

ВЛИЯНИЕ ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ И АДЪЮВАНТНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕМОЗОЛОМИДА И ПРОИЗВОДНЫХ НИТРОЗОМОЧЕВИНЫ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ЗГГМ)

*Жумадуллаев Б.М., Ким В.Б., Быковская А.Н., Аитахунов М.Л.,
Тохмолдаева К.А., Алмабек А.Т., Каиназаров Ч.*

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г.Алматы

До настоящего времени стандартом терапии ЗГГМ была лучевая терапия, а общая выживаемость (OS) оставалась крайне низкой. Включение в послеоперационной ЛТ производных нитрозомочевины немного улучшило результаты лечения ЗГГМ. В исследованиях проведенные Европейской организацией по изучению рака (EORTC) и Национальным институтом рака Канады (NCIC) получены результаты, указывающие на увеличение 2-летней выживаемости у взрослых больных с глиобластомой (ГБ), которые получили химиолучевую терапию и адъювантную химиотерапию темозоломидом.

Методы исследования: в исследования включены 41 детей в возрасте от 4-х до 17 лет, с впервые выявленной анапластической астроцитомой (АА) – 33 и ГБ – 8 детей, с показателем общего состояния по шкале Карновского не ниже 30 и с подтвержденным гистологическим диагнозом. Всего мальчики – 27 (65,8%), девочки – 14 (34,2%), из них: 4-9 лет – 16 детей, 10-14 лет – 18 детей и 15-17 лет – 7 детей (медиана возраста – 10,4 лет). Объем предшествующего оперативного лечения указывался нейрохирургом и подтверждался МРТ с КУ перед началом химиолучевого этапа терапии. Тотальное удаление опухоли – 12 (36,4%), частичное удаление – 18 (54,1%) и биопсия опухоли – 3 (9,1%).

Протокол лечения: ЛТ + темозоломид + фотемустин /или CCNU (1 цикл) + 6 циклов ПХТ (темозоломид+ фотемустин/ или ломустин). ЛТ проводился на линейном ускорителе спустя 2-3 недели после операции на зону опухоли с захватом здоровой ткани, отступая на 3 см от краев поражения в РОД=1,8 Гр, 5 фракции в неделю, до СОД=55 Гр. Одновременно с ЛТ в первую неделю облучения проводился один цикл ПХТ: - Темозоломид-150 мг/м², в капсулах, в 1 – 5 дни; - Фотемустин - 100 мг/м², в/в, капельно – 1, 8 день (или CCNU- 120 мг/м² – 1 день, через 2 часа после приема темодала).

Результаты. По данным МРТ головного мозга с КУ полный эффект наблюдался у 7 (17,5%), частичный ответ – у 12 (30,0%),

стабилизация процесса – у 13 (32,5%) и прогрессирования заболевания – у 8 (20,0%) больных. При этом патологические неврологические симптомы заболевания после ХЛЛ этапа значительно регрессировали у 82,5% пациентов и активность по шкале Карновского повысились от 30- 60 до 60 – 100 у 70,0% больных, отмечалось улучшение качества жизни. В основном полный эффект был зарегистрирован у пациентов с «тотальным» удалением опухоли, но при МРТ с КУ перед ХЛЛ отмечались накопление контрастного вещества в виде линейности по краям удаленной первичной опухоли. Объективный ответ при проведении химиолучевого этапа и цикловой ХТ был получен у 32 (80,0%) пациентов. OS оценена у всех пациентов: 1-годичная OS для всей группы составила – 85,4±5,5%, 2-летняя выживаемость – 75,6±6,7%, при медиане наблюдения 16,6 мес. Выживаемость без прогрессирования заболевания (PFS) оценена у всех больных: 1- годичная PFS составила – 70,7±7,1% и 2-летняя PFS – 51,2±7,8%.

