

Онкология и радиология Казахстана

№1 (23-24) 2012

Қазақстан онкология және радиология журналы

Главный редактор
К.Ш. Нургазиев, д.м.н.

Редакционная коллегия

Абисатов Х.А., Адильбаев Г.Б., Есентаева С.Е. (зам.гл.редактора), Жолдыбай Ж.Ж.,
Ижанов Е.Б., Кайрбаев М.Р. (административный редактор), Ким В.Б., Нурғалиев Н.С.
Жилкайдарова А.Ж., Талаева Ш.Ж., Чичуа Н.А., Иманғалиева Н.Т.

Редакционный совет

Давыдов М.И. (Россия)	Ш. Фуджи (Япония)
Мусулманбеков К.Ж. (Казахстан)	В. Кешич (Сербия)
Шарман А.Т. (Казахстан)	М.А. Мур (США)
Алчинбаев М.К. (Казахстан)	Р. Якез (Австрия)
М. Россели (Италия)	К. Нарайян (Австралия)

Ответственный секретарь

Кабдрахманов К.Б.

Редакторы переводов

Галушкин М.А., Утельбаева А.Е., Шалбаева Р.Ш.

Адрес редакции

г. Алматы, 050022, пр. Абая, 91

Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗ РК

Тел. (327) 292 10 63

«Онкология и радиология Казахстана», №1 (23), 2012 г.

Собственник - РГКП «Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗ РК»

Свидетельство о регистрации - №10248-ж от 14.07.2009 г.

Тип. «Идан», ул. Коммунальная, 39

Тираж 500 экз.

Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

Содержание

Эпидемиология

Компонентный анализ динамики показателей заболеваемости злокачественными опухолями населения Казахстана с 1999 по 2010 гг. *С.И. Игисинов, Н.С. Игисинов, Сейтказина Г.Д.* (3)

Эпидемиология рака прямой кишки в г. Алматы за 2000-2009 гг. *М.А. Кузикеев* (9)

Эпидемиологические аспекты заболеваемости злокачественными новообразованиями в Западном регионе Казахстана. *Г.Д. Сейтказина, Н.Т. Имангалиева, А.Е. Ажмагамбетова, Ж.К. Чингисова* (11)

Результаты цитологического скрининга рака шейки матки по Актюбинской области за 2011 г. *Л.С. Зайцева* (16)

Имеется ли канцерогенный риск для населения в Восточно-Казахстанской области, связанный с загрязнением окружающей среды канцерогенными веществами классов полициклических ароматических углеводородов и тяжелых металлов? *М.А. Каримов, Р.А. Доскеева, Ж.Ш. Кенжалин, Г.А. Койшекенова* (19)

Вопросы диагностики

Лучевая диагностика рака легкого. *Ж.Ж. Жолдыбай* (24)

Возможности морфоцитологической верификации опухолей почек. *Б.Т. Кусаинова* (29)

Исследование ДНК-цитометрических параметров при раке легкого. *А.О. Кабиева, Н.А. Мухаметгалиев* (31)

Консервативное лечение

Криотерапия как метод лечения больных местнораспространенным раком кожи. *Д.А. Тулеуова, Г.А. Серикбаев, Ж.О. Мауленов, А.А. Исалиев* (31)

Химиотерапия при саркомах мягких тканей. *А.К. Туманова, С.Е. Есентаева* (33)

Хирургическое лечение

Выбор варианта пластики при хирургическом лечении местно-распространенного рака кожи. *Г.А. Серикбаев, Д.А. Тулеуова, Савхатов, Ж.О. Мауленов, А.А. Исалиев* (39)

Применение органосохраняющих операций при злокачественных и доброкачественных опухолях трубчатых костей. *Г.А. Серикбаев, А.К. Косаев, Д.А. Тулеуова, Б.М. Жумадуллаев, Ж.О. Мауленов, А.А. Исалиев* (41)

Применение ТахоКомба в хирургии опухолей ЖКТ. *С.Т. Дюсембеков, В.В. Бегунов, О.Н. Уразаев* (43)

Опыт применения Тахокомба для достижения надежного гемостаза в оперативном лечении паразитарных кист печени. *Б.Ж. Оразалин* (45)

Онкогинекология

Клинико-цитологические особенности местнораспространенного рака шейки матки при применении неoadъювантной полихимиотерапии. *У.А. Аликулова* (48)

Иммунологическая эффективность вариантов комбинированной терапии больных раком шейки матки. *А.Н. Баймахашева, В.И. Филиппенко, Ж.А. Тельгузтева, Ф.Т. Аюпов, А.А. Курманова, К.Х. Жапаев* (50)

Разное

Оптимизация общей анестезии в онкохирургии. *Б.Т. Мухамадиев* (52)

Применение севофлурана при онкоурологических операциях. *Т.Э. Тнымкулов* (54)

Опыт применения Тахокомба в абдоминальной хирургии. *А.С. Шуленбаев, А.С. Шуленбаева* (56)

Применение анальгетика Нефопам для послеоперационного обезболивания у онкологических пациентов. *И.Д. Илялетдинов, Б.Т. Мухамадиев, С.К. Жалгасбаев, М.Б. Муканова, Г.Б. Раев, Н.З. Шапатов* (59)

Условия оформления статей для публикации в журнале «Онкология и радиология Казахстана» (62)

Юбилей

Абисатов Хайржан Абисатович (64)

К 75 –летию со дня рождения профессора А.К.Косаева – одного из основоположников детской и костной онкологии в Казахстане (65)

УДК: 616-006.6-036.22-312(574)

С.И. Игисинов, Н.С. Игисинов, Г.Д. Сейтказина

КазНМУ им. С.Асфендиянова, г. Алматы,

Институт общественного здравоохранения г. Астана, КазНИИ онкологии и радиологии, г. Алматы

Компонентный анализ динамики показателей заболеваемости злокачественными опухолями населения Казахстана с 1999 по 2010 гг.

Аннотация. Проведен анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Казахстана с помощью компонентного анализа. Прирост заболевших злокачественными новообразованиями произошел за счет увеличения численности и изменения возрастной структуры населения Казахстана за период с 1999 по 2010 г. В данной территории канцерогенная ситуация определяется взаимодействием различных составляющих ее подсистем: природной, производственной и социально-бытовой.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, заболеваемость, Казахстан.

В XXI веке особое внимание уделяется статистике как различными ведомствами и учреждениями, так и отдельными лицами и широкой общественностью. Оно не случайно и объясняется положением статистики в период перехода рыночной экономики - снижением ее роли в системе управления. При этом не достаточное и некомпетентное использование статистических данных приводит к необоснованным выводам и предложениям, реализация которых может привести к серьезным и не всегда оправданным неадекватным последствиям. В этом ключе порой осуществление комплексных эффективных мер противораковой борьбы потребует от современного высокоиндустриального общества больших материальных затрат, обусловленных необходимостью модернизировать сложные технологические процессы, промышленные и жилищные структуры, проводить дорогостоящие санитарно-оздоровительные и лечебные мероприятия. Все это заставляет строго относиться к получению и оценке информации, необходимой для принятия решений при разработке конкретных мер индивидуальной и общественной профилактики.

Для планирования и управления онкологической службой населения необходима оценка изменений динамики показателей заболеваемости злокачественными опухолями всего населения в зависимости от возрастнополового состава, а также отдельных форм опухолей на определенных территориях, что должно быть ценным для организаторов здравоохранения и научных сотрудников, занимающихся вопросами эпидемиологии злокачественных новообразований.

Эта важная проблема требует освоения сложных математических методов санитарной статистики, используемой медициной, в частности онкологией. Поэтому в статье поставлена цель – охарактеризовать как источники информации о больных с онкопатологией, так и факторы, определяющими ее полноту и достоверность, а также изложить методику статистической оценки дина-

мики показателей заболеваемости населения Казахстана злокачественными опухолями методом компонентного анализа.

При этом возникает естественный вопрос, в какой мере на изучаемой территории (популяции) рост показателей заболеваемости злокачественными опухолями обусловлен «постарением» или «омоложением» населения, а в какой – повышением риска заболеть онкопатологией с появлением новых и существующих эпидемиологических факторов.

До настоящего времени в Казахстане не проводился компонентный анализ динамики показателей заболеваемости злокачественными опухолями в целом и отдельных ее форм. Внедрение подобного анализа для изучения отдельных компонентов изменения заболеваемости ЗН, влияющих на ее уровень, позволят организаторам онкологической службы определить факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и провести целенаправленную противораковую борьбу на изучаемых территориях республики. Владея данным методом анализа, руководители онкологической службы отдельных областей смогут правильно оценить изменение динамики заболеваемости, как одного из ведущих показателей онкологической помощи населению и определить состояние учета и качества диагностики.

Материал и методы исследования

Основным источником информации для изучения динамики заболеваемости и региональных особенностей распространения злокачественных опухолей являются сведения о вновь выявленном случае заболевания, на которое заполняется «извещение» (ф. №090/У), составляющее основу банка данных «Канцер-Регистра» КазНИИ ОиР. «Извещения» заполняются не только на заболевание, установленных при обращении больных за медицинской помощью в лечебные учреждения системы Минздрава и других ведомств, но и на больных, выявленных при периодических профилактических осмотрах, диспансеризации населения и хронических больных, при обследовании в стационарах, во время операции, при медицинском освидетельствовании, при установлении диагноза на вскрытии. Для обеспечения наиболее полной информированности о заболеваниях злокачественными новообразованиями база данных дополняется «извещениями», заполненными на неучтенных онкологическими учреждениями больных. Данные о них могут быть получены при сверке сведений об умерших онкологических больных, состоявших при жизни на учете, со свидетельствами о смерти в стат.управлениях, выделяя при этом неучтенных онкологических больных, которые погибли не только от основного заболевания, но

и от других причин. Кроме того, выявление неучтенных заболеваний - это сверка зарегистрированных диспансером больных с онкологическими больными, выписанными из лечебно-профилактических учреждений общей сети и специализированных учреждений (по статистическим картам выбывших из стационара).

В зависимости от поставленной задачи осуществляется распределение извещений и свод информации о заболеваниях злокачественными новообразованиями в таблицы по полу, возрасту и локализации для каждой из наблюдаемых территорий (популяций).

Сведения о среднегодовой численности населения в соответствующих поло-возрастных группировках за изучаемые годы можно получить в региональных органах государственной статистики.

Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Казахстана исследована с помощью компонентного анализа по методическим рекомендациям В.В. Двойрина и Е.М. Аксель [1]. Данный компонентный метод анализа динамики заболеваемости ЗН на территории Казахстана позволит разложить на составные части прирост числа заболевших, относящихся к одному и тому же населению, но в разные периоды времени.

При этом выделяют 7 компонентов прироста числа заболевших злокачественными опухолями. Причем первые 3 компонента связаны с изменением численности населения, его возрастной структуры и совместным влиянием этих факторов, а 4-й компонент обусловлен изменением только показателя риска заболеваемости и остальные 3 компонента связаны с риском заболеть злокачественным новообразованием, с ростом численности населения, изменением его возрастной структуры и влиянием всех трех факторов. Следовательно, с ростом риска развития заболевания связаны последние 4 компонента. Под «риском заболеть» многие исследователи (2,3,4) понимают весь комплекс причин, которые могут привести к повышению, понижению или стабилизации показателей заболеваемости. Компонентный метод использован для анализа динамики числа заболевших злокачественными новообразованиями населения Казахстана за период с 1999 по 2010 г. Математические расчеты компонентного анализа динамики заболеваемости ЗН населения Казахстана представлены в таблицах 1 и 2.

Одним из важных методов онкоэпидемиологической статистики для оценки онкологической помощи населению является определение индекса достоверности учета (ИДУ), который определяется по формуле:

$$\text{ИДУ} = \frac{У - У_{\text{к}}}{З - З_{\text{к}}}$$

где У - общее число умерших от всех форм злокачественных опухолей за отчетный период;

У_к - число умерших от злокачественных опухолей кожи, за отчетный период;

З - общее число заболевших всеми формами злокачественных опухолей за отчетный период;

З_к - число заболевших злокачественными опухолями кожи за отчетный период.

При расчете ИДУ особое значение имеет должный уровень регистрации смертности от злокачественных новообразований, так как недоучет смертности создает видимость благополучия рассматриваемого показателя.

При хорошо налаженном учете и уровне оказания лечебной помощи больным со злокачественными новообразованиями число случаев заболевших должно превышать число умерших не менее, чем на 25%, то есть ИДУ

должен быть не более 0,8 (80%). ИДУ более 0,8 (80%) свидетельствует об отсутствии четко налаженной системы направления «Извещений» в онкологические организации (ОД), учреждениями общей лечебной сети и ведомственными лечебными организациями, частными медицинскими центрами, а также всеми диагностическими центрами, кроме того о необходимости более строгого контроля за правильностью шифровки ЗАГС основной причины смерти умершего от злокачественного новообразования.

Особое внимание при проведении анализа качества учета онкологических больных следует обратить на старшие возрастные группы так называемое «неорганизованное» население, поскольку частота заболеваний злокачественными опухолями в этих возрастных группах выше, а возможностей для своевременной диагностики относительно меньше и вероятность недоучета больных здесь больше.

Результаты и обсуждение

Основными и приоритетными критериями оценки состояния окружающей среды являются медико-демографические и социально-экономические показатели.

Данные статистических исследований показывают, что резко изменились некоторые показатели состояния здоровья населения Казахстана, и связаны они, в первую очередь, с демографическими данными (рис. 1).

При анализе динамики удельного веса численности населения республики, начиная с 1999 года (принятого за 100%), имелась тенденция резкого его снижения до 2004 года. Когда общая численность населения достигла уровня 1999 года, она стала увеличиваться, и в 2010 году выросла на 7% по сравнению с первоначально принятым стандартом (1999 г). В целом за изучаемый период прирост удельного веса населения Казахстана увеличился от 0,0% (1999г) до 7% (2010г), при этом темп прироста населения составил $T_{\text{уб}} = 0,7\%$.

Как указано выше, анализом изменения удельного веса численности населения республики за изучаемый период установлено, что был достигнут первоначальный уровень только в 2004 году. В связи с этим нами изучена динамика показателей регистрируемой и вероятной (ожидаемой) заболеваемости населения злокачественными опухолями за период с 2004 по 2010 годы (рис 2).

Результаты сравнительного анализа между регистрируемыми и ожидаемыми показателями заболеваемости злокачественными опухолями населения республики свидетельствуют, что в них имеется значительное различие, колеблющиеся с 0,6‰ (2004г) до 7,6‰ (2010 г).

Для определения взаимосвязи роста удельного веса населения и динамики различия регистрируемой и теоретической (ожидаемой) показателей заболеваемости населения злокачественными опухолями в республике (Рис 3) проведен сравнительный анализ. При этом выявлено, что с ростом удельного веса численности населения параллельно увеличиваются ожидаемые показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями, подтверждающиеся тем, что темпы прироста их оказываются одинаковыми ($T=1,23\%$) и коррелируют между собой.

Таким образом, демографические изменения численности населения являются основными факторами, влияющими на рост/или снижение числа заболевших злокачественными опухолями населения в Казахстане. Однако несмотря на это, число заболевших лиц злокачественными опухолями в стране снижается. Получается парадокс, вместо увеличения числа больных злокаче-

Таблица 1- Компонентный анализ прироста заболеваемости злокачественными опухолями населения Казахстана с 1999 по 2010 год

возраст (i)	Возрастная структура населения (Sij =Nij/Nj)		Прирост структурных показателей Si2-Si1 (3)-(2)	Заболеваемость злокачественными опухолями населения Казахстана		Прирост заболеваемости			
	1999 Si1	2010 Si2		1999 Pi1	2010 Pi2	общий Pi2-Pi1 (6)-(5)	В том числе в связи с изменением		
							Возрастной структуры населения (4)*(5)	риска заболеть (2)*(7)	Возрастной структуры населения и риска заболеть (4)*(7)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
00-29	0,54	0,52	-0,023	12,3	13,2	0,9	-0,281	0,488	-0,02
30-39	0,15	0,15	-0,009	59,7	59,4	-0,3	-0,566	-0,052	0,003
40-49	0,13	0,13	0,012	187,2	160,8	-26,4	2,165	-3,328	-0,305
50-59	0,07	0,10	0,027	460,9	467,8	6,9	12,494	0,500	0,186
60-69	0,06	0,07	-0,011	887,3	873,3	-14,0	-9,871	-0,897	0,155
70+	0,04	0,05	0,005	1201,9	1259,3	57,4	5,701	2,426	0,272
всего	1,00	1,00	0,000	180,9	189,9	9,1	ΣД _в =9,641	ΣД _р =-0,863	ΣД _{вр} =0,292

Таблица 2 -Компонентный анализ прироста числа заболевших злокачественными опухолями всего населения Казахстана за период с 1999 по 2010 гг.

	Возраст (i)	Число заболевших (nij)		Численность населения (Nij)		Показатели заболеваемости				Ожидаемое число заболевших в 2010 году (PijNi210 ⁻⁵)/10 ⁻⁵	(N ₁ /N ₂) (4)/(5)	% прироста	
		1999 (i ₁)	2010 (i ₂)	1999 (i ₁)	2010г (i ₂)	Обычные (Pij)		Стандарт P _{ij} ^c				k(n2-n1) 100@/(n ₂ -n ₁)	kni 100@/n ₁
						1999 (i ₁)	2010 (i ₂)	1999 (i ₁)	2010 (i ₂)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
	00-29	995	1065	7929718	8470699	12,5	12,6	7,0	7,0	1063			
	30-39	1378	1339	2224886	2415536	61,9	55,4	9,3	8,3	1496			
	40-49	3534	3451	1976807	2236003	178,8	154,3	23,2	20,1	3997			
	50-59	5014	7273	1080306	1517871	464,1	479,2	32,5	33,5	7045			
	60-69	8530	7229	987912	1093520	863,4	661,1	43,2	33,1	9442			
	70+	7596	9217	665981	587563	1140,6	1568,7	45,6	62,7	6702			
Компоненты прироста числа заболев. за счет:	всего	n ₁ = 27047	n ₂ = 29574	N ₁ = 14865610	N ₂ = 16321192	P ₁ = 181,9	P ₂ = 181,2	P ₁ ^c = 160,8	P ₂ ^c = 164,8	Σ(n2)= 29745	0,9		
	прирост	(n ₂ - n ₁)/n ₁ *100 = -0,75		(N ₂ - N ₁)/N ₁ *100=4,45		(P ₂ - P ₁)/P ₁ *100 = -4,96		(P ₂ ^c - P ₁ ^c)/P ₁ ^c *100 = -26,47					
1. Роста численности населения Д _н = (N ₂ -N ₁ / N ₁)*n ₁ = (16321192-14865610)/ 14865610*27047= 0,9*27047 = 2460											97,4	9,1	
2. Изменения возрастной структуры население Д _в = N ₁ / N ₂ *(E _{n2})-n ₁ - Д _н = 14865610/ 16321192*(29745-27047-2460) = 0,9*234 = 213											8,4	0,79	
3. Совместное влияния изменения численности населения и его возрастной структуры Д _{нв} = (N ₂ -N ₁ / N ₁)* Д _в = 0,097*213 = 20											0,8	0,07	
4. Изменения риска заболеть Д _р = N ₁ (P ₂ ^c - P ₁ ^c)/10 ⁵ = 14865610*(164,8 - 160,8)/10 ⁵ = 14865610*4/ 10 ⁵ = 594											23,5	2,2	
5. Совместного влияния риска заболеть и численность населения Д _{нр} = (N ₂ -N ₁)/ N ₁ * Д _р = (16321192-14865610)/14865610*594= 58											2,3	0,21	
6. Совместного влияния изменений риска заболеть и возрастных структур Д _{ад} = N ₁ / N ₂ *(n ₂ - n ₁ --Σ _д) = 0,911*(-818) = - 745											-29,5	-2,76	
7. Совместного влияния изменений риска заболеть численности населения и его возрастной структуры Д _{нвр} = (N ₂ -N ₁ / N ₁)* Д _{ад} = 0,098* (-750)=-73											-2,9	-0,27	
Всего n ₂ - n ₁ = 29574- 27047 = 2527 2527											100,0	9,34	

ственными опухолями в республике наблюдается снижение, а это действительно так, или имеются определенные просчеты онкологических организаций при регистрации и учете онкологических больных на отдельных территориях республики.

