛУ обнаружены у 34 (11,7%) и у 80 (20,5%) больных соответственно ( $p = 0,003$ ). АГТ назначена 22 (19,3%) больным. Медиана периода наблюдения составила  $30,5 \pm 28$  мес (3-156 мес). За данный период наблюдения БР верифицирован у 22 (78,6%) больных в группе стандартной ТЛАЭ и у 21 (32,8%) больных в группе расширенной ТЛАЭ ( $p < 0,001$ ). Таким образом, кумулятивная 3-х летняя биохимическая

безрецидивная выживаемость у больных с наличием метастазов в ЛУ составила  $20,1 \pm 8,3\%$  в группе стандартной ТЛАЭ и  $49,6 \pm 8,7\%$  в группе расширенной ТЛАЭ ( $p=0,005$ ).

Выводы. Выполнение расширенной ТЛАЭ повышает безрецидивную выживаемость у больных РПЖ с наличием метастатического поражения ЛУ. Ряд пациентов с минимальной плотностью поражения ЛУ могут оставаться под наблюдением без проведения АГТ после выполнения РПЭ и расширенной ТЛАЭ.

## Расширенная тазовая лимфаденэктомия улучшает отдаленные результаты хирургического лечения у больных раком предстательной железы

Б.Я. Алексеев, К.М. Ньюшко, А.А. Крашенинников, Н.В. Воробьев, Г.А. Франк,  
Ю.Ю. Андреева, А.Д. Каприн  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Введение: некоторые исследования продемонстрировали диагностическое преимущество расширенной тазовой лимфаденэктомии (РТЛАЭ) по сравнению со стандартной (СТЛАЭ) при оценке состояния тазовых лимфатических узлов (ЛУ) у больных раком предстательной железы (РПЖ). Кроме того, существуют данные о возможном улучшении отдаленных результатов хирургического лечения при расширении объема ТЛАЭ. Тем не менее, данный вопрос до сих пор остается дискуссионным по причине отсутствия результатов крупных рандомизированных исследований. Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка показателей общей и биохимической безрецидивной выживаемости (БРВ) у больных РПЖ, которым выполнена радикальная простатэктомия (РПЭ) в зависимости от объема выполненной ТЛАЭ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ базы данных, включивший 1148 больных, которым выполнена РПЭ и ТЛАЭ в отделении онкоурологии «МНИОИ им. П. А. Герцена» в период с 1998 по 2012 год. В исследование включено 680 больных с точно установленным объемом ТЛАЭ и известными отдаленными результатами лечения. в зависимости от объема выполненной ТЛАЭ больных распределили на 2 группы: СТЛАЭ с удалением наружных подвздошных и obturatorных ЛУ выполнена у 289 (42,5%) больных; РТЛАЭ с удалением наружных, внутренних, общих подвздошных, obturatorных и пресакральных ЛУ — у 391 (57,5%). Средний уровень ПСА составил  $13,6 \pm 11,7$  нг/мл в группе стандартной ТЛАЭ и  $16,1 \pm 15,6$  нг/мл в группе расширенной ТЛАЭ ( $p < 0,001$ ); средний процент позитивных биоптатов —  $47,8 \pm 31,1\%$  и  $53,9 \pm 30,7\%$  соответственно ( $p = 0,02$ ). В группе РТЛАЭ также отмечены более распространенные ( $p < 0,001$ ) и низкодифференцированные опухоли ( $p < 0,001$ ). В группе СТЛАЭ низкий риск РПЖ отмечен у 99 (34,3%) больных, промежуточный риск — у 92 (31,8%) и высокий риск — у 98 (33,9%) больных. В группе РТЛАЭ распределение больных в зависимости от риска РПЖ было следующим: низкий — 43 (11%), промежуточный — 152 (38,9%), высокий — 196 (50,1%). Таким образом, в группе РТЛАЭ наблюдалось большее число больных промежуточного и высокого риска ( $p < 0,001$ ). Среднее количество удаленных ЛУ в группе СТЛАЭ составило  $14 \pm 6$  (4-37), в группе РТЛАЭ —  $26 \pm 8$  (8-61), соответственно ( $p < 0,001$ ). Метастазы в ЛУ выявлены у 34 (11,7%) и 80 (20,5%) больных в группах СТЛАЭ и РТЛАЭ соответственно ( $p = 0,003$ ). Больные с наличием метастатического поражения



ЛУ были исключены из дальнейшего анализа. Биохимический рецидив (БР) трактовали как 3 последовательных повышения уровня ПСА > 0,2 нг/мл после операции.

Результаты. Медиана периода наблюдения составила 30,5±28 мес (3-156 мес). За этот период БР отмечен у 87 (34,1%) больных в группе СТЛАЭ и у 33 (10,6%) больных в группе РТЛАЭ. Кумулятивная 5-летняя БРВ составила 56,2±3,9% у больных в группе СТЛАЭ и 73,6±5,5% в группе РТЛАЭ ( $p < 0,001$ ). Смерть зарегистрирована у 7 (2,8%) больных в группе СТЛАЭ и у 4 (1,3%) больных в группе РТЛАЭ. Таким образом, 5-летняя общая выживаемость составила 94,4±4,1% и 97,1±2,9% в группах СТЛАЭ и РТЛАЭ соответственно ( $p > 0,05$ ). Опухолово-специфическая выживаемость составила 95,8±4,1% и 99,2±2,5% в группах соответственно ( $p > 0,05$ ).

Выводы. Выполнение РТЛАЭ позволяет улучшить диагностические результаты при проведении хирургического лечения у больных РПЖ, а также приводит к достоверному увеличению показателей 5-летней БРВ.

## Внутрипузырная химиотерапия митомицином С в комбинации с низкоинтенсивной лазерной терапией у больных немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря

Б.Я. Алексеев, М.П. Головащенко, К.М. Ньюшко, Е.В. Филоненко, А.Д. Каприн  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Введение: Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП) является одной из наиболее актуальных проблем современной онкоурологии. Частое развитие рецидивов в подгруппе больных НМИРМП промежуточного и высокого риска требует проведения адъювантной внутрипузырной терапии. Поиск новых методов, направленных на снижение частоты рецидива у данного контингента больных, является чрезвычайно актуальным. Целью исследования явилась оценка результатов адъювантной внутрипузырной химиотерапии митомицином С (ВПХТ) с комбинированным применением низко-интенсивного лазерного излучения (НИЛИ), потенцирующего эффективность инстилляции цитостатического препарата, в подгруппе больных НМИРМП промежуточного риска.

Материалы и методы: в исследование включено 79 больных НМИРМП промежуточного риска, которым в период с 2006 по 2010 гг. в отделении онкоурологии «МНИОИ им. П. А. Герцена» выполнена трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря (МП) с адъювантной ВПХТ митомицином С. В контрольную (ретроспективную) группу включено 54 больных, которым выполнена ТУР МП с последующим проведением 6 курсов адъювантной ВПХТ. Экспериментальная (проспективная) группа включила 25 больных, которым выполнена ТУР МП с последующим проведением 6 курсов ВПХТ митомицином С в комбинации с НИЛИ. Больные в контрольной и опытной группах были сопоставимы по основным факторам прогноза согласно критериям EORTC. Больные с сопутствующей карциномой *in situ* исключены из анализа. Анализ выживаемости проводили с использованием метода Каплан-Майера.

Результаты: в контрольной группе медиана периода наблюдения составила 39 мес. За данный период рецидивы диагностированы у 29 (54%) больных, медиана безрецидивной выживаемости (БРВ) составила 33 мес. в экспериментальной группе медиана периода наблюдения составила 36 мес., за это время рецидивы выявля-

ны у 2 (8%) больных. Медиана БРВ составила 36 мес. В контрольной группе больных 3-х летняя БРВ составила  $47,5\% \pm 0,07$ , в экспериментальной группе —  $92\% \pm 0,05$  ( $p=0,00027$ ). Частота развития осложнений достоверно не отличалась в двух группах больных ( $p=0,46$ ).

Выводы. Комбинированная ВПХТ с использованием НИЛИ является эффективным и безопасным методом терапии, позволяющим существенно улучшить результаты терапии больных НМИРМП. Комбинация ВПХТ с НИЛИ позволяет увеличить 3-х летнюю БРВ больных НМИРМП в группе промежуточного риска в 2 раза без увеличения риска развития осложнений.

## Высокий риск инцидентального рака предстательной железы у больных, перенесших цистэктомию по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря

Б.Я. Алексеев, К.М. Ньюшко, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева, А.Д. Каприн  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Введение. Радикальная цистэктомия (ЦЭ) является стандартным методом хирургического лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (МИРМП). При выполнении ЦЭ объем удаляемых тканей включает мочевой пузырь, предстательную железу (ПЖ) с семенными пузырьками и окружающей клетчаткой, а также выполнение расширенной тазовой лимфаденэктомии. Возможность сохранения ПЖ или ее части при выполнении ЦЭ у больных МИРМП с целью улучшения функциональных результатов операции, таких как континенция и потенция, является дискуссионной по причине высокой вероятности обнаружения инцидентального рака ПЖ (РПЖ) при проведении планового морфологического исследования удаленного препарата. Целью исследования явилась оценка частоты выявления инцидентального РПЖ у больных, перенесших радикальную ЦЭ по поводу МИРМП.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ базы данных, включившей 239 больных МИРМП, которым в период с 1998 по 2012 гг. в отделении онкоурологии «МНИОИ им. П. А. Герцена» выполнена радикальная ЦЭ. Средний возраст больных составил  $59,9 \pm 9,8$  (25-82) лет. У всех больных при выполнении ЦЭ удаляли мочевой пузырь, ПЖ с семенными пузырьками, а также все группы лимфатических узлов малого таза. Предоперационное обследование у всех больных включало трансректальное ультразвуковое обследование (ТРУЗИ), пальцевое ректальное исследование и анализ крови на ПСА. У некоторых больных дополнительно выполняли КТ или МРТ органов малого таза. В случае повышения уровня ПСА  $\geq 4$  нг/мл при проведении обследования больных в период с 1998 по 2006 гг. и  $\geq 2,5$  нг/мл с 2006 выполняли 6 или 12-точковую биопсию ПЖ под контролем ТРУЗИ. При проведении планового морфологического исследования оценивали частоту выявления в ПЖ инцидентального РПЖ, простатической интраэпителиальной неоплазии тяжелой степени (ПИН), а также карциномы *in situ* простатического отдела уретры.

Результаты. В процессе проведения предоперационного обследования синхронный РПЖ верифицирован у 9 (3,8%) больных, которые были исключены из дальнейшего анализа. В группе больных, у которых РПЖ не выявлен перед



выполнением хирургического вмешательства, средний уровень ПСА составил  $2,08 \pm 2,01$  (0,1-10,1) нг/мл. в процессе поведения морфологического исследования удаленного препарата ПИН тяжелой степени верифицирована у 44 (19,1%) больных, инцидентальный РПЖ — у 50 (21,7%) больных. Дифференцировка опухоли по шкале Глисона  $\leq 6$  баллов отмечена у 46 (92%) больных, 7 баллов — у 4 (8%) больных. Морфологическая стадия РПЖ pT2a-T2b зарегистрирована у 20 (40%) больных, pT2c — у 27 (54%) и pT3a-T3b — у 2 (4%) пациентов. РПЖ с наличием метастазов в лимфатических узлах (pN+) диагностирован у 1 (2%) больного. Таким образом, клинически значимый РПЖ верифицирован у 13,1% больных после ЦЭ. Частота выявления инцидентального РПЖ коррелировала только с возрастом больных ( $R=0,2$ ;  $p=0,005$ ). Уровень ПСА до операции не оказывал достоверного влияния на частоту выявления инцидентального РПЖ. Карцинома *in situ* простатического отдела уретры верифицирована у 62 (26,9%) больных. У 40 (17,4%) рак *in situ* обнаружен при отсутствии сопутствующего инцидентального РПЖ или ПИН.

Выводы. Сохранение ПЖ не оправдано у больных МИРМП при проведении ЦЭ по причине высокой вероятности (13,1%) наличия сопутствующего клинически значимого РПЖ. Сохранение ПЖ возможно только у тщательно отобранных молодых больных.

## Двусторонний рак почек: результаты хирургического лечения

Б.Я. Алексеев, А.С. Калпинский, К.М. Нюшко, Н.В. Воробьев, М.П. Головащенко, А.Н. Андрианов, Е.В. Прядилова, А.Д. Каприн  
ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва

Введение. Заболеваемость почечно-клеточным раком (ПКР) увеличивается, в связи с чем отмечено увеличение числа больных двусторонним ПКР. в данной работе представлен анализ клинических характеристик больных двусторонним ПКР, приведены онкологические и функциональные результаты хирургического лечения этих пациентов.

Материалы и методы: в исследование включен 31 (2,8%) больной двусторонним ПКР из 1100 больных локализованным и местно-распространенным ПКР без отдаленных метастазов, которым в отделении онкоурологии «МНИОИ им. П. А. Герцена» проведено хирургическое лечение. Синхронный ПКР диагностировали у 25 (80,6%) больных, метахронный — у 6 (19,4%) больных. Осложнения оценивали согласно классификации Clavien-Dindo. Для статистической обработки данных применяли программу Statistica 8.

Результаты. Резекцию единственной почки выполнили 6 (19,4%) больным метахронным ПКР, двустороннюю резекцию почек — 19 (61,2%) больным синхронным ПКР, нефрэктомия с резекцией контралатеральной почки — 6 (19,4%) больным. Медиана времени оперативного вмешательства и объема кровопотери варьировала в зависимости от типа выполненного оперативного вмешательства, и при выполнении двусторонней резекции составила 180 минут (интеркв. размах 155—220 мин) и 900 мл (интеркв. размах 700-1350 мл); при выполнении резекции почки с одной стороны и нефрэктомии с другой — 185 минут (140—240

мин.) и 1050 мл (200-1700 мл); при выполнении резекции единственной почки 115 минут (80—150 мин.) и 400 мл (200-900 мл), соответственно. Снижение показателей скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в раннем послеоперационном периоде варьировало от 10,9% до 21,7% и зависело от предоперационного снижения функции почек по данным динамической нефросцинтиграфии и первоначальных значений СКФ. Согласно классификации Clavien-Dindo, осложнения II степени тяжести зарегистрировали у 3 (9,7%) больных, IIIa степени—у 1 (3,2%) больного и IVa степени—у 2 (6,5%) пациентов. Согласно результатам планового морфологического исследования, у 22 (71%) пациентов выявлен светлоклеточный вариант ПКР, у 6 (19,3%)—папиллярный вариант, у 3 (9,7%)—хромофобный. Наибольшая стадия опухолевого процесса pT1aN0M0 верифицирована у 10 (32,3%) больных, pT1bN0M0—у 10 (32,3%), pT2aN0M0—у 3 (9,7%), pT3aN0M0—у 6 (19,3%) пациентов. У 2 (6,4%) больных выявлены метастазы в регионарных лимфатических узлах (pN+). Положительный хирургический край диагностировали у 1 (3,2%) больного. Медиана времени наблюдения составила 25 месяцев (интеркв. размах 18—47 мес.). Трехлетняя безрецидивная выживаемость составила 75,1+10,2%. Трехлетняя кумулятивная общая и опухоле-специфическая выживаемости составили 82,9+8,5% и 84,8+8,2%, соответственно.

**Заключение.** Частота выявления двухстороннего ПКР составила 2,8%. Хирургическое лечение двухстороннего ПКР является единственным эффективным методом, позволяющим добиться удовлетворительных онкологических и функциональных результатов при низкой частоте осложнений.

## Лапароскопическая резекция почки с использованием радиочастотной абляции

Б. Я. Алексеев, А. С. Калпинский, К. М. Нюшко, Н. В. Воробьев, В. А. Поляков, М. П. Головащенко, Е. В. Прядилова, А. Н. Андрианов, А. Д. Каприн  
*ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ, Москва,*

Цели и задачи: лапароскопическая резекция почки (ЛРП) является альтернативой открытым органосохранным оперативным вмешательствам. К основным недостаткам ЛРП относят трудности в создании интраоперационного гемостаза и необходимость создания ишемии почечной ткани. Цель нашего исследования оценить результаты применения методики ЛРП с использованием радиочастотной абляции (РЧА) без ишемии, у больных ранним раком почки (РП).

Материалы и методы: в отделении онкоурологии МНИОИ им. П. А. Герцена в период с 2003 по 2012 гг. выполнено 167 ЛРП. В зависимости от методики оперативного вмешательства больных стратифицировали на 2 группы: 77 (46,1%) больному выполнили стандартную ЛРП и 90 (53,9%) больному—ЛРП с применением РЧА. При ЛРП с применением РЧА использовали монополярную установку Cool-Tip RF, фирмы Tусо-Valleylab с одноигльчатым зондом (17Gauge, длина 20 см, рабочая поверхность 20 мм) и набором пассивных электродов. Для статистической обработки данных применяли программу Statistica 8.

Результаты: При сравнении групп по основным предоперационным характеристикам выявлено, что группы сопоставимы по возрасту и локализации опухоли ( $p > 0,05$ ) и различались по гендерному составу и предоперационному размеру



почки. В обеих группах преобладали больные с экстраорганным расположением опухоли. При сравнении по основным послеоперационным характеристикам выявлено отсутствие достоверных различий по времени оперативного вмешательства, частоте осложнений и времени наблюдения ( $p > 0,05$ ). Достоверные различия выявлены только по степени кровопотери и размеру удаленной опухоли согласно данным патоморфологического заключения. Отмечена тенденция к уменьшению времени оперативного вмешательства в группе больных, которым выполнили ЛРП с РЧА. Среднее время операции составило  $132,3 + 51,6$  мин (60–360 мин) для группы стандартной ЛРП и  $119,2 + 30,9$  мин (75–210 мин) ЛРП с применением РЧА ( $p > 0,05$ ). Медиана кровопотери при выполнении ЛРП с применением РЧА оказалась достоверно ниже и составила 100 мл (интеркв. размах 50 мл—200 мл), в то время как в группе стандартной ЛРП медиана кровопотери составила 200 мл (интеркв. размах 50–500 мл),  $p < 0,001$ . После получения планового гистологического заключения выявлены статистически достоверные различия в размере удаленной опухоли почки. Средний размер опухоли в группе стандартной ЛРП составил  $30,3 + 12,7$  мм (8–70 мм) и  $24,1 + 12,4$  мм (5–85 мм) в группе ЛРП с РЧА. По частоте встречаемости интра- и послеоперационных осложнений группы были сопоставимы, осложнения зафиксировали у 7 (9,1%) больных в группе стандартной ЛРП и у 15 (16,6%) больных в группе ЛРП с применением РЧА. Осложнения преимущественно встречались на этапе освоения методики. При анализе взаимосвязи между частотой осложнений и расположением опухоли почки (интра- или экстрапаренхиматозным) выявлена слабая статистически достоверная корреляция: ( $R = 0,17$ ;  $p < 0,01$ ). Пятилетняя безрецидивная и опухолево-специфическая выживаемость составила 95,3% и 94,5%, соответственно. Положительный хирургический край зарегистрировали у 3 (1,8%) больных. Ишемии почечной паренхимы при выполнении ЛРП с РЧА не проводили.

Выводы. Использование методики ЛРП с РЧА показало достоверные преимущества в формировании интраоперационного гемостаза по сравнению со стандартной ЛРП. К основным достоинствам оригинальной методики относятся: уменьшение кровопотери и отсутствие необходимости в ишемии паренхимы почки.

## Возможности лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы. Место «Октреотид-лонг» ФС

П. Г. Березин, В. В. Милованов, А. А. Иванников  
*Областной онкологический клинический диспансер, Тамбов*

При лечении больных раком предстательной железы имеет место понятие «гормонорезистентности», которое до недавнего времени рассматривалось как прогрессирование заболевания. На сегодняшний день большинство онкологов России рассматривают развитие кастрационно-резистентности как стадию единого опухолевого процесса, в основе которого лежит явление мутации и амплификации андрогенных рецепторов, их лиганднезависимой активации и синтеза андрогенов самой опухолью. Одним из перспективных направлений в лечении кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ) считается терапия пролонгированной формой аналога соматостатина (Октреотид-лонг ФС) с дексаметазоном на фоне хирургической или медикаментозной кастрации.

Цель исследования: оценка эффективности и переносимости терапии Октреотидом-лонг ФС у пациентов с КРРПЖ при первичной и вторичной кастрационной резистентности.

Материалы и методы. Эффект лечения оценен у 14 пациентов в течение 2010-2012 годов. Больные разделены на 3 группы: 1 группу составили 6 пациентов с бессимптомным течением КРРПЖ, не получавших химиотерапевтического лечения. Возраст больных составлял от 68 до 74 лет, средний уровень ПСА—от 132 до 220 нг/мл, показатель Глисона—от 5 до 7 баллов. 2-группу больных составили 5 пациентов, имеющих лимфогенно-диссеминированный N1M0 (n=2) и метастатический N0-1 M1 (n=3) КРРПЖ с прогрессией после проведения химиотерапии доцетакселом. Возраст больных данной группы составил 65-73 года, средний уровень ПСА от 420 до 1200 нг/мл, показатель Глисона от 8 до 10 баллов. В 3-ю группу включено три пациента в возрасте от 65 до 70 лет с первичной кастрационной резистентностью. Уровень ПСА пациентов этой группы составлял от 20 до 50 нг/мл. Показатель Глисона — от 5 до 6 баллов. Резистентность кастрационной терапии устанавливалась после лечения агонистами ЛГРГ в течение 3 мес. У всех пациентов на момент начала лечения была зарегистрирована стадия КРРПЖ. Пациенты всех групп получали Октреотид-лонг ФС по 20 мг внутримышечно каждые 28 дней в комбинации с приемом дексаметазона. Во всех случаях была продолжена андрогенная депривация (агонисты ЛГРГ или орхиэктомия). Терапия проводилась до прогрессирования (увеличение метастатических очагов или появления новых, 3 последовательных повышения уровня ПСА).

Результаты. Эффективность лечения при КРРПЖ оценивалась по уровню ПСА. Проведенный анализ показал, что в группе больных без химиотерапевтического лечения количество курсов Октреотидом-лонг ФС составило 5. В группе пациентов после химиотерапии—3. Время до появления биохимического прогрессирования составило 6 и 4 месяца соответственно. В двух группах отмечено снижение уровня ПСА более 50% через 2 месяца лечения, а у одного пациента из не получавших химиотерапию отмечено снижение уровня ПСА более чем на 70%. Прогрессирование заболевания (рост ПСА) и появление висцеральных метастазов отмечено у 2 пациентов 2 группы. в группе пациентов с первичным кастрационно-резистентным РПЖ снижение ПСА более 50% отмечено через 1 мес. лечения. Все пациенты отметили улучшение общего статуса, а группа с метастатическим поражением—снижение интенсивности болевого синдрома.

Выводы. Октреотида-лонг ФС у больных с КРРПЖ дает значимые результаты по клиническому эффекту, дает возможность лечения больных с первичным кастрационно-резистентным РПЖ.

## Лечение пациентов с биохимическим рецидивом после радикальной простатэктомии

П. Г. Березин, В. В. Милованов, А. А. Иванников  
*Областной онкологический клинический диспансер, Тамбов*

Цель исследования—оценка результатов лечения с использованием гормональной и лучевой терапии после радикальной простатэктомии (РПЭ) при биохимических признаках рецидива РПЖ.



Материалы и методы: в исследование включено 17 пациентов, перенесших РПЭ по поводу локализованного рака предстательной железы, за период 2010—2012 гг. Параметры учета: степень дифференцировки опухоли по Глиссону, инвазия в капсулу и семенные пузырьки, наличие метастатического поражения лимфатических узлов. Морфология: у 10 пациентов патологическая стадия опухолевого процесса определена как pT2N0M0; у 7 больных—pT2N1M0. Срок наблюдения составил от 1 года до 3-х лет. ПСА контроль после оперативного лечения проводился каждые 3 месяца в течение первых 2-х лет наблюдения и 1 раз в 6 месяцев с третьего года наблюдения. Биохимическим рецидивом принималось повышение послеоперационного уровня ПСА до 0,2 нг/мл и более. Сроки биохимического рецидива РПЖ оценивались в зависимости от клинических проявлений (местный рецидив, метастазирование).

Результаты. Биохимический рецидив заболевания отмечен у 11 из 17 оперированных пациентов, при этом он зарегистрирован у 4 из 10 пациентов с категорией pT2N0M0 и у всех пациентов (n=7) с категорией pT2N1M0. Среднее время возникновения рецидива составило 7 мес., а среднее время удвоения ПСА—11 мес. Местный рецидив выявлен у 3, а у 8 пациентов—системное прогрессирование. В группе пациентов с локализованным РПЖ pT2N0M0 (n=6) низкодифференцированные опухоли встречались в 2 наблюдениях, умереннодифференцированные—в 3, высокодифференцированные—в 1. Среди пациентов этой группы показатель Глисона 8 баллов отмечен у 3 пациентов, а у 7 пациентов—4 балла. Время удвоения ПСА составило более 6 мес, срок возникновения биохимического рецидива—более года наблюдения, а уровень ПСА—от 0,68 нг/мл до 1,2 нг/мл. в группе больных категории pT2N1M0 (n=7) метастатическое поражение регионарных лимфоузлов установлено у всех 7 пациентов. Среднее время удвоения ПСА составило 4,2 мес, средний срок биохимического рецидива—7 мес. Развитие клинического прогрессирования процесса во всех наблюдениях было связано с быстрым удвоением послеоперационного уровня ПСА (менее 6 мес.), дифференцировкой опухоли > 8 баллов по Глиссону и возникновением биохимического рецидива в срок до 1 года наблюдения. Показатели уровня ПСА—от 0,4 нг/мл до 3,2 нг/мл. Из группы pT2N0M0 (n=10), 3 пациента имели местный рецидив в области «простатической ямки» (зона везикоуретрального анастомоза), подтвержденный морфологическим исследованием, и подвергались спасительной дистанционной лучевой терапии в дозе 64 гр. Эффект лечения: снижение уровня ПСА до 0,1 нг/мл; стабилизация процесса в течение 2 лет наблюдения; уменьшение параметров объема рецидивной опухоли.

Больные с низкодифференцированными опухолями, развитием биохимического рецидива в течение 1 года после РПЭ получали агонисты ЛГРГ (Бусерелин-лонг, Золадекс, Люкрин-депо) до стабилизации процесса по уровню ПСА. Инициальный курс гормонотерапии—не менее 6 мес. Лечение прерывалось при значении ПСА < 0,5 нг/мл и возобновлялось при значении > 3,0 нг/мл.

Выводы. Лучевая терапия в дозе 64 гр и использование агонистов ЛГРГ позволяет добиться лучшего качества жизни и позволяет предупредить развитие кастрационно-резистентного рака у данной категории больных.

---

## Химиопрофилактика рака предстательной железы: возможности применения препаратов растительного происхождения на основе полипrenoлов

В.Г. Беспалов, Я.Г. Муразов, А.А. Кужанов, А.В. Панченко, О.Ф. Чепик, В.С. Султанов  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее подходящей локализацией для химиопрофилактики в связи с тем, что это частая злокачественная опухоль; предрак—простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) и микроочаги аденокарциномы простаты имеются у большого числа практически здоровых мужчин без клинической симптоматики; во многих случаях РПЖ растет очень медленно, до появления клинических симптомов имеет длительный латентный период; латентные формы РПЖ могут сдерживаться химиопрофилактикой и не переходить в агрессивную злокачественную опухоль. В клинических исследованиях наиболее высокий уровень доказательной медицины по способности предупреждать РПЖ получен только для двух лекарственных препаратов: ингибиторов 5- $\alpha$ -редуктазы финастерида и дутастерида, но при их длительном приеме часто возникают побочные эффекты, связанные с антиандрогенным действием. Цель работы—изучение антиканцерогенных эффектов на модели канцерогенеза простаты двух растительных препаратов, содержащих полипrenoлы. Эксперименты проведены на 211 половозрелых крысах-самцах Вистар, у которых индуцировали канцерогенез простаты по двухстадийной комбинированной схеме с использованием в качестве инициатора канцерогена N-метил-N-нитрозомочевины (МНМ) и промотора—смеси эфиров тестостерона. Эксперименты проведены в две серии: в первой серии использовали временную фармакологическую кастрацию с помощью ципротерона ацетата и короткую промоцию тестостероном (период наблюдения 62 недели), во второй серии—хирургическую кастрацию и длительную промоцию тестостероном (период наблюдения 55 недель). Полипrenoлы (биополимеры с длиной цепи 8–20, мономером которых является 2-метил-2-бутен) получали из древесной зелени хвойных пород. Использовали полипrenoлы высокой степени очистки в концентрации 95% (I) и комплексный препарат, содержащий полипrenoлы в количестве 10%, а также фитол, фитостерины, каротиноиды, витамин Е (II), которые вводили перорально внутрижелудочным зондом по 12,5 мг/кг в день, 5 дней в неделю через 2 дня перерыва. В качестве препарата сравнения использовали селенит натрия, который давали ежедневно с питьевой водой в концентрации 4 мг/л. Препараты начинали вводить животным через 7 дней после инъекции МНМ и продолжали до конца опытов. В первой серии у крыс в дорсолатеральном отделе, вентральных и передних долях простаты развивалась, в основном, ПИН, более редко—микроочаги аденокарциномы. По сравнению с контролем, I снижал частоту и множественность ПИН соответственно на 44,4 и 48,9% ( $p < 0,05$ ), II—на 23,9 и 28,3% ( $p > 0,05$ ). Во второй серии у крыс во всех отделах простаты развивались как ПИН, так и инвазивный РПЖ, в том числе с гематогенными и лимфогенными метастазами. По сравнению с контролем, I снижал частоту и множественность РПЖ соответственно на 46,7 и 63,4% ( $p < 0,05$ ), ПИН—на 41,4 и 48,4% ( $p < 0,05$ ); II снижал частоту и множественность РПЖ соответственно на 27,8 и 25,9% ( $p > 0,05$ ), ПИН—на 21,6% ( $p > 0,05$ ) и 36,6% ( $p < 0,05$ ). Таким образом, полипrenoлы высокой степени очистки более эффективно тормозили кан-



церогенез простаты, чем комплексный препарат, содержащий 10% полипренолов; однако антиканцерогенные эффекты обоих растительных препаратов были выше, чем у селена. Учитывая отсутствие побочных и токсических эффектов у полипренолов, представляется перспективным их дальнейшее клиническое изучение в качестве средства для химиопрофилактики РПЖ.

### **Низкодозная брахитерапия под контролем спирального компьютерного томографа при лечении пациентов группы промежуточного прогноза рака предстательной железы. Результаты дозиметрического контроля, безрецидивная выживаемость**

В.А. Бирюков, С.С. Русецкий, Д.В. Неледов, Г.Н. Гришин, Д.Б. Санин  
*ФГБУ МРНЦ Минздрава России, Обнинск*

Современная низкодозная брахитерапия при раке предстательной железы претерпела ряд значимых изменений в плане улучшения визуализации органа-мишени, развитии компьютерных систем планирования, КТ, МРТ контроля, что, несомненно, отразилось на повышении качества ее выполнения и улучшении отдаленных результатов не только у пациентов низкой степени риска, но и в группах промежуточного и высокого риска.

По данным зарубежных авторов, 10-летняя безрецидивная выживаемость пациентов с промежуточным прогнозом составляет от 80 до 94%.

Цель исследования. Провести дозиметрический контроль процедур брахитерапии под контролем СКТ у пациентов группы промежуточного риска локализованного рака предстательной железы, оценить эффективность проводимого лечения.

Материалы и методы. С 2004 г. в нашей клинике наряду с общепринятой методикой брахитерапии под УЗ-контролем используется техника имплантации микроисточников I-125 под контролем спиральной компьютерной томографии (СКТ).

Всего проведено лечение более чем 300 пациентам с промежуточным прогнозом. в настоящее исследование вошло 66 больных раком предстательной железы, пролеченных с помощью низкодозной брахитерапии под контролем СКТ с 2009 г. по 2012 г. Пациенты также получали гормональную терапию аналогами ЛГ-РГ от 6 до 12 месяцев. Оценивались дозиметрические показатели проведенной процедуры, основанные на постимплантационном дозиметрическом контроле, полученные с помощью системы планирования VariSeed7.1 (Varian), а также безрецидивная выживаемость.

Параметры выборки пациентов: возраст от 52 до 78 лет (среднее значение 66,4года), сумма баллов по Глиссону 7, среднее значение уровня ПСА 9,2 нг/мл (от 5,2 до 21,8нг/мл), объем предстательной железы перед имплантацией (данныеСКТ) от 19,6 см<sup>3</sup> до 86,7 см<sup>3</sup> (среднее значение 40,3 см<sup>3</sup>), среднее значение Q<sub>max</sub> при урофлоуметрии 19 мл/сек. При проведении лечения использовались микроисточники I-125 IsoCord (Vebig) с активностями от 0,24 мКи до 0,654 мКи.

Результаты. Результаты проведенных процедур (30 дней после имплантации): покрытие предстательной железы 100% терапевтической дозы (145 Гр) V100от 93,2% до 100% (среднее значение 97,2%), доза покрывающая не менее 90% объема пред-

стательной железы D90 от 153 Гр до 215 Гр (среднее значение 180 Гр). За период трехлетнего наблюдения только у одного пациента из группы был выявлен местный рецидив—рост в семенные пузырьки, по поводу чего была проведена повторная имплантация микроисточников.

Выводы. Результаты проведенного лечения отвечают критериям дозиметрической оценки качества брахитерапии РПЖ применяемым в международной практике. Планируется продолжить наблюдение за данной группой пациентов с последующей оценкой 5 и 10—летней выживаемости.

## Возможная частота индолентного течения рака предстательной железы

О.А. Богомолов, Г.М. Жаринов, М.И. Школьник, Н.Ю. Некласова  
ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, Санкт-Петербург

Рак предстательной железы (РПЖ), частая онкологическая патология среди мужского населения. Показатели заболеваемости широко варьируют в различных странах Евросоюза, при этом показатели смертности существенно не различаются. Известно, что РПЖ зачастую протекает индолентно, без выраженной клинической манифестации в течение жизни. Несмотря на это, активное наблюдение у больных РПЖ в настоящее время применяется редко.

Цель исследования: оценить предполагаемую частоту индолентного течения заболевания у больных РПЖ.

Результаты исследования: по данным литературы оценили предполагаемую долю индолентного РПЖ (ИРПЖ) путем сопоставления частоты его выявления по данным аутопсий и показателей заболеваемости в соответствующих возрастных категориях (таблица 1).

Таблица. Заболеваемость РПЖ, частота выявления РПЖ при вскрытиях и предполагаемая частота ИРПЖ у мужчин различного возраста, США

| Показатель                    | Возраст, лет |       |       |       |       |
|-------------------------------|--------------|-------|-------|-------|-------|
|                               | 30—39        | 40—49 | 50—59 | 60—69 | 70—79 |
| Заболеваемость, %             | 0.001        | 0.08  | 1.00  | 4.93  | 10.85 |
| Выявляемость при вскрытиях, % | 30           | 40    | 50    | 60    | 80    |
| Предполагаемая доля ИРПЖ, %   | 99.9         | 99.8  | 98.0  | 91.8  | 86.4  |

Расчетная частота ИРПЖ у мужчин до 50 лет превышала 99%, на 8-й декаде жизни этот показатель снижался, однако, и в этом периоде составлял 86,4%. На самом деле эти показатели могут быть еще более высокими, поскольку часть мужчин, отнесенных к категории заболевших, также имеют ИРПЖ.

На основании собственных данных среди пациентов РПЖ выделили группу с условно ИРПЖ. Критериями включения в группу условно ИРПЖ являлись:



1) у пациентов с длительной предшествующей историей ПСА—время удвоения ПСА свыше 1000 дней; 2) у пациентов без истории ПСА отсутствие роста уровня ПСА при повторном анализе крови. Из 2626 больных с гистологически верифицированным РПЖ, подвергавшихся лечению в ФГБУ РНЦРХТ с 1994 по 2013 г., условно ИРПЖ диагностирован у 475 (18,1%). в группе больных с условно ИРПЖ пациентов с локализованным РПЖ (T1-2N0M0) было 304 (27,8%), местно-распространенным (T3-4N0M0, T1-4N1M0)—139 (18,4%), генерализованным (T1-4N0-1M1)—32 (4,1%). По шкале Глисона пациенты распределялись следующим образом: <7—192 (28,1%); 7—112 (18,6%); >7—71 (12,6%). По исходному уровню ПСА: до 10 нг/мл—184 (31,5%); 10,1-30—202 (20,4%); 30,1-100—82 (12,2%); и больше 100—7 (1,8%) пациентов.