Выводы: Результаты лечения ЗГГМ напрямую зависят от объема хирургического и химиолучевого лечения. Полученные данные демонстрируют эффективность химиолучевого лечения и цикловой химиотерапии темозоломидом и производными нитрозомочевины в лечении детей с первично диагностированной АА и ГБ. Общая 2-летняя выживаемость составила 75,6±6,7%, а 2-летняя выживаемость без прогрессирования - 51,2±7,8%. Т.о., на основании литературных данных и данных собственного исследования в настоящее время стандартом лечения ЗГГМ у детей следует считать максимальное хирургическое удаление опухоли с последующим проведением ЛТ с одновременным и адъювантным применением темозоломида и производных нитрозомочевины.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ОКРУГЛЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Чапаган Д.А.

КГКП «Областной онкологический диспансер» г. Караганда, Казахстан

Объемные образования легких являются одними из сложных диагностических задач. Трудность дифференциальной диагностики заключается в том, что рентгенологически определяемая тень в легком, может быть отображением более 70 заболеваний. Методом выбора всегда считалось проведение трансторакальной биопсии под контролем рентгеноскопии. В последние годы в диагностике округлых образований легких широко используется метод ультразвукового исследования, который при субплевральном локализации образования обладает высокой специфичностью и точностью.

Цель исследования – изучить возможность проведения трансторакальной пункционной биопсии округлых образований легкого под контролем ультразвукового исследования

Материалы и методы. Проведено ультразвуковое исследование легких с последующей трансторакальной пункцией у 157 больных с округлыми образованиями. Возраст пациентов от 53 до 82 лет. Исследование проводили в Карагандинском онкологическом диспансере.

УЗИ проводилось на аппарате Medison (Южная Корея) с конвексным датчиком 3,5-5 МГц. Трансторакальная пункция

проводилась после рентгенологического обследования и визуализации образования при эхографии. Положение больного при проведении трансторакальной пункции зависело от локализации образования в легком. Использовался метод «свободной рукой», когда направление пункции выбирается путем исследования в двух взаимно перпендикулярных плоскостях, по отношению к образованию.

Результаты и обсуждение. Эффективная визуализация образования в легком, а также проведение трансторакальной пункционной биопсии возможно только при его субплевральном расположении. При проведении трансторакальной пункции под контролем рентгеноскопии глубина залегания опухоли с учетом мягких тканей грудной клетки должна быть не более 6-7см. А при проведении ее под контролем эхографии основное значение имеет месторасположение опухоли по отношению к висцеральной плевре.

Важным преимуществом трансторакальной аспирационной биопсии является возможность определения зоны опухоли, оптимальной для забора аспирационного материала, а также глубины введения пункционной иглы. Это позволяет избежать

зон распада в опухоли. Трансторакальная аспирационная биопсия под контролем цветового доплеровского картирования позволяет визуализировать сосудистые структуры, окружающие опухоль или определяющиеся внутри нее, и, следовательно, избегать их повреждения при взятии пробы из опухоли. Также большое значение имеет отсутствие лучевой нагрузки на врачей, проводимых данную манипуляцию и пациента, особенно при повторных пункциях.

В исследовании трансторакальная пункционная биопсия

проводилась при локализации образования в корне легкого, верхушечных сегментах, возле крупных сосудов. Размеры образования при проведении пункционной биопсии варьировали от 1 до 11 см.

Выводы. Трансторакальная пункционная биопсия под контролем ультразвукового исследования субплеврально расположенных округлых образований легких является информативным методом верификации диагноза.

ВОПРОСЫ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА РОТОГЛОТКИ

Тулбаев Р.К., Исмагулова Э.К., Шагатаева Б.А.

*АО «Медицинский университет Астана», Западно-Казахстанский
государственный медицинский университет имени М.Оспанова*

Целью нашего исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения рака ротоглотки.

Мы провели анализ результатов лучевого и химиолучевого лечения 117 больных раком ротоглотки с использованием гиперфракционированного облучения и стандартной лучевой терапии, а также комбинированного применения лучевой терапии и лекарственной с использованием цисплатина и фторурацила.