Одним из основных показателей онкологической службы является абсолютное число зарегистрированных больных на определенной территории, представленное в таблице 3, из которой видно, что абсолютное число их в республике снижается. Эта сторона вопроса многих организаторов здравоохранения устраивает, поскольку злокачественные опухоли в стране снижаются и оцениваются как успех в борьбе со злокачественными опухолями. Однако эти представления - результат не умение большинства организаторов здравоохранения целенаправленного применения аналитических методов биостатистики злокачественных опухолей.

Анализ динамики числа зарегистрированных онкологических больных показывает, что абсолютное число лиц злокачественными опухолями в 2008 году составило 27729 человек, что на 2441 больных ниже чем 1989 г., а в 2010 году по сравнению с 2008 годом увеличилось на 1262 человек, т.е на 4,4%. Однако по отношению данных 1989 года снизилось на 3,9%. На основе анализа динамики абсолютных чисел злокачественных опухолей населения республики в последние 4 года в среднем 1731 больных были незарегистрированы (см.

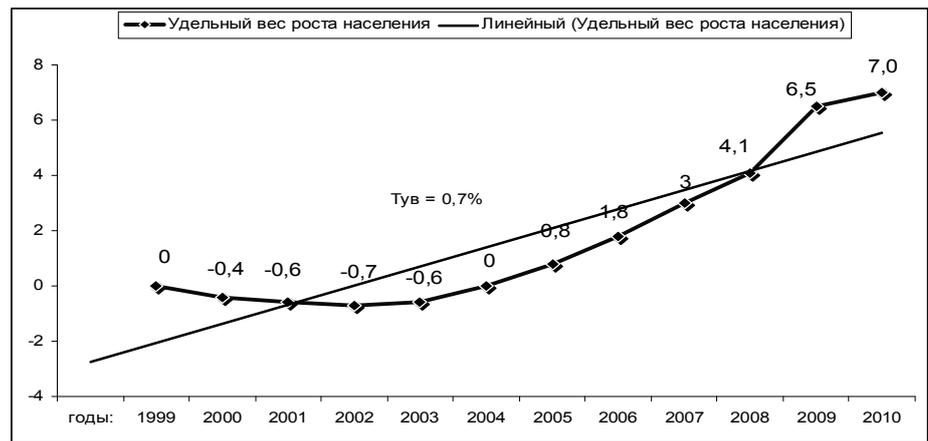


Рисунок 1 – Динамика роста удельного веса населения Казахстана за период с 1999 по 2010 год



Рисунок 2- Динамика регистрируемой и теоретической (ожидаемой) показателей заболеваемости злокачественными опухолями в Казахстане (2004-2010 гг)



Рисунок 3- Динамическая взаимосвязь между различиями регистрируемой и теоретической (ожидаемой) показателями заболеваемости злокачественными опухолями и удельным весом роста численности населения за 2004-2010 гг.

таб. $1528+1776+2441+1179/4=1731$) на территории Казахстана. Эта цифра в среднем увеличивается на 2986 больных при перерасчете их на теоретическое или ожидаемое число онкологических больных, которое в 1,7 раза выше, чем предполагаемые незарегистрированные больные. Подобные различия абсолютного числа зарегистрированных онкологических больных по сравнению с ожидаемыми данными в основном связаны с такими критериями онкологической службы, как оперативный недоучет злокачественных опухолей в нашей республике.

Во всем мире признаются такие эпидемиологические закономерности, согласно которым с ростом численности населения и изменением его возрастного состава параллельно должно расти число злокачественных опухолей (2,3,4). Однако эти закономерности не наблюдаются в

нашей стране, поскольку до настоящего времени причина снижения абсолютного числа онкологических больных на территории республики не анализирована методом компонентного анализа динамики заболеваемости, а также не определен индекс достоверности учета злокачественных опухолей в отдельных областях и в целом по республике.

Взаимосвязь роста числа онкологических больных с численностью населения определяется путем вычисления теоретического (ожидаемого) показателя заболеваемости злокачественных опухолей на определенной территории (популяции), согласно следующей формуле.

Ожидаемое число больных (n_0) = $N_{ij} \cdot n_i / N_i$, где N_i - численность населения принятый за стандарт (например: 2001 г. - 14865610 человек); n_i - число зарегистри-

Таблица 3 – Значение абсолютного числа злокачественных опухолей и взаимосвязь с ростом численности населения Казахстана

п/№	Злокачественные опухоли	годы				
		1989	1996	2001	2008	2010
1	Абсолютное число, зарегис-трированных в республике	30170	28642	28394	27729	28991
2	Рост или снижения абсолю-тного числа по сравнению с предыдущим годом	-	-1528	-248	-665	1262
3	Рост (снижения) абсолютного числа по сравнению с 1989 годом	-	-1528	-1776	-2441	-1179
3	Темп роста (снижения) по сравнению с предыдущим годом. (%)	-	5,1	0,9	2,3	4,6
4	Темп прироста (снижения) по сравнению с 1989 годом (%)	-	94,9	94,1	91,9	96,1
5	Численность населения (тыс.)	14955,1	16538,7	14865,6	15571,5	15999,5
5	Ожидаемое число злокачественных опухолей (Хо) по сравнению с 1989 годом.	30170	33365	30170	31414	32277
6	Разница ожидаемого и зарегистрированного абсолютного числа онкологических больных (Хо-Хр)	0	-3195	-1776	-3685	-3286

рованных больных N_i года (т.е. 2001г. -28394 больных): N_{ij} - численность населения для определения ожидаемого числа (2007-15484191 человек) больных.

Следовательно, $n_x = 15484191 \cdot 28394 / 14865610 = 29576$ больных, которых можно было ожидать в 2007 году. Однако в этом году зарегистрировано 28394 больных. Разница между ними составляет 1847 человек, что приближается к среднему теоретическому числу (1731 человек) как было определено выше. Иначе среднее теоретическое в 1,1 раза выше по отношению зарегистрированных больных. Эти различия в основном связаны со следующими компонентами населения (см.таблицу 2):

Ростом численности населения $ДН = (N_2 - N_1) / N_1 \cdot (n_1) = 97,4\%$

Изменением возрастной структуры населения $ДВ = (N_1 / N_2) \cdot \sum (n_2) - n_1 - ДН = 8,4\%$

Совместным влиянием изменения численности населения и его возрастной структуры $ДНВ = (N_2 - N_1) / N_1 \cdot ДВ = 0,8\%$

Изменением риска заболеть $ДР = N_1 (P_2 - P_1) / (n_1 - n_2) = 23,5\%$

Совместным влиянием изменения риска заболеть и численностью населения $ДНР = (N_2 - N_1) / N_1 \cdot ДР = 2,3\%$

Совместным влиянием изменения риска заболеть и возрастных структур $ДАД = (N_1 / N_2) \cdot (n_2 - n_1 - \sum Д) = -29,5\%$

Совместным влиянием изменений риска заболеть, численностью населения и его возрастной структуры $ДНВР = (N_2 - N_1) / N_1 \cdot ДАД = -2,9\%$

Таким образом недоучет онкологических больных в Казахстане в основном связан со следующими причинами:

Впервые выявленным онкологическим больным, прибывшим из ближнего зарубежья (Россия, Китай, Узбекистан, Кыргызстан и др.) не заполняется учетная форма «Извещение» (нет межгосударственных соглашений).

Пролеченные онкологические больные в ближнем и дальнем зарубежье не обращаются в территориальный ОД, хотя им выдается выписка из историй болезни. Скрывая свою болезнь, они только после смерти регистрируются в департаментах ЗАГСА.

Все диагностические центры (государственные, частные), установив злокачественные опухоли, не заполняют учетной формы «Извещение» (нет соответствующего приказа МЗ РК).

На установленных и пролеченных онкологических боль-

ных в частных клиниках страны также не заполняются необходимые учетные формы №090-У и №27-1/у (нет соответствующего приказа МЗ РК).

Большинство ведомственных медицинских организаций не представляют отчеты по онкологии и не несут ответственность по данному вопросу (в приказе от 12.08.2011 года № 540, общее положение пункт 1, указаны только задачи, функции, правовые и организационные основы, оказывающие онкологическую помощь населению РК в государственных организациях).

Онкодиспансеры также не полностью заполняют «Извещения» на умерших, которые зарегистрированы в департаменте ЗАГСа.

Патологоанатомическая служба республики выдавая «Справку о смерти больного», указывает причину смерти и не указывают основной диагноз злокачественных опухолей (отсутствует связь между ОД и службой).

Для улучшения учета и регистрации онкологических больных на территории республики необходимо:

Заполнять «Извещения» не только на заболевание ЗН, выявленное при обращении больного за медицинской помощью в лечебные учреждения системы Минздрава но и другие ведомства.

Заполнять на больных с злокачественными новообразованиями, выявленных при периодических профилактических осмотрах, диспансеризации населения и хронических больных, при обследовании в стационарах, во время операции, при медицинском освидетельствовании, при установлении диагноза на вскрытии.

Для обеспечения наиболее полной информированности о заболеваниях злокачественными новообразованиями дополняется «Извещениями», заполненными на неучтенных онкологическими учреждениями больных. Данные о них могут быть получены при сверке сведений об умерших онкологических больных, состоявших при жизни на учете, со свидетельствами о смерти в статуправлениях, выданных пра этом неучтенных онкологических больных, которые погибли не только от основного заболевания, но и от других причин.

Второй путь выявления неучтенных заболеваний - это сверка зарегистрированных диспансером больных с онкологическими больными, выписанными из лечебно-профилактических учреждений общей сети и специализированных организации всех уровней (по статистическим картам выбывших из стационара, ф.№066/у).

Список литературы

1. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями (методические рекомендации). - М., 1987. - 10 с.
2. Поддубная И.В., Аксель Е.М., Киприянова Н.С., Блохин Н.Н. Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями населения (Якутск, 1990-2003 гг.) // Сибирский онкологический журнал. - 2007. - №2 (22). - С. 55-63.
3. Старинский В.В., Поддубная И.В., Аксель Е.М. и др. Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями населения республики Саха (Якутия) в 1989-2001 гг. // Российский онкологический журнал. - 2005. - № 1. - С. 38-41.
4. Кудрявцев И.Ю., Баленков О.Ю. Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями в Навоийском регионе // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ, - Ташкент, 2008. - С. 21.

Тұжырым

С.И.Игисинов, Н.С. Игисинов, Г.Ж. Сейтказина

Қазақтың онкология және радиология ФЗИ

С.Ж. Аспандияров атындағы Қазақтың ұлттық медицина университеті

Қазақстандағы 1999-2010 жылдар арасындағы қатерлі ісіктің аурушаңдық көрсеткіштерінің динамикасын компоненттік талдау

Бұл мақалада Қазақстандағы 1999-2010 жылдар арасындағы қатерлі ісіктің аурушаңдық

көрсеткіштерінің динамикасына компоненттік талдау жүргізілген. Қатерлі ісікке шалдыққан адамдар санының 1999 жылдан 2010 жыл арасындағы өсуі тікелей Қазақстандағы халық санының өсуі мен жас тобы құрамының өзгеруіне байланыстылығы дәлелденген. Бұл территориядағы жалпы канцерогендік жағдай, оның жүйесі - табиғи, өндірістік және әлеуметтік құрамына байланыстығына сай анықталады.

Түйінді сөздер: қатерлі ісік, онкологиялық аурушаңдық, Қазақстан.

Summary

S.I. Iginov, N.S. Iginov, G.D. Seitkasina

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

С.Ж. Аспандияров атындағы Қазақтың ұлттық медицина университеті

Complex Analysis Of Cancer Incidence Among Population Of Kazakhstan (1999-2010)

The complex analysis of cancer incidence among population of Yakutsk has been carried out. The rise in the cancer incidence during the period 1999 to 2010 occurred due to the increase in the number and age pattern of the population. Carcinogenic situation on this territory is determined by interaction between various subsystems: natural, industrial and social.

Key words: cancer, cancer incidence, Kazakhstan

УДК: 616.351-006.6-036.22(574.51)

М.А. Кузиков

Казахский НИИ онкологии и радиологии

Эпидемиология рака прямой кишки в г. Алматы за 2000-2009 гг.

Аннотация. Изучение общего среднегодового интенсивного показателя заболеваемости рака прямой кишки выявило, что он составил $12,4 \pm 0,6\text{‰}$, стандартизованный (мировой) – $10,6 \pm 0,4\text{‰}$. Анализ повозрастных показателей заболеваемости рака прямой кишки мужского и женского населения города Алматы за период исследования показал, что рост заболеваемости отмечается в возрастных группах 70 лет и старше и носит унимодальный характер.

Ключевые слова: рак прямой кишки, заболеваемость, повозрастные показатели.

За указанный период исследования в городе Алматы зарегистрировано 1510 больных раком прямой кишки, что составляет в структуре злокачественных опухолей – 5,0%.

Интенсивные показатели заболеваемости рака прямой кишки в городе Алматы в возрастных группах в динамике за изучаемый период имели тенденцию к росту. Среди лиц до 29 лет данные показатели зарегистрированы только у мужчин (0,3‰). В возрастных группах 30-39 лет аналогичные показатели были в пределах с 1,3‰ до 2,1‰. В возрастных группах 40-49 лет эти данные были высокими среди женского населения (8,8‰) по сравнению с показателями среди мужчин (6,4‰) и оба пола (7,7‰). Заметный рост показателей заболеваемости рака прямой кишки наблюдается среди лиц 50-59 лет. Заболеваемость раком прямой кишки с заметным ростом показателей зарегистрирована среди лиц 60-69 лет. У мужского населения – 68,3‰, среди женщин – 44,5‰ (рисунок 1)

Пик высокой заболеваемости данной локализации зарегистрирован в возрастных группах 70 лет и старше 83,8‰, у мужского населения 133,8‰, а у женщин 62,5‰.

Анализ повозрастных показателей заболеваемости рака прямой кишки мужского и женского населения города Алматы за период исследования показал, что рост заболеваемости отмечается в возрастных группах 70 лет и старше, и носит унимодальный характер.

Интенсивные показатели заболеваемости рака прямой кишки населения города за 10 лет показывают, что в динамике эти показатели имели тенденцию снижения с 12,4‰ (2000г.) до 14,6‰ в 2004 году, в конце исследования наблюдается снижение до 9,5‰ (рисунок 2).

Динамика интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости рака прямой кишки мужского населения города Алматы за изучаемый период в целом имела тенденцию снижения. Наибольший пик заболеваемости данной локализации наблюдается в 2004 году (14,6‰). Стандартизованные показатели выросли до 12,6‰ в данном году с последующим снижением до 8,0‰ в конце исследования (рисунок 3).

Темпы снижения показателей заболеваемости со-

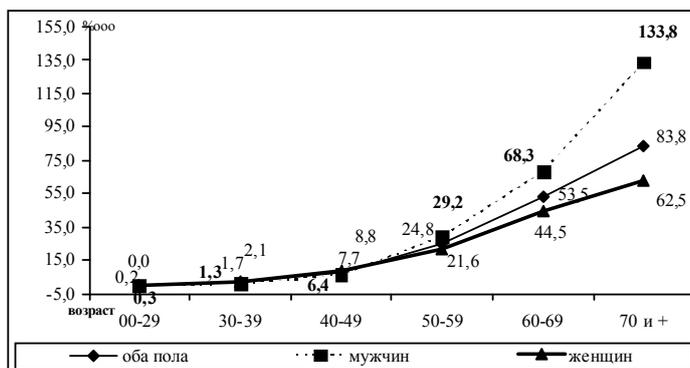


Рисунок 1 - Среднегодовые половозрастные интенсивные показатели заболеваемости рака прямой кишки населения г. Алматы за 2000-2009 гг.

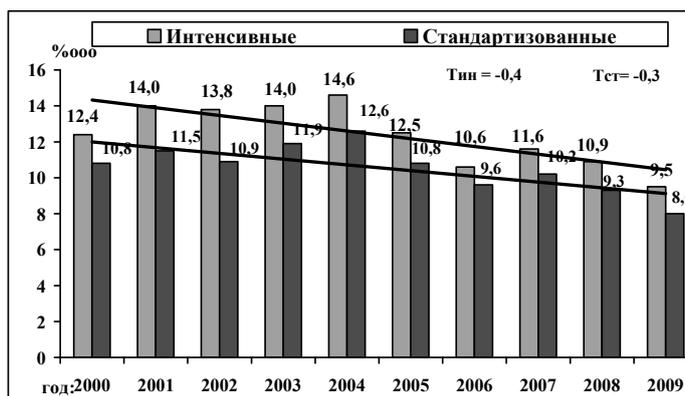


Рисунок 2– Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости рака прямой кишки населения г. Алматы за 2000-2009гг.

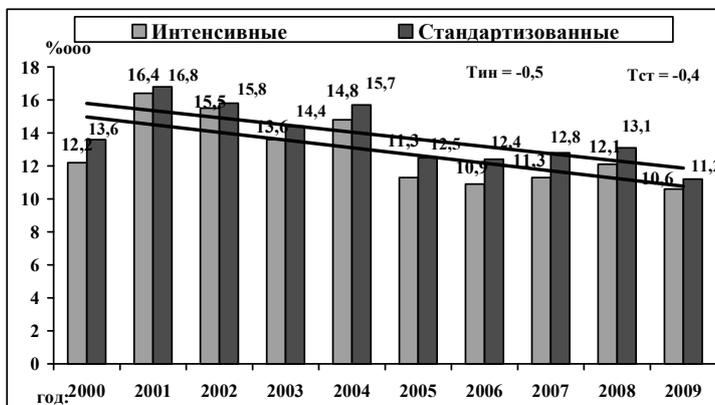


Рисунок 3– Интенсивные и стандартизованные показатели рака прямой кишки мужского населения г. Алматы за 2000-2009гг.

ставили: интенсивных Тин=-0,5% и стандартизованных Тст=-0,4.

Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости женского населения за этот период в динамике выросли с 12,6‰ (2000г.) до 14,4‰ в 2004 году, с последующим снижением до 8,6‰ в конце исследуемого периода (рисунок 4).

По показателям удельного веса рака прямой кишки всего населения города (рис.5) лидируют возрастная группа среди лиц 60-69 лет, с показателями у мужчин 21,0%, а среди женского населения 24,0%.

Изучение общего среднегодового интенсивного показателя заболеваемости рака прямой кишки выявило, что он составил $12,4 \pm 0,6$ ‰, стандартизованный (мировой) – $10,6 \pm 0,4$ ‰. Анализ по-возрастных показателей заболеваемости рака прямой кишки мужского и женского населения города Алматы за период исследования показал, что рост заболеваемости отмечается в возрастных группах 70 лет и старше и носит унимодальный характер.

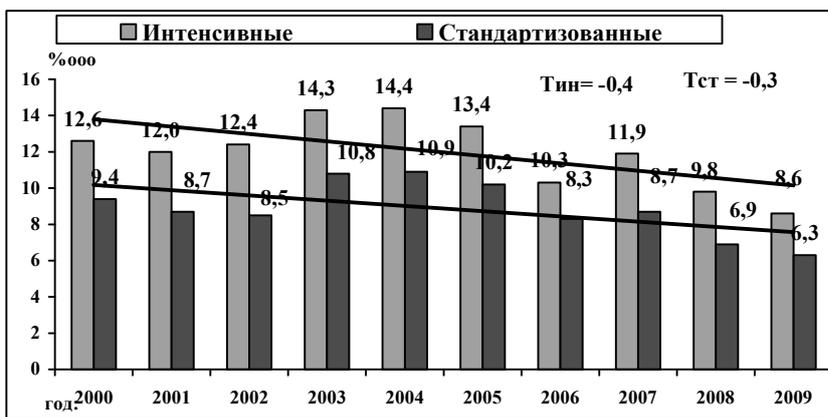


Рисунок 4– Интенсивные и стандартизованные показатели рака прямой кишки женского населения г. Алматы за 2000-2009гг.

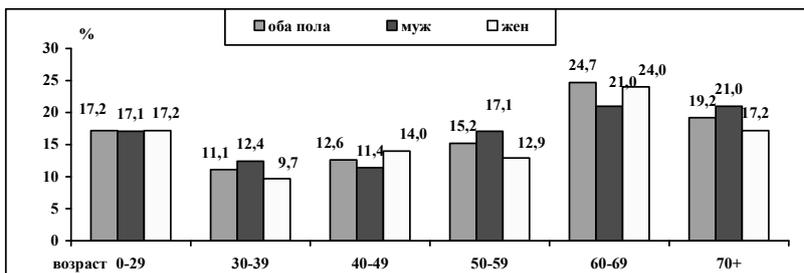


Рисунок 5 – Удельный вес неходжкинских лимфом по возрастным группам населения г. Алматы за 2000-2009гг.

