

рование заболевания. Частичная регрессия опухоли наблюдалась у 19 (59%) пациентов. В остальных случаях отмечалась стабилизация опухолевого роста. Данные сопоставлены с терапевтическим патоморфозом опухоли. Терапевтический патоморфоз опухоли III степени отмечен у 22 (69%) пациентов, II степени – у 6 (19%) больных и I степени – у 4 (12%) больных.

Кроме указанных выше локализаций ЗНО локальная гипертермия в сочетании с лучевой терапией использовалась при нерадикальных операциях по поводу глиобластом головного мозга, в радикальном курсе лечения пациенток с местно-распространенным раком шейки матки, а также при опухолях легкого. Во всех случаях был достигнут положительный эффект в виде регрессии опухолевого процесса или стабилизации. Проводится детальный анализ результатов.

Заключение. Анализ использования локальной гипертермии в нашей клинике демонстрирует удовлетворительные результаты и позволяет говорить о перспективности данного метода лечения. Учитывая возможности современных гипертермических установок со способностью глубокого локального прогрева тканей, есть основания полагать, что локальная гипертермия позволит повысить чувствительность злокачественных новообразований к лучевой терапии, тем самым снизить количество рецидивов заболевания, улучшить онкологические и социальные результаты лечения данной категории больных.

Стернюк Ю.М., Стернюк А.М., Прыхнюк И.О.

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Львовский национальный медицинский университет, г. Львов, Украина

Основанием для оптимизации хирургического лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) послужил новый взгляд на особенности лимфогенного ее метастазирования. На этой базе разработана оптимальная тактика хирургического лечения.

Особенности лимфогенного метастазирования исследованы у 182 больных дифференцированными формами РЩЖ и у 83 – медулярного (МРЩЖ). Установлено, что лимфогенные метастазы РЩЖ распространяются по бассейнам, где центральный шейный бассейн следует рассматривать в качестве бассейна первого порядка метастазирования (51–53% лимфогенных метастазов), ипсилатеральный шейно-латеральный – в качестве бассейна второго порядка (33–44%), контралатеральный шейно-латеральный – бассейна третьего порядка (13–18%) и средостенный – бассейна четвертого порядка (2–18%).

Установлено, что между распространенным поражением шейно-латерального бассейна и метастазами в центрально-югулярной группе лимфатических узлов существует статистически су-

щественная направленная связь ($\lambda=0,933$, $p<0,001$). А именно: отсутствие метастатического поражения в центрально-югулярной группе лимфатических узлов в случаях дифференцированной формы рака на 93,8% и МРЩЖ на 100% совпадает с отсутствием метастазов в латеральных бассейнах. Последнее позволяет субоперационную биопсию центрально-югулярной группы лимфатических узлов (диагностическую лимфаденэктомию) использовать для коррекции показаний к лимфаденэктомии в латеральном бассейне.

Новый взгляд на особенности лимфогенного метастазирования РЩЖ был положен в основу создания радикальной тактики хирургического лечения, которая предполагает моноблочную тиреоидэктомию с диссекцией центрального шейного бассейна и лимфаденэктомию латеральных бассейнов на основании информации о наличии метастазов.

Разработанная радикальная тактика хирургического лечения РЩЖ применена у 159 больных дифференцированными формами РЩЖ и у 83 – МРЩЖ, что способствовало улучшению 5-летней безрецидивной выживаемости в сравниваемых группах больных дифференцированным раком на 11,38% ($p=0,004$). Применение радикальной хирургической тактики лечения МРЩЖ во время первой операции приводит к улучшению 5-летней общей выживаемости на 29,41% ($p=0,024$) и 5-летней безрецидивной выживаемости на 45,66% ($p=0,0001$) по сравнению с операциями, где радикальная тактика применялась во время повторных операций.

Усовершенствование методики тиреоидэктомию и диссекции лимфатических узлов за счет анатомически точного ориентированного препарирования с визуализацией парашитовидных желез и поворотного гортанного нерва, комплекса современных операционных технологий и профилактических мероприятий (автотрансплантация ткани парашитовидной железы, современные методы гемостаза, индивидуализация показаний к применению дренажа), что способствовало уменьшению частоты гипопаратиреоза в сравниваемых группах от 13,9 до 7,8% ($p<0,05$), индекса количества симптомов от 19,1 до 13,5 ($p<0,05$) и нагрузки пациентов симптомами от 42,1 до 27,5 ($p<0,05$), а также частоты стойких парезов голосовых связок от 6,2 до 3,28%.

Суворов В.В.¹, Изитов В.И.², Лазарев А.Ф.²

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

¹ФГБОУ ВО «Алтайский государственный педагогический университет»; ²Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», г. Барнаул, Россия

Одним из факторов, существенно влияющих на уровень смертности от различных заболеваний, в том числе от злокачественных новообразований, является табакокурение.