В зависимости от вида консервативного лечения больные были распределены на две группы: 1гр.- 80 больных, получивших лучевую терапию в самостоятельном варианте;

2гр.- 37 получили комбинированное лечение: неоадьювантную химиотерапию и лучевую терапию в двух режимах фракционирования (15 больным стандартная лучевая терапия и 22 – гиперфракционированное облучение).

Сравнительный анализ эффективности двух вариантов лучевой терапии: частота рецидивов после гиперфракционированного облучения (40,8%) оказалась ниже, чем после стандартного облучения (54,8%). Общая частота неудач лечения (остаточная опухоль, рецидивы заболевания, отдаленные метастазы) при гиперфракционировании составила 70,5% против 87,1% при обычном фракционировании.

Показатели общей выживаемости и безрецидивной выживаемости у больных после гиперфракционирования оказались выше (35,7%), чем после стандартного облучения (17,5%). Пятилетняя выживаемость после гиперфракционированного облучения среди больных с III и IV стадиями заболевания составила 52,8±8,1% и 21,8±6,2% против 22,5±5,1% и 8,3±4,0% после стандартного облучения. Общая 5-ти летняя выживаемость больных, перенесших лучевую терапию составила 25,4±2,9%, безрецидивная- 21,2±2,9%. Показатели общей

и безрецидивной 5-ти летней выживаемости у больных с IV стадией статистически значимо ниже (15,1%), чем показатели у больных с III стадией (34,3%). Рецидивы у больных с IV стадией отмечались в 1,3 раза чаще, чем с III.

Неоадьювантная химиотерапия рака ротоглотки показала значительную лечебную эффективность при использовании двух режимов облучения: показатели 5-ти летней общей и безрецидивной выживаемости больных после химиолучевой терапии составили 32,8% и 30,8% соответственно. Показатели 5-ти летней выживаемости у больных с III и IV стадией составили 41,7% и 25,7% соответственно. Проведение неоадьювантной химиотерапии и облучения в режиме гиперфракционирования вызывает большую эффективность по сравнению с аналогичной лекарственной терапией, сочетавшейся со стандартным курсом облучения. Так, 3-х летняя общая выживаемость составила 43,0±5,9% и 22,0±9,8%.

Таким образом, результаты проведенных клинических исследований показали несомненное преимущество методики гиперфракционированного облучения рака ротоглотки по 1Гр три раза в день с суточной дозой 3Гр. Расщепление курса лучевой терапии на три этапа с перерывами 14 -17 дней позволило в пределах толерантности нормальных тканей подвести к опухоли СОД в среднем до 80Гр и увеличить 5-ти летнюю выживаемость больных с III-IV стадиями рака ротоглотки до 35,7±5,3% и 18,0±3,0% соответственно. Неоадьювантная химиотерапия рака ротоглотки показала значительную лечебную эффективность при использовании двух режимов облучения. Полная регрессия опухоли выявлена у 57,6% больных 4 подгруппы и у 55,6% больных в 3 подгруппе. Рецидивы выявлены у 42,1% больных 4 подгруппы и у 50,0%- 3 подгруппы. Показатели 5-летней общей выживаемости в 3 и 4 подгруппах составили 22,2±6,2% и 36,0±6,8% соответственно.

ВЫБОР РАДИКАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Токсанбаев Д.С., Сахипов М.М., Чорманов А.Т., Баймаханов Ж.Б.

Алматы, ННЦХ им. А.Н. Сызганова

Отделение хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы

Резекционные вмешательства являются самым оптимальным объемом радикального хирургического вмешательства при первичном и метастатическом раке печени.

Цель. Провести анализ результатов радикальных резекционных вмешательств на печени при злокачественных очаговых образованиях на печени.