Результаты проведенного исследования показали, что среди впервые выявляемого РПЖ весьма высока доля индолентных форм опухоли. При этом условно ИРПЖ может встречаться на любой стадии развития опухоли—у больных местно-распространенным и генерализованным РПЖ, при сниженной дифференцировке опухоли, а также при высоких исходных концентрациях ПСА в сыворотке крови.

## Факторы прогноза у больных локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы

С.А. Варламов, В.С. Дорошенко, Д.И. Ганов, М.С. Победенный, А.Ф. Лазарев  
*Алтайский филиал ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Барнаул*

Цель исследования: оценить значение стандартно применяемых и ряд исследуемых факторов прогноза у радикально оперированных больных раком предстательной железы.

Материалы и методы: в исследование включено 114 пациентов, получивших хирургическое и комбинированное лечение с 2002 по 2010 годы. Только оперативное лечение в объеме радикальной простатэктомии (РПЭ) выполнено у 72 мужчин (I группа, 63,2%). Комбинированное лечение (неоадьювантная гормонотерапия в режиме максимальной андрогенной блокады в течение 3 месяцев с последующей РПЭ)—42 чел. (II группа, 36,8%). Средний возраст в I и II группах составил 62,4 и 63,7 года соответственно. У 30 (41,7%) пациентов I группы и 23 (54,8) больных II группы уровень PSA до начала лечения находился в пределах 10,1 нг/мл—20,0 нг/мл в обеих группах. Уровень PSA в границах 20,1—52,0 нг/мл выявлен у 17 (23,6%) пациентов I группы и у 11 (26,2%) больных II группы. Стадии pT1—pT2 установлены у 58 (80,6 %) пациентов I группы и 32 (76,2 %) больных II группы. Показатель Глисона менее 7 баллов подтвержден у 52 (89,6%) больных локализованным раком предстательной железы I группы и 26 (81,3%) пациентов II группы с аналогичной распространенностью. Статус «хирургического» края в группах был сопоставим. в ходе динамического наблюдения (3—64 мес) выявлены признаки прогрессирования опухолевого процесса у 8 (11,1%) больных I группы и 6 (14,3%) пациентов II группы. Установлено, что у пациентов, имевших сочетание локализованного рака предстательной железы с уровнем PSA менее 10 нг/мл, отсутствием «хирургического» края, суммой Глисона менее 7 баллов и не имевших поражения лимфатических узлов признаки прогрессирования заболевания отсутствовали в обеих группах.

Для установления возможных предикторов дальнейшего течения опухолевого процесса в ходе динамического наблюдения было выполнено иммуногистохимическое

исследование (ИГХ) у 12 пациентов с отсутствием прогрессирования заболевания и 17 больных с признаками развития рака простаты. ИГХ исследование ткани первичной опухоли включало определение экспрессии ряда маркеров: Ki-67 (MIB1), p53 (DO7), bcl-2 (SP66), nm23 (EPR3036), HER2/neu, k-ras (Pab), ESA/EpCAM (SPM491), MMP9 (92kDa Collagen IV), TIMP1 (Pab), CD34 (QBEND/10), p63 (4A4). Использовалась система детекции BioGenex HRP Supersensitive (США). Оценка HER2-статуса опухоли методом *in situ* гибридизации (SISH). Анализ экспрессии 11 маркеров в группе из 29 пациентов показал, что ни один из них не явился предиктором агрессивного течения заболевания. Однако, следует отметить, что больных с патологической стадией pT3 (группа высокого риска) отмечается тенденция к увеличению уровня экспрессии Ki-67 и p53. У этих же пациентов отмечено увеличение частоты экспрессии MMP-9 и TIMP-1 и уменьшение частоты экспрессии bcl-2. Уровень плотности сосудов микроциркуляторного русла у пациентов двух групп отличался незначительно, однако отмечено, что у пациентов из группы высокого риска преобладали сосуды большего диаметра, т. е. большая сумма периметров сосудов на единицу площади.

Выводы: для определения прогноза рака предстательной железы после радикального лечения клинически значимыми являются уровень PSA до начала лечения, стадия pT, состояние лимфатических узлов, статус «хирургического» края, показатель Глисона. Значимость тканевых маркеров будет определена по мере накопления сравнительных результатов.

## Оценка возможностей применения лазерного излучения для хирургического лечения больных раком почки

Л.З. Вельшер, М.Л. Стаханов, Ю.Ю. Горчак, Г.Б. Ишевский, Е.Ю. Костин  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва,  
ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД, Москва

Цель исследования: сравнительная оценка непосредственных результатов применения светодиодного лазерного излучения для резекции почки, у больных локализованным раком почки.

Материалы и методы. В период с 2001 по 2010 годы на кафедре онкологии и лучевой терапии МГМСМУ, в онкоурологическом отделении Онкологического центра ОАО «РЖД» 56 пациентам в возрасте от 38 до 76 лет была выполнена резекция почки по поводу рака почки с использованием отечественного светодиодного лазерного аппарата, генерирующего излучения длиной волны 970 нм и мощностью 30 Вт. Среди них было 37 (65,3%) мужчин и 19 (34,7%) женщин. У всех больных диагноз устанавливали на основании анализа результатов полного клинико-инструментального обследования с обязательным выполнением мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным усилением и ультразвуковой компьютерной томографии с использованием В-режима цветового доплеровского картирования и энергетического доплера. Все оперированные больные имели I стадию опухолевого процесса (T1aN0M0). У 27 пациентов проведена резекция среднего сегмента почки, у 12 — верхнего и у 17 — нижнего полюсов почки. При выполнении оперативного вмешательства элементы полостной системы почки были резецированы у 5 из 56 больных.

Результаты и их обсуждение. При сравнительной оценке данных, полученных в ходе исследования, при выполнении органосохраняющего оперативного вме-



шатательства с использованием светодиодного лазерного излучения отмечено достоверное снижение объема интраоперационной кровопотери, сокращение времени осуществления гемостаза, уменьшения толщины зоны демаркации, что подтверждено результатами морфологического исследования. В то же время не получено достоверной разницы в длительности операции, количеству интра- и послеоперационных осложнений и длительности послеоперационного периода. Лазерное рассечение почечной паренхимы обеспечивает достаточно надежную коагуляцию мелких кровеносных сосудов, что обуславливает минимальную кровопотерю на данном этапе операции. При этом остановка кровотечения из более крупных кровеносных сосудов осуществляется локальным воздействием лазерного излучения непосредственно на кровотокающий сосуд и окружающие ткани.

Заключение. Применение светодиодного лазерного излучения существенно снижает интраоперационную кровопотерю, сокращает время, затрачиваемое на осуществление гемостаза в процессе оперативного вмешательства, положительно отражается на функциональном состоянии паренхимы резецированной почки, что в свою очередь облегчает и укорачивает процесс реабилитации больных.

### **Лазерное удаление опухоли мочевого пузыря с помощью излучения отечественного полупроводникового хирургического лазера**

Л.З. Вельшер, М.Л. Стаханов, Ю.Ю. Горчак, Г.Б. Ишевский, Е.Ю. Костин  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва;  
ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД, Москва

Цель исследования: Оценка непосредственных результатов применения светодиодного лазерного излучения для уля удаления опухоли мочевого пузыря у больных доброкачественными новообразованиями мочевого пузыря и мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2013 годы на кафедре онкологии и лучевой терапии МГМСМУ, в онкоурологическом отделении Онкологического центра ОАО «РЖД» 20 пациентам в возрасте от 49 до 76 лет было выполнено трансуретральное удаление доброкачественных и злокачественных новообразований мочевого пузыря с использованием светодиодного лазерного излучения длиной волны 970 нм и мощностью 10 Вт. Среди них было 16 мужчин и 4 женщины. Мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря I стадии имел место у 15 больных, фиброэпителиальный полип у 2 больных, лейкоплакия мочевого пузыря у 2 больных и папиллома мочевого пузыря у 1 больного. У всех больных диагноз устанавливали на основании анализа результатов полного клинико-инструментального обследования с обязательным выполнением магнитно-резонансной томографии малого таза, цистоскопии и ультразвуковой компьютерной томографии с использованием В-режима цветового доплеровского картирования и энергетического доплера, а также результатов последующего морфологического исследования операционного материала.

Результаты и их обсуждение. При сравнительной оценке данных, полученных в ходе исследования, при выполнении оперативного вмешательства с использованием светодиодного лазерного излучения отмечено практически полное отсутствие интраоперационной кровопотери, сокращение времени осуществления гемостаза, в то

---

же время не получено достоверной разницы в общем времени проведения оперативного вмешательства, необходимости переливания крови, количеству интра- и послеоперационных осложнений. Отдельно необходимо отметить, что в послеоперационном периоде макрогематурию не наблюдали ни у одного пациента. Лазерное удаление опухолей мочевого пузыря обеспечивает достаточно надежную коагуляцию мелких кровеносных сосудов, что обуславливает минимальную кровопотерю на данном этапе операции. Коагуляция кровоточащих сосудов лазерным излучением обеспечивается, прежде всего тем, что основным акцептором, поглощающим это излучение, является молекула гема. Поглощая энергию лазерного излучения, гем карбонизируется и обеспечивает внутрисосудистую коагуляцию.

**Заключение.** Применение светодиодного лазерного излучения существенно снижает интраоперационную кровопотерю, сокращает время, затрачиваемое на осуществление гемостаза в процессе оперативного вмешательства, положительно отражается на функциональном состоянии стенки мочевого пузыря, что в свою очередь отражается в более быстрой реабилитации больных.

## **Анализ 5-летних результатов биоэлектротерапии больных раком предстательной железы**

Л.З. Вельшер, М.Л. Стаханов, Ю.Ю. Горчак, Е.В. Аниканова, Н.В. Юдина, Г.А. Чочуа  
*МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва;*  
*ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД, Москва*

**Введение.** в последние годы, несмотря на значительные успехи современной клинической онкологии, заболеваемость раком предстательной железы продолжает увеличиваться. Как правило, подавляющее число больных раком простаты на момент первичной диагностики находятся в пожилом или старческом возрасте, когда их общее состояние отягощено множеством сопутствующих заболеваний, весьма осложняющих выбор и проведение того или иного вида радикального лечения. На этом фоне наиболее перспективным представляется метод биоэлектротерапии.

**Цель исследования:** оценить эффективность биоэлектротерапии больных раком простаты.

**Материалы и методы.** За период с 2005 по 2012 гг. на кафедре онкологии и лучевой терапии МГМСУ, на базе онкоурологического отделения и отделения лазерных технологий Онкологического центра ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД биоэлектротерапия выполнена 60 пациентам по поводу рака предстательной железы. Этим больным проведение традиционного радикального лечения было невозможно. У всех пациентов опухоль соответствовала T 1-3a-b N0 M0. Ни один пациент не нуждался в выполнении предварительной цистостомии. Лечение проводили с помощью терапевтической установки ВЕТ-7 (производство Германии), обеспечивающей локальную чрескожную электротерапию с помощью пластинчатых электродов. Длительность каждого лечебного сеанса составляла 180 минут

**Результаты и их обсуждение.** После первого сеанса все 57 больных отметили улучшение т. н. «качества жизни», что, в первую очередь, выразилось в улучшении качества мочеиспускания, а именно, в увеличении интервалов между актами мочеиспускания и существенного усилении напора струи. По данным лабораторно-инс-



трументального обследования, этих больных отмечено снижение показателей уровня ПСА, уменьшение объема предстательной железы и опухолевого узла, а также снижение интенсивности его кровоснабжения. При этом у всех больных отмечено увеличение показателей максимальной скорости мочеиспускания, и значительное уменьшение остаточного объема остаточной мочи.

Из 19 больных, пролеченных с помощью метода биоэлектротерапии 5 лет назад, 2 умерли. Из них один при явлениях генерализации рака предстательной железы на 6-ом году после окончания биоэлектротерапии, а другой — от рака желудка. Судьба 7 из 19 больных этой группы осталась неизвестной. За остальными 10 пациентами до настоящего времени осуществляется дальнейшее динамическое наблюдение. Признаков опухолевого поражения предстательной железы у них нет. Из 38 больных, которым биоэлектротерапия проведена менее чем 5 лет назад, признаков продолжения и генерализации опухолевого процесса не установлено. При этом у 21 пациента зафиксирована регрессия опухолевого процесса в виде уменьшения размеров опухолевого узла и снижения степени его васкуляризации, а в 17 наблюдениях после проведения одного — трех сеансов биоэлектротерапии отмечена четкая стабилизация размеров простаты и самой опухоли на фоне умеренного снижения показателей уровня ПСА.

Выводы. Биоэлектротерапию следует признать альтернативным методом лечения больных раком предстательной железы в связи с достаточно высокой эффективностью, особенно у соматически ослабленных больных.

## **Опыт применения препарата сорафениб в лечении генерализованных форм рака**

Л.Ю. Владимирова, И.Л. Попова, В.Ф. Касаткин, А.Н. Шевченко  
*ФГБУ «РНИОИ МЗ РФ», Ростов-на-Дону*

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата Сорафениб у больных с метастатическим раком почки и печени.

Материал и методы: лечение проводилось пациентам метастатическим раком почки и печени. Все пациенты получали препарат в качестве 1-й линии в монорежиме в дозе 800 мг в сутки. Длительность приема препарата Сорафениб в среднем составляла 5 мес (от 1,5 мес. до 7 мес).

Результаты: в 2011–2012 г. пролечено 16 пациентов (12 мужчин, 4 женщины, средний возраст составил 62 года), которые получали терапию препаратом Сорафениб по поводу метастатического рака. Из них у 11-ти был диагностирован рак печени и у 5 — рак почки. У 18,7% (3 пациента) имела место генерализация процесса при начальном размере опухоли Т3. У 8 (72,7%) — первично-генерализованный гепатоцеллюлярный рак (Т3-4N1-xM1).

Эффект оценен у 15 пациентов. Объективный противоопухолевый эффект составил 73,3% (2 полных и 9 частичных регрессий). Из них у 5 больных раком печени выявлена неполная ремиссия, у 2 пациентов — полная, у 3 больных раком печени — прогрессирование процесса. У 3 больных раком почки — частичная ремиссия, 1 — стабилизация, 1 — прогрессирование процесса.

У 12 (80%) превалировал ладонно-подошвенный синдром, различной степени выраженности. Повышение артериального давления — у 6 (40%), суставные боли —

у 4 (26,6%), тромбоцитопения 2 степени — у 3 (20%), диарея 1 степени — у 3 (20%). Осложнения поддавались медикаментозной коррекции, не требовали снижения доз и задержки введения препарата.

Выводы: таким образом, Сорафениб продемонстрировал высокую эффективность в сочетании с контролируемой токсичностью в лечении метастатического рака печени и почек.

## Эффективность применения молекулярных зондов при светлоклеточном раке почки для оценки риска отдаленных метастазов

Е.В. Голуб, Г.Ф. Михайлова, Т.Г. Шкаврова  
ФГБУ МРНЦ Минздрава РФ, Обнинск

Широкое разнообразие молекулярных маркеров позволяет выявить спектр цитогенетических нарушений при почечно-клеточных карциномах светлоклеточного типа (СКК). В ряде исследований отмечено, что характер течения заболевания определяется разными нарушениями структуры хромосом. Так, потеря локуса 3p наблюдается при низкой стадии TNM и ассоциируется с лучшим прогнозом ССК. Потери локусов 4p, 8p, 9p, 14q связаны с более высокими стадиями TNM, большим размером опухоли и снижением частоты каждого из этих локусов ассоциировалось с худшим прогнозом. Причем, потери локусов 8p и 9p характеризуют более агрессивное течение заболевания, которое вовлекает лимфоузлы или дает отдаленные метастазы и для клинически локализованной опухоли более распространено к прогрессии после нефрэктомии. У лиц с отдаленными метастазами выявлена также потеря локусов 3p24.1, 1q21.3, 20q11 и 21q13. Нарушения в хромосомах 7, 9, 12, 16 и 20 значимо коррелировали с укорочением сроков выживаемости. У лиц с потерей хромосомы Y, наоборот, отмечалось повышение выживаемости без прогрессирования заболевания. Очевидно, что требуются дальнейшие исследования, которые позволят выявить специфические хромосомные изменения, имеющие более четкое прогностическое значение для ССК.

Для пилотного проекта нами было выбрано изучение частоты делеции хромосомы 9 (локус 9p21), которая сопровождается плохим прогнозом и ассоциируется с высокой стадией и степенью заболевания, распространением в лимфоузлы и отдаленными метастазами. Методом флуоресцентной *in situ* гибридизации (FISH) проведен анализ 11 архивных образцов опухолей пациентов с диагнозом светлоклеточный рак почки, которые в отдаленные сроки имели множественные метастазы. Использовались молекулярные ДНК-зонды фирмы Vysis на центромерный участок хромосомы 9 (СЕР) и локус 9p21. Методика приготовления препаратов выполнена согласно рекомендациям фирмы Vysis. Результаты показали, что во всех исследованных образцах наблюдались клетки как с отсутствием только локуса 9p21 при наличии 2-х сигналов СЕР, так и клетки с моносомией хромосомы 9. Частота клеток с делецией локуса варьировала в диапазоне от 6% до 40,5%. Максимальная потеря локуса (более 31%) выявлена в 2-х образцах. В большей мере отсутствие второго локуса 9p21 обусловлено моносомией хромосомы 9, что отмечалось также авторами J.L.Rochelle et al., 2010. В нашем исследовании частота клеток только с одним сигналом СЕР варьировала в разных образцах и составляла от 12% до 91%. В целом, в 11 образ-



цах светлоклеточного рака почки пациентов, имевших множественные отдаленные метастазы, наблюдалась высокая частота клеток с суммарной потерей локуса 9p21 (от 31% до 95%).

Полученные данные подтверждают, что показатель высокой частоты клеток с отсутствием локуса 9p21 при светлоклеточном раке почки может быть использован как дополнительный фактор для прогнозирования риска отдаленных метастазов.

## Морфологические характеристики локализованного и метастатического почечно-клеточного рака

Н.А. Горбань<sup>1</sup>, О.Б. Карякин<sup>1</sup>, А.М. Попов<sup>1</sup>, С.В. Иванова<sup>1</sup>, А.Г. Кудайбергенова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, Обнинск;

<sup>2</sup> ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Цель работы: оценить взаимоотношение показателей пролиферативной активности и морфометрических параметров внутриопухолевых микрососудов в метастатических и локализованных карциномах почки.

Материал и методы. Исследован операционный материал от 54 пациентов (32 мужчины, 22 женщины) в возрасте от 26 до 69 лет (средний возраст 55 лет) с верифицированным диагнозом почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант (23 с локализованным раком и 31 с метастатическим). Препараты, окрашенные гематоксилином-эозином, Ki67 и CD31 были полностью сканированы на сканере Mirax (3DHitech, Budapest), затем были сопоставлены все три среза, где производили захват полей зрения с высоким уровнем Ki67 в опухолевых клетках и эти же поля выбирали в срезах, окрашенных CD31. Для морфометрических исследований опухоли использовали программу для компьютерного анализа изображений OpenCVTool, цифровой сканер MIRAX MIDI (Zeiss), системный блок на базе процессора Intel Core I3.

В каждом случае производили подсчет Ki67, микрососудистой плотности (МСП), суммарный периметр сосудистой стенки (СПСС), и суммарную площадь сосудов (СПС).

Результаты: уровень Ki-67 был <10% в 42 из 54 опухолей (0–49%; среднее значение  $7.33 \pm 1.3\%$ ). Распределение Ki-67-позитивных клеток в части опухолей было неравномерным, и в разных участках опухоли уровень Ki-67 составлял от 0 до 40%. Ki-67 был >10% только в 2 случаях с локализованным раком и в 10 случаях с метастатическим. В то же время локализованный рак имеет более высокие показатели васкуляризации, чем метастатический. Средний уровень Ki-67 в метастатических раках составил  $9.3 \pm 2.0\%$ , а в локализованных —  $4.2 \pm 0.7\%$  ( $p=0.04$ ). Показатели васкуляризации значительно ниже в метастатических опухолях, чем в локализованных: МСП составила 92 и 126 соответственно ( $p=0.05$ ); СПС — 62535 и 120971 ( $p=0.0001$ ), СПСС — 19196 и 26961 соответственно ( $p=0.05$ ).

Выводы. Пролиферативная активность и ангиоархитектоника являются важной биологической характеристикой опухоли с неодинаковой клинической значимостью при почечно-клеточном раке. Метастатический рак имеет более высокую пролиферативную активность и низкий уровень васкуляризации опухоли по сравнению с локализованным раком.

## Возможности реконструкций нижней полой вены в лечении больных почечноклеточным раком

Д.А. Гранов, М.И. Школьник, Д.Н. Майстренко, А.Д. Белов, Е.А. Белова,  
В.В. Осовских, Э.И. Ярандайкина, И.А. Шумский

ФГБУ «Российский Научный Центр Радиологии и хирургических технологий» Минздрава России

Ежегодно в России регистрируется около 12000 новых случаев данной патологии. Для РП характерно длительное бессимптомное течение, при этом около 25-30% приходится на местно-распространенные формы, в том числе, 3–15% ассоциированы с развитием опухолевого тромбоза нижней полой вены (НПВ). Научно-технический прогресс, появление нового оборудования, материалов и методик, достижения современной фармакологии, анестезиологии и реаниматологии, а также совершенствование хирургической техники, позволяют выполнять большие по объему вмешательства, которые раньше считались невозможными или нецелесообразными.

Материалы и методы: в период с 2004 по 2012 гг в клинике РНЦРХТ произведено оперативное лечение 38 пациентам с ПКР и опухолевым тромбозом НПВ. Средний возраст больных составил 57,3 лет (от 26 до 74 лет). Стадия заболевания установлена на основании комплексного обследования с использованием современных методов лучевой диагностики. Объем операции варьировал от тромбэктомии (ТЭ) до расширенных вмешательств с протезированием НПВ: ТЭ из НПВ—15 пациентов, ТЭ+резекция НПВ—13, ТЭ с пластикой НПВ—6, ТЭ с протезированием НПВ—4 больных.

Результаты: интраоперационной летальности отмечено не было; средний объем кровопотери составил 1900 мл (от 100 мл до 12 литров). Интраоперационные осложнения—ТЭЛА у 1 пациента, что потребовало открытой тромбэмболектомии. Послеоперационная летальность—1,8%—смерть одного пациента от массивной ТЭЛА в первые сутки после операции. Послеоперационные осложнения выявлены у 5 (13,2%) больных: забрюшинная гематома—2, перитонит—1, кома, постгипоксическая энцефалопатия с тетрапарезом—1, пневмония—1. Указанные осложнения не потребовали повторных оперативных вмешательств и были купированы к моменту выписки пациентов из стационара. Длительность послеоперационного периода составила 15,9 суток (10–42). В настоящее время сроки наблюдения составляют от 12 месяцев до 8 лет. Годичная выживаемость составила 81,9%. Актуальная 3- и 5-летняя выживаемость—75,2% и 53,2%, соответственно.

Заключение. Выполнение расширенных операций с реконструкцией НПВ у пациентов с ПКР и опухолевым тромбозом целесообразно. Имеющаяся фармакотерапия ПКР достаточно эффективна, но малодоступна, что, по сути, лишает пациента положительных перспектив. Хирурги должны быть готовы к выполнению сложного вмешательства и возможному возникновению серьезных осложнений. Помимо квалифицированной мультидисциплинарной бригады, обязательным является адекватное техническое обеспечение операции в сочетании с расширенным анестезиологическим пособием и внимательным наблюдением за пациентом в послеоперационном периоде. При соблюдении этих условий операции такого объема характеризуются минимальными рисками в сочетании с хорошими результатами лечения.



## Лучевые реакции и осложнения адъювантной и спасительной дистанционной лучевой терапии у больных раком предстательной железы после простатэктомии

Ю.В. Гуменецкая, А.О. Карякин, И.А. Гулидов, С.С. Русецкий  
ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, Обнинск

До настоящего времени сложной проблемой остаётся лечение рецидивов рака предстательной железы (РПЖ) после выполнения радикальной простатэктомии (РПЭ). Одним из возможных вариантов помощи в таких случаях является проведение адъювантной или спасительной дистанционной лучевой терапии (ДЛТ). Вместе с тем планирование и реализация лучевой терапии после радикальной операции представляет сложную задачу, и, вследствие объективных причин, проведение ДЛТ может сопровождаться значительным числом нежелательных последствий облучения.

Целью исследования явился анализ переносимости адъювантной и спасительной ДЛТ, проведённой по поводу рецидива заболевания после выполнения РПЭ у 45 больных РПЖ. Все пациенты получили лечение в клинике ФГБУ МРНЦ Минздрава России в период с 2006 по 2012 г. Возраст больных, включенных в исследование, варьировал от 35 до 74 лет (в среднем составил 60,7 лет). Распределение по стадиям заболевания было следующее: pT2c—у 11 (24,4%), pT3a—у 13 (28,9%), pT3b—у 17 (37,8%), pT4—у 4 (8,9%) пациентов. Метастазы в регионарные лимфатические узлы при патоморфологическом исследовании были выявлены у 6 (13,3%) больных РПЖ.

ДЛТ проводили тормозным излучением линейных ускорителей электронов (Philips SL-20, Elekta Synergy-S; E 6-18 MV). При определении клинического объёма мишени учитывали данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования (динамику ПСА, данные ТРУЗИ, КТ, МРТ до и после выполнения РПЭ); результаты патоморфологического исследования операционного материала (степень дифференцировки РПЖ, наличие экстрапростатического распространения опухоли, инвазии в семенные пузырьки, положительного хирургического края резекции, поражения лимфатических узлов таза).

Всем 45 больным запланированный курс ДЛТ проведён в полном объёме (СОД 64–66 Гр). В случае наличия местного рецидива РПЖ, подтверждённого данными морфологического исследования, СОД составляла 70 Гр. С целью уменьшения развития осложнений лучевого лечения всем пациентам проводили профилактические и лечебные мероприятия до начала, в процессе и после завершения курса ДЛТ.

Проведён анализ частоты возникновения и степени тяжести лучевых реакций и осложнений, возникающих во время и после лучевой терапии. Острые лучевые реакции 1-2 степени тяжести (RTOG) со стороны мочевого пузыря наблюдали у 14 (31,1%) больных, острые реакции 1-2 степени тяжести со стороны прямой кишки—у 8 (17,8%) пациентов. Умеренная выраженность лучевых реакций позволила в большинстве случаев провести непрерывный курс ДЛТ,—лишь у двух (4,4%) пациентов был сделан вынужденный перерыв в лечении, длительность которого не превышала пяти дней. Поздние осложнения 1-2 степени тяжести (RTOG/EORTC) со стороны мочевого пузыря наблюдали у пяти (11,1%) больных, осложнений  $\geq 3$  степени до настоящего времени выявлено не было. Стриктуру уретры диагностировали у трёх (6,7%) пациентов в течение 6-12 месяцев после завершения лечения. Поздних осложнений со стороны прямой кишки не отмечено ни в одном случае.

В целом, анализ переносимости курсов адъювантной и спасительной лучевой терапии у больных РПЖ после простатэктомии свидетельствовал о вполне удовлетворительной переносимости лечения и приемлемом количестве клинически значимых его осложнений.

## Оптимизация дистанционной лучевой терапии в лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря

Ю.В. Гуменецкая, Ю.С. Мардынский, И.А. Гулидов  
ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, Обнинск

Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) остаётся альтернативным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) при наличии противопоказаний к выполнению радикальной цистэктомии, а также является основным компонентом современных схем органосохраняющего лечения данного заболевания. Поэтому совершенствование технологии ДЛТ как в самостоятельном варианте, так и в качестве компонента комбинированного и комплексного лечения мышечно-инвазивного РМП, — является перспективным направлением современной онкоурологии и лучевой терапии.

С целью увеличения эффективности лечения мышечно-инвазивного РМП разработана и применена в клинике нетрадиционная методика ДЛТ. В период с 2006 по 2010 гг., в ФГБУ МРНЦ Минздрава России в рамках проспективного клинического исследования у 33 больных мышечно-инвазивным РМП при проведении курса ДЛТ с радикальной целью применён режим ускоренного гиперфракционирования дозы. Мужчин было 28 (84,8%), женщин — 5 (15,2%). Возраст больных — от 51 до 82 лет (медиана — 69,0 лет). Диагноз был подтвержден морфологически, у 32 (97,0%) больных верифицирован переходноклеточный рак (G1 — у 3 (9,4%), G2 — у 12 (37,5%), G3-4 — у 13 (40,6%), Gx — у 4 (12,5%) пациентов); у одного (3,0%) больного — аденокарцинома. Характеристики первичной опухоли у больных, вошедших в исследование, соответствовали критериям T2 — у 18 (54,5%), T3 — у 13 (39,4%), T4 — у 2 (6,1%) пациентов. Клинико-инструментальных данных о вовлечении регионарных лимфатических коллекторов и/или наличия отдалённых метастазов получено не было (N0M0). Мультифокальное поражение мочевого пузыря выявлено у 9 (27,3%) пациентов; у 15 (45,5%) больных размеры опухоли до начала ДЛТ превышали 5 см; у 7 (21,2%) пациентов отмечено нарушение функции почек. ДЛТ проводили в режиме ускоренного гиперфракционирования (УГФ), с неравномерным дроблением дневной дозы 2,5 Гр на две фракции (1 Гр и 1,5 Гр; с интервалом 4-5 часов), до СОД 60-65 Гр. При реализации данной методики также осуществляли поэтапное уменьшение объёма облучаемых тканей в процессе проведения непрерывного курса ДЛТ. Медиана наблюдения за больными составила 20,8 месяцев. Всем 33 больным РМП запланированный курс ДЛТ проведён полном объёме; отмечена удовлетворительная переносимость курса ДЛТ в режиме УГФ. Острые лучевые реакции 1-2 степени тяжести (RTOG) со стороны мочевого пузыря наблюдали у 9 (27,3%) больных; прямой кишки — у одного (3,0%) пациента. Вынужденные перерывы в лечении потребовались лишь у двух (6,1%) больных. Поздние осложнения (RTOG/EORTC) 1-2 степени тяжести со стороны мочевого пузыря отмечены у 7 (21,2%) больных, у одного пациента наблюдали поздний ректит 1 степени тяжести. Осложнений  $\geq 3$  степени



тяжести не наблюдали. Актуаральная общая 4-х летняя выживаемость в исследуемой группе больных составила  $50,5 \pm 13,9\%$ , при этом во всех случаях у пациентов сохранён собственный, удовлетворительно функционирующий мочевой пузырь. Результаты проведённой работы позволяют определить перспективность направления исследований применения режимов ускоренного гиперфракционирования с дроблением дневной дозы на две фракции при проведении лучевой терапии с радикальной целью как в самостоятельном варианте, так и в программах комбинированного и комплексного лечения мышечно-инвазивного РМП.

## Лапароскопическая радикальная простатэктомия — наш опыт

С. Н. Димитриади, А. Н. Шевченко, М. Н. Дурицкий  
*ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону*

**Введение.** Лапароскопическая радикальная простатэктомия (ЛРПЭ) во многих центрах стала стандартом хирургического лечения больных локализованным раком предстательной железы (РПЖ). Эта операция приобрела популярность за счет более прецизионной техники диссекции, что на фоне сравнимых с открытой хирургией онкологических результатов обеспечивает более благоприятные функциональные результаты и ускоренную социальную и психо-эмоциональную реабилитацию больных.

**Материалы и методы.** В отделении урологии РНИОИ с января по декабрь 2012 г выполнено 22 трансперитонеальных антеградных ЛРПЭ. Во всех случаях клиническая стадия РПЖ была  $\leq T2c$ . Шести больным с  $PSA < 10$  нг/мл, стадией T1cN0M0 Gleason  $< 6$ , ПЕФ-5  $> 19$  баллов тазовая лимфаденэктомия не выполнялась. Этим больным выполнена интерфасциальная уни- и билатеральная ЛРПЭ, 16 больным — экстрафасциальная ЛРПЭ. В обеих группах накладывался непрерывный безузловой анстомоз V-lok 3/0 с предварительным выполнением задней суспензии по Россо. Четырем больным с интраоперационно широкой шейкой мочевого пузыря уретроцистоанастомоз дополнен ушиванием шейки мочевого пузыря по принципу «передней ракетки».

**Результаты.** Средний срок наблюдения за пациентами составил  $5,2 \pm 3,3$  мес. (1–10), что позволило оценить только непосредственные результаты операции. Средний объем кровопотери составил  $128 \pm 42,7$  мл (50–350). Уретральный катетер удаляли на 12 сутки после операции. Восемь больных сразу после удаления уретрального катетера полностью удерживали мочу. Четырем из них выполнялась интерфасциальная ЛРПЭ, при этом у одного больного с унилатеральным нервосбережением сохранялось подтекание мочи с использованием не более 1 прокладки в день. При мониторинге через 3 месяца полная континенция была достигнута у 11 больных из 17 (64,7%). Во всех случаях интерфасциальной ЛРПЭ хирургические края были отрицательными. У одного больного, перенесшего экстрафасциальную ЛРПЭ с дооперационной стадией cT2cN0M0 Gleason 6(3+3) и уровнем PSA 17 нг/мл, был выявлен положительный хирургический край с распространением опухоли за пределы перипростатической капсулы (T3a). в связи с сохраняющейся инконтиненцией (2 прокладки в сутки) и неопределяемым уровнем ПСА в сроке 6 мес., вопрос об адьювантной терапии будет решен позднее. При мониторинге всех пациентов в сроке 3 мес. биохимических рецидивов не отмечено ( $PSA < 0,2$  нг/мл).

---

Выводы. Таким образом, ЛРПЭ является современным радикальным оперативным вмешательством, и в случае отсутствия тяжелых конкурентных заболеваний является методом выбора в лечении больных локализованным РПЖ. Следует отметить, что поиск более совершенной техники выполнения нервосберегающей простатэктомии продолжается, однако вопрос об адекватной абластичности ее выполнения и влияния на сроки восстановления континенции остается дискуссионным.

## **Преимущества и недостатки кожной нефростомии УЗИ по сравнению с уретерокутанеостомией при запущенных формах рака тазовых органов с инфраренальной обструкцией мочеточников**

Б.А. Дуда, Н.П. Гидирим, М.В. Чернат, А.Е. Донская, Н.П. Коробчану, И.Е. Гуйдя, Г.В. Горинчой, Л.И. Бакалым  
*ПМСУ Институт Онкологии, Кишинев*

Актуальность темы. За последнее время при внедрении 2-мерных аппаратов УЗИ все чаще применяется миниинвазивный метод для разрешения обструктивных компрессий верхних путей мочевого выделения при запущенных формах рака тазовых органов.

Материал и методы исследования.

Нами оперировано 125 больных с запущенными формами рака (III-IV ст.) органов таза—всем произведена была чрезкожная нефростомия под контролем УЗИ. в 23 случаях деривация мочи при обструкции инфраренальных мочеточников обеспечена была уретерокутанеостомией. В результате деривации мочи в обоих случаях удалось ликвидировать хроническую почечную недостаточность, нормализовать или снизить уровень уремии. Тем не менее, изучив данные наблюдения за обеими группами установлены существенные преимущества УЗИ нефростомии: нормализация уровня мочевины и креатинина за более краткий период, — 7–10 дней в первой группе и 10–14 дней во второй группе; нефростомия проводится под местной анестезией, в то время как уретерокутанеостомия проводится под общим обезболиванием или перидуральной анестезией; потеря крови во время нефростомии составляет не более 100–200 мл а при уретерокутанеостомии 200–500 мл; ранние осложнения операции зарегистрированы в 24,8% при первом и в 60,8% во втором случае, поздние осложнения наступили в 17,6% случаев в первой группе и 43,3% во второй; при нефростомии после нормализации мочевины и креатинина, удалось провести специфическое лечение у 70 больных, а у 18 из них по радикальному методу с выживаемостью больных свыше 5 лет в 7 случаях, без летальных исходов, в то время как при уретерокутанеостомии специфическое лечение проводилось лишь у 8 больных и пятилетняя выживаемость не установлена ни в одном случае, с летальным исходом у двоих.

Наряду с этим отмечены и некоторые недостатки при нефростомии под контролем УЗИ: нужен аппарат—2-мерный, специальный набор для этих целей, в то время как уретерокутанеостомия может быть выполнена в урологическом стационаре.