Целью настоящей работы явилось изучение на основе анкетирования взаимосвязи между табако-

Таблица 1

Число анкетированных мужчин и женщин в различных возрастных группах

Опрошенные	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	80–89 лет	90 лет и старше	Всего
Мужчины	4219 (21,3)	5035 (25,42)	3190 (16,1)	3767 (19,01)	2781 (14,04)	749 (3,78)	70 (0,35)	19811
Женщины	6087 (20,79)	7389 (25,24)	4852 (16,58)	5605 (19,15)	4173 (14,26)	1059 (3,62)	108 (0,37)	29273
Всего...	10306 (21)	12424 (25,31)	8042 (16,38)	9372 (19,09)	6954 (14,17)	1808 (3,68)	178 (0,36)	49084

Примечание. Здесь и в табл. 2: в скобках – проценты.

курением и возникновением колоректального рака у жителей Барнаула.

В исследование включены данные социологического опроса жителей Барнаула (мужчин и женщин) в возрасте 30 лет и старше. Опрос проводили по специально разработанной анкете и общему числу анкетированных – 49 084 человека, среди которых мужчин – 19 811, женщин – 29 273. Среди проанализированных факторов были: возраст, пол, уровень образования (начальное, среднее, среднее специальное, высшее), семейное и материальное положение, наличие соматических заболеваний и анамнез, в том числе и употребление различных медикаментов, профессиональные вредности, табакокурение, употребление алкоголя, материальное благосостояние и многие другие.

В настоящей работе изучен риск возникновения злокачественных новообразований кишечника (колоректальный рак) в связи с табакокурением у мужчин и женщин в различных возрастных группах. Так, в табл. 1 представлены сведения о числе опрошенных мужчин и женщин по возрастным десятилетиям из которой видно, что опрошено больше женщин как в отдельных возрастных группах, так и в целом.

Из табл. 2 следует, что доля болеющих злокачественными новообразованиями различных локализаций (без учета возраста), в том числе и колоректальным раком, составляет в среднем 2,95% всех опрошенных, причем у мужчин она ниже (2,29%), чем у женщин (3,4%). Среди всех анкетированных доля встречаемости колоректального рака в среднем равна 0,26% и практически у мужчин и женщин не различается (соответственно 0,27% у мужчин и 0,26% у женщин). Среди всех страдающих злокачественными новообразованиями доля встречаемости колоректального рака составила 11,7% у мужчин и 7,64% у женщин (в среднем – 8,91%).

Таблица 2

Число мужчин и женщин, страдающих злокачественными опухолями различных локализаций, в том числе колоректальным раком

Общее число опрошенных мужчин и женщин	Рак различных локализаций, в том числе колоректальный	Колоректальный рак	Колоректальный рак
Мужчины – 19 811	453 (2,29)	53 (0,27)	53 (11,7)
Женщины – 29 273	Есть – 995 (3,4)	76 (0,26)	76 (7,64)
Всего – 49084	Есть – 1448 (2,95)	129 (0,26)	129 (8,91)

Проанализировали встречаемость колоректального рака у мужчин и женщин в различных возраст-

ных группах среди курящих, никогда не куривших, бросивших курить. В табл. 3 и 4 показан процент мужчин и женщин, страдающих колоректальным раком в различных возрастных группах.

Так, наибольшая доля мужчин, страдающих колоректальным раком, отмечена в возрастной группе 50–59 лет среди бросивших курить (0,91%), наименьший – в возрастных группах 40–49 лет (у курящих), 60–69 лет (у никогда не куривших) – по 0,1%. В возрастных группах 40–49 лет (среди бросивших курить), 80–89 лет, 90 лет и старше колоректальный рак не встречался.

Таблица 3

Частота мужчин, страдающих колоректальным раком в различных возрастных группах (в %)

	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	80–89 лет	90–100 лет
Курят	0,84	0,57	0,91	0,74	0,61	0,00	0,00
Никогда не курили	0,24	0,00	0,10	0,10	0,16	0,00	0,00
Бросили курить	0,60	0,10	0,41	0,18	0,30	0,00	0,00

У женщин (табл. 4) наибольший процент встречаемости колоректального рака отмечен в возрастной группе 40–49 лет среди курящих (1,1%), а наименьший – в возрастной группе 60–69 лет у никогда не куривших (0,15%). Следует отметить, что у курящих женщин во всех возрастных группах (кроме возрастной группы 90–100 лет) колоректальный рак встречался чаще, чем среди никогда не куривших и куривших, но бросивших курить. Среди никогда не куривших женщин, а также среди куривших, но бросивших курить (кроме возраста 40–49 лет) колоректальный рак не встретился вообще, равно как и в возрасте 90 лет и старше.

Таблица 4

Частота женщин, страдающих колоректальным раком в различных возрастных группах (в %)

	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	80–89 лет	90–100 лет
Курят	0,33	1,10	0,45	0,15	0,23	0,33	0,00
Никогда не курили	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Бросили курить	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таким образом, отмечается зависимость между табакокурением и риском возникновения колоректального рака. Дальнейшее изучение влияния табакокурения на частоту встречаемости злокачественных

опухолей позволит снизить уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями различных локализаций вообще и в частности колоректальным раком.