Тұжырым

М.Кузикеев

Қазақтың онкология және радиология ФЗИ.

Алматы қаласының тұрғындары арасынан тік ішек қатерлі ісігінің эпидемиологиясы 2000-2009 жылдар аралығында

Алматы қаласындағы тұрғындар арасында он жыл кезеңінде тік ішек қатерлі ісігін қарқынды және стандартталған көрсеткіштер бойынша қарастырылған. Әйел, ерадам ауруына қарай, жасына қарай қарастырылған.

Үлесті салмақ көрсеткіші бойынша тік ішек қатерлі ісігі қала тұрғындарында 60-69 жас аралығы алдыңғы орында.

Түйінді сөздер: тік ішек қатерлі ісігі, аурушаңдық, қарқынды және стандартталған көрсеткіштер.

Summary

M.Kuzikeev

Kazakh Scientific Institute Oncology and Radiology

Epidemiology of colorectal cancer in Almaty for 2000-2009.

Studied intensive and standardized incidence rates of cancer of the rectum residents of Almaty decade. Studied the incidence of male and female population in the age groups. In terms of the proportion of colorectal cancer only naseleniyagoroda leads age group 60-69 years.

Key words: colorectal cancer, the incidence, intensity and standardized indicators.

УДК: 616-006.6-036.22(574.11)

Г.Д. Сейтказина, Н.Т. Имангалиева, А.Е. Ажмагамбетова, Ж.К. Чингисова
Казахский НИИ онкологии и радиологии

Эпидемиологические аспекты заболеваемости злокачественными новообразованиями в Западном регионе Казахстана

Аннотация. Эпидемиологические аспекты заболеваемости злокачественными новообразованиями в Западном регионе Казахстана

Проведен анализ заболеваемости ЗН населения Западного региона Республики с 2000 по 2008 годы. За исследуемый период зарегистрировано 35306 больных ЗН. По распространению заболевших ЗН в областях установлено, что наибольший удельный вес ЗН был в Западно-Казахстанской (44,0%) и Актыубинской (27,8%), затем - в Атырауской (16,6%) и наименьший - в Мангистауской (11,6%) областях.

Ключевые слова: эпидемиология, заболеваемость, Западный Казахстан.

Рост числа злокачественных новообразований – одна из основных проблем здравоохранения большинства стран мира, поскольку эти заболевания являются одной из главных причин смертности и инвалидности населения [1]. В мире отмечается постоянный рост числа больных злокачественными новообразованиями: 1985 г. – 7,6 млн. новых случаев рака, 1990 – 8,1 млн. Исходя из этих величин, в 2010 году предполагается новая регистрация 13 млн. больных раком [2, 3]. Проблема заболеваемости злокачественными новообразованиями является актуальной и в Казахстане [4]. Особый интерес представляет изучение особенностей распространения злокачественных новообразований по территориальному признаку и временным периодам.

Цель исследования

– анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Западного региона в период с 2000 по 2008 годы.

Материалы и методы

Использованы основные медицинские отчетные и учетные формы (Ф. № 7, № 35, № 090/У) и база данных Канцер-регистра (АИС-ОНКО) по злокачественным новообразованиям (ЗН), а также сведения о численности населения четырех областей Западного региона. Интенсивные (ИП) и стандартизованные (СП) показатели рассчитаны по общепринятой методике санитарной статистики [5, 6].

Результаты исследований

Западный регион включает четыре области: Актыубинскую, Западно-Казахстанскую, Атыраускую и Мангистаускую.

В исследованиях проведен анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями по областям Республики за период 2000-2008 гг по трехлетним интервалам: первый – 2000-2002 гг., второй – 2003-2005 гг., третий – 2006-2008 гг.

За исследуемый период зарегистрировано 35306 больных онкопатологией. Изучение экстенсивных показателей злокачественных новообразований по областям региона показал, что удельный вес был неодинаковым и колебался в пределах с 6,8% (Западно-Казахстанская область) до 1,8% (Мангистауская область) по отношению к числу заболевших по Республике, и в пределах 44,0% - 11,6% по региону.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями по Актыубинской области. За изучаемый период зарегистрировано 9811 больных ЗН в Актыубинской области и составляет 3,9% по отношению данных Республики.

Динамика показателей заболеваемости ЗН населения области за 2000-2008 гг. имела тенденцию роста со 156,2‰ (2000 г) и до 163,7‰ в 2008 году с темпом прироста $T_{ин} = 1,2\%$.

Среднегодовые ИП заболеваемости ЗН населения области за изучаемый период (2000-2008 гг.) составили 159,8‰, СП (мировой) - 182,7‰. Анализ показателей по трехлетним интервалам свидетельствует о росте ЗН со 156,3‰ (2000-2002 гг.), до 163,3‰ в последнем периоде (2006-2008 гг.). Аналогичные изменения отмечены при стандартизации заболеваемости мировым стандартом (рисунок 1): 178,4‰-185,8‰.

У мужского населения области ИП заболеваемости ЗН по периодам характеризовался ростом со 156,3‰ (2000-02гг.) до 163,3‰, т.е. на 4,5% в последнем периоде (2005-08 гг.). Темп прироста ИП был положительным ($T_{ин} = 1,7\%$). Подобные изменения были при стандартизации показателей заболеваемости: со 178,4‰ до 185,8‰, с темпом прироста $T = 1,2\%$ (рисунок 2).

Анализ интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости женского населения по периодам (рисунок 3), показал, что имелся незначительный рост ИП со 160,8‰ до 163,0‰ к 2005-2008 гг. ($T_{ин} = 0,4\%$), СП снизились с 154,0‰ до 152,8‰, ($T_{ст} = -7,4\%$).

Заболеваемость злокачественными новообразованиями по Западно-Казахстанской области За изучаемый период зарегистрировано 11527 больных ЗН в Западно-Казахстанской области и составляет 4,44% по отношению данных республики.

В динамике показатели ЗН населения области за 2000-2008 гг. почти без изменений (208,7‰ - 209,1‰).

Среднегодовые ИП заболеваемости ЗН населения области были равны 278,7‰, СП - 266,1‰. По трехлетним периодам ИП заболеваемости ЗН с тенденцией снижения со 221,1‰ (2000-2002 гг.) до 207,3‰ в

последние годы (2006-2008 гг.). Аналогичные изменения отмечены при стандартизации заболеваемости мировым стандартом (рисунок 4). Так этот показатель сни-

зился со 226,9‰ до 206,2‰, но темпы приростов их были почти одинаковыми (Тин—2,3%, а Тст= -2,6%, соответственно).



Рисунок 1- Динамика показателей заболеваемости ЗН населения Актыбинской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

У мужского населения области по периодам отмечается снижение с 226,9‰ (2000-02гг.) до 213,2‰, т.е. на 6,0% в последнем периоде (2005-08 гг.) с темпом прироста Тин = -2,3%. В то же время СП заболеваемости

выросли с 193,3‰ до 246,9‰ с темпом прироста Т= 8,9% (рисунок 5).

За 2000-2008 гг ИП заболеваемости ЗН женского населения составили 271,2‰, СП – 242,3‰. Анализ



Рисунок 2- Динамика показателей заболеваемости ЗН мужского населения Актыбинской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

ЗН по периодам показал, что (рис.6) ИП с незначительным ростом с 200,8‰ до 201,9‰ в 2005-08 гг. (Тин= 0,2%), СП с таким же уровнем снижения с 168,6‰ до

165,4‰, (Тст=-0,5%).

Заболеваемость злокачественными новообразованиями по Атырауской области За изучаемый период

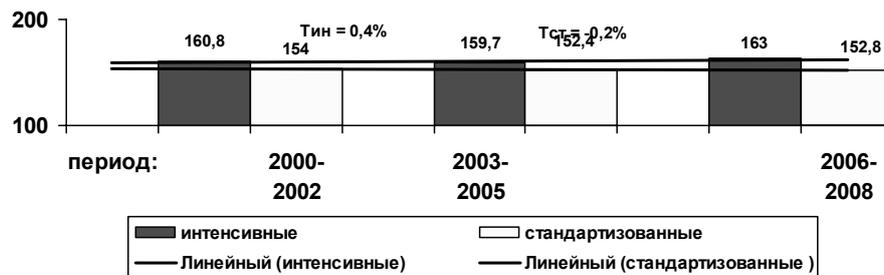


Рисунок 3 - Динамика показателей заболеваемости ЗН женского населения Актыбинской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

зарегистрировано 5862 больных ЗН в Атырауской области, что составляет 2,3% по отношению данных республики.

Динамика показателей заболеваемости ЗН населения области за 2000-2008 гг. имела тенденцию снижения со 148,5‰ (2000 г) до 134,1‰ в 2008 году.

Уровень ИП заболеваемости ЗН населения области в среднем за изучаемый период составил 140,2‰, СП - 180,6‰ (рисунок 7). По трехлетним периодам ИП заболеваемости ЗН снизились со 152,7‰ до 130,1‰, СП- со 191,7‰ до 177,8‰ с разным уровнем темпов (Тин-3,8%, Тст= 2,3%).

По ИП заболеваемости ЗН мужского населения области по периодам отмечено снижение со 152,7‰ (2000-02гг.) до 130,1‰, т.е. на 17,0% в последнем

периоде (2005-08 гг.), по СП со 191,7‰ до 170,9‰. Темпы соответственно составили Тин =-3,8 Тсп= -3,5% (рисунок 8).

Анализ интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости женского населения по периодам (рисунок 9), показал, что ИП снизились со 151,9‰ до 139,0‰, СП - со 184,6‰ до 140,3‰ с различными темпами Тин= -2,2% и Тст= -7,4%.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями по Мангистауской области. За изучаемый период зарегистрировано 4106 больных ЗН, что составляет 1,6% по отношению данных республики.

Заболеваемость ЗН населения области за 2000-2008 гг. в динамике имела тенденцию снижения со 136,8‰

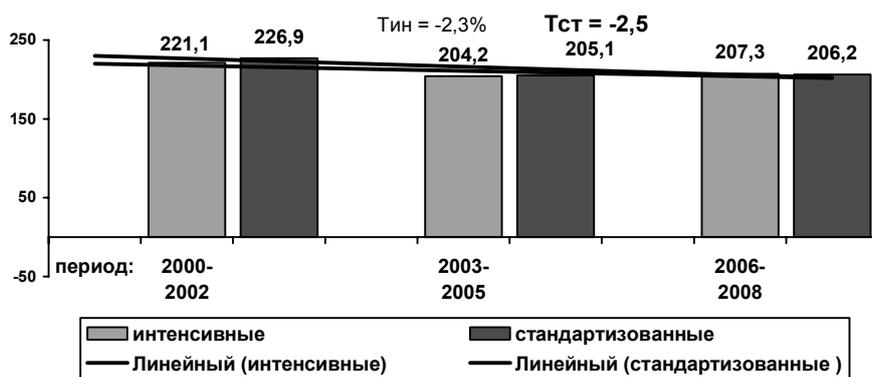


Рисунок 4 - Динамика показателей заболеваемости ЗН населения Западно-Казахстанской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

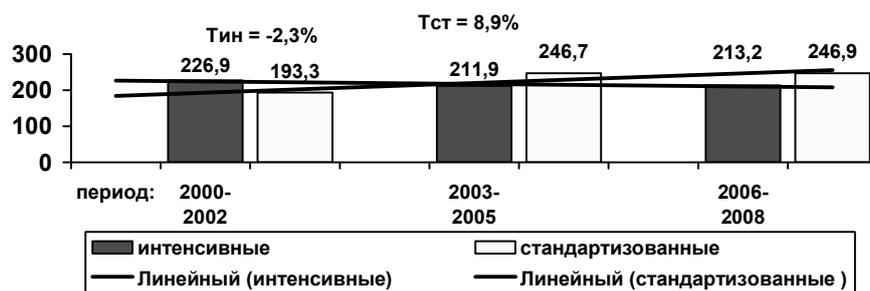


Рисунок 5- Динамика показателей заболеваемости ЗН мужского населения Западно-Казахстанской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

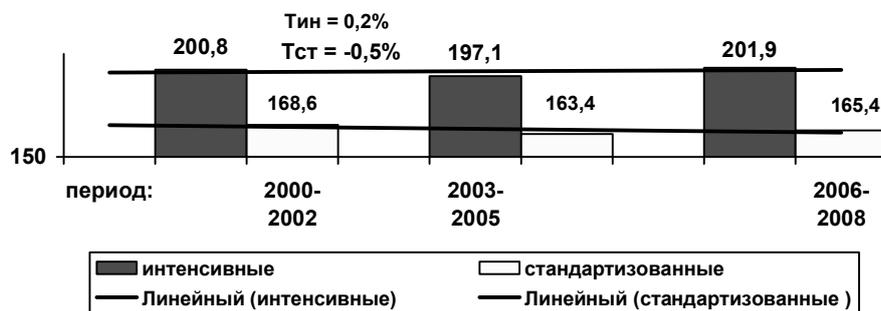


Рисунок 6 - Динамика показателей заболеваемости ЗН женского населения Западно-Казахстанской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

до 117,9‰. В начале исследования ИП выросли до 139,5‰ в 2001 году, затем резко снизились до 120,3‰ в 2004 году, и вновь выросли до 134,1‰ в 2005 г., с последующим снижением до 109,5‰ в 2007 году, с дальнейшим ростом до 117,9‰. В целом темп имел тенденцию снижения (Тин=-2,7%).

При анализе по трехлетним периодам ИП заболеваемости ЗН населения отмечалось снижение со 136,0‰ (2000-2002 гг.), до 118,9‰ (Тин—2,9%) в последнем трехлетии (2006-2008 гг.). При стандартизации (рисунок 10), показатель почти не изменился (182,2‰ - 182,9‰).

В динамике ИП заболеваемости ЗН мужского населения по периодам отмечается снижение со 132,8‰ до 112,3‰, т.е. на 18,2% в последнем периоде. При этом темп прироста ИП у мужчин со снижением Тин = -3,4%. Аналогичные изменения отмечаются по СП - 238,9‰ - 207,2‰, соответственно периодам. Темп прироста Т = -5,3% (рисунок 11).

Анализ интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости женского населения Мангистауской области по

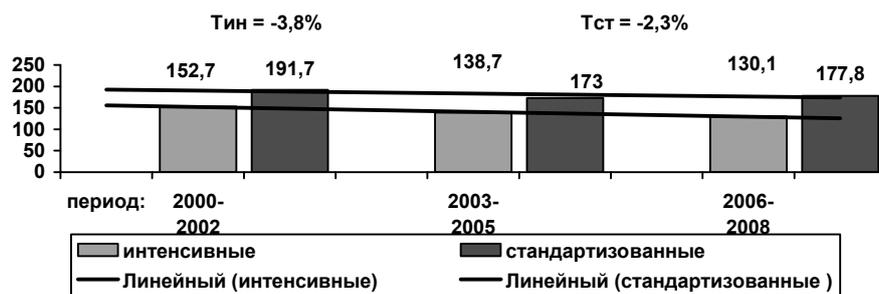


Рисунок 7 - Динамика показателей заболеваемости ЗН населения Атырауской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

периодам (рис.12), показал, что ИП имеют тенденцию снижения со 139,2‰ до 125,2‰ в 2005-08 гг. (Тин= -2,3%), СП - со 181,3‰ до 158,5‰, (Тст= -3,8%).

Таким образом, анализ данных по распространению заболеваний онкопатологией по Западному региону показал, что наибольший удельный вес ЗН был в Западно-Казахстанской области, составив 44,0%, затем в Актыбинской – 27,8%, третьим определилась Атырауская – 16,7% и наименьшая регистрация первично заболевших ЗН была в Мангистауской области – 11,6%.

Уровень заболеваемости ЗН населения Западно-Казахстанской области за изучаемый период составил -278,7‰ и имел тенденцию роста с 208,7‰ (2000 г) до 209,1‰ в 2008 году, при этом СП – 281,1‰ снизился с 226,9‰ до 206,2‰, ИП заболеваемости ЗН мужского населения области в среднем на уровне 286,4‰, СП – 289,9‰, женского населения - 271,2‰, СП – 242,3‰.

По Актыбинской области заболеваемость ЗН в среднем за 2000-2008 гг составила 159,8‰ и имела тенденцию роста со 156,0‰ (2000 г) и до 163,7‰ (2008 г), СП - 182,7‰ с ростом от 178,4‰ до 185,8‰.

Заболеваемость ЗН населения Атырауской области в среднем по ИП была 140,2‰, СП-180,6‰, среди мужского населения - 140,1‰, СП – 208,3‰. ИП заболеваемости ЗН женского населения 140,3‰, СП – 152,8‰.

Среднегодовые ИП заболеваемости ЗН населения Мангистауской области за изучаемый период (2000-2008 гг) были равны 126,6‰, СП - 184,8‰. Интенсивные показатели заболеваемости ЗН мужского населения в среднем составили 120,4‰, СП – 190,9‰, женского населения - по ИП 132,7‰, СП - 178,7‰.



Рисунок 8- Динамика показателей заболеваемости ЗН мужского населения Атырауской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

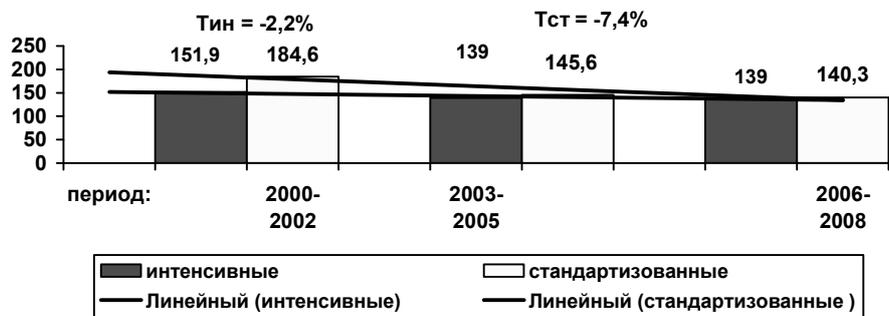


Рисунок 9 - Динамика показателей заболеваемости ЗН женского населения Атырауской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

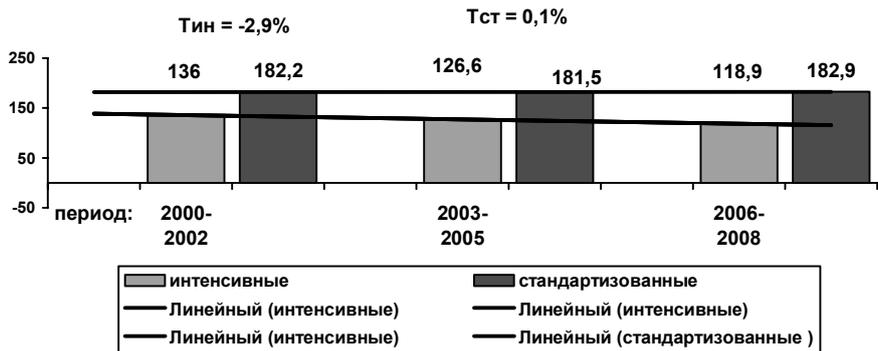


Рисунок 10- Динамика показателей заболеваемости ЗН населения Мангистауской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

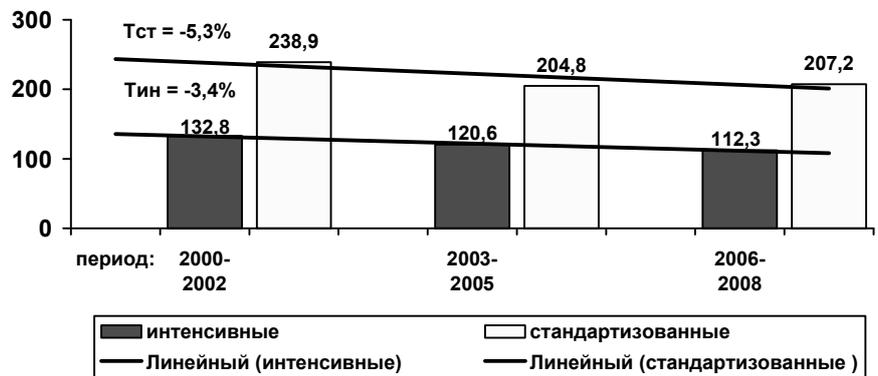


Рисунок 11- Динамика показателей заболеваемости ЗН мужского населения Мангистауской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

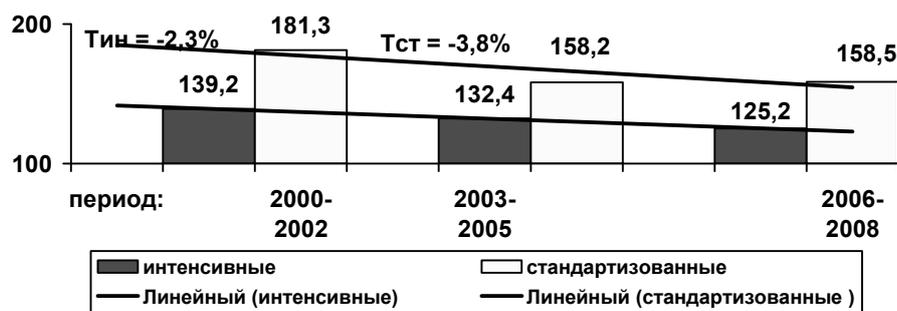


Рисунок 12 - Динамика показателей заболеваемости ЗН женского населения Мангистауской области по трехлетним периодам за 2000-2008 гг.

