

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<sup>1,2</sup>, А.С. Вавринчук<sup>1</sup>, Г.С. Плутин<sup>1</sup>*

## НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», <sup>2</sup>КГБУЗ «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-