

Т а б л и ц а 4

Интраоперационная кровопотеря в зависимости от пережатия афферентных сосудов при обширных резекциях печени

Характер обширной резекции печени	Кровопотеря, мл; медиана (квартили)		p
	без пережатия афферентных сосудов печени	с пережатием афферентных сосудов печени	
ПГГЭ	750 [(425; 1150)]	1100 [700; 1200]	0,07
ЛГГЭ	700 [400; 1000]	1400 [1200; 2100]	0,001
РПГГЭ	900 [650; 1450]	1450 [1050; 1950]	0,05
РЛГГЭ	1200 [500; 1200]	3050 [2600; 3500]	—
	800 [500; 1200]	1200 [1000; 1950]	0,000005

При временной окклюзии афферентного кровотока в печени отмечалось увеличение объема интраоперационной кровопотери. Наиболее часто эту методику используют при выполнении паренхиматозного этапа резекции печени. В 27 случаях временная окклюзия афферентного кровотока в печени применялась при выполнении предельно допустимых резекций печени и стандартных гемигепатэктомий с резекцией контралатеральной доли при билобарном поражении печени. Как видно в представленных в таблице данных, имеется значимое различие, увеличение объема кровопотери при временной окклюзии афферентного кровотока в печени ($p = 0,00002$). Среди пациентов, которым выполнена комбинированная резекция печени с резекцией диафрагмы, у 6 больных операция сопровождалась временной акклюзией.

Заключение. Использование вышеуказанной тактики — хирургической, анестезиологической, с применением различных методов сосудистой изоляции печени, с улучшением техники операций в сочетании с применением современного технического арсенала средств — позволяет значительно снизить объем кровопотери при выполнении обширных резекций печени, а в ряде случаев проводить операции без использования донорской эритроцитной массы.

З.А. Манамбаева, М.Н. Сандыбаев, Н.К. Жумыкбаева, Б.А. Ансаликов

АКТУАЛЬНОСТЬ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Региональный онкологический диспансер, Государственный медицинский университет, г. Семей, Республика Казахстан

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан (РК) «Саламатты Қазақстан» на 2011—2015 гг. и Программа развития онкологической помощи населению РК на 2012—2016 гг. (далее Программа) предполагают раннее выявление злокачественных новообразований и улучшение оказания онкологической помощи населению. Основная цель — увеличение пятилетней выживаемости и снижение смертности от онкологической патологии до 99,5 на 100 тыс. населения к 2013 г. и до 95,8 на 100 тыс. населения к 2015 г.

В Республике Казахстан до 2011—2012 гг. скрининговые программы были нацелены на выявление рака визуальной локализации (рак молочной железы, шейки матки). Большая часть онкологических заболеваний

может быть диагностирована на ранних стадиях путем проведения скрининговых программ и соответственно стать резервом для снижения общей смертности от них. Отсутствие клинических симптомов в ранних стадиях рака предстательной железы (ПЖ) — РПЖ определило необходимость внедрения системы скрининга мужского населения с целью активного выявления пациентов, имеющих локализованные формы болезни. Особую актуальность ранняя диагностика опухолей ПЖ в доклинической стадии приобрела за последние 15–20 лет благодаря появлению реальных шансов на радикальное лечение.

Чаще всего РПЖ заболевают мужчины в возрасте 50 лет и старше, однако среди мужчин с отягощенной наследственностью (сыновья и братья больных РПЖ) вероятность заболевания увеличивается с 40 лет.

С целью раннего выявления злокачественных новообразований и улучшения оказания онкологической помощи населению РК во исполнение приказа Министерства здравоохранения РК от 05.03.12 № 151 «О внедрении пилотного проекта по скринингу рака предстательной железы в ВКО» впервые проект был внедрен в ВКО.