Список литературы

- 1 Чиссов В.И. Избранные лекции по клинической онкологии.- М.,2000. - С. 9-24.
- 2 Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ (состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность). -М.,2001. - 295 с.
- 3 Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 году.- М., 2004.- 280 с.
- 4 Арзыкулов Ж.А. Онкологическая помощь населению Республики Казахстан. Современная ситуация и перспективы // Онкология и радиология Казахстана.- 2002. - № 1. - С. 7-9.
- 5 Мерков А.М., Поляков Л.Е.. Санитарная статистика. - Л.,1974.- 211 с.
- 6 Применение методов статистического анализа: учебное пособие /Под ред. Кучеренко В.З.- М., 2004. - 188 с.

Тұжырым

Г. Д. Сейтказина, Н. Т. Имангалиева, А.Е.Ажмагамбетова, Ж.К.Чингисова

Батыс Қазақстан аймағында қатерлі түзілістердің эпидемиологиялық аспектері.

2000 жылдан 2008 жылдарға дейінгі аралықтағы Республиканың Батыс аймақтарындағы тұрғындардың қатерлі және өспелер ауруларына қортындылар жа- салды. Қатерлі және өспелермен тіркелген 35306 науқастар. Қатерлі жаңа өспелердің таралуы бойынша көп орын алған Батыс Қазақстан (44,0%) және Ақтөбе облысы (27,8%), бұдан кейін Атырау облысы (16,6%), Маңғыстау облысында - аздау (11,6%).

Батыс Қазақстан облысы бойынша қатерлі және өспелердің жылдың орташа көрсеткіші 278,7%ооо.

Ақтөбе облысы бойынша 159,8%ооо, Атырау облысы 140,2%ооо, Маңғыстау аймақтарында 126,3%ооо. Тұрғындар арасында әйелдердің қатерлі жаңа өспелерінің жылдық орташа көрсеткіші облыс аймақтарында -265,4 – 131,8%ооо дейін болды. Ер адамдар – 293,0 – 121,2%ооо облыстар бойынша аурудың салыстырмалы жағдайлары осылай болды.

Түйінді сөздер: қатерлі түзілістер, аурушаңдық, Батыс аймағы.

Summary

G.Z.Seytkazina, N.T.Imangaliyeva, A.E.Azhmagambetova, Z.K.Chingisova

Kazakh Scientific Institute Oncology and Radiology
Epidemiological aspects of cancer incidence in the western region of Kazakhstan

The analysis of the incidence of MN population of the West Region of the Republic from 2000 to 2008. During the study period, 35 306 patients were registered Cancer. For the dissemination of the diseased areas in SA found that the largest share cancer was in West Kazakhstan (44.0%) and Aktobe regions (27.8%), followed - in Atyrau (16.6%) and the lowest - in Mangistau (11.6%) regions. Annual average SA totaled 278.7% ooo on WKO, 159.8% of Aktobeooo, ooo 140.2% - Atyrau, 126.3% ooo - Mangystau. Average annual incidence rates of cancer female population in the region were within 265,4-131,8% OOO, male - 293,0-121,2% ooo respectively rank position of general morbidity regions.

Keywords: cancer, disease, West region.

УДК: 616-006.6-036.22(574.11)

Л.С. Зайцева

Медицинский Центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, г. Актюбе

Результаты цитологического скрининга рака шейки матки по Актюбинской области за 2011 г.

Аннотация. В данной статье автор приводит результаты и анализирует эффективность проводимого в Актюбинской области цитологического скрининга. Широкое внедрение скрининговой программы, повысит уровень своевременной диагностики больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, что также позволит выявить рак шейки матки на ранних стадиях, увеличит число больных с 5 - летней выживаемостью до 90%

Ключевые слова: рак шейки матки, скрининг.

Рак шейки матки в структуре злокачественных опухолей репродуктивной системы женщин занимает одно из ведущих мест. По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется около 470000 новых случаев РШМ, что составляет 14,2 от всех злокачественных новообразований у женщин [1-2].

В Казахстане раком шейки матки (РШМ) ежегодно болеет более 1000 женщин. Отмечается высокий удельный вес больных РШМ репродуктивного возраста – 48 % от всех заболевших [3]. В Актюбинской области состоит на учете 536 больных раком шейки матки, выявлено за 2011г – 68, из них I-II стадия установлена у 65 пациентов, у 3 пациентов III стадия.

Проведение скрининга рака шейки матки является неотъемлемой составной частью программ здравоохранения. Постоянный рост заболеваемости, высокая смертность, а также увеличение количества больных среди молодых женщин, привели к тому, что проблема лечения рака шейки матки является социально-экономической.

Важнейшим направлением противораковой борьбы является своевременное выявление и лечение предопухолевых процессов и раковых заболеваний на ранних стадиях. Диагностика ранних форм злокачественных новообразований предопределяет прогноз заболевания. Профилактическая работа является одним из приоритетных направлений современной медицины. Чувствительность цитологического исследования является важным фактором эффективности скрининга. По данным различных исследователей, составляет от 66 до 83 %. Плохой забор материала для цитологического исследования является причиной ложноотрицательных случаев в 70-90%[4].

Материалы и методы

Годовые статистические отчеты, отчеты цитологической лаборатории за 2011г.

Цель работы

- проанализировать эффективность проводимого в области профилактического осмотра в целях раннего выявления рака шейки матки путём цитологического скрининга.

Результаты

В 2011г цитологический скрининг в Актюбинской области проведен 13987 женщинам, в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет. Результаты проведения скрининга рака шейки матки по Актюбинской области за 12 месяцев 2011г представлены в таблице №1 и №2.

При проведении цитологического скрининга за 2011г выявлено женщин с РШМ в ранних стадиях в 3 случаях и установлено 7242 случаев тяжелых дисплазии. Цитологическое исследование цервикальных мазков по Папаниколаеву остается основным методом скрининга заболеваний шейки матки. Метод дает возможность оценить структуру и клеточный уровень повреждения тканей, попавшихся в мазок-отпечаток. Ложноотрицательные результаты гораздо чаще связаны не с погрешностью работы цитоморфолога, а с нарушением техники сбора и обработки цитологического материала.

Выводы: к сожалению, выявляемость ранних форм у женщин подвергнутых скринингу рака шейки матки остается довольно низкой. Тем не менее, опыт стран с развитыми скрининговыми программами показывает, что требуется не менее 20 лет, для полноценной реализации масштабного скрининга. Широкое внедрение скрининговой программы, повысит уровень своевременной диагностики больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, позволит выявить рак шейки матки на ранних стадиях, увеличит число больных с 5 – летней выживаемостью до 90%. Необходимо более активно проводить цитологический скрининг женщинам начиная с 25 лет, связи с тенденцией к омоложению контингента больных.

Список литературы

1. Мукушева А.Х. «Эпидемиология рака шейки матки и результаты цитологического скрининга в 2010г в Павлодарской области» «Онкология и радиология Казахстана» №4(21) 2011г. 96с.
2. Югай Т.А. «Динамика онкологической заболеваемости молочной железы и женских половых органов по г. Алматы» Дуненова Г.А с соав. Городской онкологической диспансер. г. Алматы. «Онкология и радиология Казахстана» №4(21) 2011г. 19-21с.

Таблица №1. - Скрининг РШМ за 2011 г. по Актыбинской области

Район области (для каждого района отдельно)	Кол-во женщин, подлежащих осмотру (абс.ч-%)	Количество обследованных женщин по Папаниколау (абс.ч.-%)							
		Из них по следующим возрастам							
		30 лет 1981	35 лет 1976	40 лет 1971	45 лет 1966	50 лет 1961	55 лет 1956	60 лет 1951	Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
г. Актобе	13772	588	922	955	896	1088	649	599	5697
Айтекебийский	800	19	72	75	70	65	34	24	359
Алгинский	1408	125	186	200	168	186	11	105	1080
Байганинский	901	53	135	72	67	128	40	35	530
Иргизский	443	15	42	21	34	37	17	4	170
Каргалинский	726	79	102	95	83	100	78	52	589
Мартукский	1000	120	108	112	128	106	111	121	806
Мугалджарский	1914	108	216	204	178	189	120	82	1097
Темирский	991	68	125	111	105	93	51	35	588
Уилский	363	27	126	112	93	111	39	33	541
Хромтауский	1224	120	186	174	154	173	143	102	1052
Хобдинский	616	71	110	136	127	127	89	68	728
Шалкарский	1485	55	118	140	116	174	98	49	750
Итого	25643	1448	2448	2407	2219	2577	1579	1309	13987

Таблица №2. - Скрининг РШМ за 2011 г.

Район области (для каждого района отдельно)	Подлежало осмотру	Осмотрено (абс.число и %)	Выявлено патологии (абс.число и %)	Выявлено HSIL (CIN II, CIN III, c-г in situ), абс.число(и %)	Выявлено инвазивных форм РШМ (абс.число и %)	Кол-во мазков, окрашенных по Папаниколау (Абс.ч. и %)	Кол-во мазков, окрашенных по Папаниколау (Абс.ч. и %)
г. Актобе	13772	5697	2778		2	10489	10489
Айтекебийский	800	359	224			714	714
Алгинский	1408	1080	536	1		2190	2190
Байганинский	901	530	245	1		1069	1069
Иргизский	443	170	138			350	350
Каргалинский	726	589	338			986	986
Хобдинский	616	728	228			1423	1423
Мартукский	1000	806	416	3		1505	1505
Мугалджарский	1914	1097	743	1	1	3153	3153
Темирский	991	588	265			1201	1201
Уилский	363	541	302			816	816
Хромтауский	1224	1052	514	1		2153	2153
Шалкарский	1485	750	515	1		1553	1553
всего	25643	13987	7242	10	3	27602	27602

*Тұжырым**Л.С.Зайцева*

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медициналық университеті.

2011 ж. Ақтөбе облысында жатыр мойны қатерлі ісігінің цитологиялық скрининг қорытындысы

Бұл мақалада Ақтөбе облысының цитологиялық скрининг тиімділігін көрсеткен. Скрининг бағдарламасын енгізу, жатыр мойны қатерлі ісігінің

фондық ауруы бар және рак алды ауруы бар науқастарды алдын ала анықтау, жатыр мойны қатерлі ісігін ерте анықтау, науқас өміршеңдігін 5 жылдан – 90 %ға дейін көтеру.

Түйінді сөздер: жатыр мойнының қатерлі ісігі, цитологиялық скрининг.

*Summary**L.S. Zaitsev*

Medical Center of West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov

The results of cytological screening for cervical cancer in the Aktobe region in 2011

Abstract. This article analyzes the effectiveness of the Aktobe region in cytological screening. The widespread introduction of screening programs will improve the timely diagnosis of patients with background and precancerous diseases of the cervix, which will also identify cervical cancer in its early stages, will increase the number of patients with a 5 - year survival of 90%.

Keywords: cervical cancer; cytological screening.

УДК: 615.277.4:632.15-312(574.4)

М.А. Каримов, Р.А. Доскеева, Ж.Ш. Кенжалин, Г.А. Койшекенова
Казахский НИИ онкологии и радиологии

Имеется ли канцерогенный риск для населения в Восточно-Казахстанской области, связанный с загрязнением окружающей среды канцерогенными веществами классов полициклических ароматических углеводородов и тяжелых металлов?

Аннотация. Одним из факторов оценки зависимости ЗН от ЗОС химическими канцерогенными веществами является определение индивидуального и коммунального факторов канцерогенного риска. Поэтому мы произвели сравнительное изучение зависимости общей ЗН от загрязнения питьевой воды, зерна, в основном пшеницы, подсолнуха и овощей- картофеля, свеклы, моркови, теми или иными канцерогенами.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, канцерогенные вещества, загрязнение окружающей среды.

Загрязнение окружающей среды (ЗОС) канцерогенными веществами разных классов: полициклическими ароматическими углеводородами (ПАУ), тяжелыми металлами (ТМ), М- нитрозосоединениями (ННС) и другими описаны во всем мире (1,2,3,4,5). ЗОС имеет место и в Казахстане (6,7,8). Однако, класс канцерогенов и степень ЗОС в разных регионах Казахстана различный. По нашему мнению, ЗОС в Казахстане имеет прямое отношение к заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН).

Целью настоящих исследований явилось выявление зависимости ЗН населения в Восточно-Казахстанской области (ВКО) от ЗОС канцерогенными веществами класса ПАУ, в частности бенз(а)пиреном (БП) и класса ТМ, в частности свинцом (РЬ), кадмием (Сd), никелем (Ni) и кобальтом (Со).

Одним из факторов оценки зависимости ЗН от ЗОС химическими канцерогенными веществами является определение индивидуального и коммунального факторов канцерогенного риска. Поэтому мы произвели сравнительное изучение зависимости общей ЗН от загрязнения питьевой воды, зерна, в основном пшеницы, подсолнуха и овощей- картофеля, свеклы, моркови, теми или иными канцерогенами.

Материал и методы исследования

Материалом для выполнения настоящих исследований явились первичные карты извещений о впервые заболевших злокачественными новообразованиям жителей ВКО по форме 090/У; данные статуправления о численности

населения в городах и районах Восточно-Казахстанской области (ВКО); данные о содержании канцерогенов в окружающей среде - воде, растениях, употребляемых в пищу населением. Всего изучено 238 проб. Из них пробы, отобранные из ВР ВКО воды- 31, пробы растений- 31.

Оценка уровня индивидуального канцерогенного риска проводилась согласно классификации по Новикову СМ. с соавторами.

Индивидуальный риск в течение всей жизни на уровне или менее 10»' концентрации определяемого вещества соответствует зоне условно приемлемого (допустимого риска) для населения.

Характеристика среднего канцерогенного риска основана на оценке дополнительного числа случаев риска на всем протяжении жизни, возникшего вследствие воздействия канцерогена. Величина индивидуального канцерогенного риска определялась по формуле:

$CR = LADDSF$, где, CR- индивидуальный канцерогенный риск;

LADD - среднесуточная доза в течение жизни, (мг/кг x день)⁻¹;

SF- фактор наклона для (мг/(кг x день)⁻¹

-Стандартные формы расчета средней суточной дозы при поступлении химических веществ с первой водой и пищей приведены соответственно в таблицах 1 и 2.

Таблица 1- Стандартная формула для расчета средней суточной дозы и стандартные значения факторов экспозиции при пероральном поступлении химических веществ с питьевой водой

$I = (C_w \times V \times EF \times ED) / (BW \times AT \times 365)$		
параметр	характеристика	Стандартное значение
I	Поступление с питьевой водой мг/(кг x день)	-
CW	Концентрация вещества, мг/л	-
V	Величина водопотребления, л/сутки	2 л/сутки
EF	Частота воздействия, дней/год	350 дн./год
ED	Продолжительность воздействия, лет	30 лет

Таблица 2- Стандартная формула расчета средней суточной дозы при поступлении химических веществ с пищевыми продуктами (при использовании бюджетных методов потребления)

$I = \{(A_1 \times m_1) + (A_2 \times m_2) + (A_n \times m_n)\} \times F / BW$		
параметры	Характеристика	Стандартное значение
I	Поступление вещества с рационом питания, мг/кг массы тела в сутки	
A ₁ ...A _n	Концентрация вещества в конкретных пищевых продуктах, мг/кг продукта	
m ₁ ...m _n	Масса потребленного продукта в день, кг	
T	Коэффициент пересчета на съедобную часть	Определяется по справочнику «Химический состав пищевых продуктов». – М.: Пищевая промышленность, 1976. – С.200-7
F	Доля местных, потенциально загрязненных продуктов в суточном рационе, отн. ед.	Определяется местными условиями. Крайняя оценка F= 1,0
BW	Масса тела, кг	70 кг
При расчете нагрузки принимается, что частота воздействия составляет 365 дней, продолжительность воздействия для взрослых 30 лет, для канцерогенов 70 лет.		

BW	Масса тела, мг/кг	70 кг
AT	Период осреднения экспозиции, лет	Канцерогены: 70 лет

Вычисление уровней риска классифицировано следующим образом (табл.3).

Результаты исследования

Исследования ЗОС в Восточном регионе (ВР) ВКО показывают, что оно (загрязнение) происходит антропогенно: промышленностью, автотранспортом, хозяйственной деятельностью жителей этих областей. ЗОС промышленностью связано с добычей полиметаллических руд, их обогащением и выработкой продукции. Накопившиеся терриконы, хвостохранилища и сами карьеры, особенно с открытой разработкой, загрязняют ОС канцерогенными ТМ. Через них протекают речки, которые «уносят» ТМ на далекие расстояния. Ветер уносит пыль, содержащую ТМ, на далекие расстояния. Со временем ТМ накапливаются в почве, в растениях, хлебах (зерне) овощах, создается антропогенная геопроевнция. Все это играет роль в превращении профессионального вредного воздействия (профессиональный рак) в коммунальное вредное воздействие на проживающее в этой провинции население. Это сказывается на увеличении числа возникновения злокачественных опухолей и онкологической заболеваемости у населения.

Исходя из этого, мы изучили три класса поллютантов,

Таблица 3 - Классификация уровней риска

Уровень риска	Индивидуальный пожизненный канцерогенный риск	Коэффициент опасности развития неканцерогенных эффектов (НҚ)
Чрезвычайно высокий	10 ⁻¹	> 10
Высокий	10 ⁻¹ - 10 ⁻³	5-10
Средний	10 ⁻³ - 10 ⁻⁴	1 -5
Низкий	10 ⁻⁴ - 10 ⁻⁶	0,1-1,0
Минимальный	менее 10 ⁻⁶	менее 0,1

оцениваемых как канцерогены. Это, во-первых, полициклического ароматического углеводорода (ПАУ), в частности БП. Принято считать, что БП - это индикаторный представитель канцерогенов этого класса и он чаще всего и больше всего присутствует в ОС. Диметилбензантрацен (ДМБА), метилхолантрен (МХ) и другие канцерогены этого класса более сильные, однако они не всегда обнаруживаются в среде, загрязненной ПАУ, а БП присутствует всегда. Общепринято, что метод идентификации БП более доступен и менее громоздкий, поэтому по всему миру принято определение в ОС именно этого ПАУ. Поэтому мы взяли БП как представителя класса канцерогенных ПАУ. Во-вторых, для изучения значения других канцерогенов мы взяли канцерогены второго класса, а из их числа определяли в ОС содержание ТМ - Сё, №, Рь, Со. В третьих, для выяснения роли канцерогенов третьего класса - КНС, мы выявляли наличие в ОС предшественников канцерогенных ЫНС- нитратов. Изучалось содержание канцерогенов всех трех классов в воде, в особенности питьевой, в почве, в частности на территории или вокруг промышленных предприятий и, что важно, на полях частных домовладений и крупных посевных площадях зерна агроферм. Из растений изучались те представители, которые идут на корм скоту и главные овощи (в том числе корнеплоды), и некоторые виды зерна, употребляемые человеком в пищу.