**Возможности полихимиотерапии гормонрезистентного метастатического рака предстательной железы****ОНКОУРОЛОГИЯ**

Л.А. Дударева-Истру, А.Г. Мунтяну, С.В. Сидорова, А.В. Забунов, Д.П. Болун,  
Ю.В. Булат  
*ПМСУ Институт Онкологии, Кишинев*

Актуальность проблемы. Рак предстательной железы (РПЖ) считается гормонзависимой опухолью, но, по данным литературы, через 1-1,5 года лечения гормонами наступает резистентность к ним и около 20% больных изначально являются гормонрезистентными. Возникает необходимость изучения эффективности полихимиотерапии (ПХТ) в лечении РПЖ. Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности трех схем ПХТ в лечении гормонрезистентного метастатического РПЖ. Материалы и методы лечения: в исследование включено 47 больных с гормонрезистентным метастатическим РПЖ. Средний возраст больных 63,5 лет (55-77 лет). Общее состояние по ECOG составляло от 0 до 3 баллов. У всех больных диагноз рака был подтвержден гистологически. Метастатический процесс поражал кости (40 больных), печень (6), легкие (6), головной мозг (1), местный рецидив (20), поражение лимфоузлов (16), поражение нескольких систем (14). Лечение проводилось по 3-м схемам ПХТ: САМФ(циклофосфан, доксорубин, метотрексат, фторурацил), ЕАР (этопозид, доксорубин, цисплатин), СР (капецитабин, паклитаксел). Всего оценено 41 больных, проведено 128 курсов лечения. Эффективность лечения определялась минимум после 2-х курсов лечения и оценивалась по шкале RECIST, токсичность по критериям CTC NCIC.

Результаты лечения. По схеме САМФ пролечено 16 больных — частичная регрессия (Ч.Р) опухоли получена у 7 (43,8%) больных, стабилизация — у 6 (37,5%) и прогрессирование у 2 (11,7%) больных. По схеме ЕАР пролечено 16 больных с ЧР у 5 (31,3%) и стабилизацией у 9 (56,3%) больных. По схеме СР пролечено 14 больных с ЧР у 4 (28,6%), стабилизацией у 5 (35,7%) и у 2 (14,3%) больных зарегистрировано прогрессирование заболевания. Общая эффективность по всем 3-м схемам была зарегистрирована у 16 (41,0%) больных, стабилизация у 12 (48,7%) и у 4 (10,3%) — прогрессирование заболевания. У 5 больных эффективность будет определена после 3-х курсов ПХТ. В большинстве случаев объективный эффект коррелировал с понижением уровня PSA и улучшением качества жизни больных. Токсичность была умеренной и связана с влиянием на гемостаз, желудочно-кишечный тракт и купировалась обычной коррегирующей терапией. Выводы. Предварительно полученные результаты лечения тяжелого контингента больных с метастатическим гормонрезистентным РПЖ обнадеживают и диктуют необходимость продолжения изучения возможностей ПХТ.

**Оценка эффективности различных МРМетодик в визуализации и оценке местной распространенности рака предстательной железы**

А.Е. Жаворонков, Р.В. Зарипов, Р.С. Куртасанов, А.В. Ларюков, Е.В. Наумов  
*ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», Казань*

В ходе настоящего исследования для оценки различных МР-методик предстательной железы нами был проведен ретроспективный анализ 45 пациентам с по-

---

дозрением на рак предстательной железы, которым после МРТ исследования проводилось гистологическое подтверждение опухолевого процесса и его распространенности (МФБ или послеоперационная гистологическое исследование удаленного препарата).

Основным при проведении МРТ предстательной железы является получения T2-ВИ. Как правило, на T2-ВИ рак предстательной железы имеет вид гипоинтенсивного участка. В ходе нашего исследования было выявлено, что при МРТ основные затруднения были связаны со сложностью выявления опухолевого процесса в центральных зонах на фоне узлов доброкачественной гиперплазии, которые выглядели аналогично опухолевым (8 пациентам по данным T2-ВИ было выставлено заключение ДГПЖ, а при МФБ в центральных зонах в одном или нескольких столбиках обнаруживался рак предстательной железы). Также было отмечено, что предшествующая МФБ затрудняет МРТ из-за появления в простате гипоинтенсивных участков отека и фиброза. Для повышения чувствительности метода МРТ в плане выявления рака предстательной желез в дополнении к стандартным T2-ВИ нами используются ДВИ с диффузионным фактором 700 с/мм<sup>2</sup>. При этом на ИКД-картах опухолевый процесс характеризовался высокой интенсивностью сигнала и, как правило, по размерам был меньше размера опухоли на T2-ВИ. Из-за высокого различия в интенсивности МР-сигнала здоровой и опухолевой ткани, этом методика дополнительно позволила выявить рак предстательной железы дополнительно у 5 пациентов, у которых периферическая зона на T2-ВИ была значительно гипоинтенсивна и в ней не выявлялся опухолевый процесс. Но КД также снижается в участках рубцовых изменений и локальной атрофии. Нами было отмечено, что подобные изменения наиболее часто встречаются в задних отделах периферических зон обеих долей ближе к основанию предстательной железы. Для рака простаты из-за гиперваскулярности опухолевого процесса характерно раннее и быстрое накопление и более медленное «вымывание» контрастного вещества. Однако, имеющиеся в центральных зонах узлы гиперплазии часто имеют такой же характер накопления контраста. Использование контраста по нашему опыту очень эффективно в оценке эффективности прорастания капсулы (нормальная изоинтенсивная узкая полоска в случае ее прорастания становится при контрастировании гиперинтенсивной), а также распространения на перипростатическую клетчатку по ходу мелких нервов и сосудов (при контрастировании имеет вид «нежной» гиперинтенсивной тяжистости, исходящей из основного объема опухоли), вовлечения в опухолевый процесс стенки мочевого пузыря и семенных пузырьков (при контрастировании пораженные участки имеют такую же гиперинтенсивность сигнала, что и основной патологический процесс). Во всех 12 случаях выявленного местного распространения процесса по МРТ, он был подтвержден в последующем.

Таким образом, для выявления и дифференциальной диагностики рака предстательной железы необходимо использовать все диагностические методики с последующей их комплексной оценкой — так называемая мультипараметрическая МРТ предстательной железы.



## Расстройства функции нижних мочевыводящих путей при высокодозной брахитерапии по поводу рака предстательной железы

С. В. Канаев, С. Б. Петров, А. К. Носов, С. Н. Новиков, М. М. Гиршович, Р. В. Новиков  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Высокодозная брахитерапия (ВДБТ) является эффективным методом лечения больных раком предстательной железы, позволяющим обеспечить высокий уровень местного контроля за опухолью. Одним из существенных преимуществ ВДБТ по сравнению не только с радикальной операцией, но и с альтернативными лучевыми методиками (низкодозная брахитерапия, дистанционная лучевая терапия) является более низкая частота осложнений.

Цель. Изучить частоту и структуру расстройств функции нижних мочевыводящих путей, возникающих при проведении ВДБТ по поводу рака простаты.

Материалы и методы. При помощи ВДБТ в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ проведено лечение 23 больных с локализованными и местно-распространенными формами рака предстательной железы. Методика лечения подразумевала внутритканевое введение изотопа Ir192 (гамма-излучение) на аппарате Microselectron (планирующая система Oncentra Prostate Nucletron). ВДБТ проводилась в качестве монотерапии (низкий и средний риск рецидива) и в составе комбинированного лечения (ВДБТ + дистанционная лучевая терапия) при высоком риске. У всех пациентов за одну госпитализацию выполнялся 1 сеанс ВДБТ по схеме — 1 фракция за 1 имплантацию. Предоперационная оценка функции нижних мочевых путей проводилась в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации брахитерапевтов (2008) и Европейского общества урологов (EAU 2012). Обязательным условием являлось отсутствие значимых нарушений со стороны мочевыводящих путей. Оценке подлежали два показателя — объем остаточной мочи (ООМ) (критерий включения — менее 50 мл) и суммарный балл по шкале IPSS (критерий включения — менее 17 баллов). Выраженность лучевых повреждений оценивалась по шкале RTOG/EORTC.

Результаты. Первым признаком расстройств функции нижних мочевыводящих путей была макрогематурия — у 21 (91,3%) пациента. Появление видимой примеси крови в моче, как правило, отмечалось уже в конце процедуры и было связано с допустимой при введении интрастатов перфорацией стенки мочевого пузыря. У четырех пациентов этой группы (19%) макрогематурия сопровождалась образованием сгустков. Дальнейшее наблюдение за больными показало, что макрогематурия самостоятельно купировалась в течение 1-3 суток и не требовала проведения гемостатической терапии.

Удаление уретрального катетера производилось на следующие после ВДБТ сутки. Ни у одного из наблюдаемых пациентов не отмечено эпизодов острой задержки мочи. Определение ООМ до брахитерапии и через 3–4 недели после нее показало отсутствие существенного увеличения этого показателя —  $35,5 \pm 4,7$  мл и  $39,5 \pm 6,1$  мл соответственно. Дизурические расстройства в виде учащенного мочеиспускания (в том числе, ноктурии) отмечены у всех 23 пациентов. Необходимо отметить, что выраженность этих расстройств была незначительной и соответствовала I–II степени по шкале RTOG/EORTC. Трехнедельный курс приема  $\alpha$ -блокаторов восстанавливал качество мочеиспускания до предоперационного уровня ( $IPSS \leq 17$ ).

---

Выводы. Проведение высокодозной брахитерапии больным раком предстательной железы сопровождается низким уровнем острых осложнений со стороны мочевыводящих путей. Наблюдаемые расстройства мочеиспускания в большинстве случаев проходят самостоятельно либо требуют непродолжительной консервативной терапии и не оказывают существенного влияния на качество жизни пациентов в последующем.

## Первый опыт лечения больных раком предстательной железы при помощи высокодозной брахитерапии

С.В. Канаев, С.Н. Новиков, М.М. Гиршович, С.Б. Петров, А.К. Носов, Р.В. Новиков  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова МЗ РФ», Санкт-Петербург

Брахитерапия является самым «молодым» высокотехнологичным методом лечения больных раком предстательной железы. В зависимости от источника излучения и способа его интратканевого введения различают два вида брахитерапии—высокодозную (ВДБТ) и низкодозную. Высокий уровень эффективности, сопоставимый с простатэктомией, при существенно более низкой частоте осложнений обуславливает стремительный рост клинического использования ВДБТ.

Цель. Проанализировать собственный опыт лечения больных раком предстательной железы при помощи ВДБТ.

Материалы и методы. в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ 23 пациентам проведена ВДБТ по поводу локализованных и местно-распространенных форм рака предстательной железы. Средний возраст больных составил  $63,51 \pm 1,37$  лет. Лечение осуществлялось при помощи изотопа Ir192 (гамма-излучение) на аппарате Microselectron и планирующей системы Oncentra Prostate Nucletron. Брахитерапия проводилась в качестве монотерапии и в составе комбинированной терапии (ВДБТ + дистанционная лучевая терапия). Выбор метода основывался на оценке риска рецидива в соответствии с классификацией National Comprehensive Cancer Network (NCCN 2012). При осуществлении планирования и контроля введения интрататов использовался трансректальный ультразвук или рентгеновская компьютерная томография. Отбор пациентов проводился в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации брахитерапевтов (2008). Критериями включения являлись: отсутствие данных за поражение регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов (сTхNoMoGx), небольшой объем предстательной железы (менее 50 см<sup>3</sup>), отсутствие выраженных нарушений со стороны мочевыводящих путей (объем остаточной мочи менее 50 мл, IPSS менее 17 баллов).

Результаты. У 18 человек (78,3%) брахитерапия выполнена как самостоятельный метод лечения. У всех пациентов этой группы риск рецидива определен как низкий и средний. Оставшиеся пять (21,7%) отнесены к группе высокого риска, и ВДБТ проведена в комбинации с дистанционной лучевой терапией (ДЛТ). У всех пациентов за одну госпитализацию выполнялся 1 сеанс ВДБТ по схеме—1 фракция за 1 имплантацию.

Количество сеансов брахитерапии зависело от группы риска. Так, трем пациентам низкого риска рецидива выполнено по 2 сеанса ВДБТ. Поглощенная доза (D) у данной группы составила 13,5 Гр, биологическая эквивалентная доза (BED) (при значении  $\alpha/\beta$ —1,5)—57,85 Гр за один сеанс. У больных промежуточного



риска выполнялось три сеанса ВДБТ (D—11,5 Гр, BED ( $\alpha/\beta$ —1,5)—42,7 Гр за сеанс).

Комбинированный подход включал в себя в качестве первого этапа ДЛТ по методике IGRT. Суммарная очаговая доза на таз составляла 45—50 Гр (22–25 сеансов по 2 Гр). После 3–4 недельного перерыва осуществлялась ВДБТ в количестве двух сеансов (D—10,5 Гр, BED ( $\alpha/\beta$ —1,5)—36,5 Гр за сеанс).

Выводы. ВДБТ наряду с радикальной простатэктомией является полноправным видом радикальной противоопухолевой терапии больных раком предстательной железы. Современные способы визуализации и планирования лучевой нагрузки делают ее методом выбора у многих пациентов с локализованными и местно-распространенными формами заболевания.

## Модификация методики лапароскопической резекции почки

О. И. Кит, С. Н. Димитриади, А. Н. Шевченко  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ,  
Ростов-на-Дону

Введение. Продолжительность тепловой ишемии почки (ТИП) при резекции почки определяет состояние почечной функции в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. С февраля по декабрь 2012 г. выполнено 22 лапароскопические резекции почки (ЛРП) по поводу почечно-клеточного рака (ПКР) в стадии T1. Использовался трансперитонеальный доступ. Во всех случаях использовалась методика ТИП. Ее создавали путем компрессии почечных сосудов зажимом, после чего ножницами иссекали образование. В 12 (54,5%) случаях была вскрыта полостная система почки. Этим больным была выполнена модифицированная ЛРП, суть которой состояла в исключении отдельного ушивания вскрытой полостной системы, что позволило сократить время ТИП. На паренхиме накладывались гемостатические швы с использованием техники «скользящих клипс» без использования дополнительных гемостатических материалов. 10 (45,5%) больных составили контрольную группу, которым полостная система почки не вскрывалась.

Результаты. Средний возраст больных основной и контрольной групп составил 59,3+10,6 лет (42-77) и 52,5 +11,7 лет (33-68), средний размер опухоли—39,3+7,5 мм (29-57) и 39,5 мм + 7,5 мм (25-52), средняя сумма баллов по шкале RENAL—7,6 +1,2 баллов (6-10) и 6,8+0,9 баллов (5-8), средняя продолжительность тепловой ишемии почки—12,6+2,3 мин.(9-16) и 11,3+3,1 (6-15), средний объем кровопотери—207,5+237,9 мл (50-800) и 97+32,7 мл (50-150) соответственно. При этом во всех 12 случаях дефект полостной системы был менее 2 см. В одном случае с суммой баллов 10 по шкале RENAL была выполнена конверсия, одна почка потеряна из-за сложности резекции. Средний срок наблюдения составил 5,4+3,1 мес. (1-10). Интраоперационные кровотечения возникли у 2 больных основной группы. Случаев пассажа мочи по страховым дренажам, отсроченных кровотечений, нарушения почечной функции в раннем и позднем послеоперационном периоде в нашей серии больных не отмечено. По данным гистологического исследования, у всех больных был диагностирован почечно-клеточный рак, миграции стадии не отмечено. Во всех случаях хирургический край резекции был отрицателен.

---

Выводы. Таким образом, использование модифицированной методики ЛРП позволило выполнять сложные резекции почки (с суммой баллов до 10 по шкале RENAL) на фоне продолжительности ТИП, достоверно не отличающейся ( $p=0,334$  Mann Whithitney U-test) от длительности более простых ЛРП (без вскрытия полостной системы). Относительно небольшая продолжительность ТИП объясняет отсутствие нарушения почечной функции в послеоперационном периоде. Мы полагаем, что тщательное ушивание ложа резецированной опухоли с использованием техники «скользящих клипс» при дефектах полостной системы менее 2 см безопасно с точки зрения развития мочеых свищей. Использование предложенной модификации ЛРП может позволить расширить показания к ЛРП.

## Морфологические особенности прорастания колоректального рака в мочевой пузырь: возможность органосохраняющих оперативных вмешательств

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, Д.А. Харагезов  
ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Колоректальный рак, прорастающий мочевой пузырь является одной из сложных проблем современной онкологии в связи со сложностью лечения и высоким процентом инвалидизации. Это связано с необходимостью оперативного вмешательства не только на толстой кишке, но и на мочевом пузыре. При этом зачастую выполняются обширные резекции мочевого пузыря и цистэктомии во избежание местного рецидива, что отражается на функциональных результатах лечения и качестве жизни больных. Несмотря на большое количество исследований, поиск способов улучшения результатов хирургического лечения данной категории больных остается актуальным.

Цель исследования—улучшение результатов лечения колоректального рака, прорастающего в мочевой пузырь, путем расширения показаний для органосохраняющих вмешательств.

Материал и методы. Морфологическое исследование 20 случаев прорастания колоректального рака в мочевой пузырь показало, что поражение стенки мочевого пузыря при прорастании рака толстой кишки не выходит за пределы видимых границ опухоли, что позволило нам выполнять субтотальную резекцию пузыря даже при расположении опухоли вблизи мочепузырного треугольника.

Проведен анализ результатов лечения 17 больных колоректальным раком, прорастающим в мочевой пузырь, из них 11 мужчин. 7 больных в возрасте до 50 лет. T4N1M0—3 больных, T4N2M0—9, T4N3M0—5. Гистологически была аденокарцинома. В 1 (основной) группе (7 больных) выполнена резекция толстой кишки, субтотальная резекция мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и пластическим замещением дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром. Во 2 (контрольной) группе (10 больных) выполнена резекция толстой кишки и мочевого пузыря с формированием микроциста. Методика пластического замещения дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром: после мобилизации и транспозиции петли тонкой кишки, с помощью линейного сшивающего аппарата формировался



резервуар, который анастомозировался с основанием мочевого пузыря двумя рядами швов. Тонкокишечный резервуар дренировали в левой подвздошной области, там же отдельно выводились мочеточниковые катетеры.

Результаты исследования. Ближайшие послеоперационные осложнения развились у 1 больного в 1 и 2 группах. Через 3 месяца после операции все больные 1 группы удерживали мочу в дневное время суток, ночью—70% больных. Через 6 месяцев все больные 1 группы удерживали мочу в ночное время. У больных 2 группы мочеиспускание осуществлялось через эпицистостому. За время наблюдения (до 1 года) в 1 группе не выявлено местных рецидивов и отдаленных метастазов. Во 2 группе у 1 больного через 8 месяцев после операции обнаружены метастазы в печень.

Выводы. 1) При прорастании колоректального рака в мочевой пузырь, в отличие от первичного рака мочевого пузыря, возможно выполнение органосохраняющих вмешательств. 2) Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой с пластическим замещением тонкокишечным трансплантантом способствовало улучшению показателей хирургической реабилитации больных без ухудшения показателей дальнейшего прогрессирования опухоли.

## Паллиативное лечение больных с метастазами рака почки в позвоночник

С.В. Кострицкий<sup>1</sup>, А.Ю. Шестаев<sup>1</sup>, В.И. Широкоград<sup>3</sup>, Д.В. Семёнов<sup>2</sup>, И.П. Костюк<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург;

<sup>3</sup> Московская городская онкологическая больница № 62, Москва

Метастатическое поражение костной системы при почечно-клеточном раке занимает 3-е место по частоте встречаемости после метастазов в легкие и печень. Наиболее часто костные метастазы РП распространяются в позвоночник. Данная локализация стала предметом изучения настоящего исследования.

Относительно удовлетворительный прогноз больных с метастазами РП в позвоночник делает актуальным проведение паллиативного лечения, улучшающего качество жизни пациентов.

В последние годы все шире применяются новые малоинвазивные паллиативные хирургические методы, позволяющие значительно улучшить качество жизни пациентов, не прибегая к обширным оперативным вмешательствам, к которым относится чрескожная вертебропластика, которая позволяет провести лечение у тяжелой группы онкологических больных с диссеминированным процессом, а также сопутствующей патологией.

Проведен ретроспективный анализ данных 19 больных с метастатическим РП с поражением позвонков, которым была выполнена чрескожная вертебропластика на 24 позвонках на базе клиники РНИИТО им. Р.Р. Вредена и в Московской онкологической больнице № 62 за период с 2008 по 2011 гг.

Сочетание метастазов в позвоночник с метастазами других локализаций выявлено у 8 (42,1%) больных: у 7 (36,8%)—метастазы в легкие, у 3 (15,8%)—в печень, у 1 (5,3%)—метастазы в головной мозг, у 1—во 2-ю почку и еще у 1 пациента—в надпочечник.

Интенсивность болевого синдрома оценивали по шкале McAfee, общее состояние больных по шкале Карновского. До проведения чрескожной вертебропластики болевой синдром наблюдался у 19 (100 %) больных, интенсивность болевого синдрома по шкале McAfee составляла 1 балл у 15,8 % (n=3), 2 балла у 47,4 % (n=9), 3 балла у 31,6 % (n=6), 4 балла у 5,3 % (n=1).

После оперативного вмешательства болевой синдром исчез у 42,1% (n=8), уменьшился у 47,4 % (n=9), не изменился и усилился соответственно у 5,3 % (n=1), что составляло по шкале McAfee 0 баллов у 42,1 % (n=8), 1 балл у 36,8 % (n=7), 2 балла у 15,8 % (n=3), 3 балла у 5,3 % (n=1), что послужило значительному улучшению общего состояния за счет редукции болевого синдрома по шкале Карновского.

Медиана выживаемости больных составила 27 мес.

Полученные результаты позволяют считать чрескожную вертебропластику высокоэффективной паллиативной методикой, позволяющей улучшить качество жизни больных. Данная методика позволяет существенно уменьшить болевой синдром и неврологический дефицит.

Использование пункционной вертебропластики костным цементом у пациентов с метастатическим поражением позвоночника при почечно-клеточном раке позволяет исключить у них проведение фиксирующих операций на позвоночнике и добиться восстановления опороспособности пораженного отдела позвоночника [8].

Выполнение данного типа операций является методом выбора у соматически тяжелых больных с сопутствующими множественными метастазами РП в паренхиматозные органы.

## Корреляция уровня PSA с наличием антител к инфекционным агентам у больных новообразованиями предстательной железы

О.Н. Кошелева, Е.М. Франциянц, С.В. Шашкин

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

При прогрессии онкологических заболеваний в последнее время большое внимание исследователи уделяют вирусной инфекции. Известно, что инфицированность ткани предстательной железы семейством вирусов герпеса может вызвать длительную (хроническую) воспалительную реакцию, а цитомегаловирусная инфекция может влиять на клеточный цикл раковых клеток и их устойчивость к химиотерапевтическим препаратам, на метастазирование и на усиление неоангиогенеза.

В связи с этим мы провели корреляционный анализ, с целью установить взаимосвязь между уровнем PSA и наличием антител к антигенам цитомегаловируса, вируса простого герпеса и рода хламидий.

В исследование были включены мужчины с раком предстательной железы (РПЖ) и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Больные были разделены на 3 группы: 38 пациентов РПЖ до лечения, 25 пациентов РПЖ после консервативной гормональной терапии и группа контроля—26 пациентов с ДГПЖ. В сыворотке крови больных методом ИФА (наборы ХЕМА) определяли уровень PSA и титр Ig G к антигенам простого вируса герпеса (ВГ), цитомегаловируса (ЦМВ), а также рода хламидия (ХЛ). Тест считался положительным при



значениях  $K > 1,1$ . Для установления связи между изучаемыми показателями нами был рассчитан коэффициент корреляции (Excel).

Установлено, что до лечения в сыворотке 89% больных РПЖ имел место высокий титр Ig G-антител к антигенам ЦМВ— $K=1,11-12,5$  и у 100% больных к антигенам ВГ—  $K=2,92-11,64$ . Высокий титр антител к антигенам рода ХЛ определялся у 42% больных ( $K=1,22-2,42$ ). При этом повышенный уровень PSA ( $20,12 \pm 3,8$  нг/мл) коррелировал с высокими значениями титров антител к антигенам ЦМВ ( $r=0,74$ ) и ВГ ( $r=0,68$ ).

После консервативной гормональной терапии уровень PSA значительно снизился ( $1,09 \pm 0,26$  нг/мл) независимо от значений титров антител к антигенам инфекционных агентов. Так, у 96% пациентов оставался высокий титр Ig G-антител к антигенам ЦМВ ( $K=1,12-6,4$ ) и ВГ ( $K=2,62-10,76$ ). У 44% больных выявлен высокий титр антител к антигенам рода ХЛ ( $K=1,14-4,28$ ).

У пациентов с доброкачественными образованиями в предстательной железе в 50% случаев определен высокий титр Ig G-антител к антигенам ЦМВ ( $K=1,26-5,89$ ) и ХЛ ( $K=1,22-3,97$ ), у 92% пациентов к антигенам ВГ ( $K=1,12-8,51$ ). Корреляционный анализ показал, что низкий уровень PSA ( $2,08 \pm 0,54$  нг/мл) по сравнению с группой РПЖ коррелировал с высокими значениями титров антител к антигенам ЦМВ ( $r=0,82$ ) и ХЛ ( $r=0,73$ ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о возможном участии изученных инфекционных агентов в патогенезе опухолевых образований предстательной железы.

## Прогнозирование риска возникновения рецидивов рака мочевого пузыря в послеоперационном периоде с использованием ультразвукового метода исследования

Н.А. Максимова, Е.И. Агаркова, А.Ю. Максимов, А.А. Демидова  
ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Для выявления факторов риска рецидивирования рака мочевого пузыря у 45 пациентов с опухолью мочевого пузыря (основная подгруппа—26 пациентов с упорно рецидивирующим течением и контрольная подгруппа—19 больных с благоприятным течением заболевания), ретроспективно были рассчитаны величины относительного риска (ОР) для сонографических, демографических, медицинских и гистологических характеристик рака мочевого пузыря. К факторам риска рецидива рака мочевого пузыря можно было отнести признаки, относительный риск которых был более 1,5: множественность опухолевых узлов ( $ОР=4,44$ ), площадь опухоли более  $9 \text{ см}^2$  ( $ОР=3,33$ ), размеры опухолевых образований более 3 см в диаметре ( $ОР=2,59$ ), вторичные изменения в опухоли, либо включения кальцинатов ( $ОР=2,22$ ). Различия между подгруппами среди демографических, медицинских и гистологических критериев были установлены для степени дифференцировки опухоли и глубины ее инвазии. Относительный риск таких критериев, как низкая дифференцировка клеток опухолей, инвазия опухоли в мышечный слой, окружающие ткани, невозможно было рассчитать ввиду полного отсутствия признака в контрольной подгруппе. В таком случае повышение абсолютного риска (АР) в основной и контрольной подгруппах относительно интересующих факторов позволило выявить, что риск рецидивирования опухоли возрастал при

наличии у больного размеров новообразования более 3 см (АР 30%) и площади опухоли более 9 см<sup>2</sup> (АР 32,2%), множественном характере опухолевых узлов (АР 17,2%), присутствии вторичных изменений в опухоли, либо включений кальцинатов (АР 6,1%), низкой дифференцировки клеток опухолей (АР 19,2%), инвазии опухоли в мышечный слой (АР 26,9%), окружающие ткани (АР 19,2%). На следующем этапе оценивали прогностическую ценность присутствия установленных факторов риска у больного раком мочевого пузыря для рецидивирования опухоли в послеоперационном периоде. При повышении размеров опухоли более 3 см вероятность рецидивирования рака мочевого пузыря составила 0,39, при превышении площади опухоли более 9 см<sup>2</sup> — вероятность рецидивов составила 0,33, при многофокусном поражении и наличии включений в опухоли вероятность была, соответственно, 0,22 и 0,11. Вероятность развития рецидива рака мочевого пузыря при низкой степени дифференцировки клеток опухоли составила 0,14, при инвазии опухоли в мышечную оболочку — 0,19 и паравезикальную клетчатку — 0,14. Для оценки прогностической значимости присутствия нескольких факторов риска для развития рецидива рака мочевого пузыря была создана модель на основе применения теоремы сложения вероятностей совместных событий. Автоматизация работы с моделью привела к созданию на основе электронных таблиц Excel специальной программы. На первом этапе по наибольшему и наименьшему размеру опухоли, определенному после ультразвукового исследования мочевого пузыря, автоматически вычисляется площадь опухоли. Далее в соответствующих ячейках, отмеченных желтым цветом, необходимо ввести сведения о наличии (1 балл) либо отсутствии (0 баллов) пяти факторов риска. Рядом с факторами риска указана величина их прогностической значимости. После введения всех данных автоматически рассчитывается риск рецидивирования при учете всех пяти факторов и формируется качественное заключение о ранжировании риска. При вероятности рецидивов опухоли 0,7 и более — риск высокий, при колебании вероятности в диапазоне 0,5-0,7 — средний и при снижении вероятности ниже 0,5 — риск низкий.

## Возможности комплексной ультразвуковой диагностики при опухолевом поражении почки и мочевого пузыря

Н.А. Максимова, Е.И. Агаркова  
ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

С целью улучшения диагностики опухолевого поражения мочевого пузыря нами предложен оригинальный «Способ ультразвуковой диагностики мочевого пузыря у онкоурологических больных» (приоритет по заявке на изобретение, 2011г.). Способ выполняется следующим образом: пациентам первым этапом проводят ультразвуковое исследование (УЗИ) через переднюю брюшную стенку при имеющемся наполнении мочевого пузыря, затем производят ретроградное наполнение мочевого пузыря через уретральный катетер, соединенный с капельной системой, содержащей 300-600 мл раствора фурацилина под динамическим трансректальным ультразвуковым контролем. Скорость струйного введения жидкости в полость мочевого пузыря в пределах 1-3,5 минут и индивидуальный объем вводимого раствора фурацилина до полного вытеснения петель кишечника и адекватного наполнения мочевого пузыря. Оценивается состояние внутренней поверхности слизистой мочевого пузыря и внешних контуров при постепенном расправлении стенок, наличие опухолевых образований,



их количество, уточняется истинные размеры, локализация и распространенность. Изучается эхоструктура, а далее проводят доплерографию в режимах цветового (ЦДК) и энергетического доплеровского картирования (ЭДК) для дифференциальной диагностики образований мочевого пузыря: опухолевый рост, конкремент, хроническое воспаление, сгусток крови. Кроме того, выявляется подвижность и взаиморасположение стенок мочевого пузыря относительно соседних органов малого таза и внутриполостных новообразований, что позволяет оценивать спаечно-инфильтративные изменения в паравезикальной клетчатке или инвазивные процессы в зоне непосредственного расположения опухоли в просвете мочевого пузыря. Данным способом было обследовано 35 пациентов с диагнозом опухоль мочевого пузыря в возрасте от 53 до 77 лет. Способ применяется как для первичной диагностики рака мочевого пузыря, так и его рецидивов. Полученные данные были использованы для определения тактики лечения. Для оптимизации УЗИ у пациентов с опухолевым поражением почки нами разработан многофакторный протокол комплексной ультразвуковой диагностики, включающий: УЗИ почек в В-режиме с определением локализации опухолевого образования; оценку внутриопухолевого кровотока; наличие или отсутствие деформации, смещения, стенозов, патологических перегибов, флеботромбоза сосудов почечной ножки; определение длины сосудистой ножки почки на стороне поражения; диаметр, наличие или отсутствие флеботромбоза нижней полой вены; диаметр, наличие или отсутствие деформации брюшной аорты и селезеночной вены; ЭДК сосудов почек; оценку гемодинамических показателей почечных сосудов на стороне поражения и в противоположной почке. В ходе проведенного экспертного исследования по разработанному протоколу доплерографии установлено, что из 50 пациентов с опухолевым поражением почки у 18 (36%) больных инвазивных изменений, деформации, смещения, флеботромбоза сосудов почечной ножки не выявлено. Стенозы и окклюзии выявлены у 10 (20%) пациентов, аномальное смещение от центральной оси зоны «ворот» сосудов основного ствола обнаружено у 20 (40%) больных. Прорастание опухоли в почечные артерии и вены обнаружено у 10 (20%) человек, опухолевый флеботромбоз в просвете почечной вены выявлен у 4 (8%), в просвете нижней полой вены у 3 (6%), сочетанный флеботромбоз у 6 (12%) пациентов. Наиболее важной информацией для хирургов было уточнение расположения, длины, диаметра сосудистой «ножки» почки при массивном объемном поражении для планирования сосудистого этапа операции при нефрэктомии, а так же протяженность и характеристики флеботромбоза.

### **СУНИТИНИБ (СУТЕНТ) в терапии диссеминированного рака почки. Клинический случай применения сунитиниба в условиях дневного стационара**

Т.Е. Мальцева, А.С. Шатохина, А.И. Арутюнова, Е.Ф. Туаева  
*ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»*

В настоящее время диссеминированная форма почечноклеточного рака занимает чрезвычайно важное место в клинической онкологии.

Единственно радикальный метод лечения рака почки—нефрэктомия, однако, у 70% больных, подвергшихся этому методу лечения, в дальнейшем наблюдается прогрессирование опухолевого процесса. Появление лекарственных средств молеку-

лярно-нацеленного механизма действия и внедрение в практику таргетной терапии открыли определенные перспективы для больных с метастатическим раком почки. Одним из таких препаратов является Сутент® (сунитиниб) — новый таргетный препарат для лечения метастатического рака почки.

В условиях дневного стационара ГБУЗ СК «СККОД» с 2011 года накоплен позитивный клинический опыт применения Сутента. Было пролечено 6 пациентов с диссеминированным почечно-клеточным раком.

Пациенты получали препарат от 6 до 18 месяцев. У 3-х пациентов достигнут частичный положительный эффект, у 2-х человек зарегистрирована стабилизация процесса, у одного пациента отмечалось прогрессирование процесса после проведенных 4-х курсов терапии.

В качестве иллюстрации приводим истории болезни 2-х пациентов, у которых был достигнут частичный эффект.

Пациент Б, 70 лет, с установленным диагнозом: рака почки, ст. IV (T1N1M1), множественное поражение легких, состояние после оперативного лечения (нефрэктомия).

Больной получал на протяжении 6 месяцев иммунотерапию, после чего зарегистрировано прогрессирование заболевания в виде увеличения метастатических теней. Больному назначена терапия сутентом в дозе 50 мг ежедневно с 2-х недельным перерывом. После проведения 4 курсов при контрольных обследованиях по данным КТ был отмечен частичный эффект уменьшения количества очагов и их интенсивности. За время лечения отмечалось транзиторное повышение трансаминаз, дерматологическая токсичность не требующая коррекции и редукции дозы.

Пациент С, 67 лет с ДС:с-г правой почки T3aNxM1, метастазы в легкие, левую плечевую кость, медиастанальные лимфоузлы. На протяжении 18 месяцев получает Сутент в дозе 50 мг ежедневно. После проведения 3-х курсов таргетной терапии был достигнут частичный эффект по данным КТ.

При проведении возникло осложнение, тромбоцитопения 3 степени, что потребовало отмены препарата, назначение дексаметазона и коррекции дозы.

**Заключение.**

Суммируя сказанное, можно утверждать что на фоне терапии Сутентом® в целом у 90% больных происходит уменьшение опухолевых очагов, выживаемость без прогрессирования заболевания увеличивается более, чем в 2 раза (11 мес. vs 5 мес.), по сравнению с терапией цитокинами. Впервые медиана общей выживаемости пациентов с таким диагнозом превысила 2 года. Уникальность действия препарата заключается в его способности влиять одновременно на различные патогенетические механизмы, определяющие жизнедеятельность опухоли.

## Лечение рака почки с опухолевым тромбозом НПВ

З.Д. Махов, С.В. Аксенов, Д.А. Остроухов

ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»

Опухоли почки составляют от 2—3% среди всех раковых заболеваний, среди всех злокачественных новообразований органов мочеполовой системы занимают третье место, уступая по частоте раку предстательной железы и мочевого пузыря. Средний возраст больных, страдающих раком почки, составляет 60 лет. Мужчины



болеют раком почти в 2 раза чаще, чем женщины. Одним из самых грозных осложнений почечно-клеточного рака является опухолевая инвазия в НПВ, она составляет в среднем 3%. Прогноз при этом почти всегда неутешительный.