Материал и методы. С 2004 по 2011гг выполнено 51 анатомических и атипичных резекций печени по поводу первичного и метастатического рака печени. Всем больным было выполнено радикальное хирургическое лечение с удалением опухолевых узлов в пределах здоровых тканей. Размеры очагов варьировали от 5 до 27см в диаметре. Возраст пациентов был от 21 до 73 лет. Выполнены операции гемигепатэктомия:

РПГГЭ у 4(7,84%), ПГГЭ у 19(37,25%), ПГГЭ+ правосторонняя гемиколэктомия у 1(1,96%), РЛГГЭ у 1(1,96%) и ЛГГЭ у 5(9,8%) у больных. Левосторонняя кавальная лобэктомия (ЛКЛЭ) выполнена у 5(9,8%) и ЛКЛЭ+ атипичная бисегментэктомия у 1(1,96%) больного. Различные неанатомические резекционные вмешательства были произведены у 15(29,41%) больных. В данный анализ не включены резекционные вмешательства, выполненные по поводу холангиоцеллюлярного рака и рака желчного пузыря.

Результаты. Послеоперационные специфические осложнения после выполненных резекционных вмешательств развились у 9 (17,64%): острая печеночная недостаточность у 4(7,84%), формирование желчного свища у 1(1,96%), вну-

трибрюшное кровотечение отмечено у 4(7,84%) больных после выполненных неанатомических резекций печени. Послеоперационная летальность составила 3(5,88%) человек. Причиной послеоперационной летальности после оперативного лечения послужила острая печеночная недостаточность.

При выборе каждого из выполненных методов радикального хирургического лечения имели место свои показания и противопоказания для выполнения анатомических или нетипичных резекционных вмешательств. Учитывался размер и количество опухолевых образований, их расположение по отношению к сосудам. С применением современных специфических технологий, отработанной технике выделения элементов

ГДС и кавальных структур в группе больных с анатомическими резекциями удалось достоверно снизить общую операционную кровопотерю в среднем до 300-350мл.

Выводы. При наличии богатого опыта выполнения резекций печени, техническое оснащение операционного блока специфическим оборудованием операцией выбора для радикального лечения злокачественных очаговых поражений печени являются анатомические обширные резекции печени, которые в процессе отработки техники резекционных вмешательств на печени представляют снижение частоты послеоперационных специфических осложнений.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ Г.АЛМАТЫ НА ОСНОВАНИИ ОПРОСНИКА EORTC IN-PATSAT32

Кайдарова Д.Р., Хожаев А.А., Шатковская О.В., Балтаев Н.А.

Городской онкологический диспансер,

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Актуальность. Опросник EORTC IN-PATSAT32 представляет собой анкету, характеризующую удовлетворенность пациентов оказанной помощью в медицинском учреждении. Данный опросник содержит 32 вопроса с пяти возможными вариантами ответов, которые формируют три шкалы и один одиночный пункт. Первая шкала включает 11 вопросов и оценивает работу врачей, вторая шкала содержит также 11 пунктов и характеризует работу среднего медицинского персонала, третья шкала состоит из 9 вопросов и оценивает работу вспомогательного персонала и последний, 32-й пункт опросника характеризует общее впечатление пациента от пребывания в клинике. Важный аспект применения данного опросника заключается в возможности его использования для внутреннего аудита работы медицинского учреждения, с целью улучшения качества оказываемой медицинской помощи (КОМП).

Цель работы: мониторинг КОМП в Городском онкологическом диспансере (ГОД) г. Алматы.

Материал и методы. Для объективной оценки показателей КОМП согласно международных стандартов была проведена языковая и культурная адаптация опросника EORTC IN-PATSAT32. Динамическая оценка КОМП в ГОД г. Алматы проводилась, начиная с 2008 года ежегодно и, в свою очередь - ежеквартально. Созданная версия опросника EORTC IN-PATSAT32 заполнялась пациентами, находящимися на лечении во всех клинических подразделениях ГОД г. Алматы в конце каждого квартала.