Изучалось содержание всех канцерогенов, некоторых их предшественников и промоторов канцерогенеза фенолов, которые, как считает ряд исследователей, играют иногда роль и канцерогенов. Подобных исследований, в которых изучалось бы значение действия канцерогенов трех классов, да еще и промоторов канцерогенеза, в доступной нам литературе мы не нашли. Нами изучено ЗОС в ВР и СР ВКО, климатические условия, развитие промышленности, национальный состав в которых различный. Кроме того, мы проводили определение этих поллютантов в ОС Акмолинской области, которая могла быть контролем по отношению в ВКО. Настоящее исследование включает в себя только данные о ЗОС в ВР ВКО.

В ВР ВКО с высоко развитой промышленностью мы априорно ожидали самое высокое ЗОС канцерогенами двух классов - ПАУ и ТМ. Однако, изучение объектов ОС показало, что наши предположения не всегда были оправданы. Так, водоисточники загрязнены БП не более интенсивно, чем в других регионах. Черный Иртыш на границе ВКО (куда он притекает из Китая) вливается в озеро Зайсан. С этим озером соединено Бухтарминское водохранилище, образованное искусственно путем перекрытия реки плотиной Бухтарминской ГЭС. Выше этой плотины р.Иртыш протекает через гг Усть-Каменогорск, Семипалатинск, Павлодар и вытекает на территорию РФ. Нами исследовано содержание различных поллютантов,

в том числе канцерогенов начиная с оз.Зайсан до выхода реки из г Павлодар. Начиная с Бухтарминского водохранилища и кончая выходом Иртыша из гУсть-Каменогорск эта река и мелкие реки- Ульба, Уба, Громатуха, Филиповка, Бутачиха, Осиновка содержали БП, превышающий ПДК примерно в 2-4 раза, хотя последние реки протекали до впадения в Иртыш через территории где имеется рудники, хвостохранилища, откуда они, казалось бы, могли интенсивно загрязняться. Отсюда мы заключили, что эти мелкие реки, во всяком случае, не являются «значительными поставщиками» БП в Иртыш, а большое число мелких речушек, протекающих не через промышленные районы, напротив «разбавляют» воду р.Иртыш. Вместе с тем такие речки как Шарафка (БП 6ПДК), Глубочанка (БП 12 ПДК), Березовка (БП 29 ПДК), которые протекают также через хвостохранилища, терриконы, карьеры рудников, значительно загрязняют р.Иртыш. Эти речки совместно с промышленными предприятиями г.Усть-Каменогорск загрязняют р.Иртыш, которая далее несет эту загрязненную воду в Павлодарскую область.

Из водоисточников, отобранных в ВР ВКО только в нескольких пробах воды мы выявили превышение ПДК никеля, да и то в 1,5-2,8 раза, а в остальных случаях он был ниже или на уровне ПДК. Кобальт нигде не выявлен даже на уровне ПДК, его содержание было ниже допустимых величин.

Свинец выявлен во всех изученных пробах воды на уровне или чуть выше ПДК. Обращает на себя внимание высокое содержание кадмия во всех пробах воды. Оно было выше ПДК в 31 пробе из 31, отобранной в ВР в 5-12 раз, в двух пробах — в воде колодца села Глубокое и воде у места впадения Ульбы в Иртыш было выше допустимого уровня соответственно в 15 и 17 раз. Поэтому можно говорить о значительном загрязнении кадмием водоисточников ВР ВКО.

Зависело ли это обстоятельство от содержания ТМ и в частности кадмия в почве этой области? Видимо в определенной степени зависело. Так, содержание кадмия в изученных образцах почвы было ниже ПДК. Однако, его абсолютное количество по сравнению с таковым в воде было весьма велико. А вот содержание никеля было выше ПДК во всех изученных почвах и превышало допустимый уровень в 10 и более раз. Содержание свинца было выше уровня ПДК в 1,5-2 раза. Содержание кобальта было выше допустимого в 2-9 раз. Однако, опять таки, абсолютное содержание этих ТМ в почве было значительным и миграция их в растения вполне допустима.

Почв в промышленных центрах ВКО - городов Усть-Каменогорск, Риддер загрязнена канцерогенным БП заметно больше, чем в сельскохозяйственных районах. В почве разных сельскохозяйственных районов количество БП соответствовало от 2 до 8 ПДК. Все равно почва ВКО загрязнена БП не намного выше, чем почва других областей Казахстана. Может быть, это обстоятельство объясняется длительным спадом производства 90-х годов прошлого и начала двадцать первого века в ВР ВКО. БП под действием солнца, атмосферных осадков разрушался, а ТМ оставались не разрушенными.

Зеленая растительность, пробы которой отбирались с разных участков ВКО, была загрязнена БП, и содержание его (БП) превышало допустимый фоновый уровень до 4 и 5 раз. Из зерновых культур - пшеница, гречиха, овес, также были значительно загрязнены, содержание - БП в которых превышало ПДК - в 9-20 раз (пшеница), почти в 6-11 раз (гречиха, овес), в 22 раза (зерно, кукурузы), а в подсолнухе содержание БП было выше ПДК в 20-24 раза. Как известно подсолнух содержат много жира, а

БП, лучше растворяется в жире, то же самое относится и к зерну кукурузы.

В ВР ВКО зерно (пшеница) было загрязнено канцерогенными ТМ: кадмием (3-9 ПДК), никелем (от 10 до 22 ПДК), загрязнение свинцом было катастрофическое и зерно - пшеницы содержало его на уровне от 12 до 38 ПДК, а подсолнуха - на уровне 16-23 ПДК. Такие продукты использовать нельзя не только в пищу, но и на корм скоту. Содержание кобальта превышало допустимый уровень фона для этого металла во всех растениях, овощах и зерне от 4 до 8,5 раза, а в отдельных случаях до 14 (свекла) и 15 (картофель) раз. Последние оба продукта были получены из пос. Шемонайха.

Высокую степень заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗЗН) можно ли связывать с загрязнением окружающей среды (ЗОС) канцерогенами изученных нами классов (ПАУ,ТМ). Для ответа на этот весьма непростой важный вопрос мы решили определить канцерогенный риск, связанный с воздействием этих поллютантов. Для этого, как отмечено выше, мы использовали методику С.М.Новикова с соавторами, в которой учитывается концентрация канцерогенов в питьевой воде, продуктах питания, продолжительность экспозиции канцерогенов, средняя продолжительность жизни (в среднем 70лет) и средний вес (70кг) жителей.

Проводимый расчет канцерогенного риска и уровня этого риска для воды и употребляемых в пищу растений (овощей) приведены в таблицах 4 и 5.

Как видно из таблицы 4, индивидуальный канцерогенный риск от БП составляет 10^{-4} , что можно считать от низкого до среднего уровня. Индивидуальный канцерогенный риск от действия Cd составляет для жителей употребляющих воду р.Иртыш как до, так и после очистки составляет 10^{-5} , что можно считать низким уровнем риска. Если вода из водохранилища по индивидуальному канцерогенному риску, равному 10^{-5} низкого уровня, то вода из колодцев в которых содержание Cd выше является по индивидуальному канцерогенному риску среднего уровня.

Воду из всех водоисточников по индивидуальному канцерогенному риску от действия Рb равному 10^{-4} , можно считать среднего уровня. Канцерогенный риск Ni. Со не подчитывался, так как содержание их не превышало ПДК. Вместе с тем, он (риск) может быть и другим, ибо в воде содержатся другие канцерогенные металлы и БП, возможно, оказывающие суммационное или синергическое действие.

Анализ данных таблицы 5, показывает, что употребление как зерна, овощей, так и подсолнечного масла (условно, малое число проб подсолнуха) выращенных на полях ВР ВКО и содержащих значительное количество БП, подвергают население высокому уровню индивидуального канцерогенного риска (10^{-2}).

Индивидуальный канцерогенный риск от действия Сё при употреблении населением овощей (10^{-3}), зерна (10^{-3}), подсолнуха (10^{-4}), этого региона можно отнести к среднему уровню.

Использование овощей и зерна этого региона, содержащих значительное количество Рb, оказывает высокий уровень риска, ибо индивидуальный канцерогенный риск Рb равен 10^{-2} . Использование подсолнуха, хотя и содержащего Рb больше, чем в зерне и овощах имеет меньший индивидуальный канцерогенный риск, что возможно связано с малым числом изученных проб этого продукта

Все изученные образцы овощей (картофель, свекла, морковь) содержали большое количество Ni, все зерновые культуры (пшеница, гречиха) также содержали значительное его количество. Поэтому подсчет индивидуального

Таблица 4- Уровень индивидуального канцерогенного риска для населения, использующего воду разных источников

№ №	Наименование проб	Кол-во проб	Min max содержание	Среднее содер-е	пдк,	Индивид, канцерог. риск	Уровень риска
	Бенз(а)пирен				0,005, мкг/л		
1	До очистки (р.Иртыш)	8	0,002-0,036	0,013		10 ⁻⁴	средний
2	После очистки (ЦВС)	5	0,006-0,017	0,0086		10 ⁻⁴	средний
3	Реки ВР ВКО	9	0,006-0,145	0,032		10 ⁻⁴	средний
4	Водохранилище	2	0,013-0,071	0,042		10 ⁻⁴	средний
5	Колодец	6	0,004-0,065	0,021		10 ⁻⁴	средний
	Кадмий				0,001, мг/л		
1	До очистки (р.Иртыш)	8	0,002-0,01	0,0054		10 ⁻⁵	низкий
2	После очистки (ЦВС)	5	0,003-0,007	0,0048		10 ⁻⁵	низкий
3	Реки ВРВКО	9	0,003-0,017	0,009		10 ⁻⁴	средний
4	Водохранилище	2	0,0015-0,003	0,004		10 ⁻⁵	низкий
5	Колодец	6	0,007-0,015	0,009		10 ⁻⁴	средний
	Свинец				0,1 мг/л		
1	До очистки (р.Иртыш)	8	0,007-0,035	0,020		10 ⁻⁴	средний
2	После очистки (ЦВС)	5	0,001-0,051	0,028		10 ⁻⁴	средний
3	Реки ВРВКО	9	0,009-0,041	0,023		10 ⁻⁴	средний
4	Водохранилище	2	0,009-0,058	0,033		10 ⁻⁴	средний
5	Колодец	6	0,009-0,093	0,030		10 ⁻⁴	средний

Таблица 5- Уровень индивидуального канцерогенного риска для населения, использующего в пищу овощи, выращенные в ВР ВКО

№ №	Наименование проб	Кол-во проб	Min max содержание	Среднее содер-е	ПДК,	Индивид, канцерог. риск	Уровень риска
	Бенз(а)пирен				1,0-0,5, мкг/кг		
1	Овощи (свекла-3, картофеля-4, морковь-3)	10	0,8-7,0	3,907		10 ⁻²	ВЫСОКИЙ
2	Гречиха-1 Пшеница-4	5	5,6-20,9	9,96		10 ⁻²	высокий
3	Подсолнух-2	2	19,6-24,1	21,85		10 ⁻²	высокий
	Кадмий				0,03, мг/кг		
1	Овощи (свекла-3, картофеля-4, морковь-3)	10	0,08-0,29	0,167		10 ⁻³	средний
2	Гречиха-1 Пшеница-4	5	0,09-0,27	0,178		10 ⁻³	средний
3	Подсолнух-2	2	0,27-0,29	0,28		10 ⁻⁴	средний
	Свинец				0,5 мг/кг		
1	Овощи (свекла-3, картофеля-4, морковь-3)	10	4,23-10,2	7,18		10 ⁻²	высокий
2	Гречиха-1 Пшеница-4	5	5,92-19,08	9,12		10 ⁻²	высокий
3	Подсолнух-2	2	8,27-11,3	9,82		10 ⁻³	средний

канцерогенного риска (10⁻²) показал высокий его уровень. В подсолнухе Ni содержалось меньше и его канцерогенный риск (10⁻²) был среднего уровня.

Таким образом, в ВР ВКО отмечается ЗОС (воды, почвы, растений) канцерогенами двух анализируемых в данной работе классов: ПАУ и ТМ. Использование населением питьевой воды почти всех водоисточников и употребление в пищу продуктов зерна (мука, крупы) и овощей (картофеля, свекла, моркови), подсолнечного масла из семян местного подсолнуха представляет определенный канцерогенный риск и может быть одним из возможных причин влияния на общую онкологическую заболеваемость населения этого региона. Однако требуется повторные исследования для окончательного суждения.

Список литературы

1. JARC. *Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans and Melatic Compounds*. - Lion, 1980. - Vol.23. -325p.

2. Осипов В.Д. Влияние загрязнения атмосферного воздуха в крупном промышленном городе на эпидемиологию рака гортани // *Всеросс. научно-практ. конф. с международным участием «Современные аспекты и перспективы развития отоларингологии»*. *Российская отоларингология*. -2005. - №5. -С.78-80.

3. Бальников О.Ю. Изучение уровня бенз(а)пирена в атмосферном воздухе промышленных зон г. Ташкента // *Мат. У-езда онкологов и радиологов СНГ. - Ташкент, 2008. - С.9.*

4. Chen Jinping, Ynan Tao, Wu Qian et al. // *Agand Xoil Population*. -2007. -Vo1. 183, № 1-4. - P.437-446.

5. Антипанова Н.А., Кошкина В.С.. Экологическая обусловленность онкологической заболеваемости населения промышленного центра черной металлургии // *Экол. человека*. -2007. -№3. - С.9-13.

6. Каримов М.А., Доскеева Р.А., Бирюков А.И., Баймухамедова М.Х. Факторы, вызывающие или сопутствующие развитию опухолей легких // *Онкология и радиология Казахстана*. -2005. №2 (11). - С.31-36.

7. Каримов М.А., Доскеева Р.А., Койшекенова Г.А. и др. Загрязнение водоисточников Севера и Северо-Востока Казахстана канцерогенным полициклическим ароматическим

углеводородом бенз(а)пиреном //Вестник КазНМУ. -2009.-№4.- С.155-160.

8 Каримов М.А., Доскеева Р.А., Баймухамедова Р.А. и др. Изучение загрязнения объектов окружающей среды Северо-Казахстанской области химическими канцерогенными веществами. //Мат.Респ. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы клинической онкологии: ранняя диагностика и современные подходы в лечении онкологических больных». Семей, 5-6 июля 2007.- Алматы, 2007. - С.50-53.

Тұжырым

М.А.Каримов, Р.А.Доскеева, Ж.Ш.Кенжалин,

Г.А. Койшкенова

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Қатерлі ісіктің қоршаған орта ластануынан химиялық канцерогенді заттарымен жеке және коммунальды фактор канцерогенді қауіптілігін анықтау факторының бірі болып табылады

Сондықтан біз салыстырмалы жалпы қатерлі ісік анықталуында ластанған су, бидай, күнбағыстан, көкөністерден, қызылшадан, сәбізден, осы немесе басқа канцерогенді заттардан тәуелділікті анықталды.

Суды және бидай тағамдарын қолдану (ұн, арпа), көкөністер(катрофель, қызылша, сәбіз), күнбағыс майы халықтың осы тағамдардың пайдалануы канцерогенді қауіптілік туындатады.

Түйінді сөздер: қоршаған ауаның ластануы, канцерогендер, аурушаңдық, қатерлі ісік түзілістері

Summary

M.A.Karimov, R.A.Doskeeva, Z.S.Kenzhalin,

G.A.Koyshekenova

Kazakh Scientific Institute Oncology and Radiology

Is there a carcinogenic risk to the population in the East Kazakhstan region, associated with environmental pollution carcinogens classes of polycyclic aromatic hydrocarbons and heavy metals?

Environmental pollution (AIA) carcinogenic substances of different classes: polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs), heavy metals (TM) M-nitrosocompounds (NHC) and others are described worldwide. AIA takes place in Kazakhstan. However, a class of carcinogens, and the degree of the AIA in various different regions of Kazakhstan. AIA in Kazakhstan is directly related to the incidence of malignant neoplasms (MN).

The purpose of research - identifying depending OPA population in the East Kazakhstan region (IC) of the AIA class PAH carcinogens, particularly benzo (a) pyrene (BP) and the class of TM, particularly lead (Pb), cadmium (Cd), nickel (Ni) and cobalt (Co).

One of the factors for assessment of ZN from AIA chemical carcinogens is the definition of individual and communal carcinogenic risk factors. So we made a comparative study of the dependence of the total ZN pollution of drinking water, grain, mainly wheat, sunflower and vegetables - potatoes, beets, carrots, one or other carcinogens.

The use of drinking water and water sources almost all eating grain products (flour, cereals) and vegetables (potatoes, beets, carrots), sunflower oil is carcinogenic risk.

Keywords: environmental pollution, carcinogens, the incidence of malignant neoplasms.

УДК: 616.24-006.6-073

Ж.Ж.Жолдыбай

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Лучевая диагностика рака легкого

Аннотация. Статья посвящена лучевой диагностике рака легкого. Представлена клинико-анатомическая классификация с описанием характерных рентгенологических признаков форм рака легкого.

Ключевые слова: рак легкого, лучевая диагностика, клинико-анатомическая классификация.

Рак легкого (рак бронха, бронхогенный рак) – злокачественная эпителиальная опухоль, исходящая из стенки бронхов или бронхиол. На протяжении многих лет распространенность рака легкого во всем мире увеличивается. Рак легкого является самой частой причиной смерти от онкологических заболеваний. Развитие рака легкого связано с четко выраженным экзогенным фактором, определяющим ее возникновение у большинства больных. Таким фактором является табачный дым, т.е. курение.

Для онкологов большое значение имеет корректная классификация рака легкого у конкретного пациента. Классифицировать опухоль необходимо сразу по нескольким параметрам: установить клинико-анатомический характер новообразования, оценить степень распространения, определить патоморфологический вариант. Только правильно классифицировав опухоль, можно судить о прогнозе заболевания, выбрать оптимальную лечебную тактику.

Лучевые методы исследования являются основными в установлении клинико-анатомического характера, оценки степени распространения рака легкого. Целью визуализации при подозрении на опухоль легкого являются диагностика заболевания, определение стадии опухолевого процесса, синтопическая диагностика опухолевого процесса, визуализация лимфогенного и гематогенного распространения, определение состояния регионарных лимфатических узлов, дифференциальная диагностика, контроль при проведении трансторакальных пункций и т.д.

Традиционные рентгенологические методы исследования (обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях, томография) позволяют выявить и оценить патологические изменения в легких, изучить состояние внутригрудных лимфатических узлов. Для уточнения данных рентгенологического исследования применяется компьютерная томография (КТ), позволяющая оценить распространенность процесса, определить стадию, провести дифференциальную диагностику, оценить взаимоотношение с сосудами. КТ исследование с болюсным контрастированием позволяет значительно улучшить визуализацию сосудистых структур, их топографо-анатомическое взаимоотношение с новообразованием, что позволяет оценить вовлечение в процесс сосудов.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) проводится для дифференциальной диагностики с новообразованиями средостения, при подозрении на инвазию органов средостения, крупных сосудов, грудную стенку, позвоночник.

Ультразвуковые исследования (УЗИ) проводятся для оценки состояния лимфатических узлов, для определения распространения опухоли на крупные сосуды в случае невозможности выполнения компьютерной томографии, а так же для определения наличия и объема жидкости в плевральных полостях.

Инвазивные вмешательства (трансторакальная пункция, интрабронхиальная катетеризация) проводятся под визуальным контролем (рентген, УЗИ, КТ), что повышает эффективность диагностики.

В отечественной литературе применяется клинико-анатомическая классификация рака легкого, предложенная А.И.Савицким: 1) центральный рак (эндобронхиальный, перибронхиально-узловой, перибронхиально-разветвленный); 2) периферический рак (круглая опухоль, пневмониеподобный рак, рак верхушки легкого (Пенкоста); 3) атипичные формы, связанные с особенностями метастазирования (медиастинальная форма, милиарный карциноматоз, костная, мозговая, печеночная формы).

Центральный рак поражает крупные бронхи (главные, долевы и сегментарные) и сопровождается нарушением проходимости бронхов с развитием гиповентиляции вплоть до ателектаза соответствующего отдела легкого. В характеристике центрального рака легкого важное значение имеет форма роста опухоли: 1) экзофитный рак с эндобронхиальным (в просвет бронха) ростом опухоли характеризуется частичной или полной обтурацией бронха, т.е. преобладает нарушение бронхиальной проходимости в связи с перекрытием, закупоркой воздухоносных путей; 2) эндофитный рак с экзобронхиальным (перибронхиальным) ростом опухоли характеризуется преимущественным ее распространением в толщу легочной ткани, длительное время сохраняется проходимость бронха с последующим их сдавлением, уменьшением просвета вплоть до полного прекращения поступления воздуха; 3) разветвленный рак с перибронхиальным ростом опухоли характеризуется муфтообразным расположением новообразования вокруг бронха, равномерно сужая его просвет. В клинической практике чаще наблюдается смешанный характер роста опухоли с преобладанием того или иного компонента.