В нашем отделении за последние 5 лет нами выполнено 32 операции по поводу опухолевой инвазии в НПВ. Оперативному вмешательству подверглись пациенты в возрасте от 55 до 65 лет. Всем пациентам перед операцией проводились стандартные методы исследования, в том числе КТ, а так же дуплексное скенирование НПВ для определения размера тромба и наличие его флотации. Объем оперативного вмешательства зависел от размеров опухолевого тромба, объема поражения НПВ. В 5-ти случаях, доступ был торакоабдоминальный, в остальных лапаротомия. в основном для удаления опухолевого тромба с резекцией НПВ было достаточно зажима Сатинского, наложенного на НПВ (20 случаев). Дефект НПВ зашивался непрерывным швом. В 9 случаях кровоток в НПВ останавливался путем наложения временных турникетов. После удаления опухолевого тромба дефект НПВ так же зашивался непрерывным швом. В двух случаях опухолевый тромб полностью обтурировал просвет НПВ, здесь выполнялась резекция НПВ. В одном случае при распространении флотирующего опухолевого тромба выше диафрагмы опухолевый тромб извлечен при помощи катетера Фолея 18Ch.

Из всех оперированных не умер ни один человек. Переливание крови во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде проводилось только в двух случаях. Средняя кровопотеря за время операции составила 250-400 мл.

## **Сравнительный анализ уровня ПСА после различных методов лечения больных раком предстательной железы**

Н.Г. Минаева, Е.М. Паршков  
*ФГБУ «МРНЦ МЗ РФ», Обнинск*

На данный момент наиболее информативным опухолевым маркером мониторинга рака предстательной железы (РПЖ) является простатический специфический антиген (ПСА) и его производные. Контроль уровня ПСА позволяет на ранних стадиях оценить эффективность проводимой терапии и своевременно решать вопрос дальнейшей тактики лечения.

Цель исследования. Изучить динамику уровня ПСА в оценке эффективности различных методов лечения и прогнозирования клинического течения РПЖ.

Материалы и методы. В данной работе, под постоянный динамический контроль ПСА были взяты 122 больных РПЖ. 31 больному проведена дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) в суммарной очаговой дозе (СОД) 70 Гр, 47 пациентов получили гормонолучевую терапию и 44-м больным проведена брахитерапия в дозе 140-160 Гр.

Всем пациентам определяли уровень ПСА до лечения, через 3-6 мес., далее каждые 6 мес. в течение 3-х лет после лечения. Если отмечался рост ПСА, определяли показатели кинетики антигена (скорость прироста и время удвоения).

По уровню ПСА через 3-6 мес. после лечения больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли пациенты, у которых уровень ПСА составил менее 1,0 нг/мл, во вторую — со значениями антигена, превышающими данный показатель.

Результаты. В группе пациентов, пролеченных методом ДЛТ в СОД 70 Гр, уровень ПСА снизился менее 1,0 нг/мл у 41 % больных, после гормонолучевой

терапии—у 83% больных и после брахитерапии—у 61% больных. Отмечено, что у больных, имевших показатель ПСА более 1,0 нг/мл через 3-6 мес. после лечения, уровень антигена на всех сроках наблюдения в 3-6 раз превышал данный показатель по сравнению с группой больных, у которых зарегистрирован уровень ПСА ниже 1,0 нг/мл.

По направленности изменения уровня ПСА больные после ДЛТ в СОД 70 Гр, гормонотерапии и брахитерапии не имели принципиальных отличий, но процент больных с уровнем антигена менее 1,0 нг/мл при гормонотерапии и брахитерапии значительно выше, что может свидетельствовать о модифицирующем действии гормонотерапии, пролонгированном действии радионуклидов  $^{125}\text{I}$  и более высокой дозе облучения (140-160 Гр) при брахитерапии.

Через 18 мес. наблюдения отмечался рост уровня ПСА у отдельных пациентов как в одной, так и другой группах. Эти больные (27 человек) отнесены в группу неблагоприятного прогноза течения заболевания.

Установлено, что во второй группе больных (ПСА > 1,0 нг/мл) число лиц с неблагоприятным прогнозом течения заболевания регистрируется примерно в 2 раза чаще, чем в первой группе (ПСА < 1,0 нг/мл)—36% против 16%. Более того, число пациентов с клиническим прогрессированием заболевания также было в 2 раза больше во второй группе пациентов—43% против 23%. Скорость прироста ПСА у больных с прогрессированием заболевания составила более 0,75 нг/мл/год, время удвоения—менее 10 мес. Данные кинетики ПСА, указывающие на вероятность быстрого прогрессирования заболевания, были получены более чем за 6 мес. до клинического подтверждения рецидива и/или метастазов.

Выводы. Динамический контроль уровня ПСА у больных РПЖ в течение 3-6 мес. после лучевого и гормонотерапевтического лечения позволяет оценить индивидуальную чувствительность опухоли на проведенную терапию, спустя 18 мес.—предположить прогноз клинического течения заболевания.

## Возможности повышения качества жизни больных в ходе андрогенной депривации по поводу рака предстательной железы

С.В. Мишугин, А.А. Грицкевич, Д.Г. Соков, И.Г. Русаков  
ГКБ № 57 Москва;

Краснодарский краевой онкологический диспансер;  
Московский онкологический диспансер

Андрогенная депривация (АД) является одним из основных компонентов лечения местно-распространенного и метастатического рака предстательной железы (РПЖ).

Наиболее распространенным вариантом АД является медикаментозная кастрация (МК) с использованием агонистов или антагонистов аналогов ЛГРГ, поскольку сохраняется возможность проведения интермиттирующей АД (ИАД).

Однако, уже после проведения индукционного курса АД в течении 6 месяцев или более у большей части больных сексуальная активность угасает. Кроме того, проведение МК даже в течении 6-9 месяцев может привести к различным системным нарушениям в организме больного (снижение минеральной плотности



костей, сахарный диабет, сердечно-сосудистые нарушения, и метаболический синдром и др.)

Длительное (6-9 мес.) применение антиандрогенных препаратов в высоких дозах также неблагоприятно отражается на состоянии больного (Matti S. Aapro, 2012)\*

На основании наблюдения за группой из 216 пациентов с различными вариантами АД нами показано, что для мужчин с сохраненной сексуальной активностью, подлежащих ИАД, вариант лечения, основанный на АД с использованием МК в течение 3-х месяцев, а затем 3 месячного лечения бикалутамидом в дозе 150 мг (64 больных), является более выгодным вариантом по сравнению с только МК в течение 6-9 месяцев. Сексуальная активность возвращается уже через 4-6 недель после прекращения срока действия агониста или антагониста ЛГРГ.

Значительно меньше отмечено сердечно-сосудистых, эндокринных и метаболических нарушений у этой группы больных.

У больных, которым требовался индукционный курс более, чем 6 месяцев после 3-месячного назначения антиандрогенов, возвращались к МК на 2-3 месяца.

Возвращение к лечению после его отмены в связи с повторным повышением ПСА также проводилась с последовательным применением двух групп препаратов с эффективностью лечения сопоставимой с использованием только МК.

Заключение. Метод андрогенной депривации с последовательным применением медикаментозной кастрации и антиандрогенов в высокой дозе является менее токсичным по сравнению с длительной МК или монотерапией антиандрагенами и может быть использован при проведении интермиттирующей гормональной терапии РПЖ без снижения противоопухолевой эффективности.

## Гиперэкспрессия CD44 – маркер неблагоприятного прогноза несветлоклеточного почечно-клеточного рака

Л. В. Москвина<sup>1</sup>, Ю. Ю. Андреева<sup>1, 2</sup>, Л. Э. Завалишина<sup>1</sup>, П. Г. Мальков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ», Москва;

<sup>2</sup> ДПО РМАПО МЗ РФ, Москва

В последнее десятилетие появляется множество публикаций, посвященных оценке клинических особенностей несветлоклеточных почечно-клеточных раков (ПКР), их дифференциальной диагностике, поиску морфологических, иммуногистохимических прогностических факторов, однако, по большинству параметров мнения исследователей значительно расходятся.

В настоящей работе оценивалась прогностическая значимость гиперэкспрессии неспецифической молекулы адгезии CD44—представителя семейства трансмембранных гликопротеинов (высокий уровень экспрессии CD44 повышает инвазивный потенциал опухоли) и ki-67, экспрессирующегося преимущественно в S и G2 фазу митоза и отражающего пролиферативную активность клетки. Было исследовано 105 карцином: 54 папиллярных, 39 хромофобных, 12 светлоклеточных (в качестве группы сравнения). Критерием гиперэкспрессии CD44 было принято интенсивное окрашивание более 40% клеток опухоли или умеренное—более 60% клеток, ki-67—окрашивание более 10% клеток опухоли. Период прослеженности больных составил 3 года. Для оценки результатов использовались методы Каплана-Майера (log-rank),  $\chi^2$ , расчет коэффициента корреляции Фехнера.

Гиперэкспрессия CD44 была отмечена в 35% (33 из 93 наблюдений) несветлоклеточных ПКР: 18 из 24 (75%) папиллярных 2 типа, 12 из 24 хромофобных классических (50%), 3 из 30 (10%) — папиллярных 1 типа. в хромофобном эозинофильном и в светлоклеточном раке экспрессия CD44 отсутствовала. Гиперэкспрессия ki-67 была выявлена в 32% наблюдений несветлоклеточного ПКР: 63% папиллярных карцином 2 типа (15/24), 48% папиллярных карцином 1 типа (12/30) наблюдений, 20% хромофобных эозинофильных (3/15), 13% хромофобных классических (3/24). в группе сравнения гиперэкспрессия ki-67 была отмечена в 1 случае (8%;  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ). Были выявлены значимые отличия экспрессии CD44 от стадии заболевания: при pT1-2 гиперэкспрессия в 13% опухолей, при pT3-4 — в 27% опухолей ( $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ). Было отмечено повышение уровня экспрессии ki-67 при повышении стадии (13% и 19% соответственно,  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ). Снижение степени дифференцировки было ассоциировано со снижением уровня экспрессии маркеров во всех гистологических группах опухолей ( $p > 0,05$ ), кроме того отмечена умеренная положительная корреляция уровня экспрессии белков ( $Kf=0,31$ ,  $p=0,05$ ).

При высоком уровне экспрессии CD44 было отмечено снижение времени безрецидивной выживаемости на 23 месяца ( $p < 0,05$ ), прогнозируемая 5-летняя выживаемость составила 70% при низком уровне экспрессии CD44 и 18% при высоком уровне белка (метод Каплана-Майера,  $p=0,018$ ).

Выводы. Гиперэкспрессия CD44 характерна для местно-распространенных опухолей и редко выявляется в локализованных формах несветлоклеточных ПКР, ассоциирована со снижением 5-ти летней безрецидивной выживаемости и может являться неблагоприятным прогностическим фактором несветлоклеточных ПКР. Для определения прогностического потенциала ki-67 необходимо дальнейшее исследование.

## Оценка интермиттирующей гормонотерапии (ИГТ) диссеминированного и местнораспространенного рака предстательной железы

Р.В. Никитин, И.Б. Сосновский, А.А. Грицкевич  
ГБУЗ КОД № 1 ДЗ КК, Краснодар

В общей структуре онкозаболеваний рак простаты (РП) занимает 4-е место (9,7%). в рекомендации Европейского общества урологов говорится о том, что золотым стандартом для пациентов с местно-распространенными и метастатическими формами опухоли является гормональная терапия. По данным многих авторов, большинство пациентов (более половины) погибает в течение 2 лет от прогрессирования заболевания, так как опухоль рано или поздно становится нечувствительной к проводимой терапии. ИГТ представляет собой большой интерес, так как прерывистое введение гормонопрепаратов снижает токсичность от проводимого лечения, рост новых андрогензависимых клеток позволяет удлинить период ремиссии. Сроки отмены и возобновления ГТ до настоящего времени окончательно не установлены. Продолжительность начального (индукционного) курса должна составлять не более 6-9 мес. Длительность повторного курса не менее 3-6 мес.

Нами проведена оценка лечения 660 больных. 360 человек получало ИГТ, 300 больным проводилась постоянная андрогенная депривация. Стадия болезни в пер-



вой группе T3-4NoMo-210 (58,3%) человек, T3-4N1M1-150 (41,7%), во второй соответственно-190 (63,3%) и 110 (36,7%) человек.

Срок наблюдения за больными составил 8-48 месяца. Все больные получали МАБ с использованием аналогов ЛГРГ+антиандрогены у 590 больных(89,3%), монотерапия антиандрогенами 40 пациента (6%), 30 пациентов (4,5%) получали аналоги ЛГРГ(антиандрогены были отменены из-за токсичности). Впервые отмена ГТ через 43-49 недель. Отмена проводилась после нормализации показателей ПСА (0,3-3,9нг/мл). в последующем оценка ПСА и общесоматического статуса через каждые 3 месяца, Р-графия ОГК, КТ или остеосцинтиграфия костей таза 1 раз в 6 месяцев, либо при появлении клинических признаков метастазирования-болевого синдрома, ограничения функции, патологических переломов (у 2-х больных). Прогрессирование болезни за время наблюдения зарегистрировано у 255 больных (70,8%) из 1-й группы, и у 198 (66%) из второй. Прогрессирование (повышение уровня ПСА, появление костных метастазов или увеличение их количества) за 1 год наблюдения отмечено у 134 (37,2%) больных в 1-й группе, во 2-й группе у 108 (36%) человек. У всех больных первой группы с прогрессированием была возобновлена гормонотерапия. Повторное снижение ПСА до нормы отмечено у 154 из 255 больных (60,7%). У 101 больных (39,3%) ответа на возобновление гормонотерапии не последовало. Постоянное повышение ПСА при двойном последовательном исследовании через каждые 2 месяца позволило расценить состояние как развитие гормонрезистентного рака простаты. Дальнейшая лечебная тактика заключалась в применении линий лечения для гормонрезистентного рака. Такая же тактика была применена у больных с прогрессированием во 2-й группе. Нормализация состояния наблюдалась у 75 из 108 больных с прогрессированием. За время наблюдения от прогрессирования болезни умерло 145 больных (40,2%) из 1 группы, и 108 (36%) из второй.

Выводы. Режим ИГТ не выявил достоверно высокий уровень общей выживаемости по сравнению с постоянным лечением. Нарушение эректильной функции реже отмечается по сравнению с постоянной депривацией. Средняя стоимость 1 года прерывистого курса достоверно ниже. Таким образом, проведенное исследование позволяет судить об актуальности и эффективности интермиттирующей терапии у данной группы больных, так как сроки прогрессирования и медиана 3-летней выживаемости примерно одинаковы. У больных из группы плохого прогноза увеличения времени до развития рефрактерности в группе прерывистого лечения достоверно не выявлено. Однако, временные перерывы в терапии антиандрогенами позволяют снизить токсичность от лечения, улучшить качество жизни, улучшить сексуальную функцию, увеличить срок ремиссии болезни, и являются экономически целесообразными.

## Результаты фокальной терапии рака простаты

А.К. Носов, К. Ченг, С.В. Канаев, Г.И. Гафтон, В.Г. Туркевич, А.В. Мищенко,  
М.С. Молчанов, А.В. Воробьев  
*ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург*

Введение. Фокальная абляция рака предстательной железы — это новая лечебная стратегия, направленная на максимальное сохранение функционирующей

ткани железы. Это позволяет минимизировать тяжелые осложнения, характерные для радикальных методов лечения, сохраняя адекватный локальный контроль над опухолью.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное мультицентровое одобренное локальным этическим комитетом исследование фокальной терапии РПЖ высокосфокусированным ультразвуком под контролем магнитнорезонансной томографии в реальном времени на оборудовании ExAblate 2100 (InSightech). Исследование проведено в НИИ онкологии Н.Н. Петрова и Центральной Больнице Национального Ракового Центра (Сингапур).

На этапе скрининга больным выполнялось исследование крови на ПСА (не более 10 нг/мл), мультипараметрическая МРТ, промежностная темплет-биопсия предстательной железы. Для лечения отбирались больные с монофокальным поражением (1 позитивный столбик ткани, стадия cT1cN0M0), Высоко и умеренно дифференцированные опухоли (Глисон не более 6). После лечения проводилось исследование крови на ПСА, мультипараметрическая МРТ, анкетирование при помощи опросников качества жизни, оценки мочеиспускания и сексуальной функции. Через 6 месяцев выполнялась биопсия простаты.

**Результаты.** Всего пролечен 21 больной, со средним возрастом  $64,4 \pm 8,7$  (49–88) года. Средний уровень ПСА составил 7,4 нг/мл (0,99–16,4), Глисон 6 (3+3). Все пациенты имели локализованный РПЖ низкого риска. Средний объем предстательной железы составил 37 мл (22–95 мл), средний объем ткани, подвергшийся разрушению, был 28 % (9,0–78,9) от исходного объема железы. Опухоль визуализировалась на МРТ и ее изображение коррелировало с биопсией только у 5/21 (23,8 %).

Уретральный катетер Фоли установлен 16 пациентам, у 14 из них (87,5 %), извлечен в течение 24 часов от окончания лечения. У одного пациента катетер остался на 1 неделю (заранее принятое клиническое решение), еще у 1-го из-за острой задержки мочи катетер оставался 29 дней. Эпицистостома у 5 больных извлечена в сроки от 3 дней до 5 недель после лечения. Все пациенты удерживали мочу на всех этапах исследования.

У 14-и больных в течение 3 месяцев после лечения эректильная функция оставалась на базовом уровне. Только у 4-х пациентов (28,5 %) при наблюдении 3 месяца было ухудшение на 2 балла по шкале эректильной функции. Из них только один пациент наблюдался 6 месяцев (69-yr-old): его эректильная функция остается нарушенной. Всем 4 пациентам намеренно производилось воздействие на сосудисто-нервный пучок с одной стороны из за близко располагающегося фокуса рака.

Промежностная биопсия через 6 месяцев после лечения выполнена у 14 из 21 пациентов. Во всех пролеченных участках признаков рака не выявлено. У 5 пациентов (35,7 %) выявлен РПЖ в новых очагах. У одного из них проведен повторный сеанс абляции.

Уровень ПСА, по всей видимости, у этой категории больных не может служить критерием лечебного эффекта, в нашем анализе он зависел не от наличия рака, а от объема разрушенной ткани простаты. У пациентов с объемом абляции менее 20 % он практически не менялся во все сроки наблюдения, при объеме более 20 % имел четкую тенденцию к последовательному снижению после лечения.

**Заключение.** Все больные после лечения удерживали мочу и сохраняли эректильную функцию на базовом уровне. Эти результаты требуют дальнейших более масштабных исследований как принципа фокальной терапии, так и использования высокосфокусированного ультразвука с МРТ-контролем для абляции ткани предстательной железы.



## Оценка операционного доступа выполнения орхифуниктуэктомии при герминогенных опухолях яичка

ОНКОУРОЛОГИЯ

А.К. Носов, Г.И. Гафтон, С.Б. Петров, Э.М. Мамижев  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

**Введение.** Рак яичка—самая распространенная солидная злокачественная опухоль у мужчин в молодом возрасте, занимающая второе место по частоте среди злокачественных новообразований у мужчин от 35 до 39 лет. Важным этапом диагностики и первым шагом в лечении, как правило, является удаление пораженного яичка и семенного канатика с гистологическим исследованием операционного материала.

**Цель исследования.** Анализ влияния различных видов операционного доступа при радикальной орхиэктомии на частоту развития рецидива заболевания и выживаемость больных.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ на основании данных историй болезни 294 пациентов, проходивших обследование и лечение в период с 1998 по 2011 гг., а так же их анкетирования на момент последнего обращения к врачу. Всем больным, вошедшим в исследование, оценен операционный доступ, из которого выполнялось удаление яичка и семенного канатика: из 294 наблюдаемых операция из пахового доступа выполнена 86 (29,3%) пациентам, мошоночного—193 (65,6%), у 15 (5,1%) человек описание доступа отсутствовало в первичной документации.

**Результаты.** Из группы пациентов, которым операция выполнялась мошоночным доступом было выделено 16 больных. У этой категории в различные сроки после удаления пораженного яичка вторым этапом выполнялась фуниктуэктомия. Патоморфологическая оценка макропрепарата позволила выявить рецидив у 8 (2,7%) человек. В 8 (2,7%) случаях в культе семенного канатика опухолевые клетки не были обнаружены и имелось воспаление, фиброз. У 4 (1,4%) из 294 больных после проведенного лечения определялись признаки местного рецидива. Среднее время до рецидива в общей выборке (в независимости от гистологического типа опухоли) при паховом доступе составил  $82.9 \pm 7,4$  (95% ДИ 68,7- 93,4). При мошоночном— $110,8 \pm 6,7$  (95% ДИ 97,5-124,0).

Среднее время до рецидива при НГОЯ при паховом доступе составило  $72.2 \pm 15.2$  (95% ДИ 42.3- 102.1), при мошоночном— $113.7 \pm 8.2$  (95% ДИ 97,6-129.8). Среднее время до наступления рецидива при мошоночном доступе составило  $12.0 \pm 0.9$  мес. в нашем исследовании статистический анализ не выявил достоверного различия влияния операционного доступа на частоту и время появления признаков местного рецидива заболевания как в общей группе пациентов ( $p=0.79$ ), так и у больных с семиномой ( $p=0,43$ ) и НГОЯ ( $p=0,58$ ). При оценки влияния операционного доступа (пахового, мошоночного) на общую выживаемость, так же как и в случае местного рецидива статистический анализ не выявил достоверного различия в как общей популяции ( $p=0,11$ ), так и у больных семиномой ( $p=0,083$ ) и при НГОЯ ( $p=0,78$ ).

**Выводы.** Радикальная орхиэктомия должна выполняться в качестве первичного этапа лечения у практически всех пациентов с опухолями яичек. Единственным исключением являются случаи тяжелого состояния больных, при которых операция может быть произведена после предварительной химиотерапии. Статистический анализ не выявил достоверного различия влияния операционного доступа на частоту и время появления признаков местного рецидива заболевания как в общей группе пациентов ( $p=0.79$ ), так и у больных с семиномой ( $p=0,43$ ) и НГОЯ ( $p=0,58$ ).

---

## Первый опыт хирургического лечения больных герминогенными опухолями яичка

А.К. Носов, Г.И. Гафтон, С.Б. Петров, Э.М. Мамижев  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

**Введение.** Стандартным подходом к лечению диссеминированных герминогенных опухолей яичка после удаления первичной опухоли является проведение индукционной комбинированной химиотерапии, основанной на цисплатине, способствующей достижению полного эффекта у 70–80% больных. В 20–30% случаев после индукции сохраняются резидуальные опухолевые массы, как правило, локализующиеся в забрюшинном пространстве. Всем пациентам, имеющим рентгенологически определяемые ретроперитонеальные метастазы на фоне отрицательных значений концентрации опухолевых маркеров после проведения химиотерапии, рекомендовано проведение забрюшинной лимфаденэктомии.

**Цель исследования.** Анализ первого опыта хирургического лечения больных при диссеминированных ГОЯ после проведенной полихимиотерапии. **Материалы и методы.** в период с 2008 по 2013 гг. в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова 21 пациенту выполнено хирургическое пособие по поводу метастатического поражения ретроперитонеальных средостенных лимфоузлов, легких. Средний возраст составил 28 лет (19–51). При распределении по операционному доступу: лапаротомия — 10; лапароскопия — 6; стернотомия — 2; торакотомия — 3. **Результаты.** Среднее время от проведенной радикальной орхифунгулектомии с последующей индукционной химиотерапией составил 119, 5 дней. Среднее время операции составило при лапаротомии 200 мин (180–285); лапароскопии — 127,5 мин (90–210), торакотомии/стернотомии — 172,5 мин (120–235). Средний объем интраоперационной кровопотери при лапаротомии — 425 мл (100–750); лапароскопии — 175 мл (100–250); торакотомии/стернотомии — 375 мл (100–400). Анализ ранних послеоперационных осложнений в зависимости от операционного доступа показал: при лапаротомии лимфорея возникла у 5 пациентов, перфорация мочеточника мочеточника — 3, гидронефроз — 1–2 ст 3, сметрть больного — 1 (ТЭЛА на 6 сутки после операции), перфорация НПВ — 1, перфорация почечной вены — 1, нагноение п/о раны выявлено в 3 случаях. Возникновение ретроградной эякуляции, рецидива заболевания при лапаротомном доступе не выявлено. При лапароскопической ретроперитонеальной лимфаденэктомии: лимфорея 2; рецидив заболевания через 3 месяца от операции 1; ретроградная эякуляция — 1, других осложнений не отмечено. При торакотомии гидроторакс — 1, отек головного мозга — 1. При оценке гистологического материала после удаления резидуальных масс в 17 случаях выявлен некроз опухоли без наличия опухолевых клеток; в 1 случае после стернотомии получены клетки хорионкарциномы, в 1 случае — после стернотомии.

**Выводы.** Выбор объема оперативного вмешательства зависит от риска развития рецидива у конкретного пациента и ожидаемого качества дальнейшей жизни. По возможности должно производиться удаление всех остаточных опухолевых очагов в пределах здоровых тканей, так как радикальное вмешательство обладает большей эффективностью по сравнению с проведением послеоперационной химиотерапии. Операция после химиотерапии сложна и требует высокого умения и опыта хирурга. Поэтому необходимо направлять таких пациентов в специализированные центры с возможностью проведения междисциплинарных вмешательств (пластика сосудов, резекции смежных органов) и снижения риска местного рецидива опухоли.



## Сравнительная оценка результатов лапароскопической и открытой резекции почки у пациентов с новообразованиями почек

А. К. Носов, С. Б. Петров, Е. Е. Самарцева  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

**Введение.** В настоящее время малоинвазивные хирургические вмешательства при опухолях почек нашли широкое применение в урологических клиниках. Несмотря на привлекательность лапароскопической резекции почки, последняя не смогла полностью вытеснить классическое открытое оперативное вмешательство ввиду объективных технических трудностей в осуществлении надежного гемостаза во время операции, более длительных сроков ишемии почки и неуверенности в адекватном радикализме операции.

**Цель исследования.** Сравнить результаты лапароскопической резекции почки с применением тепловой ишемии и открытой резекции почки, выполненной люмботомическим доступом.

**Материалы и методы.** На базе отделения урологии НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова в 2012 году было выполнено 48 органосохраняющих операций на почке, из них 33 (60,5%)—лапароскопические и 15 (39,5%)—открытые резекции, выполненные люмботомическим доступом. Средний размер опухоли в группе пациентов взятых на лапароскопическое оперативное вмешательство составил  $3,1 \pm 1,2$  см, а у пациентов с открытой резекцией почки— $4,2 \pm 1,4$  см. в обеих группах в большинстве своем опухоль была верифицирована как почечно-клеточный рак, со степенью дифференцировки G2. У всех пациентов оценивалась продолжительность ишемии почки, объем кровопотери, длительность дренирования, срок нахождения в стационаре, наличие положительного хирургического края резекции по данным гистологического исследования и функциональное состояние почек через 6 месяцев после операции по данным ангиофросцинтиграфии.

**Результаты.** В группе пациентов, у которых оперативное вмешательство производилось лапароскопическим способом, средняя продолжительность тепловой ишемии почки составила  $18 \pm 4$  минут при объеме кровопотери  $110 \pm 20$  мл. Средняя продолжительность дренирования составила  $3 \pm 1$  суток, длительность нахождения в стационаре— $10 \pm 1$  суток. По данным ангиофросцинтиграфии через 6 месяцев в большинстве случаев (88%) определялись признаки умеренного снижения фильтрационной и замедления экскреторной функции оперированной почки. Положительный край резекции при микроскопии был обнаружен в 3 (9%) случаях. У пациентов с открытой резекцией почки, длительность ишемии в среднем составила  $13 \pm 3$  минуты (у двух больных резекция почки проводилась без ишемии), кровопотеря— $150 \pm 30$  мл, дренирование осуществлялось  $5 \pm 1$  сутки. Продолжительность стационарного лечения пациентов в среднем составила  $14 \pm 2$  суток. Оценка функции почки через 6 месяцев после операции свидетельствовала о незначительном снижении фильтрационной функции резецированной почки и незначительном замедлении экскреторной ее функции у большинства пациентов (72%). Положительный микрохирургический край не был обнаружен ни у одного пациента.

**Выводы:** Лапароскопическая резекция почки является эффективным малотравматичным оперативным вмешательством, которое успешно может быть использовано для лечения пациентов с опухолями почек небольшого размера.

---

Достоинствами данной методики является меньший объем кровопотери, более сжатые сроки дренирования раны и пребывания пациента в стационаре. в то же самое время открытая резекция почки отличается адекватным радикализмом, более коротким периодом ишемии и как следствие — лучшей функцией почки в послеоперационном периоде. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования, которые позволят определить четкие маркеры выбора оптимальной методики резекции почки.

## Локализации метастатических опухолей при прогрессировании рака почки I стадии

М. В. Пучинская<sup>1</sup>, И. Л. Масанский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»;

<sup>2</sup> УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер», Минск, Республика Беларусь

В настоящее время рак почки (РП) является одним из распространенных злокачественных новообразований во всем мире. Несмотря на возможность радикального хирургического лечения заболевания, выявленного в I стадии, у ряда пациентов со временем отмечается прогрессирование заболевания, в том числе, через длительные промежутки времени после первоначального лечения. Возможность развития рецидивов или метастазов РП диктует необходимость тщательного динамического наблюдения за пациентами и целенаправленного поиска метастатического поражения наиболее частых локализаций даже у пациентов с начальной стадией заболевания.

Цель работы: оценить локализацию метастазов РП у пациентов с I стадией заболевания по данным Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы. Нами были ретроспективно проанализированы данные амбулаторных карт и выписок из историй болезни пациентов МГКОД с РП I стадии, у которых в 2008—2012 годах было отмечено прогрессирование заболевания. Статистическая обработка полученных данных была выполнена в программе Statistica 6.0 (StatSoft.Inc) с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. Прогрессирование РП I стадии в указанный период времени наступило у 78 пациентов. У большинства из них отмечалось развитие отдаленных метастазов. Локальный рецидив был отмечен лишь у 9 (11,54%) пациентов, в 1 (1,28%) случае также рост первичной опухоли. Наиболее часто выявлялось метастатическое поражение легких (39 случаев, 50%), у 22 (28,21%) пациентов метастазы поражали различные кости. Метастазы в печень и различные группы лимфатических узлов выявлены в 11 (14,11%) случаях. Локализация вторичных опухолей в головном мозгу отмечалась у 6 (7,69%) пациентов. Поражение надпочечника отмечено в 8 (10,26%) случаях, второй почки — в 4 (5,13%). в единичных (по 1,28%) случаях отмечались и редкие локализации метастазов, в частности мягкие ткани паравертебральной области с проращением L1, мягкие ткани головы, передней брюшной стенки, полость носа, яичники, мягкие ткани бедренной области и щитовидная железа (в последнем случае метастаз РП диагностирован лишь при гистологическом исследовании органа, удаленного по поводу многоузлового



зоба). У 22 (28,21%) пациентов отмечались синхронные метастазы в различных органах, в 21 (26,92%) случае — несколько (до 4) волн метастазирования.

Выводы. Наиболее частой локализацией (выявлена в половине случаев) отдаленных метастазов РП I стадии, как и при других стадиях данной опухоли, были легкие. В то же время более, чем у четверти пациентов отмечалось поражение нескольких органов, также в четверти случаев наблюдалось прогрессирование заболевания на фоне проводимой терапии, что значительно ухудшало прогноз. Приведенные данные показывают, что даже в случае радикального лечения РП на ранней стадии необходимо динамическое наблюдение за пациентом с целью максимально раннего выявления у него возможного прогрессирования опухоли.

## Некоторые особенности распространенных первичных злокачественных опухолей надпочечников

М.В. Пучинская<sup>1</sup>, И.Л. Масанский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»;

<sup>2</sup> УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер», Минск

Первичные злокачественные опухоли надпочечников (ПЗОН) являются достаточно редкой патологией, однако в связи с длительным бессимптомным течением и биологической агрессивностью часто выявляются в поздних стадиях, что резко ограничивает возможности их специального лечения.

Цель работы: проанализировать частоту выявления распространенных ПЗОН, а также локализацию метастазов этих новообразований по данным Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материал и методы. По результатам автоматизированного поиска в базе данных пациентов МГКОД были получены сведения о 84 пациентах с ПЗОН, поставленных на учет в диспансере в 2001–2011 годах. 47 из них наблюдались в диспансере, в том числе, у 21 (44,68%) заболевание было выявлено в IV стадии. Мы более подробно проанализировали данные выписок из историй болезни этих пациентов. Статистическая обработка выполнена в программе Statistica 6.0 (StatSoft.Inc) с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. Среди пациентов с IV стадией ПЗОН было 13 (61,9%) мужчин и 8 (38,1%) женщин (отношение 1,625:1). Медиана возраста пациентов на момент выявления заболевания составила 63 года (от 42 до 87 лет). У 13 (61,9%) из них был выявлен адренокортикальные злокачественные новообразования, у 4 (19,05%) — злокачественная феохромоцитома, в 4 (19,05%) случаях диагноз был установлен при инструментальном исследовании и не верифицировался морфологически. В 13 (61,9%) случаях первичная опухоль локализовалась в правом надпочечнике, в 6 (28,57%) — в левом, в 2 (9,52%) случаях в изученных нами документах отсутствовали сведения о стороне поражения.

Наиболее часто наблюдались метастазы ПЗОН в печень (n=9, 19,15% от всех пациентов и 42,86% пациентов с распространенными опухолями) и легкие (n=8, 17,02% и 38,10%, соответственно). Относительно часто отмечалось также метастатическое поражение забрюшинных лимфоузлов, лимфоузлов других групп и костей (по 5 случаев, 10,64% и 23,81%). У 2 пациентов (4,26% и 9,52%) выявлено прорас-

тание опухоли в ипсилатеральную почку. Метастазы или прорастание первичной опухоли в другие органы (поджелудочную железу, желудок, селезенку, нижнюю полую вену, головной мозг, яичник, метастазы по брюшине с развитием асцита) отмечены в единичных случаях (2,13% от всех пациентов и 4,76% распространенных опухолей). У большинства пациентов отмечалось поражение сразу нескольких органов.

С учетом значительной распространенности опухолевого процесса и отсутствия эффективных методов лечения распространенных ПЗОН выживаемость пациентов с IV стадией заболевания была низкой. На момент проведения исследования 20 пациентов умерли в сроки от менее 1 до 39 (медиана 5) месяцев с момента установления диагноза. 1 пациентка с метастазами опухоли в легкие была жива и наблюдалась в течение 7 месяцев. Отметим, что у 2 пациентов отмечалось дальнейшее прогрессирование процесса после установления первичного диагноза.

Выводы. При распространенных ПЗОН наиболее часто поражаются печень и легкие, однако вовлекаться в опухолевый процесс могут практически все органы и ткани. В связи с большой распространенностью процесса возможности лечения этой категории пациентов крайне ограничены.

## Прогрессирование первичных злокачественных опухолей надпочечников: частота, локализация, возможности лечения

М. В. Пучинская<sup>1</sup>, И. Л. Масанский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»;

<sup>2</sup> УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер», Минск

Первичные (неметастатические) злокачественные опухоли надпочечников (ПЗОН) являются весьма редкой патологией. Основные их виды — адренокортикальный рак (АКР) и злокачественная феохромоцитома (ЗФХЦ). ПЗОН, по данным литературы, имеют плохой прогноз в связи, с одной стороны, с их частым бессимптомным течением и выявлением на поздних стадиях, а с другой, с их частым рецидивированием и/или метастазированием после первоначального лечения. В связи с редкостью патологии оптимальные схемы лечения ПЗОН не разработаны, что часто приводит к невозможности эффективного лечения, прогресса заболевания и быстрой смерти пациентов.

Цель работы: проанализировать данные о прогрессировании ПЗОН по данным Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы. Нами были ретроспективно проанализированы данные о 53 пациентах МГКОД с ПЗОН (с АКР — 15 пациентов, ЗФХЦ — 12, другими гистологическими типами — 10; у остальных пациентов диагноз установлен посредством других методов исследования, кроме гистологического). Учитывались сведения о наличии у пациентов прогрессирования заболевания после его лечения, а также возможностях лечения заболевания после прогрессирования.