Результаты. Сравнительная оценка показателей КОМП

в ГОД г. Алматы в динамике, начиная с 2008 года показала, что по всем шкалам опросника EORTC IN-PATSAT32 имеет место рост показателей, характеризующих улучшение КОМП, о чем говорят и результаты анкетирования за 3 квартала 2011 года. При этом, если в 2008 году по шкале, отражающей работу врачей средний балл составил $67,9 \pm 4,7$, то в 2010 году – уже $89,5 \pm 3,1$ ($p < 0,05$); по шкале, характеризующей работу среднего медицинского персонала – $62,8 \pm 4,8$ балла и $91,4 \pm 2,8$ балла ($p < 0,05$); шкале, оценивающей работу вспомогательного персонала – $64,1 \pm 4,8$ балла и $74,2 \pm 4,4$ балла ($p > 0,05$) и шкале, показывающей общее впечатление пациента от пребывания в клинике – $71,5 \pm 4,5$ балла и $90,6 \pm 2,9$ балла ($p < 0,05$) соответственно.

Заключение. После проведения согласно международных стандартов языковой и культурной адаптации опросника EORTC IN-PATSAT32 создана версия данного опросника, эквивалентная оригиналу инструмента с учетом этнолингвистических особенностей популяции. Динамический мониторинг КОМП в ГОД г. Алматы показал, что имеет место улучшение этих показателей как со стороны врачебного, так и сестринского персонала, складываясь в общую высокую оценку пациентами работы учреждения. При этом созданная версия опросника EORTC IN-PATSAT32 характеризуется высокими психометрическими свойствами, что позволяет широко применять ее для мониторинга КОМП в медицинских организациях.

ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕТРОГРАДНОГО КРОВОТОКА В МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Цаюкова Н. А.

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан
КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан*

Задачи исследования: выявление информативности доплерографических показателей ретроградного кровотока в магистральных венах нижних конечностей у больных раком молочной железы (РМЖ), получающих полихимиотерапию.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 62 пациентки РМЖ, средний возраст 56,2 года, получавших лечение в Карагандинском ООД в 2011 году. Первая стадия РМЖ диагностирована у $(43,5 \pm 6,3)\%$ больных, IIa стадия – у $(37,1 \pm 6,1)\%$, IIb стадия – у $(12,9 \pm 4,3)\%$, IIIa стадия – у $(4,8 \pm 2,7)\%$, IIIb стадия – у $(1,6 \pm 1,6)\%$ пациенток. На момент обследования $(53,2 \pm 6,3)\%$ больных получали неoadъювантную ПХТ от одного до трех курсов, $(30,6 \pm 5,9)\%$ пациенток были после

комбинированного, $(16,1 \pm 4,7)\%$ - после комплексного лечения. Инструментальное исследование включало ультразвуковое дуплексное и триплексное сканирование сосудов, которое выполнялось на УЗ-сканерах SonoAse (Medeson) с использованием конвексных датчиков 3,5-6,5 МГц и линейных датчиков с частотой 5-9 МГц. Ультразвуковое исследование выполнялось как минимум трижды во время нахождения в стационаре, а также спустя 2, 3 и 6 мес. после выписки. Количественный анализ венозного кровотока включал в себя оценку параметров: максимальной скорости кровотока (V_{max}), усредненной по времени средней скорости кровотока (TAV_{mean}), усредненной по времени максимальной скорости кровотока (TAV_{max}), объемной скорости

кровотока (Volume velocity – V vol). Объемную скорость кровотока рассчитывали по формуле:

где V vol – объемная скорость кровотока (мл/мин); π – константа, равная 3,14; D – диаметр вены (см); TAV mean – усредненная по времени средняя скорость кровотока (см/с). Использовали компьютерную программу «Statistica 5.5», проведено сравнение показателей по T-критерию Стьюдента.