Программа скрининга предусматривала проведение обследования с периодичностью 1 раз в 2 года у мужчин 46—64 лет методом иммунохимического анализа крови на общий простатспецифический антиген (ПСА). Охват населения по ВКО составил 56 352 человек — 98% от плана (57 500 человек), из них 30 496 (54,1%) жители Восточного региона ВКО и 25 856 (45,9%) мужчин — жители Семейского региона. При общем уровне ПСА от 4 до 10 нг/мл среди лиц возрастной группы 46—52 лет проводилось исследование свободного ПСА и проПСА с определением индекса здоровья ПЖ (РНИ).

РНИ был использован для оказания помощи врачам в выявлении пациентов с РПЖ при низких (в пределах от 2 до 4 нг/мл) концентрациях общего ПСА с применением комплексного подхода к оценке степени риска. РНИ — расчетный показатель, включающий в себя помимо определения уровня общего и свободного ПСА еще и показатель 2проПСА, который является изоформой ПСА наиболее специфичной в диагностике РПЖ. Эта изоформа ПСА играет важную роль в определении степени злокачественности РПЖ. Известно, что чувствительность и специфичность РНИ значительно выше при использовании значений общего ПСА или соотношения свободный/общий ПСА у мужчин с общим ПСА менее 4 нг/мл. При РНИ 0—21% вероятность РП 1,9—16,1%. При РНИ 21—40% вероятность рака простаты 17,3—24,6%. При РНИ более 40% вероятность РП 36—52,9%.

Внедрение в широкую клиническую практику определения уровня ПСА в крови существенно расширило показания для выполнения трансректальной биопсии ПЖ, что в свою очередь привело к увеличению количества начальных, клинически локализованных форм рака из числа впервые выявленных РПЖ. Среди показаний к биопсии были следующие:

- 1) патология, выявляемая в ПЖ при пальцевом ректальном исследовании;
- 2) уровень ПСА выше порогового значения;
- 3) уровень ПСА выше возрастной нормы;
- 4) снижение соотношения уровней свободного и общего ПСА;
- 5) рост уровня ПСА в динамике;
- 6) повышение плотности ПСА;
- 7) наличие простатической интраэпителиальной не-

оплазии (PIN) или атипической мелкоацинарной пролиферации (ASAP) в ранее взятых биоптатах.

При РН1 выше 25, а также пациентам с уровнем ПСА выше 4,0 нг/мл, кому не определялся РН1, и пациентам с ПСА выше 10 нг/мл показана многоточечная (8-точечная) биопсия ПЖ под контролем ТРУЗИ. Таковых по ВКО оказалось 5737 человек. По рекомендациям Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии результат ПСА от 4 до 10 нг/мл — промежуточный риск, результат выше 10 нг/мл — высокий риск. При высоких цифрах ПСА биопсия ПЖ должна проводиться обязательно. В связи с этим, в первую очередь на биопсию ПЖ были приглашены 332 пациента, у которых был определен высокий риск выявления РПЖ.

Таким образом, анализ результатов пилотного проекта РПЖ показал возможность более широкого применения скрининга РПЖ на территории Республики Казахстан.

А.Ю. Марочко^{1,2}, А.С. Вавринчук¹, Г.С. Плутин¹

НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

¹ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», ²КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии», г. Хабаровск, Россия

В исследование вошли данные о 280 больных первичной меланомой кожи (МК), получавших лечение в КГБУЗ ККЦО в 2007—2011 гг. У 31 (11,1%) больного одновременно были выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы. У 268 больных (95,7%) был известен уровень инвазии по Кларку, у 214 (76,4%) — толщина опухоли по Бреслоу. В 188 (67,1%) случаях был установлен морфологический вариант МК, у 216 (77,1%) — фон, на котором возникла опухоль. Судьба больных прослежена до 31.12.12.