Результаты исследования. Прогрессирование заболевания было выявлено у 11 (23,4%) пациентов. Локорегионарный рецидив заболевания диагностирован у 4 (36,36%) пациентов, отдаленные метастазы (МТС) — у 10 (90,9%, в том числе, у 3 пациентов было сочетание рецидива и МТС). Наиболее часто они поражали печень



( $n=5$ , 45,45% от числа всех прогрессирований), легкие ( $n=3$ , 27,27%), почки, забрюшинные лимфоузлы (ЛУ) и ЛУ других групп, кости (по 2 случая, 18,18%), в единичных случаях (по  $n=1$ , 9,09%) отмечены метастазы в контралатеральный надпочечник, диафрагму и паранефральную клетчатку, яичник и МТС по брюшине. У 3 (6,38%) пациентов поражен 1 орган, у 5 (10,64%) — два, у остальных поражения были множественными. Следует отметить, что у 9 (81,82%) пациентов наблюдалось однократное прогрессирование заболевания, у 1 (9,09%) — 3 волны прогрессирования и у 1 (9,09%) — 4. Частота прогрессирований у пациентов с АКР и ЗФХЦ достоверно не различалась (тест Манна-Уитни,  $p>0,05$ ).

В качестве лечебных опций при прогрессировании заболевания обычно применялись полихимиотерапия ( $n=6$ , 12,77% от всех пациентов и 54,55% прогрессирований), дистанционная лучевая терапия ( $n=2$ , 4,26% и 18,18% соответственно) или их сочетание ( $n=1$ , 2,13% и 9,09%).

Медиана времени до прогрессирования у пациентов с ПЗОН составила 7 (от 1 до 42) месяцев, времени от прогрессирования до смерти — 5,5 месяцев (от менее 1 до 40 месяцев), то есть, в целом, заболевание протекало достаточно быстро, приводя к смерти пациента в течении 1–2 лет.

Выводы. При ПЗОН отмечается частое прогрессирование заболевания после его радикального лечения. Наиболее часто при этом отмечается МТС поражение печени, ЛУ различных групп и регионарные рецидивы. Основным методом лечения прогрессирующих ПЗОН была полихимиотерапия. Однако, несмотря на проводимое лечение, время жизни пациентов после прогрессирования заболевания было невелико (медиана 5,5 месяцев).

## Частота и сроки прогрессирования рака почки I стадии

М.В. Пучинская

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск*

Рак почки (РП) относится к числу наиболее частых онкоурологических заболеваний. в настоящее время благодаря широкому использованию ультразвукового исследования (УЗИ) в практическом здравоохранении у многих пациентов РП диагностируется случайно на начальных стадиях развития и может быть радикально пролечен. Основным методом лечения РП на сегодняшний день является хирургический, с выполнением при наличии возможности органосохраняющих вмешательств. в то же время у ряда пациентов даже после радикального лечения развивается прогрессирование заболевания с развитием локорегионарного рецидива или отдаленных метастазов. Следует отметить, что до настоящего времени отсутствуют какие-либо достоверные прогностические критерии, позволяющие предсказать прогрессирование раннего РП у радикально пролеченных пациентов.

Цель работы: проанализировать данные о частоте прогрессирования раннего РП по данным Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы исследования. В базе данных пациентов МГКОД был проведен автоматизированный поиск пациентов с РП I стадии, у которых в 2008—2012 годах наступило прогрессирование заболевания. Впоследствии проанализированы данные амбулаторных карт и выписок из историй болезни этих пациентов. Статисти-

---

ческая обработка полученных данных выполнена в программе Statistica 6.0 (StatSoft. Inc) с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. За указанный период прогрессирование РП было выявлено у 78 пациентов, что составило 12,75% всех прогрессирующих РП, зарегистрированных за это время. Среди пациентов было 54 (69,23%) мужчины и 24 (30,77%) женщины (отношение 2,25:1). Медиана возраста пациентов на момент выявления первичной опухоли составила 60 (от 42 до 95) лет. Время до прогрессирования варьировало в широких пределах (от менее 1 до 152 месяцев, медиана 37 месяцев). Следует отметить, что у 20 (25,64%) пациентов отмечено прогрессирование в сроки более 5 лет после лечения, что свидетельствует о рациональности пожизненного наблюдения пациентов с РП I стадии. В то же время в 15 (19,23%) случаев с момента лечения до прогрессирования процесса проходило менее 1 года (в том числе у 8 (10,26%) пациентов менее 6 месяцев), что, вероятно, объясняется наличием недиагностированных субклинических метастазов уже на момент операции и последующим быстрым их ростом после удаления первичной опухоли.

Выводы. РП I стадии прогрессировал относительно редко, причем, более, чем в 2 раза чаще у мужчин. У четверти пациентов отмечено прогрессирование заболевания более чем через 5 лет после лечения. в то же время прогрессирование часто приводило к быстрой смерти пациента даже при проведении адекватной терапии. Это свидетельствует об актуальности поиска критериев, позволяющих прогнозировать прогрессирование раннего РП у пациентов для выработки оптимальной тактики их динамического наблюдения и, возможно, профилактического лечения.

## Возможности лечения прогрессирующих рака почки I стадии

М.В. Пучинская

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Рак почки занимает второе место в структуре онкоурологических заболеваний, уступая по частоте лишь раку предстательной железы. Выявление и лечение данной патологии на ранних стадиях позволяет излечить пациента. Однако, в ряде случаев заболевание прогрессирует даже после его лечения на I стадии, в том числе, через длительное время после лечения. При этом обычно отмечается появление множественных очагов опухоли, что существенно затрудняет лечение пациента и резко сокращает продолжительность его жизни после прогрессирования заболевания.

Цель работы: проанализировать подходы к лечению прогрессирующих РП I стадии по данным Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы. В базе данных пациентов МГКОД был проведен поиск пациентов с РП I стадии, у которых в 2008–2012 годах наступило прогрессирование заболевания. Ретроспективно были проанализированы данные амбулаторных карт и выписка из историй болезни этих пациентов, особое внимание уделялось лечению пациентов после выявления прогрессирования. Статистическая обработка данных выполнялась в программе Statistica 6.0 (StatSoft.Inc) с использованием методов описательной статистики.



Результаты исследования. За указанный период прогрессирование РП I стадии было выявлено у 78 пациентов. Поскольку в большинстве случаев у пациентов появлялись множественные отдаленные метастазы, то в лечении их преимущественно использовались методы системной терапии. Основным из них была иммунотерапия (применялась у 30 (38,46%) пациентов), в абсолютном большинстве случаев с использованием ронколейкина. Химиотерапевтические препараты (наиболее часто доксорубин в монорежиме) применялись в 8 (10,26%) случаях. Гормонотерапия тамоксифеном или прогестероном использовалась у 2 (2,56%) пациентов, а также у 13 (16,67%) пациентов после иммунотерапии. Золедроновая кислота применялась у 7 (8,97%) пациентов с костными метастазами опухоли. Общая гипертермия проводилась также 7 (8,97%) пациентам. У 15 (19,23%) пациентов с единичными метастазами или регионарным рецидивом возможно было проведение различных видов хирургического лечения. Еще в 7 (8,97%) случаях хирургические вмешательства были частью комплексного лечения наряду с иммуно- или химиотерапией, у 1 (1,28%) пациента оно применялось наряду и облучением. 10 (12,82%) пациентам проводилась дистанционная лучевая терапия, в том числе, с анальгезирующей целью. Отметим, что у многих пациентов в связи с дальнейшим прогрессированием процесса на фоне проводимого лечения схема терапии изменялась. 20 (25,64%) пациентам специальное лечение по поводу прогрессирования не проводилось и применялась лишь симптоматическая терапия.

Выводы. При прогрессировании РП наиболее распространенным методом лечения была иммунотерапия. в то же время четверти пациентов с распространенным заболеванием специальное лечение не было показано. Следует также отметить, что, несмотря на применение адекватных схем лечения, продолжительность жизни пациентов после прогрессирования заболевания была невысокой.

## Частота встречаемости и выживаемость пациентов с первичными злокачественными опухолями надпочечников

М.В. Пучинская

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск*

Первичные (неметастатические) злокачественные опухоли надпочечников (ПЗОН) встречаются редко, в отличие от доброкачественных поражений надпочечников. Это является одной из причин трудности определения оптимальной тактики их лечения, в особенности на поздних стадиях. В то же время позднее выявление ПЗОН встречается у многих пациентов, что обуславливает их низкую выживаемость. В связи с этим нам кажется интересным представить наш опыт лечения ПЗОН.

Цель работы: оценить частоту ПЗОН, их структуру, а также выживаемость пациентов с данными новообразованиями.

Материалы и методы. В базе данных пациентов Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД) был проведен автоматизированный поиск пациентов с ПЗОН (критерий поиска—код диагноза С74), наблюдавшихся в диспансере в 2001—2011 годах. Ретроспективно были проанализированы дан-

ные выписок из историй болезни пациентов. Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 6.0 (StatSoft.Inc). Анализ выживаемости пациентов проводился методом Каплана-Майера с оценкой достоверности различий между группами лог-ранговым методом.

Результаты исследования. За указанный период в МГКОД были взяты на учет 84 пациента с ПЗОН. Наблюдались и проходили лечение в диспансере 47 (55,95%) из них. Отметим, что у 12 (14,29%) пациентов ПЗОН были диагностированы посмертно.

Медиана возраста наблюдавшихся в МГКОД пациентов на момент выявления заболевания составила 56 (от 17 до 87) лет (интерквартильный размах 48—64 года), среди них было 25 (53,19%) мужчин и 22 (46,81%) женщины. АКР был диагностирован у 15 (31,91%) пациентов, ЗФХЦ—у 12 (25,53%), в 9 (19,15%) случаях выявлены другие гистологические варианты кортикальных опухолей, у 7 (14,89%) пациентов диагноз верифицирован лишь цитологически, у 4 (8,51%)—при инструментальных исследованиях. Возраст пациентов с АКР и ЗФХЦ достоверно не различался (тест Манна-Уитни,  $p>0,05$ ). Среди пациентов с АКР было больше мужчин (отношение мужчин и женщин 1,5:1), в то время как ЗФХЦ чаще наблюдалась у женщин (1:2,25), однако различия были также недостоверны ( $\chi^2$ ,  $p>0,05$ ). Радикальное хирургическое лечение было возможно лишь при выявлении опухоли в I—II стадии, у пациентов с IV стадией ПЗОН, как правило, проводилось лишь паллиативное лечение.

Медиана общей выживаемости пациентов с ПЗОН составила 16 месяцев. Она достоверно не различалась у пациентов с АКР и ЗФХЦ, а также у пациентов разного пола ( $p>0,05$ ). Общая 1-летняя выживаемость составила 57,45%, 3-летняя—29,79%, 5-летняя—23,40%. Большинство пациентов умирали в первый год после установления диагноза, что связано с частым выявлением заболевания в IV стадии.

Выводы. ПЗОН по данным МГКОД встречались очень редко—за 10 лет зарегистрировано 84 случая. в то же время у многих пациентов они были диагностированы в IV стадии или посмертно, что делает актуальной проблему поиска методов ранней диагностики данной патологии, а также определение контингентов, у которых наиболее вероятно выявление ПЗОН. Это позволит также повысить выживаемость пациентов с ПЗОН, медиана которой в настоящее время составляет лишь 16 месяцев.

## Лечение больных немышечноинвазивным раком мочевого пузыря с низким риском рецидива

К.Н. Сафиуллин, О.Б. Карякин  
ФГБУ МРНЦ Минздрава России, Обнинск

Введение. Наиболее распространенным методом лечения больных в стадии Ta-T1 является трансуретральная резекция (ТУР) опухоли мочевого пузыря. Однако в течение первого года наблюдения только после ТУР опухоли, по данным различных авторов, у 30–70% больных развивается рецидив заболевания.

В настоящее время, по рекомендации ЕАУ, все пациенты делятся на группы риска рецидива и прогрессирования заболевания по бальной системе. В группе низкого риска (0 баллов) однократное непосредственное послеоперационное внутривезикулярное



введение химиопрепарата считается достаточным. Причем, время введения является значимым. По данным литературы, однократная химиотерапия снижает количество пациентов с рецидивами на 12% (с 48,4 до 36,7%) и шансы развития рецидива до 39%. Другие исследователи считают, что вероятность развития рецидива и прогрессирования остается существенной, и для остальных больных данный объем лечения является недостаточным.

В урологическом отделении ФГБУ МРНЦ проведен анализ результатов лечения пациентов с низким риском развития рецидива заболевания.

Цель исследования — оценить результаты лечения больных немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (НМИРМП) с низким риском рецидива заболевания.

Материал и методы. В ретроспективное и проспективное исследование включены 47 пациентов с первичным НМИРМП стадии T<sub>a</sub>, в возрасте от 24 до 73 лет. Средний возраст — 52,3 года. Средний срок наблюдения составил 74,2 мес. В исследуемой группе мужчин — 30 (63,8%) и женщин — 17 (36,2%). У всех пациентов — одиночная опухоль с наибольшим размером менее 3 см и градация опухоли — low grade без сопутствующего рака *in situ*. Под спинальной анестезией всем пациентам выполнена операция — ТУР опухоли мочевого пузыря, в последующем также производилась ТУР-биопсия основания с мышечной стенкой. Через 2 часа после операции в мочевой пузырь вводился Митомицин С, в дозе 40 мг, разведенной на 50 мл физиологического раствора. Время фиксации препарата, в среднем, составляло 1 час. Осложнений от ранней внутривезикулярной химиотерапии не наблюдали.

Результаты лечения и обсуждение. Основным объективным методом оценки результатов лечения являлась цистоскопия. Первая цистоскопия выполнялась через 3 месяца, в последующем каждые 3 месяца в течение 2-х лет. На 3 год наблюдения исследование проводили 2 раза, с четвертого года — 1 раз в год. За период 60 месяцев наблюдения 42 (89,4%) больных живы без прогрессирования, 2 (4,2%) умерли от других заболеваний и 3 (6,4%) в различные сроки выбыли из наблюдения. Без рецидива заболевания наблюдаются 33 (70,2%) больных. В процессе наблюдения у 6 (12,8%) больных выявлен неинвазивный рецидив заболевания. Основное количество рецидивов наступило в первом году наблюдения: через 3 месяца у 3 (6,4%), на 6 месяцев у 2 (4,2%) и через 9 месяцев наблюдения у 1 (2,1%) пациента.

Таким образом, однократное, непосредственное, послеоперационное внутривезикулярное введение Митомицина С в дозе 40 мг позволяет 70,2% больным низким риском оставаться без рецидива заболевания в течение пяти лет наблюдения.

## Роль паллиативной эмболизации в лечении больных неоперабельным почечно-клеточным раком

Ю.В. Суворова, П.Г. Таразов, М.И. Школьник, И.А. Шумский  
ФГБУ РНЦРХТ, Санкт-Петербург

Цель. Оценить роль эмболизации почечной артерии в лечении больных неоперабельным почечно-клеточным раком.

Материалы и методы. В исследование включены 250 больных, находившихся на лечении в период с 1991 по 2000 г. Основную группу составили 152 пациента в возрасте от 30 до 80 лет (в среднем 61 год), которым выполняли масляную химиоэмболизацию почечной артерии с использованием эмульсии химиопрепарата

(доксорубин, винбластин, диоксидет) в липидоле, поливинилалкоголя, гемостатической губки, металлических спиралей. Показанием для выполнения вмешательства служила гематурия на момент процедуры у 19 (12%) и в анамнезе у 54 (35%), наличие болей у 20 больных (13%). в остальных 59 наблюдениях (39%) пациентов беспокоили слабость, потеря массы тела, подъемы температуры тела до 38,0С. Контрольную группу составили 80 пациентов с неоперабельным раком почки, сопоставимых по возрасту и стадии опухолевого процесса (табл. 1). Консервативная терапия в обеих группах включала в себя системную химио-, иммуно- и гормонотерапию.

Таблица 1. Распределение неоперабельных больных раком почек в основной и контрольной группах с учетом категории «М»

| Группа      | Стадия TNM                                     |      |  |      |  |    | Всего |     |
|-------------|--|------|--|------|--|----|-------|-----|
|             | T <sub>3-4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> |      | T <sub>3-4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>x</sub> |      | T <sub>3-4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>1</sub> |    |       |     |
|             | абс  | %    | абс  | %    | абс  | %  | абс   | %   |
| Основная    | 48   | 31,6 | 25   | 16,4 | 79   | 52 | 152   | 100 |
| Контрольная | 29   | 36,2 | 11   | 13,8 | 40   | 50 | 80    | 100 |

Результаты. Кровотечение было успешно остановлено в сроки от 3 до 16 дней (в среднем 7±4 сут) после артериальной окклюзии у 16 из 19 больных (84%); в оставшихся трех случаях (16%) интенсивность гематурии значительно снизилась. Болевой синдром был купирован в сроки от 5 до 20 дней (в среднем 10±5 сут) у 14 из 20 больных (70%); у остальных 6 пациентов (30%) жалобы остались без динамики. в основной группе отмечено статистически достоверное увеличение средней продолжительности жизни больных в стадии T<sub>3-4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> (29±17 против 22±10; P<0,05). При этом в целом средняя продолжительность жизни больных в основной группе составила 20±21 мес, а в контрольной — 21±27 (P>0,5). Показатели годовой выживаемости больных основной и контрольной групп не различались между собой (P>0,5) (табл. 2).

Таблица 2. Распределение годовой выживаемости больных неоперабельным раком почек в основной и контрольной группах

| Группа   | Выживаемость, лет |      |     |      |     |      |     |      |     |      | Всего |     |
|----------|-------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|-----|
|          | 1                 |      | 2   |      | 3   |      | 4   |      | 5   |      |       |     |
|          | абс               | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс   | %   |
| Основная | 82                | 53,9 | 47  | 30,9 | 30  | 19,7 | 23  | 15,1 | 17  | 11,2 | 152   | 100 |
| Контроль | 41                | 51,3 | 24  | 30,0 | 15  | 18,7 | 10  | 12,5 | 9   | 11,2 | 80    | 100 |

Закключение. Артериальная эмболизация способствует эффективной остановке кровотечения и купирует болевой синдром у большинства больных неоперабельным раком почки. Эндovasкулярное вмешательство увеличивает среднюю продолжительность жизни больных с T<sub>3-4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> стадией, при этом не влияя на общую выживаемость пациентов с метастатическим раком почки.



**Значение предоперационной эмболизации в лечении рака почек**

ОНКОУРОЛОГИЯ

Ю.В. Суворова, П.Г. Таразов, М.И. Школьник, Д.Г. Прохоров  
ФГБУ РНЦРХТ Санкт-Петербург

Цель. Оценить роль эмболизации почечной артерии в лечении больных операбельным почечно-клеточным раком.

Материалы и методы. В исследование включены 228 больных, находившихся на лечении в период с 1991 по 2000 г. Основную группу составили 149 пациентов, у которых выполняли предоперационную эмболизацию почечной артерии. Из них у 54 больных диагностирована выраженная сопутствующая сердечно-сосудистая и/или дыхательная патология, препятствующая проведению радикальной нефрэктомии. Через 0,5-6 (в среднем 2,0±1,9) мес осуществляли нефрэктомию. в контрольную группу вошли 79 пациентов с опухолью почки, у которых оперативное вмешательство выполняли без предварительной окклюзии почечной артерии. Группы были стратифицированы по полу, возрасту и стадии опухолевого процесса (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных операбельным раком почек в основной и контрольной группах с учетом стадии (TNM)

| Группа   | Стадия                                       |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |     | Всего |     |
|----------|--|------|--|------|--|------|--|-----|--|------|--|-----|-------|-----|
|          | T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> |      | T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> |      | T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> |      | T <sub>2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> |     | T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> |      | T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> |     |       |     |
|          | абс  | %    | абс  | %    | абс  | %    | абс  | %   | абс  | %    | абс  | %   | абс   | %   |
| Основная | 13   | 8,7  | 42   | 28,2 | 53   | 35,6 | 15   | 10  | 21   | 14,1 | 5  | 3,4 | 149   | 100 |
| Контроль | 17   | 21,5 | 22   | 27,8 | 19   | 24   | 7  | 8,9 | 11   | 14   | 3  | 3,8 | 79    | 100 |

Результаты. Продолжительность операции нефрэктомии в основной группе составила 137±52 мин, а в контрольной 133±45 мин (P>0,5). В основной группе достоверно чаще требовалось переливание крови (39% против 25%; P<0,05). Выявленная разница была за счет больных T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> стадией рака почки (32% против 13%; P<0,05). При этом объем гемотрансфузии в основной и контрольной группах был примерно одинаков (487±222 мл против 447±237 мл; P>0,2), независимо от стадии опухолевого процесса. Частота рецидивов в основной группе составила 12%, а в контрольной 19% (P>0,15). Различия в длительности безрецидивного периода были также статистически недостоверны (31±20 мес против 22±18 мес; P>0,15).

Показатели выживаемости больных основной и контрольной групп не различались между собой (P>0,5) (табл. 2).

Таблица 2. Распределение годовой выживаемости больных операбельным раком почек в основной и контрольной группах

| Группа   | Выживаемость, лет |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      | Всего |     |
|----------|-------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|-----|
|          | 1                 |      | 2   |      | 3   |      | 4   |      | 5   |      | 6   |      | 7   |      | 8   |      |       |     |
|          | абс               | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс   | %   |
| Основная | 143               | 95,9 | 136 | 91,3 | 123 | 82,6 | 115 | 77,2 | 111 | 74,5 | 106 | 71,1 | 104 | 69,8 | 97  | 65,1 | 149   | 100 |
| Контроль | 76                | 96,2 | 69  | 88,6 | 68  | 86,1 | 66  | 83,5 | 61  | 77,2 | 59  | 74,2 | 56  | 70,9 | 54  | 68,4 | 79    | 100 |

**Заключение.** Предоперационная эмболизация почечной артерии не влияет на продолжительность оперативного вмешательства, не способствует уменьшению частоты рецидивов и увеличению длительности безрецидивного периода, а также не улучшает показатели выживаемости больных. Выполнение предоперационной эмболизации почки позволяет отодвинуть сроки радикальной нефрэктомии у пациентов с выраженной сопутствующей патологией не ухудшая результаты лечения. При этом у больных со стадией рака почки T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, у которых применялась эмболизация, чаще требуется переливание крови во время нефрэктомии.

## Рентгеноэндоваскулярный гемостаз в онкоурологии

Ю.В. Суворова, П.Г. Таразов, М.И. Школьник, И.Ю. Лисицин, С.А. Сидорова  
ФГБУ РНЦРХТ, Санкт-Петербург

**Цель.** Оценить роль рентгеноэндоваскулярных вмешательств у больных с неоперабельными опухолями почек и мочевого пузыря, осложненными кровотечением.

**Материалы и методы.** Ангиография и артериальная эмболизация выполнена у 19 больных почечно-клеточным раком (ПКР) T3-4N1Mx-1 стадий в возрасте 50-80 (в среднем 61) лет и у 60 пациентов с инвазивным раком мочевого пузыря (РМП) T2-3N1M0 стадий в возрасте 44-86 (в среднем 65) лет. Во всех случаях основное заболевание осложнялось кровотечением, резистентным к консервативной терапии. У больных с ПКР выполняли эмболизацию почечной артерии с использованием частиц поливинилалкоголя, гемостатической губки и металлических спиралей. При РМП эмболизацию ветвей внутренних подвздошных артерий (ВПА) осуществляли гемостатической губкой и спиральями.

**Результаты:** в результате эмболизации кровотечение было остановлено в течение первых суток у 16 из 19 (84%) больных ПКР и у 41 из 60 (68%) больных РМП. В оставшихся трех случаях ПКР интенсивность кровопотери значительно снизилась и окончательный гемостаз был достигнут в течение последующих 3-16 дней с помощью дополнительной консервативной гемостатической терапии. У 8 из 21 (38%) пациента с РМП для окончательного гемостаза потребовалась открытая электрокоагуляция кровоточащих сосудов, у 2 (10%) — выполнение трансуретральной резекции, а в оставшихся 11 наблюдениях (52%) была успешна консервативная гемостатическая терапия.

В постэмболизационном периоде 14 из 19 больных (74%) ПКР и 43 из 60 больных (72%) РМП беспокоили боли в области эмболизации и подъем температуры тела до 38,0С. Осложнения в виде подъема артериального давления до 230/110 после окклюзии почечной артерии наблюдали у двух пациентов (10,5%). После проведения гипотензивной терапии показатели артериального давления вернулись к исходным в течение 2 и 7 дней. Осложнения после эмболизации ВПА отмечены у 6 больных (10%). Из них у одного пациента отмечена миграция спирали из ствола правой внутренней подвздошной артерии в правую наружную подвздошную артерию, которая была успешно удалена с помощью сосудистого ретривера. У второго пациента с выраженным атеросклерозом при проведении катетера возникла окклюзия правой наружной подвздошной артерии. После удаления инструмента и проведения спазмолитической терапии на контрольных ангиограммах отмечено восстановление кровотока по бедренной артерии за счет коллатералей. Через 14 дней после проце-



дуры признаки ишемии конечности исчезли. Еще в четырех случаях в течение 15-23 дней после эмболизации передней порции внутренней подвздошной артерии с помощью мелко нарезанной гемостатической губки пациенты отмечали боль по внутренней поверхности бедер, усиливающуюся при ходьбе, что объясняется частичной ишемией бедренного нерва.

**Заключение.** Артериальная эмболизация является эффективным и безопасным способом гемостаза у большинства пациентов с неоперабельным ПКР и РМП.

### **Значение рентгеноэндоваскулярных вмешательств в комбинированном лечении больных инвазивным раком мочевого пузыря**

Ю.В. Суворова, П.Г. Таразов, М.И. Школьник, Д.А.Тимофеев  
ФГБУ РНЦРХТ, Санкт-Петербург

**Цель.** Оценить роль рентгеноэндоваскулярных вмешательств в лечении больных инвазивным раком мочевого пузыря.

**Материалы и методы.** В исследование включены 193 больных в возрасте от 31 до 92 лет, находившихся на лечении в период с 1991 по 2003 г. Основную группу составили 138 пациентов. Базовой терапией являлись трансуретральная резекция и/или лучевая терапия. В дополнение к этому пациенты основной группы (n=138) получали системно-регионарную химиотерапию и/или химиоэмболизацию ветвей внутренних подвздошных артерий. Контрольную группу составили 55 пациентов, получавших лечение без внутрисосудистого вмешательства. Групп были сопоставимы по возрасту больных и стадиям опухолевого процесса (табл. 1).

*Таблица 1. Распределение больных раком мочевого пузыря в основной и контрольной группах по стадиям TNM*

| Группа   | Стадия                                       |      |  |      |  |     |  |      |         |      | Всего |     |
|----------|--|------|--|------|--|-----|--|------|---------|------|-------|-----|
|          | T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> |      | T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> |      | T <sub>2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> |     | T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> |      | рецидив |      |       |     |
|          | абс  | %    | абс  | %    | абс  | %   | абс  | %    | абс     | %    | абс   | %   |
| Основная | 55   | 39,9 | 30   | 21,7 | 5  | 3,6 | 19   | 13,8 | 29      | 21,0 | 138   | 100 |
| Контроль | 19   | 34,5 | 12   | 21,8 | 6  | 11  | 8  | 14,5 | 10      | 18,2 | 55    | 100 |

**Результаты.** После эмболизации кровотечение остановилось у 27 из 35 больных (77%). Осложнения эндоваскулярных вмешательств возникли у 11 (8%), из них у 7 (5%) они были связаны с самой процедурой, а у 4 (3%) смерть в ближайший послеоперационный период была связана с осложнениями химиотерапии. В контрольной группе два больных (3%) также умерли от осложнениями химиотерапии (P>0,5). Разницы в выживаемости больных основной и контрольной групп выявлено не было (P>0,3) (табл.2).

**Заключение.** Окклюзирование ветвей внутренних подвздошных артерий является эффективным методом остановки кровотечения из опухоли мочевого пузыря. Системно-регионарная химиоинфузия, химиоэмболизация и механическая эмболизация внутренних подвздошных артерий при инвазивном раке мочевого пузыря не влияют на показатели выживаемости больных.

Таблица 2. Общая годовая выживаемость больных основной и контрольной групп

| Группа   | Выживаемость, лет |      |     |      |     |      |     |      |     |      | Всего |     |
|----------|-------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|-----|
|          | 1                 |      | 2   |      | 3   |      | 4   |      | 5   |      |       |     |
|          | абс               | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс | %    | абс   | %   |
| Основная | 92                | 66,7 | 74  | 53,6 | 62  | 44,9 | 53  | 38,4 | 49  | 35,5 | 138   | 100 |
| Контроль | 34                | 61,8 | 31  | 56,4 | 23  | 41,8 | 19  | 34,5 | 16  | 29,1 | 55    | 100 |

## Оперативные вмешательства у пациентов с метастатическим поражением костей злокачественными новообразованиями мочеполовой системы

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

Цель: продемонстрировать возможности адекватного хирургического лечения пациентов с метастатическим поражением костей при опухолях мочеполовой системы.

Материалы и методы. Онкоортопедическое пособие по поводу метастатического поражения костей злокачественными новообразованиями мочеполовой системы проведено 101 больному.

Первую группу составили 49 пациентов (30 женщин, 19 мужчин), в возрасте от 34 до 67 лет, которым выполнены оперативные вмешательства. По морфологии первичной опухоли пациенты распределились: рак почки (36), мочевого пузыря (5), предстательной железы (8). У 15 пациентов метастазы локализовались в длинных костях, у 21 — в позвоночнике, у 4 — в костях таза и у 9 в области грудной стенки. Сегментарные резекции с эндопротезированием произведены 11 пациентам, погружной остеосинтез выполнен 4 пациентам. Резекции костей таза (4), грудной стенки (9), из них с реконструктивно-пластическим компонентом операции произведены у 5 больных. При поражении позвоночного столба (21) декомпрессивные операции (ДО) выполнены у 2, декомпрессивно-стабилизирующие (ДСО) — у 14, корпорэктомия с ЭП тел позвонков — у 5 пациентов.

Вторую группу больных составили 52 пациента, которым выполнено 57 малоинвазивных вмешательств (вертебро-, остеопластика, радиочастотная термоабляция (ВП, ОП, РЧТА)).

Результаты. Интраоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационные осложнения составили 6%. После операций все пациенты активизированы на 1-5 сутки, после малоинвазивных вмешательств через 2 часа. Отличные функциональные результаты после ЭП, ПО получены у 13 (90%), хорошие и удовлетворительные у 2 (10%) больных. Из пациентов после ДО и ДСО улучшение неврологического статуса было у 18 (85%). Регресс болевого синдрома и улучшение качества жизни в первой группе больных был у 46 (94%).

У 46 (88%) пациентов после малоинвазивных операций отмечено уменьшение степени болевого синдрома и улучшение качества жизни. Средний срок наблюдения составил 13 мес. (от 6 до 28 мес.).



Заключение: хирургические методы онкоортопедического пособия при мета-статическом поражении костей позволяют адекватно купировать болевой синдром, улучшить функциональный, неврологический статус и качество жизни больного.

## **Внутриклеточный протеолиз, как фактор прогноза течения и исхода заболевания у больных раком мочевого пузыря**

Е.А. Усынин, Л.В. Спирина, Е.Г. Григорьев, З.А. Юрмазов  
*ГУ НИИ Онкологии ТНЦ СО РАМН, Томск*

Рак мочевого пузыря является достаточно часто встречающейся опухолью. В России в 2007 г. было зарегистрировано 13022 новых случаев этой патологии. Несмотря на различные подходы в лечении уротелиальной карциномы, пятилетняя выживаемость при инвазивной форме опухоли колеблется в достаточно широких пределах и составляет, по данным разных авторов, от 25 до 80%. Альтернативой выполнению радикальной цистэктомии многие авторы склоняются к проведению органосохраняющего лечения. В ряде исследований показано, что трехкомпонентное органно-сохранное лечение (операция + химиолучевая терапия) по своей эффективности не только не уступает радикальной цистэктомии, но и имеет ряд преимуществ. В настоящее время большое внимание уделяется вопросам протеолитической регуляции экспрессии транскрипционных и ростовых факторов в онкогенезе, имеющих важное практическое значение. Внутриклеточная деградация белков внутри клетки является регуляторным этапом многих физиологических и патологических процессов. Роль внутриклеточных протеиназ, к числу которых относят протеасомную систему и кальпаины, в клетке разнообразна и многогранна. Исследование связи основных маркеров опухолевого роста с клиническим течением рака мочевого пузыря позволит выявить значимые параметры развития злокачественных опухолей этой локализации, а также обозначить предпосылки к развитию таргетной терапии.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении активности протеасом в опухолевой ткани и их взаимосвязь с результатами органосохранного лечения у больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря. В исследование были включены 54 пациента с морфологически верифицированным переходно-клеточным раком мочевого пузыря без признаков регионального и отдаленного метастазирования, с наличием мышечной инвазии (T2-3N0M0). В группе больных плохого прогноза (16 чел) основным компонентом противоопухолевого воздействия была цистэктомия с различными вариантами кишечной пластики. Большому количеству пациентов (38 чел) было проведено органно-сохранное лечение в объеме двух курсов неoadьювантной химиотерапии M-VAC, ТУР резекции с проведением двух курсов химиотерапии по схеме M-VAC в послеоперационном режиме. Для изучения связи активности протеасом, их пулов с прогнозом течения и исходом заболевания были выделены 3 группы больных. Первую группу составили пациенты с плохим прогнозом, которым выполнена радикальная цистэктомия. Во вторую группу вошли пациенты с неудачным органосохранным лечением, закончившимся выполнением цистэктомии. И в третью группу вошли пациенты, пролеченные по поводу рака мочевого пузыря без выполнения калечащих операций. При проведении ретроспективного анализа общей активности протеасом в зависимости от результатов противоопухолевого лечения выявлены следующие различия. Так у пациентов плохого

прогноза (цистэктомия выполнялась как основной метод лечения) этот показатель составил 79,4 (64,4–85,9) \*1000Ед/мг белка, у пациентов с неэффективным органосохранным лечением 65,0 (43,0–85,0) \*1000 Ед/мг белка, а в группе пациентов с сохраненным мочевым пузырем составил 52,6 (28,8–60,0) \*1000 Ед/мг белка. Таким образом, можно сделать вывод, что уровень общей протеасомной активности на этапе первичной диагностики опухолевого процесса целесообразно учитывать при планировании тактики лечения и прогнозирования исхода заболевания у больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря.

## Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей надпочечников

М.Л. Харитонов, И.Е. Бахлаев, С.О. Скляр, А.Н. Гордеев, Д.А. Захаров  
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»;  
ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер», Петрозаводск

**Введение.** Первичные опухоли надпочечников встречаются относительно редко. Чаще наблюдаются метастазы в надпочечники из опухолей других органов. В диагностике опухолей этой локализации преобладают лучевые методы: УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ, селективная ангиография, а также определение гормонов в сыворотке крови. Единственным радикальным методом лечения злокачественных опухолей надпочечников (ЗОН) является хирургический метод, реже используется химиолучевая терапия.

Цель работы — оценка диагностики и результатов хирургического лечения первичных злокачественных опухолей надпочечников.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 47 больных ЗОН, проходивших обследование, лечение и диспансерное наблюдение за период с 2001 по 2012 год. Мужчин было 25, женщин — 22, большинство обследованных (29) старше 50 лет. Поводом для обследования явились: боли в поясничной области — 36,1%, артериальная гипертензия — 34%, диспепсия — 27,8%, синдром Иценко-Кушинга (2,1%). Всем пациентам проводилось УЗИ и в 19 наблюдениях — КТ. У 17 пациентов с подозрением на злокачественные новообразования надпочечников выполнялась мультифокальная биопсия под контролем УЗИ.

С I стадией заболевания было 12 (25%) больных, со II — 7 (15%), с III — 10 (21%) и с IV стадией — 13 (28%) больных. в 5 (11%) наблюдениях стадия опухолевого процесса не установлена. Чаще опухоль локализовалась в правом надпочечнике — 33 (70,2%) случаев, реже в левом — 13 (27,7%) и в одном (2,1%) случае были поражены оба надпочечника. Основной морфологической структурой опухоли был кортико-медуллярный рак (38,3%), карцинома коры диагностирована в 25,5%, феохромоцитомы — в 21,3% и смешанные типы — в 14,9% наблюдений. Важно отметить, что у больных ЗОН опухолевая патология других локализаций выявлена у 10 (21%) больных, из них в 7 случаях это были опухоли эндокринных органов.

**Результаты и обсуждение.** Только хирургическое лечение проведено у 29 (61,7%) больных, химиотерапия — у 3 (6,4%) и комплексное лечение (операция + химиотерапия) — у двух (4,2%) больных. 13 пациентам (27,7%) с IV стадией заболевания проводилась симптоматическая терапия.