Результаты. Из 62 обследованных больных у 22 пациенток диагностировали тромбоз вен нижних конечностей.

Средний TAM max составил (8,7±0,9) см/с, средний пока-

$$V \text{ vol} = 60 \cdot \frac{\pi \cdot D^2}{4} \cdot TAV \text{ mean}$$

затель V vol – (49,5±5,9) мл/мин. В группе больных РМЖ без тромбоза повышенный показатель V vol наблюдали в два раза чаще, а показатель TAM max – в два раза реже. При определении частоты встречаемости показателей TAM max и V vol у больных

раком молочной железы, получающих химиотерапию, выявлена следующая зависимость. В группе больных раком молочной железы без тромбоза повышенный показатель V vol наблюдали в два раза чаще, а показатель TAM max – в два раза реже.

При определении средних показателей TAM max и V vol у больных раком молочной железы, получающих химиотерапию, по группам сравнения выявили, что достоверной разницы средних показателей нет.

Риск возникновения тромбоза нижних конечностей у больных РМЖ достоверно коррелирует со всеми ультразвуковыми показателями. Прямая корреляционная зависимость тромбоза вен нижних конечностей выявлена при повышенном показателе TAM max (p<0,003) и V vol (p<0,003), обратная – выявлена при положительном ЦДК (p<0,003).

Выводы: В группе больных РМЖ с тромбозом повышенные скоростные показатели кровотока встречаются в два раза чаще, чем в группе пациенток без тромбоза (p<0,05).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ЖЕНЩИН В ГОРОДЕ БАКУ

Ватанха С. С.

Национальный центр онкологии Минздрава Азербайджанской Республики, Азербайджанская Республика, г.Баку

В структуре смертности населения земного шара от всех нозологических форм злокачественных новообразований занимает 3-е место, а в ряде стран высокоразвитой индустрией конкурирует с показателями смертности сердечно-сосудистых заболеваниями [2, 10].

Рак молочной железы во многих частях земного шара является одной из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей у женщин. Кроме того, это одна из лидирующих причин смерти женщин от рака [1].

Примечательно, что с 1999 г. онкологические заболевания обогнали сердечно-сосудистые в качестве лидирующей причины смертности среди лиц моложе 85 лет. Среди лиц старше лет наблюдается обратная ситуация [7].

В мире в 2002 году по различным оценкам произошло 11 миллионов новых случаев заболевания злокачественными новообразованиями и 7 миллионов смертей в результате их развития. И, в то же время, приблизительно 25 миллионов человек живут, продолжая болеть раком [8].

Различия в заболеваемости, смертности и распространенности злокачественных новообразований в отдельных регионах мира связаны с генетическими различиями и старением населения, однако, также играют роль и корректируемые фак-

торы риска, такие, как курение, и факционные заболевания, питание (недостаточное употребление фруктов и овощей) и физическая деятельность. Другие корректируемые факторы риска включают в себя избыточную массу тела/ожирение, загрязнение воздуха в городах, задымление жилых помещений из-за использования огня в хозяйстве, небезопасный секс и нестерильные инструменты в медицинских учреждениях [6].

Судя по всему, не менее одной трети смертей от онкологических заболеваний в мире можно предотвратить. Известные к настоящему времени этиологические факторы развития злокачественных новообразований подразделяют на химические вещества и вещества естественного происхождения, лекарственные препараты и гормоны, возбудители инфекций различные их ассоциации [9].

При раке молочной железы лишь 5-10% случаев обусловлены наследственными факторами. Среди случаев наследственного и семейного рака молочной железы приблизительно половину из них ответственны мутации BRCA1 и/или BRCA2 [5].

В настоящее время сложилось представление о том, что причиной заболевания злокачественными новообразованиями является действие на организм целой группы как эндогенных так и экзогенных факторов [4].