Рентгенологическая семиотика центрального рака легкого – обусловлена самой опухолью, возникающим нарушением бронхиальной проходимости, осложнениями, развивающимися в связи с прогрессирующим ростом опухоли и метастазами. Вся рентгенодиагностика по существу складывается из двух синдромов: нарушение бронхиальной проходимости и патологические изменения корня легкого.

Ведущим синдромом центрального рака с преимущественно *эндобронхиальным* ростом является нарушение бронхиальной проходимости. Выделяют следующие фазы ее развития с соответствующей рентгенкартиной: 1) минимальные размеры опухоли - тень опухоли или ее косвенные признаки не определяются; 2) сужение просвета бронха за счет роста опухоли и гиповентиляция сегмента (1 стадия нарушения бронхиальной про-

ходимости) – уменьшение объема сегмента, снижение его прозрачности, сближение сосудов, функциональные нарушения; 3) тень опухоли не видна, прогрессирующее нарушение бронхиальной проходимости - клапанная эмфизема (2 стадия нарушения бронхиальной проходимости) – сегментарное вздутие (наиболее отчетливо - на фазе максимального выдоха); 4) полное перекрытие просвета бронха – ателектаз (3 стадия нарушения бронхиальной проходимости) - треугольная тень ателектаза, компенсаторное вздутие соседних сегментов и долей, что сопровождается обеднением легочного рисунка, смещением сосудистых ветвей и корня легкого, при присоединении инфекции тень ателектаза теряет однородность; утолщение стенки бронха, сужение просвета (культия), внебронхиальные изменения; 5) присоединение инфекции и развитие параканкрозной пневмонии.

При преимущественно *экзобронхиальном* росте опухоли выделяют следующие фазы ее развития с соответствующей рентген-картиной: 1) нет рентгенологических признаков опухоли (размер менее 1 см); 2) можно выявить образование размером 1 см, связанное со стенкой бронха; 3) образование больше 1,5 см, несмотря на преимущественно экзобронхиальный рост, происходит инфильтрация стенки бронха и частичная его обтурация, что ведет к гиповентиляции (1 стадия нарушения бронхиальной проходимости); 4) отчетливо выявляется образование - однородное, контуры ровные или полициклические, нечеткие, прогрессирующий рост приводит к развитию клапанной эмфиземы; 5) отчетливый узел опухоли, метастазы в регионарные лимфатические узлы, плеврит, при прорастании крупного бронха – культя или сужение просвета, ателектаз, распад в ателектазе, опухолевом узле.

При *перибронхиальном* типе роста: 1) тень опухоли не видна, просвет свободен, легочный рисунок не изменен, грубые веерообразные тяжи от корня в легочную ткань; 2) возможно выявление усиленного легочного рисунка, ограниченного сегментом, долей; 3) муфтообразное утолщение стенок бронхов, уплотнение, деформация и сужение просвета бронха, грубое усиление и сгущение легочного рисунка; 4) сужение просвета бронхов на большом протяжении, возможно распространение на смежные бронхи; гиповентиляция; 5) перибронхиальные опухолевые муфты, грубый, тяжистый, расходящийся от корня рисунок, параканкрозная пневмония; при прорастании в просвет бронха эндобронхиальные разрастания, постепенно приводящие к нарушению бронхиальной проходимости; отсутствие четкой дифференциации корня.

Периферический рак – опухоль из бронхиального эпителия дистальных, наиболее периферических отделов воздухоносных путей, с формированием в паренхиме легкого округлого «шаровидного» образования. По мере дальнейшего роста такие опухоли могут переходить на близлежащие внелегочные анатомические структуры: париетальную плевру, грудную стенку, диафрагму и другие. Нередко можно наблюдать так называемую «централизацию» периферического рака легкого: опухоль, первоначально развивающаяся на периферии, в паренхиме легкого, по мере роста распространяется на сегментарный или долево-бронхиальный отдел, прорастает в них, нарушая проходимость. *Рентгенсемиотика периферического рака легких.* Периферический рак при размере узла 1-1,5 см имеет картину полигональной тени, по мере роста приобретает шаровидную форму. Контур тени может быть четкий (редко), нечеткий (чаще), с перифокальным изменением легочной паренхимы в виде «щетки», «спикул», «лучистость», контур волнистый (бугристая поверхность опухоли), симптом многоузловатости, отмечается сим-

птом Риглера (выемка в месте впадения крупного сосуда, бронха), размеры различные, интенсивность – различная, зависит от размеров и плотности узла, структура неоднородная, легочный рисунок вокруг опухоли деформирован (сосуды сближены, обрываются у образования), дорожка к корню (раковый лимфангит), которые на фоне тяжелых изменений воспалительного происхождения могут не визуализироваться, иногда – своеобразный рост опухоли в виде гантелей.

По мере роста периферическая опухоль достигая больших размеров прорастает более крупные стволы бронхов (централизация периферического рака) - могут визуализироваться субсегментарные, сегментарные ателектазы, округлое образование в ателектазированной доле легкого или зоне его гиповентиляции.

При субплевральной локализации периферического рака отмечается нечеткость наружного контура, лимфангит к плевре, утолщение или втянутость участков плевры – признак инвазии; при инвазии грудной стенки отмечается утолщение, изменение структуры, снижение плотности мышц, деструкция ребра, при отсутствии инвазии определяется тонкая низкоплотная полоска между грудной стенкой и опухолью.

Варианты периферического рака: 1) периферический рак меньше 3 см - в виде правильной шаровидной или полигональной формы; 2) периферический рак больше 3 см - в виде узла, правильной или неправильной геометрической формы; 3) периферический рак в виде полости - осложненный распадающийся рак. Вариантом периферической опухоли в легком является так называемый рак «типа Пенкоста», характеризующийся опухолью шаровидной формы, располагающейся в верхней доле легкого и переходящей на нервы плечевого сплетения, подключичные сосуды, ствол симпатического нерва с симптомокомплексом Горнера (птоз, миоз и энофтальм на стороне поражения).

Осложнения периферического рака: 1) распад (до 30%) - полости распада могут быть мелкими и множественными, неправильной формы, с неравномерно утолщенными стенками, неровными контурами с бухтообразным внутренним контуром, может быть содержимое в полости, дорожка к корню, в составе её бронх, обрывающийся у стенки или в толще стенки полости, утолщение медиальной стенки – симптом перстня (прорастание опухолью крупного бронха), далее происходит слияние полостей в единую раковую каверну; 2) метастазирование в регионарные лимфатические узлы; 3) инвазия рядом расположенных анатомических структур; 4) плеврит – чаще при периферическом раке нижней доли; размеры узла, наличие метастазов в лимфатические узлы не сказываются на частоте выпота; может возникать при отсутствии обсеменения плевры, ее прорастания; 5) вторичные воспалительные процессы.

Атипичные формы рака, связанные с особенностями метастазирования. К данной группе относятся редко встречающиеся случаи, когда клинические проявления проявляются метастатическим поражением отдаленных органов или массивным внутригрудным лимфогенным метастазированием. При этом отсутствуют признаки поражения легких, то есть прижизненная диагностика рака легкого у этих больных невозможна, на аутопсии не во всех случаях удается найти очаг поражения в легком. Поэтому диагноз атипичной формы рака легкого устанавливается на основании гистологического заключения и путем исключения других источников метастазирования. Особенность клинической картины при этом определяется характером поражения определенного органа. Наиболее

часто встречаются такие формы, как медиастинальная, костная, мозговая, печеночная. Как видно, этот перечень отражает лимфо- и гематогенное метастазирование рака в соответствующий орган. Медиастинальная форма обусловлена массивным метастатическим поражением лимфатических узлов. Вследствие сдавления органов грудной клетки развивается компрессионный медиастиальный синдром. Наиболее ярким и часто встречающимся проявлением последнего является синдром сдавления верхней полой вены. При костной форме клиническая картина обусловлена метастазом или метастазами в кости, на ранних этапах развития рентгенологически они могут не выявляться. Мозговая форма проявляется неврологическими симптомами и часто больные по жизненным показаниям оперируются с диагнозом «опухоль головного мозга». Только по результатам морфологического исследования уточняется диагноз метастаза и в дальнейшем выявляется рак легкого.

Метастатическое поражение легких. Легкие занимают лидирующее место по частоте поражения метастатическими (вторичными) опухолями. Это объясняется наличием в легких обширной и разветвленной сети капилляров (мелких сосудов) и тем, что легкое - первый орган, через который проходит венозная кровь после впадения в вены наиболее крупных лимфатических сосудов. Частота и характер метастазирования зависят, как правило, от первичной локализации опухоли. Изолированное метастатическое поражение легких встречается в 6-30% случаев. Для некоторых локализаций злокачественных опухолей (саркомы мягких тканей, рак почки, хорионэпителиома матки) легкие являются как бы мишенью и в 60-70% случаев длительное время остаются единственным местом отдаленных метастазов. Гематогенные метастазы наиболее характерны при оттоке крови из опухоли в малый круг кровообращения (саркомы, меланома, опухоли области головы и шеи, рак надпочечников, почек, матки, яичек, яичников). Злокачественные опухоли желудочно-кишечного

тракта в первую очередь поражают печень, а затем уже легкие. Лимфогенный путь метастазирования характерен для опухолей легких, молочной железы, желудка, прямой кишки, поджелудочной железы. *Рентгенологически* для большинства гематогенных метастазов характерны четкие очертания, сохраняющиеся в течение длительного времени. Метастатические узлы имеют различную плотность, которая соответствует плотности первичной опухоли. Так, метастазы хорионкарциномы имеют низкую плотность, метастазы остеогенной саркомы и аденокарциномы легкого способны образовывать костную ткань, а метастазы рака щитовидной железы и молочной железы, а также ободочной кишки - петрификаты (известковые отложения).

Тұжырым

Ж.Ж.Жолдыбай

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Өкпе қатерлі ісігінің сәулелі диагностикасы.

Өкпе рагының сәулелік диагностикасына арналған мақала. Өкпе рагіне тән сәулелік көріністерінің түсіндірілуімен берілген клиничко-анатомиялық классификациясымен көрсетілген.

Түйінді сөздер: өкпе қатерлі ісігі, сәулелі диагностика, клиничко-анатомиялық жіктелуі.

Summary

Z.Z.Zholdybay

Kazakh Scientific Institute Oncology and Radiology

Radiological diagnosis of lung cancer

The Article is dedicated to beam diagnostics of the cancer lung. The Presented clinic-anatomical categorization with description typical radiological sign of the forms of the cancer lung.

Keywords: lung cancer, radiation diagnosis, clinical and anatomical classification.

УДК: 616.51-006.6-076

Б.Т.Кусаинова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Возможности морфоцитологической верификации опухолей почек

Аннотация. В статье рассматриваются возможности цитологического метода в диагностике опухолей почки. Использование вышеуказанного метода исследования позволяет верифицировать доброкачественные и злокачественные опухоли почек с определением гистологических вариантов.

Ключевые слова: доброкачественные и злокачественные опухоли почек, цитологическая верификация, диагностика.

В структуре всех злокачественных новообразований опухоли почек (ОП) составляют 2-3%. Рак почки (РП) - наиболее часто (85-90%) встречающаяся злокачественная опухоль [1,8] Доброкачественные новообразования почки составляют 6-8% и представлены, в основном, ангиолипомой, аденомой и онкоцитомой [2,3,4,6]

РП у мужчин встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. Заболевают обычно люди в возрасте 3 5-60 лет [7,10]

По Республике Казахстан (РК) в среднем заболеваемость раком почки составляет от 5,2 о/оооо до 6,0 о/оооо, а смертность 2,6-2,7о/оооо на 100 тыс. населения. Наибольшее количество заболевших РП это больные из - Северо-Казахстанской, Костанайской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Акмолинской областей (9,6-11,8о/оооо). Наименьшее количество в - Южно-Казахстанской, Алматинской, Жамбылской областях (1,6-3,2о/оооо) [5]

Нами изучен материал, касающийся цитологической диагностики опухолевых заболеваний почек у 49 больных находившихся на лечении в КазНИИОиР. Анализ свидетельствует, что мужчин было 21(42,8%), женщин - 28(57,2%) больных. Возраст больных варьировал от 5 месяцев до 79 лет. Количество пациентов до 10 лет составило - 14 (30%) и 50-59 лет -11 (22,4%) больных.

Цель исследования

Изучение возможности цитологического метода в диагностике опухолей почек.

Материал и методы

Цитологический материал получен во время операции у больных с клиническим диагнозом рак почки, которые находились на лечении в отделении онкоурологии. Мазки окрашивались методом Романовского. Во всех случаях имели место опухоли не леченные до операции. Цитологические варианты почечноклеточного рака (ПКР) основывались на международной гистологической классификации ВОЗ [9].

Все больные поступили в КазНИИОиР с клиническим диагнозом «опухоль почки». При верификации цитологически выявлено следующее (таблица №1).

Как видно из таблицы у 5 пациентов (10,2%) цитологически был выставлен диагноз «реактивно-пролиферативный процесс», на основании выявления клеток почечного эпителия с признаками пролиферации и незначительной атипии, на фоне воспалительной инфильтрации. У 5 пациентов (10,2%) был установлен диагноз аденома. Цитологическая картина при аденоме была представлена опухолевыми клетками округлой, кубической формы, небольшого размера с округлыми четкими ядрами и границами. Эпителиальные клетки располагались в виде мономорфной тубулярной, железистоподобной структуры, в них отмечались признаки пролиферации.

У 18 (36,8%) больных был выявлен гипернефроидный рак, на основании следующей цитологической картины: обилие полиморфных клеток опухоли располагающихся обширными полями на фоне межклеточного вещества и обрывков капилляров. Ядра гиперхромные, эксцентричные, с компактным неравномерным хроматином и, единичными крупными, округлыми ядрышками. Цитоплазма пеннистая, обильно вакуолизированная.

У 15 (30,6%) больных детского возраста (от 5 мес. до 10 лет) (у 8 мальчиков и 7 девочек) цитологически диагностирована нефробластома (НБ), (опухоль Вильмса). Клетки опухоли располагались на фоне оксифильной субстанции и бесструктурной массы, в виде плотных полей и многослойных структур, а также округлых скоплений наподобие клубочков, железистых и тубулярных образований, встречались единичные стромальные элементы опухолевых бластем.

У 6 (12,2%) больных было диагностировано «злокачественное новообразование без гистологического варианта» ввиду присутствия различных компонентов характерных для опухолевых клеток и смешанной цитологической картины, который в дальнейшем подтвержден морфологически (таблица № 2).

В последующем нами были сопоставлены данные цитологического и гистологического за-

Таблица 1 – Цитологически установленный диагноз

Цитологический диагноз \ Клинический диагноз	Реактивно-пролиферативный процесс		Аденома		Гипернефроидный рак		Нефробластома		Злокачественное образование (без верификации варианта)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. чис	%
Опухоль почки Всего - 49 больных	5	10,2	5	10,2	18	36,8	15	30,6	6	12,2

Таблица 2. Морфология наблюдений

Морфологический диагноз / Клинический диагноз	Число случаев	Варианты цитологического диагноза рака почки	Варианты гистологического диагноза
Злокачественное – почки	1	злокачественное новообразование без варианта	светлоклеточный вариант рака почки
Злокачественное новообразование почки	1	С-г почки, предположительно гранулярноклеточный вариант рака	гранулярноклеточный вариант рака
Злокачественное новообразование почки	2	злокачественное новообразование без варианта	веретенноклеточный вариант рака
Злокачественное новообразование почки	2	злокачественное новообразование без варианта	папиллярный вариант рака.

ключений. При этом было установлено, что у 1(16,6%) больного с гистологическим диагнозом «светлоклеточный вариант рака почки» - цитологическая картина была представлена обилием опухолевых клеток располагающихся разрозненно, тяжами, пластами. Клеточные элементы, скапливались вокруг межклеточного вещества и капилляров в виде «пера». Полиморфные клетки крупных размеров, с обильной пенистой цитоплазмой, с четкими контурами, с гиперхромными ядрами округлой или овальной формы, имеющими неровные контуры, грубый рисунок хроматина и наличием интенсивно окрашенных ядрышек. Данный вариант рака был выставлен позже, после сопоставления с гистологическим заключением. У 1 (16,6%) больного гистологически установлен диагноз гранулярноклеточный вариант - который имел признаки светлоклеточного рака, но с базофильной зернистостью цитоплазмы, от мелко-точечной и необильной до крупной, густо заполняющей всю цитоплазму.

У 2 (33,3%) больных был гистологически выставлен диагноз веретенноклеточный вариант — цитологически же клетки опухоли имели вытянутую, причудливую веретенообразную форму, располагались изолированно друг от друга. Был выражен клеточный и ядерный полиморфизм.

У 2(33,3%) больных гистологически выставлен диагноз папиллярный вариант. При пересмотре цитологического материала и сопоставлении с гистологическим заключением клетки опухоли имели вид папиллярных структур, с четкими границами, отмечался умеренный клеточный и ядерный полиморфизм.

Таким образом, анализ нашего материала свидетельствует, что с помощью цитологического метода можно верифицировать доброкачественные и злокачественные опухоли почек с определением основных гистологических вариантов. Как указывают –Relley Carolyn, Cohen Michael (1996), Харченко В.П., Каприн А.Д.(2000), В.И. Новик, Л.А. Красильникова (2008), при имеющихся трудностях в верификации гистотипов опухолей и опухолеподобных заболеваний почек достоверность цитологического исследования колеблется от 70 до 97 %. Следовательно, цитологический метод необходимо использовать для правильного дальнейшего лечения больных.

Список литературы

1. Цитологическая диагностика опухолей и предопухолевых процессов /под ред. А.С. Петровой.- М.: Медицина, 1985.
- 2.Красильникова Д.А., Новик В.И. Возможности цитологической

диагностики опухолей Вильмса у детей / Цитологическая лаборатория НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова МЗ РФ.- СПб, 2008.

3.Фигурин М., Подрегульский К.Э. Рак почки // Русский медицинский журнал.- 1998.- Т. 6.-С. 10.

4. Мельникова В.Ю. Цитологическая диагностика опухолей почек.-М., 2009.

5.Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2010 год (статистические материалы).- Алматы, 2011. –108 с.

6 Клиническая онкоурология / под ред. Е.Б. Марибаха.- М,1975.- С.5.

7 Клиническая онкоурология / под ред.Б.П. Матвеева.- М.,2000.-С. 5-39.

8 М.Ф.Трапезникова. Опухоли почек.- М., 1978.

9 Н.А. Лопаткин, А.Г.Пугачев. Детская урология.- М., 1986.

10 Международная Гистологическая Классификация ВОЗ. 1998.

11 Клиническая нефрология /под ред. ЕМ. Тареева.-М, 1983.-Т.

12 Relley Carolyn, Cohen Michael. Diagnosis and management of renal cell carcinoma.- 1996.-Vol.48.-С.1165-77.

13.Харченко В.П., Каприн А.Д. Методы диагностики опухолей почек.-М., 2000.

Тұжырым

Б.Т.Кусаинова

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Бүйрек қатерлі ісігінің морфоцитологиялық анықталу мүмкіндігі.

Бұл мақалада бүйрек қатерлі ісігінің цитологиялық анықтау диагностикасы қарастырылған. Жоғарыда көрсетілген зерттеу әдістерінен бүйректің қатерсіз және қатерлі ісігінің гистологиялық түрлерін анықтауға болады.

Түйінді сөздер: бүйректің қатерлі және қатерсіз ісігі, цитологиялық әдісі, диагностика.

Summary

Kusainova B.T.

Kazakh Scientific Institute Oncology and Radiology

Opportunities morphocytologically verification of renal tumors

The article discusses the possibilities of cytological methods in the diagnosis of kidney tumors. Using the method described above allows the study to verify the benign and malignant renal tumors with defined histologic variants.

Key words: benign and malignant tumors of the kidneys, the cytological diagnosis.