Все операции выполнялись чрезбрюшинным доступом. Изолированное удаление надпочечника произведено у 19 (63,3%) из 30 оперированных больных, удаление надпочечника + нефрэктомия—у 11 (36,7%). Послеоперационные осложнения наблюдали у 4 (13,3%) больных: кровотечение, лигатурный свищ, серома и поддиафрагмальный абсцесс. Умер один больной, послеоперационная летальность составила 3,3%. Отдаленные результаты лечения прослежены у 23 оперированных больных с I–III стадиями: 1 год прожили 91%, 3 года—74% больных. Медиана выживаемости у пациентов с IV стадией опухолевого процесса составила 53 дня.

Выводы. Злокачественные опухоли надпочечников в Карелии встречаются редко—4 случая в год и чаще диагностируются у пациентов, проходящих обследование по поводу артериальной гипертензии, болей в поясничной области, диспепсии. в группе радикально оперированных больных ЗОН общая одногодичная и 3-х летняя выживаемость составили 91% и 74% соответственно.

## Органосохраняющее лечение при раке почки

А. Н. Шевченко, И. А. Хомутенко  
ФГБУ «РНИОИ МЗ РФ», Ростов-на-Дону

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющего лечения рака почки.

Материалы и методы. В отделении урологии РНИОИ наблюдаются 39 пациентов с раком почки T1-2N0M0, получивших органосохраняющее лечение в период с 2009 по 2012 гг. По количеству опухолевых очагов—у 31 (79,5%) больного выявлен 1 опухолевый узел, у 6 (15,4%)—2, и у 2-х пациентов (5,1%)—3 опухолевых узла. Размеры опухолевых очагов варьировали от 14 до 51 мм, составив в среднем  $36 \pm 12$  мм. У 20 (51,3%) больных выявлялся преимущественно экстраренальный тип роста опухоли, у 5 (12,8%)—интратренальный рост, у 14 (35,9%)—опухоль имела смешанный характер роста. По данным морфологического исследования, в 27 (69,2%) случаях выявлен светлоклеточный вариант рака почки, в 5 (12,8%)—темноклеточный вариант, в 7 (18%)—смешанноклеточный вариант. Хирургическое вмешательство всем больным осуществлялось люмботомическим доступом в положении на боку. Время операции колебалось от 85 до 165 минут, составив в среднем  $100 \pm 17$  минут. Нами использовались следующие варианты хирургического органосохраняющего лечения (в зависимости от характера роста опухоли): энуклеация опухолевого узла, клиновидная резекция почки, резекция полюса, геминефрэктомия. При любом виде резекции соблюдались общепринятые принципы: контроль за почечными сосудами, минимальное время ишемии, удаление опухоли в пределах здоровых тканей, герметичное ушивание вскрытой собирательной системы почки, тщательный гемостаз, дренирование. Кровопотеря была незначительной, лишь в двух случаях достигла 500 мл. Время тепловой ишемии колебалось от 0 до 13 минут и в среднем составляло 7,5 минуты. Во всех случаях хирургический край был отрицателен.

Результаты исследования. Резорбтивная лихорадка наблюдалась у 7 (17,8%) пациентов, обострение хронического пиелонефрита—у 2 (5,1%), кровотечение по забрюшинным дренажам, установленным к зоне резекции почки, наблюдалось у 2-х (5,1%) пациентов, почечное кровотечение, проявляющееся макрогематурией—у 1 (2,6%) пациента. При УЗИ—контроле на 7 сутки после операции ни в одном случае не было отмечено забрюшинных гематом в зоне резекции почки, что обус-

ловлено адекватным дренированием и антибактериальной терапией. При оценке азотвыделительной функции почек у 15 (38,5%) пациентов отмечалась гиперазотемия в раннем послеоперационном периоде (креатинин  $145,3 \pm 22,4$  mmol/l, мочевины  $9,3 \pm 2,3$  mmol/l). Однако, на фоне проводимого нефропротекторного лечения к 7–10 суткам после операции у всех больных удалось добиться нормализации биохимических показателей крови, при этом ни в одном случае мы не применяли ни один из эфферентных методов лечения в виду отсутствия к этому показаний. Местный рецидив опухоли в зоне резекции почки развился у 1 (2,6%) пациента через 18 месяцев после операции и потребовал выполнения нефрэктомии, у 2-х (5,1%) больных отмечено замедление секреторной функции оперированной почки по данным реносцинтиграфии при сохраненном адекватном диурезе и нормальных биохимических показателях крови. Канцерспецифическая 2-х летняя выживаемость составила 100%.

Выводы. Хорошие ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющего лечения при раке почки убеждают в том, что подобные операции являются эффективным методом лечения и не снижают показателей выживаемости.

## Предоперационная таргетная терапия метастатического рака почки

З.А. Юрмазов, Е.А. Усынин, Е.М. Слонимская, И.В. Кондакова, Л.В. Спирина  
ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск

Актуальность. Почечно-клеточный рак (ПКР) занимает 3 место по заболеваемости среди злокачественных новообразований мочеполовой системы. В 2010 г. в России зарегистрировали около 19000 больных ПКР, при этом смертность от ПКР достигла 8750 человек. По темпам прироста ПКР устойчиво занимает второе место после рака предстательной железы (47,2%).

При первичном обращении у 25–30% первичных больных ПКР выявляют отдаленные метастазы. Медиана общей выживаемости больных метастатическим ПКР (мПКР) в среднем составляет 12,5 месяцев.

Появление новых знаний в области молекулярной биологии позволило выявить участие ряда путей передачи сигнала в патогенезе развития и прогрессирования ПКР, благодаря чему возникла идея создания таргетных препаратов, специфически ингибирующих эти пути. В настоящее время для лечения распространенного рака почки применяются таргетные препараты трех групп: 1) тирозинкиназные (мультикиназные) ингибиторы, 2) ингибиторы mTOR, 3) моноклональные антитела, применяемый в комбинации с интерфероном  $\alpha$ -2а.

Пазопаниб (Вотриент)—это пероральный тирозинкиназный ингибитор ангиогенеза, оказывающий целенаправленное воздействие на VEGFR, PDGFR и c-KIT. Уровень общего ответа на терапию Вотриентом у пациентов мПКР составил около 35%, а медиана выживаемости—14 месяцев.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность предоперационной таргетной терапии Вотриентом у пациентов с метастатическим светлоклеточным ПКР.

Материалы и методы. в исследование было включено 32 пациента с метастатическим ПКР, из них 20 мужчин и 12 женщин, средний возраст  $56 \pm 2,5$  года, все



пациенты проходили лечение на базе ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН. После стандартного обследования пациентам выполнялась пистолетная биопсия почки под УЗИ контролем с последующим гистологическим исследованием, по результатам которого у 26 пациентов подтверждён светлоклеточный компонент опухоли, а у 6 — несветлоклеточный вариант.

Пациентам с несветлоклеточным мПКР выполнялась циторедуктивная нефрэктомия с последующим адъювантным лечением по месту жительства.

Пациенты со светлоклеточным мПКР в предоперационном режиме получали тирозинкиназный ингибитор Вотриент в течение 8 недель 400 мг х 2 р/сут. При оценке эффективности таргетной терапии у 9 (34,3%) пациентов зафиксирована регрессия первичной опухоли и метастазов, у 10 (36,5%) — отмечалась стабилизация процесса, а у 7 (29,2%) — прогрессирование.

Вторым этапом 21 пациенту была выполнена циторедуктивная нефрэктомия, а 5 пациентам удалось выполнить резекцию вместо запланированной нефрэктомии. 19 (70,8%) пациентам, у которых был отмечен положительный ответ на терапию Вотриентом, даны рекомендации продолжить лечение данным препаратом, а 7 (29,2%) больным, учитывая полученную прогрессию, рекомендована 2-я линия терапии.

Предоперационная терапия Вотриентом переносилась удовлетворительно: были зафиксированы единичные нежелательные побочные явления I-II степени.

Выводы. Предоперационная таргетная терапия Вотриентом, помимо определения чувствительности к данному виду лечения, продемонстрировала достаточно хорошую эффективность и удовлетворительную переносимость, не оказывая влияния на возможность последующего выполнения нефрэктомии, а в ряде случаев позволила увеличить количество органосохраняющих операций.

---

## Содержание

|   |     |
|---|-----|
| Раздел 6. ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ .....  | 454 |
| <i>З.А. Афанасьева, С.Ф. Бакунин</i><br>Относительные риски развития злокачественных опухолей<br>при полинеоплазиях с поражением щитовидной железы у женщин.....  | 455 |
| <i>Е.Е. Боберь, И.Г. Фролова, Е.Л. Чойнзонов</i><br>Диагностика узловых образований щитовидной железы<br>с использованием магнитно-резонансной томографии.....  | 455 |
| <i>Л.В. Болотина, А.Л. Корниецкая</i><br>Современные возможности лекарственной противоопухолевой<br>терапии рака носоглотки .....   | 457 |
| <i>Л.В. Болотина, А.Л. Корниецкая, С.А. Кравцов, А.В. Бойко</i><br>Предварительная оценка эффективности индукционной химиотерапии<br>в рамках комбинированного лечения рака гортаноглотки.....  | 458 |
| <i>Д.А. Васильев, З.А-Г. Раджабова, Т.Е. Порошина, Л.М. Берштейн</i><br>Динамика тиреоглобулина и ТТГ к 3 неделе после экстирпации<br>при высокодифференцированном раке щитовидной железы<br>в группах низкого и высокого риска .....   | 459 |
| <i>С.Н. Вдовина, В.Г. Андреев, М.Е. Буякова, В.А. Панкратов,<br/>В.А. Рожнов, Э.Д. Акки, Н.И. Подлесных</i><br>Комбинированное лечение злокачественных образований полости<br>носа и околоносовых пазух с применением<br>предоперационно-концентрированного облучения.....  | 460 |
| <i>Ю.А. Винник, Г.С. Ефимова, М.В. Садчикова, Е.В. Немальцова</i><br>Химиолучевая терапия больных местнораспространенным раком головы и шеи ...   | 461 |
| <i>В.А.Д. Гащенко, О.Н. Нефедов, П.И. Абоян, Р.Е. Костюк, Г.А. Забунян, П.Г. Овсиенко</i><br>недрение лазерной вапоризации опухолей гортани<br>в Клиническом онкодиспансере №1 Краснодарского края.....   | 461 |
| <i>А.Р. Геворков, А.В. Бойко, Л.Э. Завалишина, А.В. Черниченко, Р.Н. Плавник,<br/>И.В. Дрошинева, А.К. Смирнов, В.А. Герасимов, И.В. Решетов, Н.А. Рубцова,<br/>О.А. Малышева, В.В. Соколов, А.А. Гладышев, С.О. Степанов</i><br>Морфологическая оценка эффективности лучевой терапии<br>в лечении рака языка ..... | 463 |
| <i>А.А. Гладышев, Л.В. Телегина, В.В. Соколов, И.В. Решетов, А.К. Голубцов</i><br>Видеоэндоларингеальная хирургия и фотодинамическая терапия<br>при предраковых заболеваниях и раннем раке гортани .....  | 464 |
| <i>В.Ф. Горобец, Г.А. Давыдов, Н.А. Олейник</i><br>Особенности лучевой диагностики рака щитовидной железы.....  | 465 |
| <i>О.В. Грибова, Л.И. Мусабеева, Е.Л. Чойнзонов, В.А. Лисин</i><br>Результаты комбинированного и лучевого лечения злокачественных<br>новообразований слюнных желез и прогностически неблагоприятного<br>рака щитовидной железы с применением быстрых нейтронов 6,3 мэВ.....   | 466 |
| <i>В.А. Дарий</i><br>К тактике лечения рака гортани .....   | 467 |
| <i>Ф.Р. Джабаров, Л.Я. Розенко, А.К. Донская, Ю.Н. Крохмаль</i><br>Предварительные результаты химиолучевой терапии<br>местно-распространенного рака слизистой полости рта .....   | 468 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Ф. Р. Джабаров, Л. Я. Розенко, Е. М. Францияни,<br/>Л. С. Козлова, Е. В. Колычева</i>   |     |
| Изменения активности компонентов калликреин-кининовой системы<br>у больных раком носоглотки при дистанционной гамматерапии<br>в режиме ускоренного гиперфракционирования . . . . .         | 469 |
| <i>Ф. Р. Джабаров, Л. Я. Розенко, А. К. Донская, Ю. Н. Крохмаль</i>  |     |
| Особенности патогенетических факторов в этиопатогенезе рака полости рта . . . . .  | 470 |
| <i>В. С. Дорошенко, Е. Ю. Кирс, Ю. Н. Зоркина, И. В. Вихлянов,<br/>А. А. Иванов, А. Ф. Лазарев, М. Л. Филипенко</i>  |     |
| Определение соматической мутации V600E гена BRAF<br>и ее применение в диагностике узловых образований щитовидной железы . . . . .  | 471 |
| <i>С. А. Дутчин, Е. В. Журавель, Р. В. Кагоянц</i>   |     |
| Анализ количества случаев рака щитовидной железы<br>на фоне диффузного токсического зоба . . . . .   | 472 |
| <i>В. Г. Ежов, А. А. Подоскин, Е. Д. Панов, Е. А. Карапетян</i>  |     |
| Лечение рецидивов рака гортани . . . . .   | 473 |
| <i>М. А. Енгибарян</i>   |     |
| Применение локальной модифицированной термохимиотерапии<br>в клинической практике . . . . .  | 474 |
| <i>М. А. Енгибарян, Ю. В. Ульянова, М. А. Черкес</i>   |     |
| Реконструкция мягких тканей нижней зоны лица . . . . .   | 475 |
| <i>П. А. Исаев, В. С. Медведев, Б. М. Втюрин, В. В. Пасов,<br/>Д. Ю. Семин, В. В. Польшкин, Д. Н. Дербуггов</i>  |     |
| Восстановление контуров лицевого отдела головы и шеи у пациентов после<br>лучевого и комбинированного лечения злокачественных новообразований . . . . .                                    | 476 |
| <i>З. С. Исламов, Б. Ю. Юсупов, Ж. И. Бердикулов, Д. Т. Рахматуллаева</i>  |     |
| Наш опыт лечения смешанных гемангиом . . . . .   | 476 |
| <i>В. И. Казакевич, С. С. Степанов</i>   |     |
| Возможности прицельной диагностической пункции<br>под контролем ультразвукового исследования при распространении<br>в средостение опухолей щитовидной железы . . . . .                     | 477 |
| <i>Г. В. Какурина, И. В. Кондакова, Е. Л. Чойнзонов,<br/>О. В. Черемисина, Д. А. Шишкин</i>  |     |
| Изменение сывороточного протеома при плоскоклеточных<br>карциномах головы и шеи . . . . .  | 478 |
| <i>А. Е. Карелов, С. А. Кулева, А. А. Рязанкина, Е. Г. Кремзель</i>  |     |
| Применение антиконвульсантов у онкопациентов с болью . . . . .   | 479 |
| <i>А. В. Карпенко, Р. Р. Сибгатуллин, Е. Н. Белова, Д. Н. Джалилов, Л. Д. Роман</i>  |     |
| Микрохирургическая аутотрансплантация с использованием<br>бедренных лоскутов для пластики дефектов головы и шеи . . . . .  | 480 |
| <i>Е. Ю. Кирс, Е. А. Храпов, В. С. Дорошенко, Д. В. Морозов,<br/>Е. С. Малахина, С. П. Шевченко, М. Л. Филипенко</i>   |     |
| Мутация BRAFV600E и клинико-морфологические характеристики<br>папиллярного рака у пациентов Западно-Сибирского региона России . . . . .  | 481 |
| <i>А. И. Клипка, Г. А. Цыбырнз, В. А. Чорич, И. И. Клипка</i>  |     |
| Комплексный метод лечения рака слизистой органов полости рта . . . . .   | 482 |
| Полностью имплантируемые системы (Порты)— состояние проблемы<br>в регионах А. А. Койчурев, И. М. Гридасов, И. С. Правдин<br>Российской Федерации на примере Ставропольского края . . . . . | 483 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Е. В. Костромина, Е. А. Бусько, А. В. Мищенко, О. С. Фролова</i><br>Возможности соноэластографии в диагностике метастатических поражений шейных лимфатических узлов. . . . .   | 484 |
| <i>О. П. Крехно, А. С. Фролов, У. Ю. Крехно, А. В. Фазиров</i><br>Лечебно-диагностическая тактика у больных с непальпируемыми опухольми щитовидной железы . . . . .   | 485 |
| <i>Р. Н. Кулагин, С. В. Петров, А. Р. Уткузов</i><br>Экспрессия <i>hax</i> в плоскоклеточном раке гортани. . . . .  | 485 |
| <i>М. Н. Куликова, Т. Н. Попова</i><br>Особенности хирургической тактики при раке щитовидной железы на фоне многоузлового зоба. . . . .   | 486 |
| <i>О. К. Курпешев, В. Г. Андреев, В. А. Панкратов, И. А. Гулидов, А. В. Орлова</i><br>Термохимиотерапия местно-распространенного рака гортани. . . . .  | 487 |
| <i>С. И. Кутукова, Г. М. Манихас, А. И. Яременко, А. Б. Чухловин, С. С. Божор, Р. К. Дибиров, Т. С. Ермакова</i><br>Некоторые аспекты патогенеза плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта. . . . .  | 488 |
| <i>А. А. Ложков, А. В. Ваденин, Т. М. Шарбура, А. С. Аладин, А. В. Турбина, Е. Я. Мозерова, О. Н. Давыдова</i><br>Конформная внутритканевая высокоомощная брахитерпия с использованием изотопа кобальта-60 и данных КТ, совмещенных с МРТ в лечении рака головы и шеи . . . . . | 489 |
| <i>Г. М. Манихас, М. Д. Ханевич, А. Г. Обрезан, С. М. Вашкуров, Н. В. Лагошняк, А. В. Хазов</i><br>Проблемы диагностики и предоперационной коррекции сопутствующей терапевтической патологии у онкологических больных . . . . .   | 490 |
| <i>Э. В. Москалев, Е. И. Гуло, Г. В. Голованова, Н. М. Москалева, С. В. Цокова</i><br>Особенности проведения обезболивающей терапии в условиях хосписа. . . . .   | 491 |
| <i>И. П. Мошуров, А. А. Михайлов, М. С. Фонштейн, Л. В. Ниникашвили</i><br>Применение различных вариантов абляции опухолей паренхиматозных органов и метастазов в кости . . . . .   | 492 |
| <i>И. П. Мошуров, Э. В. Савенок, Н. А. Знаткова, М. С. Ольшанский, Т. А. Машкова, Ю. М. Овсянников</i><br>Вариант органосохраняющего лечения местнораспространенного рака гортани . . . . .   | 493 |
| <i>Л. Х. Мухаматгалеева, З. А. Афанасьева, В. В. Поляков</i><br>Клинико-морфологические особенности меланомы кожи головы и шеи в Республике Марий Эл. . . . .   | 494 |
| <i>М. Р. Мухамедов, Д. Е. Кульбакин, Е. Л. Чойнзонов, О. В. Черемисина, Н. В. Васильев, И. О. Спивакова</i><br>Использование сверхэластичных имплантатов из никелида титана в органосохраняющем лечении у больных раком гортани. . . . .  | 495 |
| <i>О. Н. Нефедов, А. Д. Гащенко, П. И. Абоян, Р. Е. Костюк, Г. А. Забунян, П. Г. Овсиенко</i><br>Опыт выполнения реконструктивных операций при хирургическом лечении орофарингеального рака. . . . .  | 497 |
| <i>Е. Г. Никитина, М. К. Мерзлякова, В. А. Бычков, Д. Е. Кульбакин, О. В. Черемисина, Л. Н. Уразова</i><br>Применение метода ПЦР в режиме реального времени для выявления частоты встречаемости ВПЧ высокого онкогенного риска среди больных раком гортани . . . . .            | 498 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Л. Л. Николаев, Н. Е. Буров, И. В. Молчанов, С. М. Федотова, Е. В. Кижжаев, С. Ф. Козеев, К. А. Тетерин</i><br>Наркоз Ксеноном при операциях на щитовидной железе.<br>Характеристика клинических наблюдений и методика исследования. . . . .  | 499 |
| <i>В. А. Новиков, Е. Л. Чойнзонов, О. В. Грибова, Л. И. Мусабеева</i><br>Интраоперационная лучевая терапия в комбинированном лечении больных злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух . . . . .  | 500 |
| Методики улучшения качества речи у больных после ларингэктомии с голосовыми протезами. . . . .   | 501 |
| <i>Е. Н. Новожилова, А. П. Федотов, И. Ф. Чумаков</i><br>Рак щитовидной железы у больных с многоузловым зобом. . . . .   | 502 |
| <i>О. С. Олифирова, С. В. Кналян</i><br>Результаты исследования онкомаркера у больных с фолликулярной опухолью щитовидной железы. . . . .  | 503 |
| <i>М. С. Ольшанский, Н. Н. Коротких, И. В. Степанов</i><br>Эндоваскулярное и хирургическое лечение гемангиоэндотелиомы твердого неба . . . . .   | 504 |
| <i>В. А. Панкратов, В. Г. Андреев, Э. Д. Акки, В. А. Рожнов, С. Н. Вдовина, М. Е. Буякова</i><br>Комбинированное лечение больных местно-распространенным раком гортани и гортаноглотки с применением различных режимов фракционирования предоперационной лучевой и химиолучевой терапии. . . . . | 505 |
| <i>А. А. Подоскин, В. Г. Ежов, Е. Д. Панов, Е. А. Карапетян</i><br>Восстановление дефектов глотки после удаления гортани. . . . .  | 506 |
| <i>В. В. Польшкин, В. С. Медведев, М. А. Каплан, Д. Ю. Семин, И. С. Спиченкова, В. Н. Капинус, П. А. Исаев</i><br>Фотодинамическая терапия в лечении рака языка . . . . .  | 507 |
| <i>А. Д. Постолаке, В. А. Дарий, Г. А. Цыбырнэ</i><br>Тактика лечения местно-распространенного рака гортани с дыхательной недостаточностью . . . . .   | 508 |
| <i>З. А.-Г. Раджабова, Р. И. Вагнер, Е. В. Костромина, А. С. Барчук</i><br>Диагностика метастазов меланомы кожи головы и шеи методом цветного доплеровского картирования. . . . .  | 509 |
| <i>М. У. Раджапова, И. А. Гулидов, К. Б. Гордон, Д. Ю. Семин, О. Г. Лепилина</i><br>Сравнительная оценка переносимости разнофракционной химиолучевой терапии плоскоклеточного рака полости рта и ротоглотки . . . . .  | 510 |
| <i>В. В. Ратушная, С. О. Степанов.</i><br>Методики ультразвуковой визуализации реципиентных сосудов при планировании микрохирургических операций . . . . .   | 511 |
| <i>И. В. Решетов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова, А. К. Голубцов, Ф. Е. Севрюков</i><br>Опухоли головы и шеи в РФ, состояние и перспективы диагностики, лечения, реабилитации . . . . .   | 512 |
| <i>Э. В. Савенок, О. В. Рыжих, Е. С. Минакова</i><br>Экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка и удалением пирамидальной доли при высокодифференцированном раке щитовидной железы . . . . .   | 513 |
| <i>П. В. Светицкий, Г. П. Нистратов</i><br>Рак органов полости рта и глотки в Ростовской области . . . . .   | 514 |
| <i>П. В. Светицкий</i><br>Восстановительные операции у больных с фаринго-эзофагостомами. . . . .   | 516 |

|  |            |
|--|------------|
| <i>П. В. Светицкий, В. Л. Волкова</i><br>Восстановительная операция у больных местно-распространенным раком гортани . . . . .  | 517        |
| <i>П. В. Светицкий, И. В. Аединова</i><br>Пластика резецированного корня языка и задних отделов дна полости рта при местно- распространенном раке . . . . .  | 518        |
| <i>А. Е. Смирнов, А. Л. Клочихин, Д. В. Лилеев</i><br>Возможности струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких в хирургии рака гортани. . . . .  | 519        |
| <i>М. Н. Стахеева, С. Ю. Чижевская, Д. В. Эйдензон, Е. Л. Чойнзонов, Н. В. Чердынцева</i><br>Прогноз рецидива рака гортани и гортаноглотки на основании показателей иммунной системы . . . . .   | 520        |
| <i>Ю. В. Ульянова, М. А. Енгибарян</i><br>Внутриопухолевая химиотерапия в комплексном лечении рака верхней челюсти . . . . .   | 521        |
| <i>О. С. Фролова, В. Н. Эллиниди, А. Е. Михнин, З. А. Раджабова</i><br>Экспрессия маркера инфицированности онкогенными штаммами вируса папилломы человека (p16), вируса Эпштейн-Барр, протеина p53 и маркера Ki-67 в регионарных метастазах рака головы и шеи. . . . .                 | 522        |
| <i>В. Э. Хороненко, Н. А. Осипова, Д. Р. Эльдарханов, В. В. Петрова</i><br>Тромбогеморрагические осложнения в онкохирургии. . . . .  | 523        |
| <i>А. Г. Цыбырнэ, А. И. Клипка, Р. П. Мындруца.</i><br>Рак щитовидной железы проблемы диагностики и лечения . . . . .  | 524        |
| <i>Г. А. Цыбырнэ, В. Ф. Чернат, В. Г. Стратан.</i><br>Возможности криогенного метода лечения в амбулаторных условиях . . . . .   | 525        |
| <i>В. Ф. Чернат, Г. А. Цыбырнэ, В. А. Дарий, А. С. Дорук, А. И. Клипка, А. Д. Постолаке, В. А. Чорич, К. Д. Кожокару, А. Г. Цыбырнэ, Р. П. Мындруца, Ю. Цуркану, В. Мадан</i><br>Современное состояние и проблемы лечения больных опухолями головы и шеи в Республике Молдова. . . . . | 526        |
| <i>С. А. Шинкарев, В. Н. Подольский, А. А. Корнев</i><br>Отдаленные результаты дифференцированного подхода к тактике лечения больных I-II стадий рака гортани. . . . .   | 527        |
| <i>Д. А. Шишкин, Е. Л. Чойнзонов, М. Ю. Авдеенко, А. А. Шишкин</i><br>Химиолучевая терапия орофарингеальных опухолей . . . . .   | 528        |
| <i>В. И. Штин, В. А. Новиков, И. Г. Фролова, П. В. Суркова</i><br>Новые технологии лечения опухолей полости носа и придаточных пазух с использованием имплантатов из никелида титана . . . . .   | 529        |
| <b>Раздел 7. ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЯ . . . . .</b>   | <b>531</b> |
| <i>С. Б. Абдужаппаров, Х. Д. Исламов, Ш. Я. Матниязова</i><br>Роль молекулярно-генетических исследований в преодолении лекарственной устойчивости при диссеминированных формах колоректального рака . . . . .  | 532        |
| <i>С. Б. Абдужаппаров, Х. Д. Исламов</i><br>Лечение внеорганных опухолей малого таза. . . . .  | 533        |
| <i>В. А. Алиев, Ю. А. Барсуков, А. О. Расулов, Д. В. Кузьмичев, А. В. Николаев, З. З. Мамедли, Д. М. Мадьяров</i><br>Непосредственные результаты комплексного лечения рака прямой кишки IV стадии . . . . .  | 534        |

|   |     |
|---|-----|
| <i>В. А. Алиев, Ю. А. Барсуков, С. И. Ткачев, А. О. Расулов, Д. В. Кузьмичев, М. Ю. Федянин</i><br>Метастатический рак прямой кишки (мРПК) — болезнь, требующая своих лечебных подходов . . . . .                                       | 535 |
| <i>А. Ф. Астраханцев, М. П. Мазурова</i><br>Раковые депозиты при инвазивном колоректальном раке. . . . .  | 536 |
| <i>С. Г. Афанасьев, А. В. Августинович, И. М. Давыдов, А. В. Пак, Л. В. Спирина</i><br>Хирургическое лечение местно-распространенного рака прямой кишки. . . . .  | 537 |
| <i>Ф. Ш. Ахметзянов, Н. А. Валиев, А. А. Самигуллин</i><br>Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью. . . . .  | 538 |
| <i>Ф. Ш. Ахметзянов, Н. Т. Шайхутдинов, А. Ф. Ахметзянова, Ф. Ф. Ахметзянова</i><br>Новый способ послеоперационного дренирования полости малого таза . . . . .  | 539 |
| <i>В. М. Ахметшина, С. А. Привезенцев, А. А. Соколов, А. В. Бутенко</i><br>О роли объема лимфаденэктомии в лечении рака ободочной кишки. . . . .  | 540 |
| <i>С. И. Ачкасов, А. И. Москалёв</i><br>Хирургическая реабилитация онкологических больных с одноствольными колостомами . . . . .  | 541 |
| <i>Ю. А. Барсуков, С. И. Ткачев, З. З. Мамедли, Д. В. Кузьмичев</i><br>«Короткий» курс предоперационной лучевой терапии в сочетании с различными фторпиримидинами — 2-х летние результаты . . . . .                                     | 542 |
| <i>Ю. А. Барсуков, Д. В. Кузьмичев</i><br>Комплексное лечение рака проксимального отдела прямой кишки: аргументы «за» и «против». . . . .   | 543 |
| <i>Ю. А. Барсуков, С. С. Гордеев, С. И. Ткачёв, А. Г. Перевошиков, М. Ю. Федянин</i><br>Комплексное лечение местнораспространенного рака прямой кишки . . . . .   | 544 |
| <i>Ю. А. Барсуков, Р. И. Тамразов, Ю. М. Тимофеев, З. З. Мамедли, С. С. Гордеев</i><br>Возможность выполнения реконструктивно-восстановительной операции у больных раком прямой кишки, перенесших низкую резекцию по Гартману . . . . . | 545 |
| <i>Ю. А. Барсуков, С. А. Ткачев, А. Г. Перевошиков, Д. В. Кузьмичев, З. З. Мамедли</i><br>Аденокарцинома аноректальной зоны — варианты комплексного лечения. . . . .  | 546 |
| <i>А. М. Беляев, И. И. Алиев, А. В. Гуляев, И. В. Правосудов, А. М. Карачун</i><br>Роль и место химиолучевой терапии местнораспространенного рака прямой кишки . . . . .  | 547 |
| <i>А. М. Беляев, А. В. Гуляев, А. Б. Моисеенко, А. В. Беляева, В. А. Чубенко, М. Ю. Цикоридзе.</i><br>Непосредственные результаты комплексного лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень. . . . .                     | 548 |
| <i>Т. А. Берген, И. А. Трофименко</i><br>Первый опыт применения магнитно-резонансной томографии всего тела с получением диффузионно-взвешенных изображений у пациентов с колоректальным раком . . . . .                                 | 549 |
| <i>С. А. Бойков, И. А. Селютина, А. А. Койчурев, Л. Б. Линченко</i><br>Комбинированные методы лечения рака прямой кишки в Ставропольском клиническом онкологическом диспансере . . . . .  | 550 |
| <i>Л. В. Болотина, Н. С. Сергеева, А. Л. Корниецкая, М. П. Мишунина</i><br>Предварительный анализ динамики опухолевых маркеров и эффективности проводимой химиотерапии у больных с колоректальным раком . . . . .                       | 551 |

---

|  |     |
|--|-----|
| <i>Л. В. Болотина, А. А. Пайчадзе, А. Л. Корниецкая, Д. В. Сидоров, М. В. Ложкин</i><br>Периоперационная терапия в комбинированном лечении<br>больных распространенным колоректальным раком (РКРР) . . . . .                       | 552 |
| <i>А. В. Борота, О. В. Совпель, Е. Ю. Мирошниченко</i><br>Лапароскопически-ассистированные хирургические вмешательства<br>в комплексном лечении колоректального рака . . . . .   | 553 |
| <i>М. В. Васильев, О. И. Пономарева, И. И. Алиев, А. В. Мищенко</i><br>Применение МРТ в оценке степени регресса рака прямой кишки<br>после проведения неoadъювантной лучевой терапии. . . . .                                      | 553 |
| <i>С. В. Васильев, Л. И. Корытова, П. Г. Таразов, Е. В. Гонта,<br/>Д. Е. Попов, А. В. Лисичкин</i><br>Непосредственные результаты комплексного лечения больных раком<br>прямой кишки с использованием радиомодификаторов . . . . . | 554 |
| <i>С. В. Васильев, В. В. Дудка, Д. Е. Попов, А. В. Седнев, Е. В. Смирнова</i><br>Опыт применения скрининговых тестов в ранней диагностике<br>колоректального рака . . . . .  | 555 |
| <i>С. В. Васильев, Д. Е. Попов, В. В. Григорян, А. Н. Клименко,<br/>А. В. Лисичкин, Е. В. Смирнова</i><br>Роль временных кишечных стом в лечении больных раком прямой кишки . . . .  | 556 |
| <i>Л. А. Вашакмадзе, В. В. Черемисов</i><br>Факторы прогноза при неорганных опухолях забрюшинного пространства . . . .   | 557 |
| <i>Т. И. Велиев</i><br>Эндоскопическая остановка кровотечений при удалении<br>аденом толстой кишки с малигнизацией. . . . .  | 558 |
| <i>Т. И. Велиев</i><br>Эндоскопическое лечение ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста. . .   | 559 |
| <i>А. В. Власов, А. А. Власов, С. А. Федотов</i><br>Опыт применения первичного компрессионного анастомоза<br>в условиях опухолевой непроходимости толстой кишки . . . . .  | 559 |
| <i>А. В. Гапонова, Т. В. Кекеева, Л. Э. Завалишина, Ю. Ю. Андреева, Г. А. Франк</i><br>Исследование экспрессии изоформ сплайсинга гена KIT: GNNK+ и GNNK-<br>в гастроинтестинальных стромальных опухолях (GIST). . . . .           | 561 |
| <i>Н. Г. Гасанов, А. Г. Тагирова, Г. Д. Гасанов.</i><br>Восстановительные операции после предоперационной лучевой<br>терапии при раке прямой кишки. . . . .  | 561 |
| <i>Н. Г. Гасанов, А. Г. Тагирова, Г. Д. Гасанов, Брежнев В. Ф.</i><br>Химиолучевое лечение рака прямой кишки. . . . .  | 562 |
| <i>И. Г. Гатауллин, С. В. Городнов, А. В. Жинов</i><br>Профилактика послеоперационных гемореологических<br>и гемоциркуляторных нарушений у больных колоректальным раком . . . . .  | 564 |
| <i>И. Г. Гатауллин</i><br>Обоснование расширенных лимфодиссекций при раке прямой кишки<br>на основе закономерностей регионарного метастазирования опухоли . . . . .  | 565 |
| <i>И. Г. Гатауллин, О. Н. Ильинская, Д. Р. Сафиуллина, К. Р. Мамедзаде, Г. Х. Михеева</i><br>Бактериальная микрофлора, ассоциированная с колоректальным раком . . . . .  | 565 |
| <i>Д. В. Гладышев, С. А. Коваленко, М. Е. Моисеев, С. С. Гнедаш</i><br>Непосредственные результаты лапароскопических оперативных<br>вмешательств в онкологической колопроктологии. . . . .   | 566 |