Кi-67 КАК МАРКЕР ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Монахов Б.В., Сатбаева Э.Б., Кузнецова С.Г.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Городское патологоанатомическое бюро г. Алматы*

Появившиеся в последние 10 лет сведения указывают на необходимость более точных критериев, позволяющих объективизировать назначение противоопухолевых средств и гормонотерапии. К их числу относятся иммуногистохимические исследования. Основной задачей нашего исследования было определение пролиферативной активности по уровню белка Ki-67 в зависимости от уровня рецепторов эстрогена и прогестерона, а также гена HER-2/neu.

Проведенные нами иммуногистохимические исследования у 429 больных раком молочной железы свидетельствуют об обнаруженной нами обратной зависимости между пролифера-

тивной активностью, о которой мы судили по критерию белка Ki-67, и уровнем рецепторов эстрогена и уровнем рецепторов прогестерона. Установлена прямая зависимость между пролиферативной активностью и явно положительным наличием белка HER2/neu или степени злокачественности рака молочной железы. Полученные результаты позволяют рекомендовать в клинической практике использование интегрального критерия пролиферативной активности Ki-67 при выборе конкретных схем полихимио- и гормонотерапии с учетом интенсивности терапии, ее частоты и поддерживающих курсов для индивидуализации лечения больных раком молочной железы.

ИЗУЧЕНИЕ КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ (НА ПРИМЕРЕ ВОДЫ)

*Доскеева Р.А., Каримов М.А., Сейтказина Г.Д.
Казахский НИИ онкологии и радиологии, г.Алматы*

Расчеты индивидуального канцерогенного риска, основанные на содержании канцерогенных веществ в пробах объектов окружающей среды (ОС) проводились на значениях канцерогенных потенциалов для бенз(а)пирена (БП) и кадмия (Cd).

Величина индивидуального канцерогенного риска определялась по формуле: $CR = LADDSF$, где, CR- индивидуальный канцерогенный риск;

Оценка уровня индивидуального канцер-риска проводилась согласно метода и классификации по Новикову С.М. с соавторами и Любченко П.Н.

Индивидуальный риск в течение всей жизни более 10 - 6, но менее 10⁻⁴ соответствует зоне условно приемлемого (допустимого) риска для населения в целом.

Расчеты индивидуального канцер-риска, основанные на содержании канцерогенных веществ в пробах воды были проведены на значениях канцерогенных потенциалов для бенз(а)пирена и кадмия.

Расчеты индивидуальных канцерогенных рисков в пробах воды, привезенных из ВКО основанные по содержанию БП и Cd показали, что в пробах воды г.Усть-Каменогорска - г.Иртыш, г.Ульба, водохранилища, ЦВС канцерогенный риск по БП (мг/л) был 1,7-7-8,8-7, 2,0-5 -1,0-6, 2,7-5-1,4-6, 1,2-8-6,6-7 соответственно объекту ОС. Значения по кадмию (мг/л) составили 9,7-6-1,5-4, 2,2-5-3,6-4, 3,2-6-5,4-5, 4,2-6-6,9-5.

В пробах воды Глубоковского района ВКО – р.Ульба, р.Иртыш, г.Глубочанка, колодец №1, колодец №2, колодец №3 канцер-риск по БП составил 3,2-5-1,7-4, 3,5-4-3,9-4, 1,1-4-4,9-4, 3,6-6-1,1-5, 4,5-6-1,4-5, 1,4-6-4,6-6. По кадмию (мг/л) соответственно объекту ОС - 1,1-6-1,7-5, 2,2-6-3,6-5, 2,2-6-1,8-5, 3,2-6-5,3-5, 2,2-6-3,6-5, 1,3-6-1,7-5. В пробах воды Шемонаихинского района ВКО – р. Ульба, р. Уба, ЦВС, колодец CR по БП (мг/л) был 2,1-6-9,5-6, 1,2-7-5,6-7, 1,4-8-6,6-8, 1,3-7-1,3-6 соответственно объекту ОС. По кадмию CR составил 1,0-6-1,7-4, 1,1-6-1,4-4, 1,3-5-2,1-4, 9,7-6-1,5-4.