УДК: 616.24-006.6-076

А.О.Кабиева, Н.А.Мухаметгалиев

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Исследование ДНК-цитометрических параметров при раке легкого

Аннотация. В работе представлены результаты исследования ДНК-плоидности опухолевых клеток при раке легкого методом проточной цитофлуориметрии. Показано, что при раке легкого чаще встречаются новообразования анеуплоидного типа. Отмечается тенденция более благоприятного течения процесса у больных с диплоидными опухолями.

Ключевые слова: рак легкого, опухолевые клетки, ДНК-плоидность, проточная цитофлуориметрия.

С появлением метода проточной цитометрии появилась возможность быстро и объективно определять особенности пролиферации, достоверно выявлять аномальное содержание ДНК в ядрах опухолевых клеток и проводить изучение корреляционных связей с классическими параметрами, характеризующими течение опухолевого процесса [1, 2]. При злокачественной трансформации и последующей прогрессии опухоли достаточно часто возникает анеуплоидный генотип опухолевых клеток.

В последние годы вызывает интерес способ прогнозирования течения опухолевого процесса на основании определения ДНК-плоидности клеток в опухолевом узле. Для разных видов опухолей были выявлены некоторые общие закономерности: диплоидные опухоли имели более благоприятное течение, чем анеуплоидные [3, 4, 5]. Сопоставление ДНК-цитометрических параметров с клиническими данными течения заболевания показывает информативность показателя плоидности ДНК опухолевых клеток и позволяет рассматривать его как важный прогностический признак.

Материал и методы исследования

В качестве материала для ДНК-цитометрии был использован операционный материал, полученный от 62 больных раком легкого II-III ст., находившихся на лечении в отделении опухолей легких и средостения КазНИИОнР. Средний возраст больных $58,3 \pm 0,8$ лет. Во всех случаях диагноз был подтвержден цитологически и гистологически. Определение ДНК плоидности опухолевых клеток проводилось методом лазерной проточной цитофлуориметрии на аппарате BD FACSCalibur (Becton Dickinson).

Образцы в чашках Петри отмывали изотоническим раствором натрия хлорида, механически измельчали ножницами и скальпелем, переносили в пробирки, центрифугировали при 300 g. Процедуру отмывки повторяли дважды. Суспензию клеток фильтровали через 4-слойную нейлоновую сетку. Эритроциты разрушали путем «гемолитического шока». Концентрацию клеток в образце определяли подсчетом количества клеток в камере Горяева (1 млн /мл – конечная концентрация). Полученную суспензию переносили в пластиковые пробирки для проточного цитофлуориметра, фиксировали, используя 70% этанол и 2% раствор параформальдегида в фосфатно-солевом

буфере (рН 7,4). В качестве диплоидного контроля служили лимфоциты крови доноров, выделенные в градиенте плотности с помощью раствора фиколла-урографина, (плотность $1,077 \text{ г/см}^3$, ПанЭко, Россия).

Непосредственно перед исследованием на проточном анализаторе опытные и контрольные пробы окрашивали раствором пропидия иодида (Becton Dickinson, USA) в течение 10 мин.

Анализ выживаемости больных проводили по общепринятым в клинической онкологии статистическим методам [6].

Результаты исследования

Для контроля клеточного состава суспензии после фильтрации готовили мазки, которые окрашивали общепринятым методом по Паппенгейму. При микроскопическом исследовании в поле зрения наблюдались многочисленные одиночно лежащие опухолевые клетки, среди которых отмечались разрушенные, без цитоплазмы, встречались комплексы клеток, нейтрофилы, остатки эритроцитов.

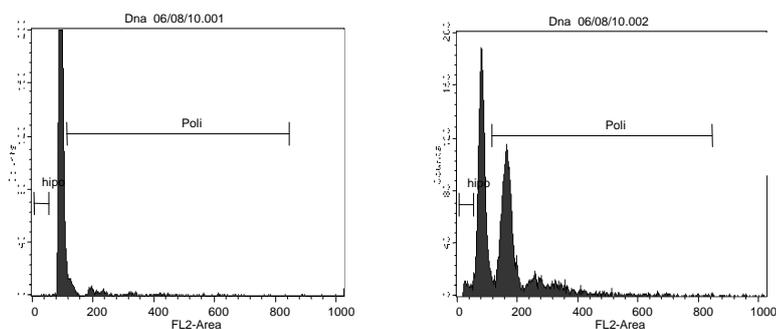
При исследовании контрольных и опытных образцов на проточном цитофлуориметре были получены DotPlot точечные графики для каждой пробы и гистограммы, отражающие количественное содержание ДНК.

На рисунке 1 представлен пример ДНК-гистограмм, полученных при обнаружении анеуплоидии.

Во всех контрольных образцах отмечался пик $G_{1/0}$, характерный для диплоидного набора хромосом в клетке и соответствующего количества ДНК (2C). В пробах, содержащих суспензию опухолевых клеток, наблюдались сдвиг данного пика, изменение его формы, появление второго пика. Все эти изменения указывают на появление клона анеуплоидных клеток.

При анализе гистограмм индекс ДНК (DI) диплоидных клеток соответствовал 1,0. DI анеуплоидных клеток был больше или меньше 1,0 (гиперплоидия или гипоплоидия). Диплоидный тип опухоли был выявлен у 17 больных (27,4%). Анеуплоидный тип новообразования был обнаружен у 45 пациентов (72,6 \pm 5,7)%.

У 21 пациента проследили 1-годовалую выживаемость. В связи с небольшим количеством больных расчет выживаемости проводили без учета пола пациентов, стадии заболевания и гистологической формы опухоли. Общая одногодичная выживаемость составила (71,4 \pm 1,5)% . Из 6 больных, умерших в течение первого года после операции, у 5 был анеуплоидный тип новообразования. Одногодичная выживаемость больных с диплоидным типом опухоли составила (83,3 \pm 9,6)% . Одногодичная выживаемость больных с анеуплоидным типом новообразования составила (66,7 \pm 2,4)% . Ввиду малочисленности групп достоверная вероятность различия между ними оказалась около 90% (t-критерий = 1,68). Однако довольно отчетливо отмечается тенденция более благоприятного течения процесса у больных с диплоидными опухолями.



А. Контроль

Б. Суспензия опухолевых клеток

Рисунок 1 – ДНК гистограммы при гиперплоидном типе опухоли

Таким образом, данные ДНК-цитометрии являются дополнением в оценке биологических особенностей опухоли. При ДНК-цитометрическом исследовании операционного материала больных раком легкого чаще наблюдался анеуплоидный тип новообразования. Исследуемый параметр может служить прогностическим фактором: отмечается тенденция более благоприятного течения процесса у больных с диплоидными опухолями.

Список литературы

1. Александров А.С., Присяжнюк С.П., Иванченко О.Г. и соавт. Сравнительное исследование параметров ДНК-цитометрии и других критериев прогноза, применяемых в практической онкоматологии // *Новости клинической цитологии России.*- 2008.- Т.12, №1-2.- С. 17-20.
2. Добрынин Я.В., Николаева Т.Г. Метод проточной ДНК-цитометрии в прогнозировании течения опухолевого процесса при некоторых опухолях человека // *Мат. Всероссийской научно-практ. конф. «Отечественные противоопухолевые препараты».*- М., 2002. *Росс. биотер. журнал.* - 2002.- Т. 1, № 2 - С. 118.
3. Николаева Т.Г., .Блохин Т.Ю. Анеуплоидия опухолевых клеток - неблагоприятный прогностический признак течения онкологических заболеваний // *Мат. Всероссийской научно-практ. конф. «Отечественные противоопухолевые препараты».*-М., 2006.- *Росс. биотер. журнал.* - 2006.- Т.5, № 1.- С. 9.
4. Теврюкова Н.С., Богатырев В.Н. Значение лазерной ДНК-проточной цитофлуориметрии в дифференциальной диагностике и прогнозе рака предстательной железы (РПЖ) // *Материалы VI Съезда онкологов и радиологов стран СНГ, 1-4 октября 2010.- Душанбе.*- 2010.- С. 60.
5. Kasprzyk M., Dyszkiewicz W, Piwkowski et al. C. Prognostic value of DNA ploidy: 5-year follow-up of patients with resectable squamous cell carcinoma (SCC) of the lung // *Lung Cancer.*- 2006.- Vol.51, №2.- P.201-206.

6. Мерабишвили В.М., Дятченко О.Т. Статистика рака легкого (заболеваемость, смертность, выживаемость) // *Практическая онкология.*- 2000.- № 3.- С. 3-7.

Тұжырым

А.О.Кабиева, Н.А. Мухаметгалиев

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Өкпе қатерлі ісігінде ДНК – цитометриялық параметрін зерттеу

Өкпе қатерлі ісігі кезінде ДНК-пloidты қатерлі ісігі бар жасушаларды ағынды цитофлуориметрия әдісімен зерттеу. Өкпе қатерлі ісігі кезінде анеуплоидты түзіліс кездеседі. Диплоидты ісігі бар науқастарда ағымы қолайлы үрдіс болып өтеді.

Түйінді сөздер: қатерлі ісіктің ДНК-пloid-тығы, ағынды, цитофлуориметрия.

Summary

A.O.Kabiyeva, N.A.Mukhametgaliyev

Research Of Dna-Cytometric Parameters In Lung Cancer

Kazakh research Institute of oncology and radiology, Almaty

Results of research of DNA-ploidy in lung cancer cells by flow cytofluorometric method are presented in this article. It is shown, that aneuploid type of lung cancer is more often. The tendency of more favorable current of process at patients with diploid tumours is marked.

Keywords: lung cancer, DNA ploidy of tumor cells, flow, cytometry.

УДК: 616.34-006.6-089:616-036.22

Д.А.Тулеева, Г.А.Серикбаев, Ж.О.Мауленов, А.А.Исалиев

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Криотерапия как метод лечения больных местнораспространенным раком кожи

Аннотация. Злокачественные заболевания кожи составляют около 25% всех злокачественных опухолей и в течение многих лет стабильно занимают 3-4 место среди онкологических заболеваний. С 2002 по 2010 гг. в отделении опухолей костей и мягких тканей КазНИИОиР проведено криогенное лечение 500 больным местнораспространенным базальноклеточным и метатипичным раком.

Ключевые слова: рак кожи, криотерапия.

Неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи во всем мире называют «тихой» эпидемией. Злокачественные заболевания кожи составляют около 25% всех злокачественных опухолей и в течение многих лет стабильно занимают 3-4 место среди онкологических заболеваний [1].

Базальноклеточный рак — самая распространенная злокачественная опухоль кожи и встречается в 88,4% случаев. Другие виды рака кожи (плоскоклеточный, метатипический, малигнизированная кератоакантома, болезнь Боуэна) — это редкие опухоли. До 86,1% рак кожи локализуется на открытых частях тела — кожи лица и шеи [2, 3].

Базальноклеточный рак кожи не дает метастазов, однако является рецидивирующей опухолью после всех видов лечения, и глубоко разрушающей местные ткани. В 10—20% случаев имеет множественный характер [4].

Известны три метода лечения рака кожи: лучевая терапия, оперативное лечение и криодеструкция. Все перечисленные методы лечения не гарантируют 100%-го излечения опухоли.

Криодеструкция опухоли имеет преимущество перед лучевым и оперативным методом из-за хорошего онкологического и косметического результатов, возможности повторять криодеструкции неоднократно при рецидивах или местном распространении опухоли всем больным, даже пациентам со старческой дряхлостью или отягощенным соматическими заболеваниями [5,6].

С 2000 по 2008 гг. в отделении опухолей костей и мягких тканей КазНИИОиР проведено криогенное лечение 500 больным местнораспространенным базальноклеточным и метатипичным раком кожи головы в возрасте от 25 до 92 лет, в том числе при распространенности опухоли соответственно Т1 — у 150 больных, Т2 — у 272 больных, Т3 — у 75 больных и Т4 — у 3 больных. Из них 30 больных с рецидивом опухоли кожи после лучевой терапии и оперативного лечения. Сроки наблюдения составили 1-8 лет.

Одним из важнейших критериев определения показаний к криогенному лечению является размеры опухоли от 0,5 до 8,0 см в диаметре и отсутствие прорастания в мышечные ткани и кости, а также пациенты с отягощенными сопутствующими заболеваниями.

Метод основан на некрозе опухоли в результате замо-

раживания ткани жидким азотом температурой кипения -196°C . В результате такого воздействия полностью разрушается опухолевая ткань, активизируются защитные факторы, тормозящие дальнейшее развитие опухоли. Лечение проводится аппаратом КАС — 01 и в зависимости от стадии заболевания курс составляет от 1 до 10 сеансов. Сеанс длится в течение 15-20 минут, основанный на чередовании замораживания и оттаивания опухоли. Граница планируемой зоны криодеструкции должна выходить не менее, чем на 0,5-1,0 см за границы опухоли, т.е. захватывать прилежащие здоровые ткани. Криогенный способ лечения позволяет максимально сберечь местные ткани и органы, что особенно важно при локализации опухоли на лице.

После применения криотерапии, рана оставляется открытой для самостоятельного заживления (вторичным натяжением). В месте лечебного воздействия в норме возможно образование пузыря, появление выделений и формирование струпа. Заживление длится 2-5 недель. Осложнения наблюдаются редко и включают нагноение под струпом, гипертрофические рубцы, повреждение нервов.

Контроль радикальности осуществляется через 1 месяц после лечения, после полного выпадения струпа, а у больных, ранее получавшие лучевую терапию, период заживления удлинняется до 2 месяцев.

Больные в большинстве случаев трудоспособны.

Отдаленные результаты, прослежены у 415 больных в сроки от 4 мес. до 8 лет. Рецидивы выявлены у 33 (8%) больных, в связи с чем проводилось хирургическое или криогенное лечение. Появление рецидивов чаще наблюдаются в основном при локализации опухоли в волосистой части головы в Т3 стадии при прорастании в поверхностную фасцию.

Выводы: криотерапия позволяет полностью разрушить заданный объем ткани на поверхности тела, малобезопасна, абластична, обладает гемостатическим эффектом, малая травматичность метода, кратковременность операции и отсутствие необходимости во многих случаях проводить медикаментозную анестезию, существенно расширяют круг пациентов, для которых другие хирургические операции противопоказаны и криохирургический метод оказывается для них единственно возможным (например, для лиц преклонного возраста, с повышенной чувствительностью к медикаментам и т.п.) и обеспечивает вполне удовлетворительный косметический эффект без грубых рубцов. Возможно проведение многократных повторных циклов воздействия, относительно безопасна и просто выполняема [5,7]. Расширяет возможности радикального лечения, а также возможна иммунная реакция организма против выживших или рецидивных злокачественных клеток.

Список литературы

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004.
2. Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. — С. 7-51.
3. Nikolai Korran (ed.), «Basics of Cryosurgery», Springer-Verlag/-Wien, 2001.
4. Афанасьева Н.И., Шевцов В.Г. и соавт. «Перспективы применения криохирургии в онкологии» //Международный медицинский журнал.-2002.- №1.
5. Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю., Маркина Г.И. и соавт. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи // Энциклопедия клинической онкологии. — М., 2004. — С. 341-355.
6. Кудрявцева Г.Т., Рожнова Е.Н. Непосредственные и ближайшие результаты лечения рака кожи в зависимости от метода лечения // Тезисы II съезда онкологов СНГ. — Киев, 2000. — С. 802.
- 6.7 Отченаш Н.Н., Дудниченко А.С., Гончаров В.И., Садчикова М.В. Использование физических методов воздействия при лечении немеланомного рака кожи // Тезисы III съезда онкологов СНГ. — Минск, 2004. — Т. 2 — С.282.

Тұжырым

Д.А.Тулеева, Г.А.Серикбаев, Ж.О.Мауленов, А.А.Исалиев

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Қатерлі теріісігі, барлық қатерлі ісікауруларының 25% (жыырма бес) пайызына жуығын құрайды, қатерлі ісік ауруларының ішінде көп жылдар бойы тұрақты 3-4 орынды алып турған. 2000 мен 2008 жылдар аралығында К.А3F30 және РИнің сүйек және жұмсақ тіндер ісігі бөлімшесінде 500ге жуық жергілікті таралған базальді клетка және метатиптітері мен бас ісігі науқастарына криводепті ем жүргізілген.

Түйінді сөздер: тері қатерлі ісігі, криотерапия.

Summary

D.A. Tuleuova, G.A. Serikbaev, Zh.O.Maulenov, A.A. Isaliev

Kazakh Scientific Institute Oncology and Radiology
Malignant tumors of skin make up about 25 % of all malignant tumors and take consistently the third place among all cancers for many years. Cryodestruction of the tumor has an advantage over radiation and surgical methods because of the good oncological and cosmetic results. Also cryodestruction repetition with relapses or local tumor spreading to all patients is able, even patients with senile senility or patients with aggravated by systemic diseases. It has been treated 500 patients with base- cttular cancer and metatypical head of skin cancer at the age of 25 to 92 years.

Keywords: skin cancer, cryotherapy.

УДК: 616.74-04:615.277.3

А.К.Туманова, С.Е.Есентаева

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Химиотерапия при саркомах мягких тканей

Аннотация. Данный обзор посвящен анализу литературных данных о современных возможностях химиотерапии сарком мягких тканей. Саркомы мягких тканей (СМТ) являются достаточно редкими опухолями, составляющими ежегодно примерно 0,5-2% всех вновь выявленных случаев заболевания раком во всем мире и до настоящего времени остаются одним из наименее изученных разделов клинической онкологии

Ключевые слова: саркомы мягких тканей, доксорубицин, монотерапия DTIC, циклофосфамид.

Саркомы мягких тканей (СМТ) являются достаточно редкими опухолями, составляющими ежегодно примерно 0,5-2% всех вновь выявленных случаев заболевания раком во всем мире и до настоящего времени остаются одним из наименее изученных разделов клинической онкологии [1]. В Республике Казахстан в 2011 году заболеваемость СМТ составила 2,1‰, лидерами в этом показателе являются Павлодарская (4,4‰), Акмолинская (3,3‰), Восточно-Казахстанская (3,0‰) и Карагандинская (3,0‰) области [2].

Саркомы мягких тканей относятся также и к числу наиболее злокачественных опухолей человека. Основными параметрами, характеризующими течение опухолевого процесса, являются размер патологического очага, глубина инвазии и степень злокачественности (низкая, средняя, высокая) [3]. Риск метастазирования при СМТ составляет 50%, и в 80% случаев прогрессирование метастатического процесса происходит в ближайшие 2 до 3 года от момента постановки диагноза [3,4].

Основным методом лечения саркомы низкой степени злокачественности является широкое иссечение опухоли либо лучевое воздействие.

При высокой же степени злокачественности используется многокомпонентный подход. Однако выбор тактики лечения основывается не только на гистологическом заключении, саркомы мягких тканей на сегодняшний день могут быть разделены на более чем 30 подтипов, необходимо также учитывать размеры и расположение первичного очага [5].

По данным мета-анализа, опубликованного в 2008 г. [6], адъювантная химиотерапия (в большинстве случаев комбинации доксорубицина с ифосфамидом и другими препаратами) позволяет увеличить время до прогрессирования (ВДП) и общую выживаемость (ОВ). В качестве показаний к неадъювантной химиотерапии рассматривают опухоли G2 размером более 10 см и G3 более 5 см, а также местные рецидивы при общем хорошем соматическом состоянии пациента [7,8].

К сожалению, ситуация на сегодняшний день такова, что до 60-70% больных поступают в специализированные стационары в III-IV стадии заболевания или с обширными местными рецидивами. Прогноз при лечении распространенных неоперабельных сарком весьма плохой.

Несмотря на малочисленность препаратов, активных

при этом заболевании, все же достигнуты определенные успехи в лекарственном воздействии на этот вид опухоли [9].

Данный обзор посвящен анализу литературных данных о современных возможностях химиотерапии сарком мягких тканей.

Доксорубицин

Результаты II фазы исследования по оценке доксорубицина в монорежиме при лечении рака были опубликованы еще в 1972 г. [10]. Эффективность в отношении саркомы составила 33%, и это был самый высокий результат среди всех изучавшихся опухолей, за исключением лимфомы. Однако, как и в большинстве ранних исследований, все саркомы были объединены в одну группу: саркома мягких тканей, остеосаркома, саркома Юинга, саркома Капоши и даже мезотелиомы. Последующее исследование Southwest Oncology Group (SWOG) было основано на рандомизации пациентов в зависимости от дозы доксорубицина: 45, 60 или 75 мг/м² каждые 3 недели [11]. Частота ответа составила 18%, 20% и 37% соответственно. Таким образом, доксорубицин быстро стал стандартом лечения для лечения сарком, а его эффективность с тех пор в монотерапии по данным многочисленных исследований в целом держится в диапазоне 20% - 30% [5], по аналогии с оригинальными данными 1972 [12].