---

|  |     |
|--|-----|
| <i>Н.И. Глушков, А.В. Гуляев, Х.М. Мусукаев, К.В. Павелец, Д.А. Черных</i><br>Значение современных диагностических методов в выборе тактики<br>хирургического лечения больных раком прямой кишки . . . . .   | 567 |
| <i>Е.Н. Гребенкин, В.Д. Чхиквадзе, У.С. Станоевич</i><br>Современные методы лечения больных колоректальным раком<br>с метастазами в печень . . . . .   | 568 |
| <i>И.С. Давиденко, М.В. Казанцева, С.Н. Потемин, И.Н. Василенко</i><br>Химиолучевая терапия эпидермоидного местно-распространенного<br>анального рака . . . . .  | 569 |
| <i>В.В. Дарвин, С.В. Онищенко, М.М. Лысак, А.Я. Ильканич, Е.А. Краснов</i><br>Результаты хирургического лечения метастатического<br>колоректального рака печени . . . . .  | 570 |
| <i>А.А. Доманский, К.К. Лебедев, А.Г. Рылло, М.А. Беляев</i><br>Пластика тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной<br>экстирпации прямой кишки у больных ректальным раком . . . . .   | 571 |
| <i>А.А. Доманский, А.М. Карачун, И.И. Алиев,<br/>К.К. Лебедев, А.Г. Рылло, М.А. Беляев.</i><br>Непосредственные результаты экстралеваторной брюшно-промежностной<br>экстирпации прямой кишки у больных ректальным раком . . . . .  | 572 |
| <i>И.В. Дрошнев, А.В. Бойко, Ю.А. Шалыгин,<br/>А.О. Расулов, Д.В. Сидоров, Н.А. Федоренко</i><br>Влияние предоперационной химиолучевой терапии на увеличение числа<br>органосохраняющих операций при нижеампулярном раке прямой кишки . . . . .                          | 573 |
| <i>Г.М. Евдокимов, В.А. Семенченя, И.Н. Сидоров, О.В. Щеголева</i><br>Стома—возможный исход операции при патологии ободочной<br>и прямой кишки . . . . .   | 574 |
| <i>Д.В. Ерыгин, Б.А. Бердов, А.А. Невольских, Л.Н. Титова</i><br>Химиолучевая терапия в лечении больных<br>местно-распространенного рака прямой кишки . . . . .  | 575 |
| <i>А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин,<br/>А.А. Трушин, О.А. Тен, Ю.А. Чудиновских</i><br>Тактика хирургического лечения пациентов<br>с осложненным колоректальным раком IV стадии<br>в многопрофильном стационаре . . . . .                        | 576 |
| <i>А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен</i><br>Лечебно-диагностические алгоритмы оказания медицинской помощи<br>онкоколопроктологическим больным с карциноматозной кишечной<br>непроходимостью и напряженным асцитом . . . . . | 577 |
| <i>А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен</i><br>Лечебно-диагностический алгоритм оказания медицинской<br>помощи больным с колоректальным раком, осложненным<br>интраабдоминальными хирургическими инфекциями . . . . .          | 578 |
| <i>А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен</i><br>Лечебно-диагностический алгоритм оказания<br>медицинской помощи больным с колоректальным раком,<br>осложненным кишечным кровотечением . . . . .                                 | 579 |
| <i>А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен</i><br>Лечебно-диагностический алгоритм оказания медицинской помощи больным<br>с колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью . . . . .                           | 580 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>А.А. Захаренко, Д.А. Суров, О.В. Бабков, А.А. Кошевой, А.А. Трушин, В.С. Тягун, О.А. Тен, И.А. Палтышев, Ю.Н. Трифанов, М.А. Чернышов</i><br>Пути реализации современных принципов онкологического радикализма в хирургическом лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза . . . . . | 581 |
| <i>А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен, Д.В. Кодолов, А.А. Кулешов</i><br>Комплексное лечение рака толстой кишки, осложненного перитонитом и тяжелым абдоминальным сепсисом, с использованием метода VАС-терапии . . . . .  | 582 |
| <i>Е.В. Зенкина, Н.С. Сергеева, Н.В. Маршутина</i><br>Сравнение разных методов выявления скрытой крови в кале при колоректальном раке . . . . .  | 583 |
| <i>Э.В. Иванова, И.В. Кондакова, Л.В. Спирина, С.Г. Афанасьев, О.В. Черемисина, А.В. Августинович</i><br>Активность протеасом и их субъединичный состав в ткани рака желудка и толстой кишки . . . . .   | 584 |
| <i>Й.П. Йовчев, А.Т. Петров, Г.А. Минков, Ст.Н. Николов, Ив.П. Овчаров</i><br>Современные тенденции в лечении колоректального рака . . . . .   | 585 |
| <i>М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, М.В. Васильченко, А.Б. Лычев, К.В. Семенцов, А.В. Колунов, Д.А. Кириллов</i><br>Первый опыт формирования тазового дна после комбинированных и расширенных операций на органах малого таза при местно-распространенных опухолях . . . . .   | 586 |
| <i>М.Ю. Кабанов, А.Ю. Шестаев, И.А. Соловьев, М.В. Васильченко, И.П. Костюк, А.Б. Лычев, К.В. Семенцов, С.В. Амбарцумян</i><br>Комбинированные и расширенные операции у больных местно-распространенным раком прямой кишки . . . . .   | 587 |
| <i>Р.Г. Каланов, С.Р. Хасанов, А.П. Каланова, Р.З. Канбеков, А.Ю. Васильков, Д.С. Губин, Д.Р. Мушаратов, К.Г. Кутушев</i><br>Обязательна ли протективная колостома при передних резекциях прямой кишки? . . . . .  | 588 |
| <i>Э.А. Каливо, М.Х. Фридман</i><br>Роль видеоэндоскопических операций при раке толстой кишки . . . . .  | 590 |
| <i>А.Е. Карелов, Л.В. Горохов, Е.Г. Кремзель</i><br>Динамика числа лимфоцитов после онкологической абдоминальной операции на фоне периоперационной инфузии аденозинтрифосфата натрия . . . . .   | 591 |
| <i>В.Ф. Касаткин, О.И. Кит, А.Ю. Максимов, А.В. Снежко, Ю.А. Фоменко</i><br>Неоцистопластика при тотальной эвисцерации таза . . . . .  | 591 |
| <i>В.Н. Кашиников, И.Л. Халиф, О.В. Головенко, К.В. Болихов, А.В. Гусев</i><br>Рак толстой кишки на фоне язвенного колита . . . . .  | 592 |
| <i>Е.В. Кижяев, Е.П. Симакина, С.М. Банов, Н.Ф. Карякина, Е.Л. Разумова, Е.М. Жмаева, Е.А. Уколова</i><br>К вопросу о перспективах повышения эффективности комплексного лечения рака прямой кишки и анального канала . . . . .   | 593 |
| <i>Д.Ф. Ким, Ю.А. Барсуков, А.В. Николаев, С.И. Ткачев, В.В. Глебовская</i><br>Органосохраняющее лечение больных плоскоклеточным раком анального канала . . . . .  | 594 |

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>Е. Ю. Кирс, Н. А. Оськина, А. Ф. Лазарев, В. Д. Петрова,<br/>В. С. Дорошенко, С. А. Фурсов, М. Л. Филипенко</i>  |     |
| Изучение частоты соматических мутаций в гене KRAS при<br>колоректальном раке в Западно-Сибирском регионе России.....  | 595 |
| <i>Л. С. Козлова, Е. М. Францияни, А. Л. Тертугов</i>   |     |
| Взаимодействие трипсиновых протеиназ и кининовой системы<br>в перифокальной ткани полипов и злокачественных<br>опухолей нижних отделов толстого кишечника.....  | 596 |
| <i>Л. С. Козлова, Е. М. Францияни, А. Л. Тертугов</i>   |     |
| Трипсиновые протеиназы и кининовая система<br>в злокачественных опухолях и полипах нижних отделов толстой кишки .....   | 598 |
| <i>М. Б. Козлова, Е. М. Францияни, Ю. А. Геворкян,<br/>Е. А. Никипелова, М. А. Аверкин, А. М. Салатова</i>  |     |
| Паранеопластические нарушения гормонального гомеостаза у больных<br>с одиночным и с первично-множественным раком толстой кишки.....   | 599 |
| <i>М. Б. Козлова, Е. М. Францияни, Ю. А. Геворкян, Е. А. Никипелова, М. А. Аверкин</i>  |     |
| Тканевой статус половых гормонов у больных колоректальным раком.....  | 600 |
| <i>А. Я. Коровин, А. В. Андреев, Н. Н. Кизименко, И. В. Бочкарёва</i>   |     |
| Возможности диагностики опухолей тонкой кишки,<br>осложненных тонкокишечной непроходимостью .....   | 601 |
| <i>А. Я. Коровин, И. В. Бочкарёва, А. Н. Манжос, Д. В. Туркин, Л. Л. Беспалов</i>   |     |
| Выбор объема оперативного вмешательства<br>при опухолевой толстокишечной непроходимости.....  | 602 |
| <i>А. Я. Коровин, Г. В. Соколенко, Г. А. Бебуришвили</i>  |     |
| Продленная эпидуральная аналгезия в ургентной онкохирургии.....   | 603 |
| <i>В. Т. Кохнюк</i>   |     |
| Результаты стандартизированного лечения рака прямой кишки<br>в Республике Беларусь .....  | 604 |
| <i>В. Т. Кохнюк, П. Ч. Вильбик, А. А. Юдин, М. А. Возмитель, И. А. Карась</i>   |     |
| Посттерапевтические изменения в опухоли прямой кишки<br>после проведения комбинированного и комплексного лечения рака<br>прямой кишки (предварительные результаты) .....  | 605 |
| <i>Н. С. Кузнецов, С. В. Чернышов, Е. Г. Рыбаков</i>  |     |
| Трансанальные эндомикрохирургические операции как органосохраняющие<br>методы при лечении новообразований прямой кишки .....  | 606 |
| <i>А. М. Кузьминов, Д. В. Вышегородцев, Л. Л. Капуллер, Г. Т. Сухих</i>   |     |
| Семейный аденоматоз толстой кишки: хирургическое лечение с применением<br>клеточных биотехнологий.....  | 608 |
| <i>Ю. Е. Куликова, А. С. Мирчетич, М. Е. Рязанцев, Ю. Д. Каминский</i>  |     |
| Мультиспиральная рентгеновская компьютерная<br>томография в предоперационном стадировании<br>и определении тактики лечения рака прямой кишки.....   | 608 |
| <i>О. К. Курпешев, Н. Ю. Флоровская, Б. А. Бердов, Т. В. Лебедева</i>   |     |
| Выживаемость больных с метастазами колоректального рака в печень<br>после радикального или циторедуктивного лечения первичной опухоли<br>и последующих неполных курсов химио- или симптоматической терапии..... | 610 |
| <i>Г. Д. Кутлиева, Д. К. Огай, С. Н. Наврузов, Х. Д. Исламов, Б. Караходжаев</i>  |     |
| Использование пробиотиков для оптимизации комплексных программ<br>реабилитации больных колоректальным раком .....   | 611 |

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>В. В. Кутуков, В. В. Севостьянов, Л. В. Служко</i><br>Острая непроходимость кишечника опухолевой этиологии . . . . .   | 612 |
| <i>В. В. Кутуков, Ю. В. Оганесян, В. В. Севостьянов, Л. В. Служко</i><br>Питание пациентов с раком толстой кишки . . . . .  | 613 |
| <i>В. В. Кутуков, В. В. Севостьянов, Л. В. Служко</i><br>Хирургическое лечение местнораспространенного рака толстой кишки . . . . .   | 614 |
| <i>Л. Н. Лебедева, Н. А. Глухарева, М. Ю. Вальков, А. В. Красильников</i><br>Эпидемиология рака ободочной кишки<br>в Архангельской области в 2000–2010 гг. . . . .  | 615 |
| <i>М. С. Лихтер, Ю. А. Шелыгин, С. А. Ачкасов</i><br>Принципы лечения больных местнораспространенным<br>колоректальным раком с вовлечением органов мочевой системы. . . . .   | 616 |
| <i>О. Г. Макаров</i><br>Оценка состояния пациентов с осложненными формами колоректального рака. . . . .   | 617 |
| <i>И. А. Матвеев</i><br>Анатомо-топографические взаимоотношения сегментов толстой<br>кишки после обструктивных резекций и влияние их на выбор<br>операционного доступа при восстановительных операциях . . . . .  | 618 |
| <i>И. А. Матвеев, Б. К. Гиберт</i><br>Восстановительные операции различными оперативными<br>доступами у онкологических больных после экстренных<br>обструктивных резекций толстой кишки . . . . .   | 619 |
| <i>А. Н. Махсон, Н. П. Забазный, О. А. Ядыков, А. О. Швейкин,<br/>З. Э. Азизова, В. М. Ахметшина</i><br>Первый опыт радиочастотной абляции<br>при метастатическом поражении печени . . . . .  | 620 |
| <i>Л. А. Митина, В. И. Казакевич, С. О. Степанов</i><br>Возможности ультразвуковой диагностики метастатического<br>поражения большого сальника и корня брыжейки. . . . .  | 621 |
| <i>И. П. Мошуров, Д. А. Головков, А. А. Михайлов,<br/>Д. В. Суховерков, Г. Ю. Пресняков, М. Б. Быковцев</i><br>Результаты выполнения тотальной мезоректумэктомии<br>в лечении рака прямой кишки . . . . .   | 622 |
| <i>А. В. Муравьев, К. В. Хурцев, В. И. Линченко</i><br>Наш опыт атипичных радиочастотных резекций печени<br>у больных с метастазами рака прямой кишки. . . . .  | 623 |
| <i>С. Н. Наврузов, С. Б. Абдужаппаров, Б. С. Наврузов, Х. Д. Исламов</i><br>Инновационные технологии в хирургическом лечении рака прямой кишки . . . . .  | 624 |
| <i>С. Н. Наврузов, С. Б. Абдужаббаров, Д. А. Пулатов,<br/>Ж. М. Ибрагимов, Л. Р. Салимова</i><br>Изучение роли молекулярно-генетических маркеров у больных<br>местнораспространенным колоректальным раком . . . . .   | 625 |
| <i>А. А. Невольских, Б. А. Бердов, Н. А. Горбань, Л. М. Кондрашова</i><br>Рецидивы рака прямой кишки после тотальной мезоректумэктомии . . . . .  | 626 |
| <i>Е. А. Никипелова, О. И. Кит, Е. М. Франциянц, Ю. А. Геворкян,<br/>Н. В. Солдаткина, А. В. Дашков, Д. А. Харагезов</i><br>Исследование содержания каталазы и раково-эмбрионального антигена<br>и возможность прогнозирования развития первично-множественного<br>рака толстой кишки . . . . . | 627 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Е. А. Никипелова, Е. Ф. Комарова, Е. М. Францияни, Н. Д. Черярина</i><br>Прогностическое значение определения онкомаркеров для развития<br>колоректального рака . . . . .   | 628 |
| <i>В. И. Овсянников, К. А. Шемеровский</i><br>Хронофизиологический подход к профилактике колоректального рака. . . . .   | 629 |
| <i>М. С. Ольшанский, А. И. Жданов, Н. Н. Коротких,<br/>Р. В. Попов, О. В. Казарезов</i><br>Особенности вариантной анатомии прямокишечных артерий<br>в комбинированном лечении местнораспространенного рака прямой кишки . . . . .                              | 630 |
| <i>Р. Г. Пегов, В. М. Терехов, И. Г. Терентьев</i><br>Результаты применения экстралеваторной экстрафасциальной<br>брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки в лечении рака<br>нижне-ампулярного отдела прямой кишки и анального канала . . . . .           | 631 |
| <i>С. И. Перегудов, Г. И. Синенченко, С. В. Коновалов</i><br>Результаты лечения диастатических разрывов толстой кишки<br>при опухолевой толстокишечной непроходимости. . . . .   | 632 |
| <i>А. Т. Петров, Й. П. Йовчев, Г. А. Минков, Ст. Н. Николов, Ив. П. Овчаров</i><br>Клиническое значение предоперационного сывороточного уровня VEGF<br>у пациентов с колоректальным раком . . . . .  | 633 |
| <i>Д. Ю. Пикунов, Е. Г. Рыбаков, В. Н. Кашиников, Ю. А. Джанаев</i><br>Сфинктеросохраняющий подход в хирургической реабилитации<br>больных раком прямой кишки на уровне зубчатой линии . . . . .   | 634 |
| <i>С. Н. Потемин, М. В. Казанцева, С. Е. Гуменюк</i><br>Ранняя выявляемость рака толстой кишки у жителей<br>Краснодарского края (скрининговое исследование) . . . . .  | 635 |
| <i>И. В. Правосудов, С. В. Канаев, И. И. Алиев, А. В. Мищенко, А. В. Шулепов</i><br>Мультидисциплинарный подход в планировании и оценке результатов<br>комбинированного лечения больных местнораспространенным раком<br>прямой кишки . . . . .                 | 635 |
| <i>И. В. Правосудов, А. В. Гуляев, И. И. Алиев</i><br>Непосредственные результаты комбинированного лечения<br>рака прямой кишки . . . . .  | 636 |
| <i>К. В. Пучков, Д. А. Хубезов, А. Ю. Огорельцев, Р. В. Луканин, Д. К. Пучков</i><br>Меры профилактики осложнений лапароскопической<br>лимфаденэктомии при раке прямой кишки . . . . .   | 637 |
| <i>А. О. Расулов, Ю. А. Шельгин, А. В. Бойко, И. В. Дрошинева</i><br>Сфинктеросохраняющие операции после химиолучевой терапии<br>рака прямой кишки . . . . .   | 638 |
| <i>П. М. Русу, Н. Ф. Белев, М. И. Чебану, Г. Н. Н. В. Пынзарь,<br/>С. Штепа, В. В. Лаур, О. В. Патрашку, Ч. Д. Левка, Л. И. Гырляну</i><br>Первично-восстановительные операции с протективной колостомой<br>при окклюзивном раке толстой кишки (РТК) . . . . . | 639 |
| <i>П. М. Русу, Н. Ф. Белев, М. И. Чебану, Н. В. Пынзарь,<br/>Л. И. Гырляну, В. В. Лаур, О. В. Патрашку, Ч. Д. Левка</i><br>Радикальные хирургические операции при местно-распространенном<br>раке толстой кишки . . . . .                                      | 640 |
| <i>С. И. Савосина, С. Г. Афанасьев, С. В. Авдеев</i><br>Оптимизация периоперационного периода при хирургическом<br>лечении местно-распространенного рака прямой кишки . . . . .  | 641 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>И. Ю. Сачков, Ю. А. Шелыгин, В. Н. Кашиников, С. А. Фролов, А. М. Кузьминов, В. П. Шубин, Н. И. Поспехова, А. С. Цуканов</i><br>Исследование герминальных мутаций в гене APC у российских пациентов с классической формой семейного аденоматоза толстой кишки . . . . .        | 642 |
| <i>И. Е. Седаков, А. В. Борота, Г. Е. Полунин, А. Г. Гринцов, И. А. Плахотников</i><br>Показания к хирургическому лечению пациентов с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки при дисплазия слизистой оболочки . . . . .                                     | 643 |
| <i>Д. В. Сидоров, Г. А. Франк, О. А. Майновская, М. В. Ложкин, Н. А. Гришин, Л. О. Петров, А. А. Троицкий, М. А. Черниченко</i><br>Тотальная мезоректумэктомия с применением водоструйной диссекции при раке прямой кишки: клинические и патоморфологические результаты . . . . . | 644 |
| <i>Д. В. Сидоров, Б. Я. Алексеев, Н. А. Гришин, М. В. Ложкин, А. А. Троицкий, Л. О. Петров, М. А. Черниченко</i><br>Возможности реконструкции мочевыделительной системы после тотальных экзентераций малого таза по поводу местнораспространенных опухолей прямой кишки . . . . . | 645 |
| <i>Д. В. Сидоров, О. А. Майновская, М. В. Ложкин, Н. А. Гришин, Л. О. Петров, А. А. Троицкий</i><br>Микроскопическая оценка хирургического лечения рака прямой кишки . . . . .  | 647 |
| <i>Д. В. Сидоров, Н. А. Гришин, А. А. Троицкий, О. А. Майновская, М. В. Ложкин, Л. О. Петров</i><br>Клинико-морфологические результаты выполнения нервосберегающих оперативных вмешательств при раке прямой кишки . . . . .   | 648 |
| <i>Д. В. Сидоров, Н. А. Гришин, Т. А. Белоус, М. В. Ложкин, А. А. Троицкий, Л. О. Петров</i><br>Опухоли червеобразного отростка. От динамического наблюдения до циторедуктивной хирургии . . . . .  | 649 |
| <i>Г. И. Синенченко, С. И. Перегудов, А. В. Пирогов</i><br>Диагностика диастатических разрывов толстой кишки при опухолевой толстокишечной непроходимости . . . . .   | 650 |
| <i>М. А. Старостина, З. А. Афанасьева, О. Д. Зинкевич, Н. А. Сафина</i><br>Молекулярные маркеры ММР-9 и ТИМР-1 в копрофилтратх больных колоректальным раком . . . . .   | 651 |
| <i>Р. И. Тамразов, Ю. А. Барсуков, С. С. Гордеев</i><br>Хирургический метод лечения больных раком прямой кишки: достигнут ли предел или возможны перспективы? . . . . .   | 651 |
| <i>А. С. Тарасова, С. Г. Афанасьев, Ж. А. Старцева</i><br>Результаты комбинированного лечения рака прямой кишки . . . . .   | 652 |
| <i>В. К. Татьяначенко, В. Л. Богданов, Т. К. Фролкина</i><br>Клинико-анатомические параллели в изучении изменчивости топографии лимфатической системы правой половины толстой кишки . . . . .   | 654 |
| <i>З. М. Тойчуев, И. Г. Гатауллин, А. И. Аглуллин, Б. И. Гатауллин</i><br>Современные подходы в профилактике параколостомических осложнений у больных колоректальным раком . . . . .  | 655 |
| <i>З. М. Тойчуев, И. Г. Гатауллин, И. Р. Аглуллин</i><br>Сравнительный анализ результатов использования аллопластического материала при наложении концевой колостомы у больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки . . . . .   | 656 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>С. С. Токарев, И. В. Правосудов, И. Л. Черниковский, А. В. Кириллов, И. В. Савчук</i><br>Сочетание дистанционной конформной и локальной лучевой терапии<br>в режиме неoadьювантного лечения дистального рака прямой кишки . . . . .  | 657 |
| <i>В. З. Тотиков, З. В. Тотиков, К. Э. Зураев, В. В. Медоев, М. В. Калицова</i><br>Некоторые особенности лечения местнораспространенного рака<br>левых отделов ободочной кишки, осложненного острой непроходимостью . . . . .   | 658 |
| <i>В. З. Тотиков, З. В. Тотиков</i><br>Некоторые факторы, влияющие на отдаленные результаты лечения<br>рака толстой кишки, осложненного непроходимостью . . . . .   | 659 |
| <i>И. Б. Уваров, Р. А. Мурашко, С. Н. Потемин, А. В. Виниченко,<br/>В. Б. Каушанский, Е. А. Ермаков</i><br>Сравнительная характеристика непосредственных результатов<br>лапароскопической и открытой методик экстралеваторной<br>брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки . . . . .            | 661 |
| <i>Н. Д. Ушакова, А. А. Маслов, М. В. Четвериков</i><br>Раннее применение селективной сорбции липополисахарида в комплексе<br>интенсивного лечения септических осложнений у онкологических больных . . . . .  | 662 |
| <i>А. А. Хватов, Н. А. Майстренко, Г. Н. Хрыков</i><br>Непосредственные результаты расширенных и комбинированных<br>операций при местнораспространенном колоректальном раке . . . . .   | 663 |
| <i>С. В. Ходус, В. В. Яновой, К. В. Пустовит, Ю. В. Доровских, А. А. Симоненко</i><br>Связь гематологических показателей интоксикации<br>и параметров кислородного статуса у больных раком толстой кишки . . . . .  | 664 |
| <i>Д. А. Хубезов, К. В. Пучков, А. Ю. Огорельцев, Р. В. Луканин, Д. К. Пучков</i><br>Эффективность лапароскопической тотальной мезоректумэктомии<br>при ректальном раке . . . . .   | 665 |
| <i>К. В. Хурцев, А. В. Муравьев, Е. В. Волостников, В. И. Линченко</i><br>Осложненный рак ободочной кишки. Нерешенные проблемы<br>в общей хирургии. Сможем ли мы изменить ситуацию? . . . . .   | 666 |
| <i>А. С. Цуканов, Ю. А. Шельгин, В. Н. Кашиников, О. О. Орехов,<br/>В. П. Шубин, Н. И. Поспехова, Д. В. Калинин, Е. Г. Рыбаков</i><br>Применение молекулярно-генетического<br>и иммуногистохимического методов для определения<br>микросателлитной нестабильности при колоректальном раке . . . . . | 667 |
| <i>И. Л. Черниковский, А. Г. Рылло, И. В. Правосудов, Е. С. Сердюк, А. С. Шмелев</i><br>Опыт внедрения эндовидеохирургических операций<br>при колоректальном раке в рутинную практику онкологического отделения . . . . .   | 668 |
| <i>И. И. Шапошников</i><br>Клинические аспекты метода герметизации колостомы . . . . .  | 669 |
| <i>М. А. Шашолин, А. А. Иванников, С. В. Готов,<br/>А. Е. Луговая, Д. А. Федорченко, Л. Р. Торосян</i><br>Подготовка толстой кишки к операции у больных колоректальным раком . . . . .  | 670 |
| <i>М. А. Шашолин, А. А. Иванников, С. В. Готов,<br/>А. Е. Луговая, Д. А. Федорченко, Л. Р. Торосян</i><br>Профилактика тромбоэмболий в хирургии колоректального рака . . . . .  | 671 |
| <i>М. А. Шашолин, А. А. Иванников, С. В. Готов,<br/>А. Е. Луговая, Д. А. Федорченко, Л. Р. Торосян</i><br>Коррекция нарушений статуса питания у больных<br>местнораспространенными и осложненными формами колоректального рака . . . . .  | 673 |

|  |   |            |
|--|---|------------|
| <i>М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов,<br/>А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко, Л.Р. Торосян</i>                          | Восстановление тазового дна после экстирпации прямой кишки . . . . .  | 674        |
| <i>М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов,<br/>А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко, Л.Р. Торосян</i>                          | Передняя резекция при местнораспространенным раке прямой кишки . . . . .  | 675        |
| <i>М.А. Шашолин, А.А. Иванников, С.В. Глотов,<br/>А.Е. Луговая, Д.А. Федорченко, Л.Р. Торосян</i>                          | Хирургическое лечение больных осложненными,<br>распространенными формами рака толстой кишки . . . . .   | 676        |
| <i>Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, П.С. Ветшев, А.Л. Левчук,<br/>И.Л. Андрейцев, В.А. Назаров, И.В. Степанюк, Д.Ю. Федотов</i> | Опыт применения высокотехнологичных операций<br>в хирургическом лечении рака прямой кишки . . . . .   | 677        |
| <i>А.В. Шелехов, В.В. Дворниченко, Р.И. Расулов, А.В. Шевчук, Н.А. Москвина</i>  | Результаты неoadьювантного лечения нижеампулярного<br>рака прямой кишки при использовании схемы IFL<br>и дистанционной гамма-терапии. . . . .   | 678        |
| <i>А.В. Шелехов, В.В. Дворниченко, И.В. Ларионова,<br/>Р.И. Расулов, Д.Д. Мориков, А.Г. Захаров</i>                        | Результаты гипертермической интродуперитонеальной перфузии цитостатиков<br>при хирургическом лечении колоректального и овариального рака. . . . .   | 679        |
| <i>Ю.А. Шелыгин, С.А. Фролов, С.И. Ачкасов, О.И. Сушков, А.Г. Запольский</i>   | Непосредственные результаты правосторонних<br>гемикол-эктомий, выполненных с использованием различных лапа-<br>роскопических методов по поводу рака правой половины ободочной кишки . . . | 680        |
| <i>К.Г. Шостка, Л.Д. Роман, А.Н. Павленко</i>  | Отдаленные результаты лечения пациентов с местно-распространенным<br>раком прямой кишки после эвисцераций малого таза . . . . .   | 681        |
| <i>С.Н. Щерба, В.В. Половинкин</i>   | Раневая инфекция после цилиндрической экстралеваторной<br>экстирпации прямой кишки, выполненной онкологическим больным. . . . .   | 682        |
| <i>С.А. Яковлев, А.В. Поздняков</i>  | МРТ в предоперационной оценке рака прямой кишки . . . . .   | 683        |
| <i>В.В. Яновой, С.В. Ходус, К.В. Пустовит, А.А. Симоненко, В.В. Ларионов</i>   | Предоперационная коррекция дыхательных расстройств у пациентов<br>с колоректальным раком . . . . .  | 684        |
| <i>В.В. Яновой, С.В. Аникин, С.В. Ходус, А.С. Симоненко, К.В. Пустовит</i>   | Варианты использования илеосцендоцекального комплекса<br>в качестве «неоректум» при «низкой» резекции прямой кишки . . . . .  | 685        |
| <i>П.А. Ярцев, Б.Т. Цулеискири, Т.П. Пинчук, И.И. Кирсанов</i>   | Миниинвазивные технологии в лечении рака ободочной кишки,<br>осложненного кишечной непроходимостью. . . . .   | 686        |
| <b>Раздел 8. ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ . . . . .</b>   |   | <b>689</b> |
| <i>С.В. Авдеев, К.В. Федотушкина, Л.А. Коломиец</i>  | Влияние сочетанной ксеноновой и эпидуральной анестезии<br>на кислородное снабжение при операциях у больных гинекологическим<br>раком с метаболическим синдромом . . . . .                 | 690        |

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>И. Р. Аглуллин, А. В. Панов, И. Р. Сафин, Л. Ш. Ибрагимова</i><br>Опыт реконструктивно-пластических оперативных вмешательств<br>в лечении местно-распространенных форм рака вульвы. . . . .  | 691 |
| <i>Д. А. Алиева, Б. Д. Юсупов, М. Дартел, Н. Бутман</i><br>Расхождение результатов цитологии и гистологии<br>в выявлении неоплазии шейки матки в Узбекистане . . . . .  | 692 |
| <i>И. И. Антонеева, Т. В. Абакумова, Д. Р. Долгова, Т. П. Генинг</i><br>Свободнорадикальные реакции в эритроцитах больных раком<br>шейки матки при воздействии фемтосекундного лазерного излучения . . . . .                                      | 693 |
| <i>Н. Э. Атаханова, Н. Н. Захирова, А. Ж. Каххаров</i><br>Комбинированная терапия рака тела матки IV B стадии . . . . .   | 694 |
| <i>О. М. Ахмедов, Н. Ш. Юлдашева, Н. А. Умарова, В. С. Наврузова</i><br>Особенности неoadъювантной химиотерапии рака шейки матки<br>в сочетании с иммунопрофилактикой . . . . .   | 694 |
| <i>Ф. Ш. Ахметзянов, А. Ф. Ахметзянова, А. М. Муллагалеева,<br/>Э. Ю. Миндубаев, С. З. Сафина</i><br>Комплексное лечение больных раком шейки матки<br>с высоким риском прогрессирования. . . . .  | 695 |
| <i>Л. А. Аширафян, И. Б. Антонова, О. И. Алешикова, Н. А. Бабаева</i><br>Возможности хирургического лечения местнораспространенного<br>рака шейки матки . . . . .   | 696 |
| <i>Л. А. Аширафян, И. Б. Антонова, Н. А. Бабаева, О. И. Алешикова</i><br>Диагностическая и прогностическая значимость онкобелка E7<br>при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях у беременных . . . . .                                       | 697 |
| <i>Ф. Ф. Бадретдинова, Ш. Х. Ганцев, В. Б. Трубин</i><br>Дифференцированный подход в лечении патологии культи<br>шейки матки после субтотальной гистерэктомии . . . . .   | 698 |
| <i>Д. С. Баскаков, В. Э. Хороненко</i><br>Адъювантные препараты анестезиологического пособия в профилактике<br>синдрома послеоперационной тошноты и рвоты в онкогинекологии. . . . .  | 699 |
| <i>Е. В. Бахидзе, Э. И. Лалианци, В. М. Мерабишвили</i><br>Оценка эффективности лечения больных раком тела матки<br>в стационаре на основе расчета пятилетнего кумулятивного показателя<br>наблюдаемой и скорректированной выживаемости . . . . . | 701 |
| <i>Е. В. Бахидзе, И. А. Балдуева</i><br>Применение иммуномодулятора «Неовир» в комплексном лечении<br>больных дисплазией и преинвазивной карциномой шейки матки. . . . .  | 702 |
| <i>Е. В. Бахидзе, О. Ф. Чепик</i><br>Современные подходы к диагностике и мониторингу предрака<br>и ранних форм рака шейки матки. . . . .  | 703 |
| <i>О. А. Беляева, В. Г. Беспалов, А. Н. Стуков, К. Ю. Сенчик,<br/>Г. С. Киреева, В. А. Аристова, Ю. А. Мочалина</i><br>Разработка новой технологии химиоперфузионного лечения<br>диссеминированного рака яичников в эксперименте. . . . .         | 704 |
| <i>И. В. Берлев, А. Ф. Урманчеева, Е. А. Некрасова, А. С. Хаджимба, А. Б. Сапаров</i><br>Особенности лапароскопической хирургии у больных раком<br>эндометрия с ожирением . . . . .   | 705 |
| <i>И. В. Берлев, А. Ф. Урманчеева, Е. А. Некрасова, А. С. Хаджимба, А. Б. Сапаров</i><br>Анализ хирургического лечения рака эндометрия<br>лапароскопическим и лапаротомным доступами. . . . .   | 706 |