Расчитанные показатели индивидуального канцерогенного риска, основанные на содержании БП и кадмия в пробах воды, привезенных из исследуемых районов ВКО, относятся к низкому и минимальному уровню риска для населения и подлежат периодическому контролю. Канцерогенный риск для БП, содержащегося в пробах воды на уровне 10⁻⁴, относящегося к низкому и среднему риску, в основном был в пробах, привезенных из промышленного Глубоковского района ВКО. Эти пробы воды были из децентрализованных источников водоснабжения питьевой воды.

Таким образом, следует предположить, что вода децентрализованных источников водоснабжения может представлять канцерогенный риск для здоровья населения, что обусловлено присутствием канцерогенных веществ БП и Cd.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Жолдыбай Ж.Ж., Садыков М.С., Чорманова Р.Р., Ахметова Г.С., Садыков С.С.

Казахский НИИ онкологии и радиологии, ЦКБ УДП РК

Анализ наблюдений позволил определить возможности различных методов исследования в оценке распространенности опухолевого процесса. Проведенные наблюдения и их анализ дал возможность выработать рациональную диагностическую тактику применения диагностических методов при колоректальном раке. С целью углубленного научного анализа данных клинического, инструментального и лучевых методов обследования больных с онкологическими заболеваниями толстой кишки на различных этапах диагностики и лечения была проведена сравнительная оценка информативности визуальных методов диагностики колоректального рака.

Результаты КТ измерений в большинстве случаев соответствовали макроскопическим размерам опухоли. Преуменьшение размеров опухоли при эндоскопическом исследовании и первично-двойном контрастировании (ПДК) объяснялись отсутствием возможности измерить экстраорганный протяженность образования, которая являлась максимальным ее размером. Кроме того, невозможность продвижения колоноскопа или ректоскопа при стенозирующих опухолях также служила причиной неудачных измерений. Преувеличение размеров опухоли при ПДК наблюдалась в тех случаях, когда максимальным был размер опухоли по длиннику и не учитывался феномен проекционного искажения. Ошибочные результаты измерений при трансабдоминальной эхографии были следствием недостаточной визуализации органа из за большого количества газа в кишечнике. При эндоскопическом и рентгенологическом исследовании толстой кишки оценка инвазивности роста опухоли была ограничено возможной, даже при группировании стадий Т3 – Т4. Эти методы малоэффективны вследствие невозможности оценки внекишечного роста опухоли и поэтому представляли

значительное количество ошибочных результатов. Возможности КТ более информативны, по сравнению с ПДК и УЗИ в определении размеров опухоли по длиннику и поперечнику, измерении толщины пораженной стенки, а также протяженности опухоли по отношению к окружности кишки. Измерения проводили как по аксиальным срезам, выполненным на уровне опухоли, так и по реконструктивным изображениям необходимого сечения отрезка кишки, пораженного опухолью.

Анализ наблюдений позволил определить возможности различных методов исследования в оценке распространенности опухолевого процесса. При этом следует, что эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией, комплексное рентгенологическое исследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости является тем минимальным диагностическим алгоритмом, который необходим для дифференциальной диагностики колоректального рака.

Эндоскопическое исследование рекомендуется в качестве основного метода диагностики в скрининговой программе раннего выявления колоректального рака. Ультразвуковое исследование толстой кишки выполняется после уточнения локализации зоны обструкции с помощью эндоскопического или рентгенологического методов.

Анализируя достоинства и недостатки клинических и инструментальных методов диагностики колоректального рака можно сделать вывод, что ни один из них не является абсолютно точным. Только комплексное использование в определенной последовательности традиционных рентгенологических, ультразвуковых и КТ методов диагностики в состоянии преодолеть ограничения классических приемов обследования пациентов.