Сулейменова А.Т.¹, Сандыбаев М.Н.¹, Манамбаева З.А.², Жоламанова А.А.², Елемесова Ж.Н.²

ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

¹Региональный онкологический диспансер, ²Государственный медицинский университет, г. Семей, Республика Казахстан

Все составляющие современного комплексного лечения онкологических заболеваний оказываются факторами, индуцирующими иммуносупрессию по клеточному типу, что крайне опасно, так как опухоль в свою очередь также использует механизмы супрессии для уменьшения ответа организма на ее наличие. Развивается и имеется ряд научных подтверждений, согласно которым в процессе неогенеза происходит нарушение баланса между продукцией пронеопластических (IL-6, кислотолабильная фракция IFN- α/β), антинеопластических (IL-2, кислотостабильная фракция IFN- α/β , TNF- α), и других регуляторных цитокинов.

Нами была изучена динамика содержания некоторых иммунорегуляторных цитокинов в крови больных раком яичников. Настоящее исследование проведено на базе Регионального онкологического диспансера г. Семей и Государственного медицинского университета г. Семей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что по содержанию IL-2 в сыворотке крови у больных раком яичников III стадии отмечалась тенденция к его снижению в процессе полихимиотерапии (ПХТ), в результате чего уровень данного показателя при повторном исследовании был на 37,2% ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Содержание IL-6 в динамике уменьшалось достоверно (на 20,8%, $p < 0,05$), различия с контрольной группой достигли 47,9% ($p < 0,01$). Имелась тенденция к уменьшению содержания в крови IL-10, приведшая к наличию достоверных различий с показателем группы здоровых лиц (на 11,8%, $p < 0,05$). В ходе ПХТ у больных раком яичников было выявлено дальнейшее повышение содержания IL-12 в крови, хотя и недостоверное в сравнении с исходным показателем, однако приведшее к почти семикратному повышению уровня данного цитокина над показателем контрольной группы практически здоровых лиц ($p < 0,01$).

Как следует из ранее приведенных данных, многие иммунологические показатели у больных наиболее тяжелыми формами злокачественного новообразования, рассматриваемыми в рамках настоящей работы, а именно раком яичников III стадии, имели меньшие отклонения от контрольной группы, чем при менее запущенных стадиях злокачественных новообразований. Данная особенность в полной мере проявлялась и в отношении содержания цитокинов в крови у обследованных больных раком яичников

III стадии. Так, по содержанию IL-2 отмечалось наиболее выраженное снижение как до начала ПХТ, так и в ее процессе. Кроме того, достоверной была и степень снижения данного показателя в процессе ПХТ (на 18,0%, $p < 0,05$). По отношению к контрольной группе его величина была ниже на 63,7% ($p < 0,01$). Наиболее значительно среди всех обследованных групп снижалось также содержание в крови IL-10. Различия со средним показателем у здоровых лиц при повторном обследовании составили 22,4% ($p < 0,05$). При проведении ПХТ у больных раком яичников III стадии отмечались значительно более низкие средние значения, чем при II стадии. Динамика их изменений была направлена на увеличение, причем степень превышения показателя над контрольным достигла 3,5 раза ($p < 0,01$).

Таким образом, в целом следует отметить, что проведение специфической противоопухолевой терапии усугубляло имеющиеся отклонения от среднего уровня контрольной группы по содержанию интерлейкинов в подавляющем большинстве случаев. Особенностью больных с III стадией злокачественного новообразования явилось прогрессирующее угнетение различных механизмов цитокиновой регуляции в процессе химиотерапии.

Фараджев О.Ф., Ахадова А.Т., Рафиева Н.Т., Асланова А.М., Мамедов К.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Военный госпиталь Министерства национальной безопасности Азербайджанской Республики, г. Баку, Азербайджан

Ежегодно в мире рак легкого диагностируется у 1,2 млн человек, а более 1 млн человек умирают от него. За последние годы в Азербайджане значительно возросло количество заболевших раком легкого, особенно среди некурящих женщин. Немелкоклеточный рак легкого составляет 80–85% случаев.

К сожалению, около 60% больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) обращаются за лечением на поздних (III и IV) стадиях болезни.

В последние годы достигнуты значительные успехи в терапии злокачественных образований, в первую очередь, за счет разработки инновационных лекарственных препаратов. Это стало возможным благодаря фундаментальным открытиям в молекулярной биологии и генетике. Были выявлены десятки генов опухолевого роста, а также определены основные пути передачи сигналов в клетки, что позволило обнаружить новые мишени для медикаментозной терапии. Одной из таких мишеней является рецептор эпидермального фактора роста – EGFR.

Данную мутацию при НМРЛ отмечают примерно у 10% представителей европейской популяции и у 30% жителей стран Азии. В контексте лечения НМРЛ таргетное воздействие на EGFR вызывает большой интерес.