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>В. Н. Богатырев, В. В. Попов, И. В. Паниченко, И. Ю. Лепина,<br/>Л. С. Анисова, К. В. Михалев</i><br>Иммуноцитохимическое определение Цитоактивом®<br>продуктивной инфекции HPV.....   | 707 |
| <i>А. Б. Виллерт, Л. А. Коломиец, А. А. Иванова,<br/>Е. А. Малиновская, Н. В. Чердынцева</i><br>Клинико-патологические особенности рака яичников<br>у больных с мутацией BRCA1 5382insC в Сибирском регионе.....  | 708 |
| <i>М. А. Виноградова, Е. С. Полушкина, Р. Г. Шмаков</i><br>Беременность в ремиссии онкогематологических заболеваний .....   | 709 |
| <i>М. В. Волочаева, Р. Г. Шмаков, А. А. Пароконная</i><br>Алгоритм ведения беременности и родов у женщин<br>с раком молочной железы .....   | 710 |
| <i>Н. Н. Волченко, А. С. Шевчук, О. В. Борисова</i><br>Цитологическая диагностика пограничных опухолей яичников<br>(ПОЯ) в асцитической жидкости .....  | 711 |
| <i>А. Н. Востров, В. И. Казакевич, Л. А. Митина, С. О. Степанов</i><br>Возможности ультразвуковой диагностики рака<br>не увеличенных яичников .....   | 712 |
| <i>А. Е. Голубенко</i><br>Первый опыт лапароскопической гистерэктомии при лечении рака<br>тела матки в условиях регионального онкологического диспансера.....   | 713 |
| <i>Т. Е. Горбушина, О. В. Астафьева, К. Б. Кузовлева, О. С. Соколова, И. Г. Левицкая</i><br>Роль доплерографии в контроле эффективности химиолучевой терапии<br>местнораспространённого рака шейки матки.....   | 714 |
| <i>О. Г. Григорук, А. Ф. Лазарев</i><br>Современные возможности цитологической диагностики рака яичников.....   | 715 |
| <i>Л. В. Демидова, А. В. Бойко, Е. А. Дунаева, О. Б. Дубовецкая,<br/>Т. А. Телеус, Б. Я. Алексеев, С. В. Смирнова</i><br>Расширение показаний к проведению лучевой терапии у больных<br>раком шейки матки, осложненного патологией мочевыводящих путей..... | 717 |
| <i>Л. А. Дударева-Истру, А. Г. Мунтяну, С. В. Сидорова, А. В. Забунов, Д. П. Болун</i><br>Возможности лечения прогрессирующего метастатического<br>химиорезистентного рака шейки матки<br>по схеме Этопозит + Цисплатин (EP) .....                          | 718 |
| <i>Е. С. Егорова, В. Г. Черенков, И. В. Александрова,<br/>М. М. Строженков, В. В. Васильева</i><br>Новые технологии и реконструктивные операции<br>в лечении вульварных дисплазий и рака вульвы .....   | 718 |
| <i>Е. С. Егорова, В. Г. Черенков, А. А. Шпенкова, И. В. Александрова</i><br>Современные подходы к диагностике и лечению вульварных<br>дисплазий и склеротического лишая .....   | 719 |
| <i>З. М. Еникеева, Н. Ш. Юлдашева, О. М. Ахмедов, В. С. Наврузова</i><br>Применение противоопухолевого препарата ДЕКОЦИН<br>в лечении рака шейки матки .....  | 720 |
| <i>Л. Э. Завалишина, Т. В. Кекеева, Ю. Ю. Андреева,<br/>И. И. Виноградов, О. В. Воронина</i><br>Анализ мутаций гена BRAF при пограничных опухолях<br>и аденокарциномах яичника .....  | 722 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>А.А. Затолокина, Ж.А. Старцева, Л.А. Коломиец, М.А. Добрыгина, Е.С. Сухих</i><br>Эффективность комплексного лечения больных<br>местно-распространенным раком шейки матки IIb—III стадии. ....   | 722 |
| <i>М.В. Казанцева, Н.В. Порханова, С.Н. Потемин,<br/>В.В. Шматкова, Е.В. Кедрова</i><br>Чувствительность комбинации онкомаркеров HE4 и CA125<br>в диагностике рака яичников . . . . .  | 723 |
| <i>Е.А. Калабанова, Г.А. Неродо</i><br>Некоторые особенности возникновения метастазов рака шейки матки. ....   | 724 |
| <i>В.И. Киселева, Л.И. Крикунова, Л.С. Мкртчян,<br/>Л.В. Любина, Г.П. Безяева, Л.В. Панарина, И.А. Замулаева</i><br>Оценка количественных и качественных параметров вируса папилломы<br>человека в прогнозировании течения гиперпролиферативных процессов<br>шейки матки . . . . . | 725 |
| <i>М.В. Киселева, М.М. Карпейкина, М.С. Денисов</i><br>Опыт использования лапароскопической<br>экстирпации матки в лечении рака тела матки<br>у больных с тяжелой сопутствующей патологией . . . . .   | 726 |
| <i>П.И. Ковчур, И.Е. Бахлаев, А.А. Тумашевич, А.А. Михетько, Э.А. Хидишян</i><br>Ранняя диагностика рака шейки матки с учетом рака<br>in situ у женщин в Карелии . . . . .   | 727 |
| <i>П.И. Ковчур, И.Е. Бахлаев, О.В. Курмышкина,<br/>Т.О. Волкова, А.Н. Полторак</i><br>Экспрессия генов раннего ответа в опухолевой ткани — маркер<br>развития ранних форм рака шейки матки . . . . .   | 728 |
| <i>П.И. Ковчур, И.Е. Бахлаев, О.В. Курмышкина,<br/>Т.О. Волкова, А.Н. Полторак</i><br>Биомаркеры в диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии<br>3 степени и микроинвазивного рака шейки матки . . . . .  | 729 |
| <i>Л.А. Коломиец, О.Н. Чуруксаева, Л.Н. Уразова, М.К. Мерзлякова</i><br>Местно-распространенный рак шейки матки (МРРШМ):<br>особенности патогенеза, лечения, прогноза. ....  | 731 |
| <i>Е.Ф. Комарова, Е.М. Франциянц, Т.И. Моисеенко, Н.В. Черникова</i><br>Тканевой стероидный статус и уровень экспрессии ростовых факторов<br>при аденомиозе, миоме матки и сочетании аденомиоза с миомой матки . . . . .   | 732 |
| <i>Н.В. Коротких, И.Н. Куликова, Л.С. Мещерякова</i><br>Полирадиомодификация сочетанной лучевой терапии рака шейки матки . . . . .   | 733 |
| <i>О.Е. Кравцова, В.П. Никитина</i><br>К вопросу о гормональной состоятельности больных<br>распространенным раком яичников репродуктивного возраста. ....  | 734 |
| <i>Л.И. Крикунова, Л.С. Мкртчян, В.И. Киселева, И.А. Замулаева</i><br>Прогноз результатов лечения рака шейки матки с учетом<br>показателей вируса папилломы человека. ....   | 735 |
| <i>Э.И. Лалианци</i><br>Роль вирусов в возникновении онкогинекологической патологии. ....  | 736 |
| <i>Э.И. Лалианци, Е.В. Бахидзе, В.М. Мерабишвили</i><br>Оценка эффективности лечения больных раком шейки матки<br>в стационаре на основе расчета пятилетнего кумулятивного показателя<br>наблюдаемой и скорректированной выживаемости . . . . .                                    | 738 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Э.И. Лалианци, Е.В. Бахидзе, В.М. Мерабишвили</i><br>Оценка эффективности лечения больных раком яичника<br>в стационаре на основе расчета пятилетнего кумулятивного показателя<br>наблюдаемой и скорректированной выживаемости . . . . . | 739 |
| <i>А.Ю. Ляпунов, А.Л. Чернышова, Ю.М. Былина,<br/>Л.А. Коломиец, И.Г. Синилкин, В.И. Чернов</i><br>Картирование «сторожевых» лимфатических узлов<br>при органосохраняющем лечении инвазивного рака<br>шейки матки . . . . .                 | 741 |
| <i>С.Я. Максимов, Е.Н. Имянитов, К.Д. Гусейнов, А.В. Хаджимба, Т.В. Городнова</i><br>Клинические особенности BRCA-позитивного рака яичников . . . . .   | 742 |
| <i>С.Я. Максимов, М.В. Каргополова, И.В. Берлев, А.В. Хаджимба</i><br>Роль лапароскопии в диагностике и лечении рака шейки матки . . . . .  | 743 |
| <i>Н.А. Максимова, М.М. Сергеева</i><br>Сонографические доплеровские критерии диагностики<br>локальных рецидивов рака яичников . . . . .  | 744 |
| <i>Н.А. Максимова, К.П. Бойко</i><br>Сонографическая оценка эффективности химиолучевого<br>лечения рака шейки матки . . . . .   | 745 |
| <i>П.М. Манненков, А.В. Панов, М.В. Бурмистров, Э.Ю. Миндубаев, И.С. Рагинов</i><br>Влияние оксигенации на чувствительность клеток рака шейки<br>матки к химиолучевой терапии . . . . .   | 746 |
| <i>Г.Б. Мансурова, К.А. Саидова</i><br>Опыт применения аппарата GAMMA-MED в лечении рака шейки матки . . . . .  | 746 |
| <i>Г.Б. Мансурова, Б.С. Исраилов, К.А. Саидова</i><br>Особенности изменения бактериальной флоры области шейки<br>матки под влиянием дистанционной радиотерапии . . . . .  | 747 |
| <i>Г.Б. Мансурова, К.А. Саидова</i><br>Лучевое лечение больных рецидивом рака шейки матки . . . . .   | 748 |
| <i>Н.В. Маршуткина, И.И. Алентов, И.А. Корнеева,<br/>Н.С. Сергеева, М.П. Солохина, Е.Г. Новикова</i><br>HE4 и CA125 в мониторинге больных раком яичников . . . . .  | 749 |
| <i>М.К. Мерзлякова, Е.Г. Никитина, Л.Н. Уразова,<br/>Л.Ф. Писарева, А.А. Шивит-Оол</i><br>Изучение уровня распространения вируса папилломы человека<br>среди коренного женского населения республики Тыва . . . . .                         | 750 |
| <i>И.Е. Мешкова, И.В. Берлев, А.В. Черная, А.В. Хаджимба</i><br>Особенности эхографической картины<br>у онкогинекологических больных после расширенных<br>лапароскопических гистерэктомий . . . . .   | 751 |
| <i>Т.И. Моисеенко, Е.М. Францияни, М.Л. Адамян, О.Г. Шишкина, М.И. Верескунова</i><br>Влияние эстрогенпродуцирующих коморбидных гинекологических<br>заболеваний на патогенез рака репродуктивных органов . . . . .                          | 752 |
| <i>Т.И. Моисеенко, И.С. Никитин, М.Л. Адамян</i><br>Клинико-эпидемиологические особенности эстрогензависимых<br>заболеваний матки на Юге России . . . . .   | 753 |
| <i>Т.И. Моисеенко, А.А. Бирюкова, Е.А. Калабанова</i><br>Возможности лекарственной коррекции качества жизни больных раком<br>тела и шейки матки . . . . .   | 754 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Т. И. Моисеенко, Е. М. Францияни, Ф. С. Исакова</i><br>Комбинация онкомаркеров СА125 и НЕ4 в диагностике<br>опухолей яичников .....  | 755 |
| <i>С. В. Молчанов, Л. А. Коломиец, Т. Д. Гриднева</i><br>Негормональная коррекция менопаузальных нарушений<br>у онкогинекологических больных репродуктивного возраста .....   | 756 |
| <i>А. Ю. Мордань, Т. А. Куркина, А. И. Шихлярова</i><br>Процессы самоорганизации плазмы крови больных раком яичников<br>на разных этапах комплексного лечения как критерий его эффективности .....                          | 757 |
| <i>Ф. Ф. Муфазалов, Ю. А. Смирнов, Р. Г. Валеев, Т. М. Богачева</i><br>Сонография в диагностике распространенности рака шейки матки .....   | 759 |
| <i>Ф. Ф. Муфазалов, В. А. Пушкарев, Р. Г. Валеев,<br/>Р. Н. Хабибуллина, Л. Р. Багаутдинова</i><br>Значение эхографии в комплексной диагностике рака эндометрия .....   | 760 |
| <i>С. В. Мухтарулина, А. Д. Каприн, В. Л. Асташов, И. И. Ушаков, А. Н. Бобин</i><br>Роль систематической нерво-сохраняющей парааортальной<br>лимфодиссекции в лечении больных раком шейки матки ранних стадий .....         | 761 |
| <i>Г. А. Неродо, И. А. Горошинская, Е. А. Калабанова, А. А. Бирюкова</i><br>Изучение интенсивности процессов свободнорадикального<br>окисления при метастазировании рака шейки матки .....                                  | 761 |
| <i>Г. А. Неродо, В. А. Иванова, Е. А. Неродо</i><br>Безрецидивная выживаемость больных раком вульвы .....   | 763 |
| <i>Г. А. Неродо, В. А. Иванова, Е. А. Неродо</i><br>Анализ сроков возникновения рецидивов рака вульвы<br>в зависимости от различных факторов .....  | 764 |
| <i>Е. А. Неродо, Г. А. Неродо, В. А. Иванова</i><br>Время появления рецидивов рака вульвы после окончания лечения .....   | 765 |
| <i>В. М. Нечушкина, К. Ю. Морхов, В. В. Кузнецов</i><br>Адьювантная лучевая терапия при раке тела матки<br>I—II стадий: взгляд хирурга .....  | 765 |
| <i>В. П. Никитина, Г. А. Неродо, О. Е. Кравцова, Е. В. Вереникина</i><br>Изменение уровня гормонов гипофиз-надпочечниковой системы у больных<br>раком эндометрия менопаузального периода после хирургического лечения ..... | 766 |
| <i>В. И. Новик</i><br>Пути повышения эффективности цитологического скрининга<br>рака шейки матки .....  | 767 |
| <i>Е. Г. Новикова, И. А. Корнеева, Е. Ю. Московская</i><br>Опыт применения топотекана в еженедельном режиме<br>при рецидивирующем раке яичников .....   | 768 |
| <i>Е. Г. Новикова, Л. В. Демидова, А. С. Шевчук, Э. А. Кадиева</i><br>Сохранение функции яичников у пациенток репродуктивного возраста<br>при комбинированном лечении рака шейки матки .....                                | 769 |
| <i>Е. Г. Новикова, И. А. Корнеева, Е. Ю. Московская</i><br>Опыт применения топотекана в еженедельном режиме<br>при рецидивирующем раке яичников .....   | 770 |
| <i>Е. Г. Новикова, Ю. Ю. Андреева, А. С. Шевчук, О. В. Новикова</i><br>Новые подходы в органосохраняющем лечении<br>пограничных опухолей яичников .....   | 772 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Е. Г. Новикова, В. А. Антипов, А. С. Шевчук, О. В. Новикова, С. В. Анпилогов</i><br>Видеоассистированная гистерэктомия<br>с лимфаденэктомией при раке эндометрия . . . . .  | 772 |
| <i>О. В. Новикова, С. М. Пронин, Ю. Ю. Андреева, Ю. А. Лозовая</i><br>Эффективность внутриматочной левоноргестрел-содержащей<br>системы и агонистов гонадотропин-рилизинг гормона<br>в лечении предрака и рака эндометрия . . . . .            | 773 |
| <i>А. В. Панов, М. В. Бурмистров, И. С. Рагинов, Э. Ю. Миндубаев, П. М. Маненков</i><br>Радиомодификация в комплексном лечении местно-распространенного<br>плоско-клеточного рака шейки матки . . . . .  | 775 |
| <i>Е. С. Полушкина, Р. Г. Шмаков, Н. Д. Хорошко,<br/>М. А. Соколова, М. А. Виноградова, Н. В. Цветаева</i><br>Программа ведения беременности и репродуктивная функция у женщин<br>с хроническими миелопролиферативными заболеваниями . . . . . | 776 |
| <i>Т. А. Прокопьева, В. М. Напольских, Е. Е. Горбунова, Е. И. Ожгихина</i><br>Рак шейки матки в Удмуртской республике: реалии и перспективы . . . . .  | 777 |
| <i>И. П. Родионова, М. Г. Тухбатуллин, М. Н. Насруллаев, Ф. Т. Хамзина</i><br>Ультразвуковая эхография и иммунологический метод<br>при диагностике прогрессирования рака яичников . . . . .  | 778 |
| <i>Л. Я. Розенко, Е. М. Франциянц, Ф. Р. Джабаров</i><br>Роль факторов антиоксидантной защиты организма<br>для отдаленной выживаемости больных раком шейки матки . . . . .   | 779 |
| <i>Л. Я. Розенко, Е. М. Франциянц, Ф. Р. Джабаров</i><br>Потенциальные возможности эндолимфатической монотерапии<br>субтерапевтическими дозами метотрексата . . . . .  | 780 |
| <i>Е. А. Ронина, Л. В. Демидова, О. В. Чулкова, Е. А. Дунаева</i><br>Местно-распространенный рак шейки матки.<br>Опыт комбинированного лечения . . . . .   | 781 |
| <i>Л. Р. Салимова, С. В. Камышов, Д. А. Пулатов, Н. Ш. Юлдашева</i><br>Сравнительная оценка качества жизни больных раком яичников<br>III стадии после иммунокорректирующей терапии . . . . .   | 783 |
| <i>М. Л. Стаханов, Л. З. Вельшер, Е. Н. Крылова, М. Р. Калинин, В. В. Киркин</i><br>Лечение больных предопухолевыми заболеваниями шейки матки<br>с помощью углекислотного лазера . . . . .   | 784 |
| <i>М. Л. Стаханов, Е. Н. Крылова, В. В. Киркин</i><br>Лечение больных краурозом и (или) лейкоплакией вульвы<br>низкоинтенсивным лазерным излучением . . . . .  | 785 |
| <i>И. В. Столярова, Б. А. Минько, А. А. Ярошук, В. В. Шарапова</i><br>Роль современных УЗ-технологий в планировании<br>лучевой терапии больных раком шейки и тела матки . . . . .  | 786 |
| <i>И. В. Столярова, В. В. Шарапова, Е. К. Яковлева</i><br>Современные возможности сверхвысокопольных МРТ<br>в диагностике рака шейки матки . . . . .   | 787 |
| <i>Ю. Ю. Табакман, А. А. Каниболоцкий, А. Ю. Костин, А. Х. Биштави</i><br>Рак и предрак эндометрия: оценка диагностической<br>значимости компьютерной морфометрии . . . . .  | 788 |
| <i>И. А. Трофименко</i><br>Место магнитно-резонансной томографии в алгоритме<br>предоперационного обследования пациентов с раком тела и шейки матки . . . . .  | 789 |

---

|  |     |
|--|-----|
| <i>О.И. Трушина, О.Ю. Шипулина</i><br>Результаты исследования вирусной нагрузки ДНК<br>ВПЧ у больных с предраком и начальным раком шейки матки .....   | 790 |
| <i>С.В. Туманян, Д.В. Ярцева</i><br>Интегральные индексы интоксикации, как критерии оценки<br>тяжести у больных раком яичников .....   | 791 |
| <i>А.А. Тумашевич, П.И. Ковчур, И.Е. Бахлаев, К.В. Гаврина</i><br>Цитологические и гистологические параллели при<br>преинвазивном и микроинвазивном раке шейки матки.<br>Обоснованность методов лечения..... | 792 |
| <i>В.Г. Туркевич, С.В. Канаев</i><br>Результаты сочетанного лучевого лечения рака шейки матки.....   | 793 |
| <i>В.Г. Туркевич, С.В. Канаев</i><br>Эффективность лучевого лечения рака тела матки.....   | 794 |
| <i>В.Г. Туркевич</i><br>Ранние и поздние токсические эффекты в лучевом лечении<br>рецидивного рака тела матки .....  | 796 |
| <i>В.Г. Туркевич</i><br>Токсические эффекты при радиотерапии рецидивного рака шейки матки.....   | 797 |
| <i>В.Г. Туркевич</i><br>Ранние и поздние радиационные эффекты в лучевом лечении<br>рака шейки матки.....   | 798 |
| <i>В.Г. Туркевич</i><br>Клинико-радиобиологическая оценка результатов брахитерапии<br>рецидивного рака шейки матки .....   | 799 |
| <i>Е.И. Филатова, Е.Н. Дятчина, Е.Н. Былинская, С.Д. Алаберг, Г.В. Сизов</i><br>Использование препаратов «Колетекс» при лучевом лечении<br>местнораспространенного рака вульвы.....                          | 800 |
| <i>Е.М. Франциянц, Е.Ф. Комарова, В.П. Никитина,<br/>Д.А. Спиридонова, Н.Д. Черярина</i><br>Уровень Е7, антигена плоскоклеточной карциномы<br>и метаболитов эстрогенов в ткани рака шейки матки.....         | 801 |
| <i>Г.Ж. Хакимова, З.Ш. Махмудова, Д.А. Пулатов, С.В. Камышов</i><br>Методика поэтапного обследования женщин в смотровом кабинете.....  | 802 |
| <i>Л.В. Хышиктуев, А.В. Мункуев, П.В. Жуков,<br/>Н.В. Чернорубашкина, Р.Н. Демонов</i><br>Ангиографическая химиоэмболизация<br>при распространенном раке шейки матки .....                                   | 803 |
| <i>А.Л. Чернышова, Н.В. Бочкарева, Л.А. Коломиец,<br/>Ю.М. Былина, И.В. Кондакова</i><br>Иммуногистохимические маркеры и ферменты метаболизма эстрогенов при раке<br>эндометрия .....                        | 803 |
| <i>А.Л. Чернышова, Л.А. Коломиец, Ю.М. Былина,<br/>А.Ю. Ляпунов, И.Г. Синилкин, В.И. Чернов</i><br>Определение сторожевых лимфатических узлов<br>при хирургическом лечении рака шейки матки.....             | 804 |
| <i>А.Л. Чернышова, Л.А. Коломиец, Ю.М. Былина, А.Ю. Ляпунов</i><br>Метод формирования «запирательного» аппарата после органосохраняющего<br>лечения инвазивного рака шейки матки.....                        | 805 |

---

|   |            |
|---|------------|
| <i>А.Л. Чернышова, Н.В. Бочкарева, Л.А. Коломиец, Ю.М. Былина, И.В. Кондакова</i><br>Математическая модель развития рака эндометрия у больных<br>с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне<br>метаболического синдрома. . . . .                            | 806        |
| <i>К.Т. Шакиров, Р.Ш. Хасанов, С.Е. Габитова, И.Ф. Раббаниев,<br/>Э.В. Нагуманов, Л.Г. Карпенко, И.А. Гилязутдинов</i><br>Результаты скрининга рака шейки матки в Республике Татарстан. . . . .   | 807        |
| <i>Э.Ж. Шакирова, Р.Ш. Хасанов, И.А. Гилязутдинов, А.М. Муллагалеева</i><br>Проблемы стадирования местнораспространенного рака шейки матки . . . . .  | 809        |
| <i>А.И. Шихлярова, Г.А. Неродо, А.П. Меньшенина, Т.<br/>.А. Куркина, А.Ю. Мордань</i><br>Морфоструктура асцитической жидкости как критерий прогноза<br>эффективности химиотерапии распространенного рака яичников . . . . .   | 810        |
| <i>К.Г. Шостка, А.Ф. Урманчеева, А.Н. Павленко,<br/>А.В. Фокина, К.В. Арутюнян</i><br>Непосредственные результаты эвисцераций малого таза<br>при раке шейки матки . . . . .   | 811        |
| <i>Н.Ш. Юлдашева, О.М. Ахмедов, Н.А. Умарова, В.С. Наврузова</i><br>Оценка эффективности применения таксанов<br>при местнораспространенном раке яичника . . . . .   | 812        |
| <i>Н.В. Юнусова, И.В. Кондакова, Л.А. Коломиец,<br/>В.Д. Коваль, А.Л. Чернышова, В.Д. Коваль, Т.В. Тропина</i><br>Экспрессия ассоциированных с клеточной подвижностью белков<br>при раке эндометрия и яичников: связь с инвазией и метастазированием . . . . .      | 813        |
| <i>Н.В. Юнусова, Л.А. Коломиец, И.В. Кондакова,<br/>О.Н. Асадчикова, А.Л. Чернышова, В.В. Недосеков</i><br>Рак эндометрия на фоне метаболического синдрома: особенности<br>системы инсулиноподобных факторов роста. . . . .   | 814        |
| <i>Л.Е. Юркова</i><br>Комбинированная химиотерапия элоксатин/паклитаксел<br>при рефрактерном раке яичников . . . . .  | 815        |
| <b>Раздел 9. ОНКОУРОЛОГИЯ. . . . .</b>  | <b>817</b> |
| <i>Б.Я. Алексеев, К.М. Ньюшко, А.А. Крашенинников, Н.В. Воробьев, А.Д. Каприн</i><br>Результаты радикальной простатэктомии с расширенной<br>тазовой лимфаденэктомией у больных раком предстательной железы<br>с наличием метастазов в лимфатических узлах . . . . . | 818        |
| <i>Б.Я. Алексеев, К.М. Ньюшко, А.А. Крашенинников, Н.В. Воробьев, Г.А. Франк,<br/>Ю.Ю. Андреева, А.Д. Каприн</i><br>Расширенная тазовая лимфаденэктомия улучшает<br>отдаленные результаты хирургического лечения<br>у больных раком предстательной железы . . . . . | 819        |
| <i>Б.Я. Алексеев, М.П. Головащенко, К.М. Ньюшко, Е.В. Филоненко, А.Д. Каприн</i><br>Внутрипузырная химиотерапия митомицином С<br>в комбинации с низко-интенсивной лазерной терапией<br>у больных немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря . . . . .               | 820        |
| <i>Б.Я. Алексеев, К.М. Ньюшко, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева, А.Д. Каприн</i><br>Высокий риск инцидентального рака предстательной железы<br>у больных, перенесших цистэктомию по поводу мышечно-инвазивного<br>рака мочевого пузыря . . . . .                           | 821        |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Б. Я. Алексеев, А. С. Калпинский, К. М. Нюшко, Н. В. Воробьев,<br/>М. П. Головащенко, А. Н. Андрианов, Е. В. Прядилова, А. Д. Каприн</i>   |     |
| Двусторонний рак почек: результаты хирургического лечения . . . . .   | 822 |
| <i>Б. Я. Алексеев, А. С. Калпинский, К. М. Нюшко, Н. В. Воробьев, В. А. Поляков,<br/>М. П. Головащенко, Е. В. Прядилова, А. Н. Андрианов, А. Д. Каприн</i>  |     |
| Лапароскопическая резекция почки с использованием<br>радиочастотной абляции. . . . .  | 823 |
| <i>П. Г. Березин, В. В. Милованов, А. А. Иванников</i>  |     |
| Возможности лечения кастрационно-резистентного<br>рака предстательной железы. Место «Октреотида-лонг» ФС . . . . .  | 824 |
| <i>П. Г. Березин, В. В. Милованов, А. А. Иванников</i>  |     |
| Лечение пациентов с биохимическим рецидивом после<br>радикальной простатэктомии . . . . .   | 825 |
| <i>В. Г. Беспалов, Я. Г. Муразов, А. А. Кужанов, А. В. Панченко,<br/>О. Ф. Чепик, В. С. Султанов</i>  |     |
| Химиопрофилактика рака предстательной железы: возможности применения<br>препаратов растительного происхождения на основе полипrenoлов. . . . .  | 827 |
| <i>В. А. Бирюков, С. С. Русецкий, Д. В. Неледов, Г. Н. Гришин, Д. Б. Санин</i>  |     |
| Низкодозная брахитерапия под контролем спирального<br>компьютерного томографа при лечении пациентов группы<br>промежуточного прогноза рака предстательной железы.<br>Результаты дозиметрического контроля, безрецидивная выживаемость . . . . . | 828 |
| <i>О. А. Богомолов, Г. М. Жаринов, М. И. Школьник, Н. Ю. Некласова</i>  |     |
| Возможная частота индолентного течения рака предстательной железы. . . . .  | 829 |
| <i>С. А. Варламов, В. С. Дорошенко, Д. И. Ганов, М. С. Победенный, А. Ф. Лазарев</i>  |     |
| Факторы прогноза у больных локализованным<br>и местно-распространенным раком предстательной железы. . . . .   | 830 |
| <i>Л. З. Вельшер, М. Л. Стаханов, Ю. Ю. Горчак, Г. Б. Ишевский, Е. Ю. Костин</i>  |     |
| Оценка возможностей применения лазерного излучения<br>для хирургического лечения больных раком почки . . . . .  | 831 |
| <i>Л. З. Вельшер, М. Л. Стаханов, Ю. Ю. Горчак, Г. Б. Ишевский, Е. Ю. Костин</i>  |     |
| Лазерное удаление опухоли мочевого пузыря с помощью<br>излучения отечественного полупроводникового хирургического лазера . . . . .  | 832 |
| <i>Л. З. Вельшер, М. Л. Стаханов, Ю. Ю. Горчак, Е. В. Аниканова,<br/>Н. В. Юдина, Г. А. Чочуа</i>   |     |
| Анализ 5-летних результатов биоэлектротерапии больных<br>раком предстательной железы . . . . .  | 833 |
| <i>Л. Ю. Владимирова, И. Л. Попова, В. Ф. Касаткин, А. Н. Шевченко</i>  |     |
| Опыт применения препарата сорафениб в лечении генерализованных форм рака. . .   | 834 |
| <i>Е. В. Голуб, Г. Ф. Михайлова, Т. Г. Шкаврова</i>   |     |
| Эффективность применения молекулярных зондов при светлоклеточном<br>раке почки для оценки риска отдаленных метастазов . . . . .   | 835 |
| <i>Н. А. Горбань, О. Б. Карякин, А. М. Попов, С. В. Иванова, А. Г. Кудайбергенова</i>   |     |
| Морфологические характеристики локализованного и метастатического<br>почечно-клеточного рака . . . . .  | 836 |
| <i>Д. А. Гранов, М. И. Школьник, Д. Н. Майстренко, А. Д. Белов, Е. А. Белова,<br/>В. В. Осовских, Э. И. Ярандайкина, И. А. Шумский</i>  |     |
| Возможности реконструкций нижней полой вены в лечении<br>больных почечноклеточным раком. . . . .  | 837 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Ю. В. Гуменецкая, А. О. Карякин, И. А. Гулидов, С. С. Русецкий</i><br>Лучевые реакции и осложнения адъювантной<br>и спасительной дистанционной лучевой терапии<br>у больных раком предстательной железы после простатэктомии . . . . .  | 838 |
| <i>Ю. В. Гуменецкая, Ю. С. Мардынский, И. А. Гулидов</i><br>Оптимизация дистанционной лучевой терапии в лечении<br>мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря . . . . .  | 839 |
| <i>С. Н. Димитриади, А. Н. Шевченко, М. Н. Дурицкий</i><br>Лапароскопическая радикальная простатэктомия — наш опыт . . . . .   | 840 |
| <i>Б. А. Дуда, Н. П. Гидирим, М. В. Чернат, А. Е. Донская,<br/>Н. П. Коробчяну, И. Е. Гуйдя, Г. В. Горинчой, Л. И. Бакалым</i><br>Преимущества и недостатки кожной нефростомии УЗИ<br>по сравнению с уретерокутанеостомией при запущенных формах<br>рака тазовых органов с инфраренальной обструкцией мочеточников . . . . . | 841 |
| <i>Л. А. Дударева-Истру, А. Г. Мунтяну, С. В. Сидорова,<br/>А. В. Забунов, Д. П. Болун, Ю. В. Булат</i><br>Возможности полихимиотерапии гормонрезистентного<br>метастатического рака предстательной железы . . . . .   | 842 |
| <i>А. Е. Жаворонков, Р. В. Зарипов, Р. С. Куртасанов,<br/>А. В. Ларюков, Е. В. Наумов</i><br>Оценка эффективности различных МР-методик<br>в визуализации и оценке местной распространенности<br>рака предстательной железы . . . . .   | 842 |
| <i>С. В. Канаев, С. Б. Петров, А. К. Носов, С. Н. Новиков,<br/>М. М. Гиршович, Р. В. Новиков</i><br>Расстройства функции нижних мочевыводящих путей<br>при высокодозной брахитерапии по поводу рака предстательной железы . . . . .  | 844 |
| <i>С. В. Канаев, С. Н. Новиков, М. М. Гиршович, С. Б. Петров,<br/>А. К. Носов, Р. В. Новиков</i><br>Первый опыт лечения больных раком предстательной железы<br>при помощи высокодозной брахитерапии . . . . .  | 845 |
| <i>О. И. Кит, С. Н. Димитриади, А. Н. Шевченко</i><br>Модификация методики лапароскопической резекции почки . . . . .  | 846 |
| <i>О. И. Кит, Ю. А. Геворкян, Н. В. Солдаткина, Д. А. Харагезов</i><br>Морфологические особенности прорастания колоректального рака в мочевой<br>пузырь: возможность органосохраняющих оперативных вмешательств . . . . .  | 847 |
| <i>С. В. Кострицкий, А. Ю. Шестаев, В. И. Широкоград,<br/>Д. В. Семёнов, И. П. Костюк</i><br>Паллиативное лечение больных с метастазами рака почки в позвоночник . . . . .   | 848 |
| <i>О. Н. Кошелева, Е. М. Франциянц, С. В. Шашкин</i><br>Корреляция уровня PSA с наличием антител к инфекционным<br>агентам у больных новообразованиями предстательной железы . . . . .   | 849 |
| <i>Н. А. Максимова, Е. И. Агаркова, А. Ю. Максимов, А. А. Демидова</i><br>Прогнозирование риска возникновения рецидивов рака<br>мочевого пузыря в послеоперационном периоде<br>с использованием ультразвукового метода исследования . . . . .  | 850 |
| <i>Н. А. Максимова, Е. И. Агаркова</i><br>Возможности комплексной ультразвуковой диагностики при опухолевом<br>поражении почки и мочевого пузыря . . . . .   | 851 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Т.Е. Мальцева, А.С. Шатохина, А.И. Арутюнова, Е.Ф. Туаева</i><br>СУНИТИНИБ (СУТЕНТ) в терапии диссеминированного рака почки.<br>Клинический случай применения сунитиниба в условиях дневного стационара . . . . . | 852 |
| <i>З.Д. Махов, С.В. Аксенов, Д.А. Остроухов</i><br>Лечение рака почки с опухолевым тромбозом НПВ. . . . .  | 853 |
| <i>Н.Г. Минаева, Е.М. Паршков</i><br>Сравнительный анализ уровня ПСА после различных методов<br>лечения больных раком предстательной железы . . . . .  | 854 |
| <i>С.В. Мишугин, А.А. Грицкевич, Д.Г. Соков, И.Г. Русаков</i><br>Возможности повышения качества жизни больных<br>в ходе андрогенной депривации по поводу рака предстательной железы . . . . .                        | 855 |
| <i>Л.В. Москвина, Ю.Ю. Андреева, Л.Э. Завалишина, П.Г. Мальков</i><br>Гиперэкспрессия CD44—маркер неблагоприятного прогноза<br>несветлоклеточного почечно-клеточного рака. . . . .                                   | 856 |
| <i>Р.В. Никитин, И.Б. Сосновский, А.А. Грицкевич</i><br>Оценка интермиттирующей гормонотерапии (ИГТ)<br>диссеминированного и местнораспространенного рака предстательной железы . . . . .                            | 857 |
| <i>А.К. Носов, К. Ченг, С.В. Канаев, Г.И. Гафтон, В.Г. Туркевич, А.В. Мищенко,<br/>М.С. Молчанов, А.В. Воробьев</i><br>Результаты фокальной терапии рака простаты. . . . .   | 858 |
| <i>А.К. Носов, Г.И. Гафтон, С.Б. Петров, Э.М. Мамижеев</i><br>Оценка операционного доступа выполнения орхифунгулэктомии<br>при герминогенных опухолях яичка. . . . .   | 860 |
| <i>А.К. Носов, Г.И. Гафтон, С.Б. Петров, Э.М. Мамижеев</i><br>Первый опыт хирургического лечения больных<br>герминогенными опухолями яичка. . . . .  | 861 |
| <i>А.К. Носов, С.Б. Петров, Е.Е. Самарцева</i><br>Сравнительная оценка результатов лапароскопической и открытой<br>резекции почки у пациентов с новообразованиями почек . . . . .                                    | 862 |
| <i>М.В. Пучинская, И.Л. Масанский</i><br>Локализации метастатических опухолей<br>при прогрессировании рака почки I стадии. . . . .   | 863 |
| <i>М.В. Пучинская, И.Л. Масанский</i><br>Некоторые особенности распространенных первичных<br>злокачественных опухолей надпочечников . . . . .  | 864 |
| <i>М.В. Пучинская, И.Л. Масанский</i><br>Прогрессирование первичных злокачественных опухолей<br>надпочечников: частота, локализация, возможности лечения . . . . .   | 865 |
| <i>М.В. Пучинская</i><br>Частота и сроки прогрессирования рака почки I стадии. . . . .   | 866 |
| <i>М.В. Пучинская</i><br>Возможности лечения прогрессирований рака почки<br>I стадии. . . . .  | 867 |
| <i>М.В. Пучинская</i><br>Частота встречаемости и выживаемость пациентов<br>с первичными злокачественными опухолями надпочечников . . . . .   | 868 |
| <i>К.Н. Сафиуллин, О.Б. Карякин</i><br>Лечение больных немышечно-инвазивным раком мочевого<br>пузыря с низким риском рецидива. . . . .   | 869 |

---

|  |     |
|--|-----|
| <i>Ю. В. Суворова, П. Г. Таразов, М. И. Школьник, И. А. Шумский</i><br>Роль паллиативной эмболизации в лечении больных неоперабельным<br>почечно-клеточным раком . . . . .   | 870 |
| <i>Ю. В. Суворова, П. Г. Таразов, М. И. Школьник, Д. Г. Прохоров</i><br>Значение предоперационной эмболизации в лечении рака почек . . . . .   | 872 |
| <i>Ю. В. Суворова, П. Г. Таразов, М. И. Школьник, И. Ю. Лисицин, С. А. Сидорова</i><br>Рентгеноэндоваскулярный гемостаз в онкоурологии . . . . .   | 873 |
| <i>Ю. В. Суворова, П. Г. Таразов, М. И. Школьник, Д. А. Тимофеев</i><br>Значение рентгеноэндоваскулярных вмешательств<br>в комбинированном лечении больных инвазивным раком мочевого пузыря . . . .                      | 874 |
| <i>В. В. Тепляков, В. Ю. Карпенко, А. В. Бухаров, В. А. Державин</i><br>Оперативные вмешательства у пациентов<br>с метастатическим поражением костей злокачественными новообразованиями<br>мочеполовой системы . . . . . | 875 |
| <i>Е. А. Усынин, Л. В. Спирина, Е. Г. Григорьев, З. А. Юрмазов</i><br>Внутриклеточный протеолиз, как фактор прогноза течения<br>и исхода заболевания у больных раком мочевого пузыря . . . . .                           | 876 |
| <i>М. Л. Харитонов, И. Е. Бахлаев, С. О. Скляр, А. Н. Гордеев, Д. А. Захаров</i><br>Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей надпочечников . .<br>877  |     |
| <i>А. Н. Шевченко, И. А. Хомутенко</i><br>Органосохраняющее лечение при раке почки . . . . .   | 878 |
| <i>З. А. Юрмазов, Е. А. Усынин, Е. М. Слонимская, И. В. Кондакова, Л. В. Спирина</i><br>Предоперационная таргетная терапия метастатического рака почки . . . . .   | 879 |

# ОНКОЛОГИЯ XXI ВЕКА — ОТ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Материалы VIII Всероссийского съезда онкологов  
Том II, СПб. 2013

*Материалы для издания собраны и подготовлены к печати сотрудниками  
отдела организации противораковой борьбы  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России»  
Ответственный за издание проф. В.М. Мерабишвили*

Корректор *Т. Д. Зубкова*

Подписано к печати 12 августа 2013 г.

Формат 60x90<sup>1</sup>/<sub>8</sub>  
Гарнитура ARSGaramondC. Объем 460. Усл. печ. л. 57,5.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 273.

Отпечатано в ООО ИПП «Ладога»  
191028, Санкт-Петербург, ул. Пестеля, д. 13/15, лит. Б, пом. 6Н

**Материалы съезда представлены в авторской редакции**