У 212 больных были определены уровень инвазии по Кларку и толщина МК по Бреслоу. Второй уровень инвазии (стадия pT1) отмечался у 29,7% больных, такая же стадия, определенная по критерию Бреслоу (толщина МК не более 1 мм), установлена только у 6,6%. Напротив, стадия pT4, соответствующая V уровню инвазии, наблюдалась у 7,1% пациентов, а при определении ее по толщине МК (толщина более 4 мм) — у 59,9%. При этом у 46 больных (36,2% от составляющих группу со стадией pT4) МК была толщиной 10 мм и более. Таким образом, использование для определения распространения МК только критерия Кларка ведет к занижению стадии заболевания.

Изъязвление МК отмечено у 64,7% больных (165 из 255 случаев). При МК толщиной ≤ 1 мм изъязвившихся новообразований не было, при 1,01—2 мм изъязвление встречалось у 7 (26,9%) больных, 2,01—4 мм — у 24 (53,3%), более 4 мм — у 102 (80,3%).

Из 188 случаев с известными морфологическими вариантами МК наиболее часто — 104 больных (55,3%) — отмечался эпителиоидоподобный тип, у 40 (21,3%) — невоклеточный, у 26 (13,8%) — веретенноклеточный, у 18 (9,6%) — различные варианты смешанно-клеточного типа.

Опухоли толщиной ≤ 2 мм чаще встречались при невоклеточном варианте. В то же время «толстые» (толщиной > 4 мм) МК при невоклеточном варианте встреча-

лись значительно реже, чем при эпителиоидоподобном ($p < 0,01$), веретенноклеточном ($p < 0,01$) и смешанно-клеточном ($p < 0,01$) типах.

Изъязвление опухоли при эпителиоидоподобном варианте наблюдалось значительно чаще, чем при невоклеточном ($68,3 \pm 4,6$ и $35,0 \pm 7,5\%$ соответственно; $p < 0,01$), что можно объяснить большей частотой «толстых» МК.

Из 216 больных, у которых был известен фон, на котором возникла МК, в 81 (37,5%) случае опухоль возникла на месте невуса врожденного или существовавшего 10 лет и более, в 105 (48,6%) — на внешне неизменной коже (*de novo*).

Среди больных невогенной и развившейся *de novo* МК с известными морфологическими вариантами, эпителиоидоподобные опухоли значительно чаще встречались при МК развившихся *de novo* ($p < 0,01$), а невоклеточные — при невогенных МК ($p < 0,01$). «Толстые» опухоли также чаще отмечались при МК развившихся *de novo* ($68,6 \pm 5,0$ и $52,9 \pm 6,0\%$ соответственно; $p < 0,05$). При них также чаще наблюдалось изъязвление новообразования ($73,3 \pm 4,4$ и $56,8 \pm 5,5\%$ соответственно; $p < 0,05$).

Всего в течение первого года после удаления МК метастазы в регионарных лимфатических узлах были диагностированы у 48 (17,9%) из 268 больных.

Таким образом, имеются существенные различия при определении стадии заболевания по критерию T с использованием уровня инвазии и толщины опухоли, что обусловлено преобладанием «толстых» МК. При этом у большинства больных наблюдается изъязвление новообразования. Среди морфологических вариантов эпителиоидоподобные опухоли значительно чаще встречались при МК развившихся *de novo*, а невоклеточные — при невогенных МК.

М.И. Неймарк, С.З. Танатаров, А.С. Сериккан, М.Ю. Суров, Е.В. Иванченко, Е.Е. Смаилов

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия; Государственный медицинский университет г. Семей, Республика Казахстан

Цель исследования — сравнительный анализ влияния комбинированной анестезии на состояние клеточного звена иммунитета у онкологических больных.

Материал и методы. Обследованы 274 пациента, подвергавшиеся радикальным оперативным вмешательствам, в том числе 187 мужчин и 87 женщин в возрасте от 40 до 69 лет (средний возраст $61,2 \pm 3,3$ года).

В исследования вошли пациенты с онкологическими заболеваниями, подлежащие хирургическому лечению и требующие сопоставимых по объему оперативных вмешательств на органах брюшной полости: с раком желудка, поджелудочной железы и толстой кишки (исключая терминальный отдел).

Все больные были распределены на 4 группы в за-