Монотерапия DTIC и терапия в комбинации с доксорубицином.

Дакарбазин (DTIC) стал доступен вскоре после доксорубицина. Первоначальные испытания были вновь выполнены SWOG и MD Anderson Cancer Center. Первые результаты использования его в качестве монотерапии были многообещающими. Из 138 пациентов 18% имели частичный (PR) или полный ответ (CR) [13]. Последующие исследования, опять же проведенные SWOG, были посвящены изучению комбинации доксорубицина с DTIC. В первом исследовании DTIC сочетался с доксорубицином 60 мг/м², общая частота ответа здесь составила 47%. Добавление винкристина в последующем исследовании не показало никаких преимуществ, за исключением незначительного снижения доли прогрессирования заболевания [12-15]. В результате этих исследований удалось увеличить сроки выживаемости с 6 мес. при отсутствии лечения до 10 мес.

Впоследствии Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) провела рандомизированное исследование, в котором монотерапия доксорубицином в двух режимах (70 и 75 мг/м²) сравнивалась с доксорубицином (60 мг/м²) в комбинации с DTIC [16]. Эффективность монотерапии составила 16% и 18%, в то время как при комбинированном режиме был достигнут результат – 30%, однако медиана выживаемости была без изменений.

В свете всех этих данных, некоторые исследователи делали предположение о необходимости использования многокомпонентной химиотерапии с доксорубицином и дакарбазин в качестве терапии первой линии [13], в то время как другие считали, что из-за токсичности комби-

нированной схемы и отсутствия увеличения выживаемости, монотерапия доксорубицином остается стандартом лечения [16, 17].

Циклофосфамид

До использования доксорубицина в лечении сарком мягких тканей в педиатрической практике, где, как известно, преобладает рабдомиосаркома, использовался режим VAC (винкристин, актиномицин-D и циклофосфамид), который демонстрировал впечатляющую способность реагировать на лечение. Применение этой схемы у взрослых позволяло получить ответ лишь в менее 10% случаев. Но недавнее открытие доксорубицина и дакарбазина позволило разработать режим CYVADIC [18]. Общая частота ответа составила 47%. Более чем 20% больных с полной регрессией пережили 5-летний рубеж.

Европейской организацией по исследованию и лечению рака (EORTC) были доложены результаты сравнение CYVADIC (каждые 4 недели) с чередующимися CYV с ADIC (каждые 4 недели). Данная работа преследовала цель увеличить продолжительность ремиссии и уменьшить токсичность [19]. Режим CYVADIC доказал свое превосходство в плане ответов (38% против 14%) и средней продолжительности ремиссии (62 против 39 недель, не является статистически значимым). Индекс Карновского (ИК) был самым важным фактором в прогнозировании ответа. У пациентов, получавших непрерывную CYVADIC, с ИК $\geq 90\%$ эффективность составила 57%, а при ИК 50-80% – только 17%.

Однако, несмотря на достигнутые результаты, стандартом для многих по-прежнему оставалась монотерапия доксорубицином в дозировке 75 мг/м².

Ифосфамид

Ифосфамид был впервые синтезирован в 1960-х годах, он является химической модификацией циклофосфамида [20]. Первоначальные исследования показали его достаточную активность в отношении опухолей, но лимитирующей дозу токсический геморрагический цистит ограничил его использование до появления в 1979 году месны [21]. Снижая уротоксические проявления оксазафосфоринов (циклофосфамид, ифосфамид), месна не оказывает ослабляющего действия на их противоопухолевый эффект. Другой, лимитирующей дозу ифосфамида, причиной стала лейкопения. Эффективность ифосфамида 5-8 г/м² каждые 3 недели составила 38%, что было первым прогрессом после внедрения до этого DTIC почти 10 лет назад [22]. В свете этого, EORTC провела рандомизированное исследование: пациенты получали либо циклофосфамид 1,5 г/м², либо ифосфамид, 5 г/м², каждые 3 недели [23]. Хотя не было никаких существенных различий между двумя группами по времени до прогрессирования и выживаемости, это исследование было первым из многих в течение ближайших 15 лет, посвященных изучению ифосфамида как в монотерапии, так и в комбинации для лечения сарком мягких тканей. По сути, это означало конец использования схем с циклофосфамидом, который не позволял использовать адекватные дозировки доксорубицина ввиду высокой токсичности. В исследовании фазы II Института рака Dana-Farber (DFCI) пациенты получали 8 г/м² ифосфамида болюсно (2 г/м² в течение 4 ч. в день \times 4 дня) или 4-дневную непрерывную инфузию [24]. Частота ответа составила 26% для при болюсном введении ифосфамида и 9% для непрерывной инфузии. Из-за развития выраженной токсичности 60% исследуемых смогли пройти только два курса с запланированной дозировкой.

После этого, DFCI провели еще ряд исследований, направленных на изучение более высоких дозировок

ифосфамида (8-18 г/м², 4-дневная непрерывная инфузия) [25]. В результате частичная регрессия была получена в 35% случаев, смертельных исходов связанных с цитостатической терапией было 10%.

Все это послужило поводом для поиска схем комбинированной химиотерапии ифосфамидом в сочетании с другими веществами, активными в отношении саркомы.

Исследования комбинаций с Ифосфамидом.

Dana-Farber group объединила все агенты, обладающие на тот момент активностью в отношении саркомы в режим MAID: доксорубицин 60 мг/м², ифосфамид 7,5 г/м² и дакарбазина 900 мг/м², 3-дня непрерывно [17]. Результаты показали, что при непрерывной инфузии доксорубицина и дакарбазина было меньше желудочно-кишечных и сердечных проявлений токсичности, по сравнению с болюсным введением, без каких-либо изменений в эффективности [26]. Эффективность составила 47%, полная регрессия была достигнута в 10% случаев. Фебрильная нейтропения требовала госпитализации в 74% случаев.

III фаза рандомизированного испытания, проведенная ESOG была посвящена сравнению трех схем лечения сарком: 1. доксорубицин 80 мг/м², 2. MAI (доксорубицин 60 мг/м² + ифосфамид 7,5 г/м², болюсно), 3. MAP (митомин 8 мг/м² + доксорубицин 40 мг/м² + цисплатин 60 мг/м²) [27]. Последний режим был разработан в клинике Майо [28]. Эффективность лечения составила: MAI – 34%, MAP – 32% и доксорубицина – 20%, хотя ни один режим не продемонстрировал какого-либо статистически значимого преимущества со стороны общей выживаемости.

Исследование EORTC было посвящено оценке эффективности CYVADIC в сравнении с доксорубицин 75 мг/м² + ифосфамид 5 г/м² 24-часая инфузия и доксорубицин 50 мг/м² + ифосфамид 5 г/м² 24-часая инфузия [29,30]

Было установлено, что: применяемы схемы лечения не дают статистически значимых различий в показателях общей выживаемости, частота непосредственного ответа выше при болюсном введении ифосфамида нежели при 24-часовой инфузии, назначение доксорубицина в дозах превышающих 50 мг/м² вместе с ифосфамидом значительно осложняется развитием выраженной нейтропении, но и увеличивает эффективность лечения [31,32].

Однако отсутствие прогресса в развитии новых агентов и появление колониестимулирующих факторов роста продиктовали необходимость поиска новых путей за счет модификаций уже разработанных режимов. Ученые провели ряд исследований, в результате которых удалось повысить дозы доксорубицина до 75 мг/м² в сочетании с ифосфамидом. EORTC опубликовало результаты II фазы, в которых показана более высокая скорость реагирования опухоли (45%), чем ранее была получена с более низкими дозами [33,34]. Новые разработки расширили возможность ифосфамида и доксорубицина путем добавления к ним дакарбазина. Испытания II фазы показали более высокий уровень ответа со стороны сарком мягких тканей при увеличении дозировки ифосфамида с 6 до 10 г/м².

Испанская группой вводила ифосфамид в дозировке – 14 г/м², в течение 6-дневной непрерывной инфузии [35], а M.D. Anderson group дали такую же дозу в двух режимах – болюсно и непрерывно [31]. Оба исследования показали, активность препарата даже у пациентов, рефрактерных к более низким дозам ифосфамида. Болюсное же введение при монотерапии высокими дозами ифосфамида увеличило частоту реагирования сарком мягких тканей по сравнению с непрерывной инфузией до 45% против 19%.

Многочисленные исследования того периода позволили сделать следующие выводы: целесообразно

использование комбинации ифосфамида с доксорубицином, болюсное введение ифосфамида предпочтительнее непрерывной длительной инфузии, более высокие дозы ифосфамида более эффективны, более токсичны и мало влияют на сроки выживаемости [36-41].

Эти и множество таких испытаний были обусловлены поиском новых возможностей химиотерапии в лечении сарком мягких тканей при отсутствии новых доступных подходов.

Гемцитабин

Исследование фазы II гемцитабина имело ограниченное число ответов – около 15%, при этом длительная стабилизация процесса наблюдалась у 40% больных [42-46]. Следует отметить, что небольшие исследования II фазы эффективности гемцитабина в сочетании с доцетакселом у пациенток с нерезектабельными лейомиосаркомами матки, показали частоту ответа в 50% случаев [47]. Исходя из результатов этих исследований, сделаны выводы о показании к проведению монотерапии гемцитабином в случаях невозможности терапии первой линии, в том числе и при лейомиосаркомах [42-47].

Липосомальный Доксорубицин

В исследовании II фазы EORTC была проведена сравнительная оценка эффективности липосомального доксорубицина со стандартным доксорубицином в лечении распространенных либо метастатических сарком мягких тканей, результат был одинаковым для обоих препаратов – около 10% [48]. Второе же исследование установило, что липосомальный доксорубицин, вероятно, может быть использован в лечении сарком мягких тканей в случаях необходимости избежать высокой кардиотоксичности доксорубицина [49]. Его роль в сочетании с ифосфамидом еще предстоит определить.

Таксаны

В онкологическом центре Memorial-Sloan Kettering (MSKCC) во исследовании II фазы изучалась роль паклитаксела в лечении сарком мягких тканей [50]. Только у двух пациентов из 28 был получен стойкий объективный ответ, среди них пациент с ангиосаркомой головы. Проведенный впоследствии ретроспективный анализ за 7-летний срок установил, что из девяти больных ангиосаркомами, получавших паклитаксел, у восьми (89%) был достигнут хороший эффект [51]. Токсичность была ожидаемая (нейтропения и нейропатия), но, конечно, она была гораздо менее выражена, чем можно было бы ожидать от ифосфамида с доксорубицином, при этом скорость ответа также была выше. Проведение специального исследования по изучению паклитаксела в лечении ангиосарком представляется маловероятным ввиду редкой встречаемости данного вида заболевания. Большое значение придается в то время как предыдущие исследования обнаружили

испытание доцетаксела в предварительно мягких тканях сарком (ни один из которых ангиосаркомы) показал ответ ставке 15% [61], хотя последующие, рандомизированное второй этап исследования показали, 0% ответов [62]. Исходя из этого, мы считаем, что доцетаксел в качестве монотерапии не является эффективным в саркомы кроме ангиосаркомы [52,53].

Трабектедин

Трабектедин (эктеинасцидин, Йонделис, ЕТ-743) является новым противоопухолевым агентом, который препятствует активации транскрипции ДНК [54]. За последние 25 лет это первое новое лекарственное средство, одобренное регуляторными органами в данном направлении, в том числе Европейского агентства по лекарственным средствам (ЕМЕА). Он появился одновременно с развитием таргетного направления в лечении сарком мягких тканей.

Во время II фазы клинического изучения трабектедина у 183 больных СМТ контроль роста опухоли (КРО) (полный регресс, частичный регресс и стабилизация) в 51,4% [55]. Обобщенный анализ по данным пяти клинических исследований I фазы и двух II фазы возможностей трабектедина выглядит следующим образом: выживаемость без прогрессирования (ВБП) после 6 мес. – 19,8%, медиана общей выживаемости – 10,3 мес, годовая выживаемость – 47,5%, 2-летняя – 29,3%. К доксорубицину и ифосфамиду были резистентны 63 больных. Эффективность трабектедина у больных, резистентных к доксорубицину и ифосфамиду составила 9,5%, КРО – 42,9%.

G. Demetri и соавт. провели рандомизированное сравнительное изучение двух режимов трабектедина при лечении 270 больных саркомами мягких тканей, прогрессирующих после стандартных режимов химиотерапии: 3-недельный – 1,5 мг/м² с 24-часовой инфузией и еженедельный – 0,58 мг/м² с 3-часовой инфузией еженедельно, 3 нед. и 1 нед. перерыва. Исследование показало преимущество 3-недельного режима: по оценке RECIST, общий эффект составил 5,6% при 3-недельном режиме и 1,6% – при еженедельном, КРО – 50,5% и 32,4% соответственно; медиана времени без прогрессирования – 3,7 и 2,3 мес, медиана выживаемости – 13,8 и 11,8 мес соответственно [56].

Эффективность трабектедина также изучали R. Garcia-Carbonero и соавт. в качестве 1-й линии химиотерапии у 36 больных СМТ [57]. Достигнута 1 полная регрессия и 5 частичных регрессий – эффективность – 17,1%, 1 минимальный эффект, КРО – 20%. Медиана времени без прогрессирования составила 1,6 мес, медиана общей выживаемости (МОВ) – 15,8 мес, годовая выживаемость – 72%. Таким образом, трабектедин оказался новым эффективным препаратом для лечения больных СМТ, в особенности с липо- и лейомиосаркомами [58] (таблица 1) [59].

Примечание: ПР- полная регрессия, ЧР – частичная

Таблица 1 - Эффективность трабектедина во II фазе клинических исследований

Исследование	n	ПР, %	ЧР, %	МЭ, %	СБ, %	ОЭ, %	КРО, %	МОВ, мес.	1-годич. ОВ, %
Le Cense, 2005	99	0	8 (8,1)	-	45 (45)	8,1	53,6	9,3	42
Yovine, 2004	54	0	2 (3,7)	4 (7,4)	9 (16,7)	3,7	24≥6 мес	12,8	
Garcia-Carbonero, 2004	36	1 (2,7)	2 (5,5)	2 (2,5)	-	8,3	-	12,1	53,1
Le Cense AACR2003	183	-	14 (7,7)	14 (7,7)	67 (36,6)	7,7	51,4	10,3	47,5
3-недельный режим Morgan, 2007	125	0	7 (5,6)	-	66 (52,8)	5,6	38,9	13,8	60,6
Еженедельный режим Morgan, 2007	123	0	2 (1,6)	-	52 (42,3)	1,6	24,3	11,8	49,9

небольшие различия в ответ темпы различных схем между различными подтипами саркома, это, безусловно, самым впечатляющим. Хотя точная роль паклитаксела при лечении ангиосаркомы будет трудно определить из-за ограничений в развитии крупных клинических испытаний, Серьезное внимание должно быть уделено его фронтальное использования в таких случаях. Одна фаза II

регрессия, МЭ – минимальный эффект, СБ – стабилизация, ОЭ – объективный эффект, КРО – контроль роста опухоли, МОВ – медиана общей выживаемости, ОБ – общая выживаемость

Проведенные исследования показали благоприятный профиль переносимости. Побочные явления были некумулятивными, преходящими и управляемыми. Нейтропении 3-4 степени возникали у 34-61% больных, однако фебрильные – лишь у 6-7%.

Dileo P. и др. провели ретроспективный анализ возможностей трабектедина в II-III линии лечения 39 пациентов с распространенной синовиальной саркомой в трех европейских институтах [60]. В общей сложности было проведено 186 циклов, в среднем по 3 курса для каждого пациента. Общий ответ составил 18%, случаев полной регрессии зафиксировано не было. В двух случаях был получен минимальный ответ и в одном – стабилизация.

Выживаемость без прогрессирования заболевания в течение 6 месяцев составила 23%. Результаты этой группы исследований позволяют сделать предположение о расширении возможностей трабектедина в отношении синовиальной саркомы.

Заключение

Эффективность монотерапии сарком мягких тканей невысока: циклофосфан – 10-12%, цисплатин – 12%, винкристин – 17% (применение оправдано при мелкоклеточных саркомах мягких тканей (саркома Юинга, PNET, эмбриональная рабдомиосаркома, нейробластома), дакарбазин – 16%, ифосфамид – 18-32% (минимальная эффективная доза составляет 9,0 г/м²), эффективность доксорубицина – 20%, при эскалации дозы до 75 мг/м² эффективность увеличивается до 37%, эффективность эпирубицина – 18%, при прямом сравнении с доксорубицином (эффективность 25%) – несколько ниже, время до прогрессирования и медиана выживаемости одинаковы, липосомальный доксорубицин обладает эффективностью до 20%, может применяться у пожилых людей. Комбинация доксорубицина с ифосфамидом эффективна у 10-25% больных. Уплотненный 2-недельный дозовый режим с использованием повышенных доз препаратов и филграстима, возможно, более эффективен. Существует множество вариаций этого режима дозирования до максимальных дозировок 12,5 г/м² ифосфамида и 90 мг/м² доксорубицина [59].

В настоящее время эта комбинация является наиболее эффективной в первой линии лечения диссеминированных больных, а также для проведения неoadъювантной и адъювантной химиотерапии.

Уникальный механизм действия трабектедина, его мягкий токсический профиль и отсутствие перекрестной резистентности с другими препаратами делают его удобным для новых лекарственных комбинаций при СМТ, особенно при липо- и лейомиосаркомами. Тем более, что комбинации трабектедина с доксорубицином, липосомальным доксорубицином, доцетакселом, паклитакселом и капецитабином уже изучаются в I-II фазах клинических исследований при солидных опухолях [59]. Новые исследования также свидетельствуют также о расширении показаний для назначения препарата и при синовиальной саркоме.

Список литературы

1. Трапезников Н.Н., Карапетян Р.М., Геворкян А.А. и соавт. Ретроспективный анализ результатов лечения сарком мягких тканей // Новое в онкологии. Сб. науч. тр. - Вып. 5. - Воронеж,

2001.

2. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2010 год (статистические материалы), Алматы, 2011.

3. Spira Al. et al. //Oncologist.-2002.-Vol.7.-P.348-359.

4. Kasper B. // Rev Recent Clin Trials.- 2007.-Vol.2.-P.206-211.

5. Brennan M.F., Casper E.S., Harrison L.B. Soft tissue sarcoma. In: Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: Principles and Practice of Oncology, Sixth Edition. Philadelphia // Lippincott-Raven Publishers.- 2002.-P.1738-1887.

6. Pervaiz N., Colterjohn N., Farrokhyar F. et al. A systematic meta-analysis of randomized controlled trials for adjuvant chemotherapy for localized resectable soft-tissue sarcoma // Cancer.- 2008.-Vol. 113, N3.-P. 573-81.

7. Ferrari A., Gronchi A., Casanova M. et al. Synovial sarcoma: a retrospective analysis of 271 patients of all ages treated at a single institution //Cancer.- 2004.-Vol. 101, N3.-P. 627-34.

8. Eilber F.C., Eilber F.R., Eckardt J. et al. The impact of chemotherapy on the survival of patients with high-grade primary extremity liposarcoma. //Ann.Surg.- 2004.-Vol. 240, N 4.-P. 686-95

9. Гафтон Г.И., Пхакадзе Н.П., Сенчик К.Ю., Гельфольд Г. Перспективные методы терапии больных саркомами мягких тканей конечностей //Практическая онкология. - 2004. - Т.5, №4. - С.276-284.

10. O'Bryan R.M., Luce J.K., Talleyetal R.W. Phase II evaluation of adriamycin in human neoplasia // Cancer.- 1973.-Vol.32.-P.1-8.

11. O'Bryan R.M., Baker L.H., Gottlieb J.E. et al. Dose response evaluation of adriamycin in human neoplasia // Cancer.- 1977.-Vol.39.-P.1940-1948.

12. H.M.Pinedo, Y.Kenis. Chemotherapy of advanced soft-tissue sarcomas in adults // Cancer Treat. Rev.- 1977.-Vol.4.-P.67-86.

13. Gottlieb H.A., Benjamin R.S., Baker L.H. et al. Role of DTIC (NSC- 45388) in the chemotherapy of sarcomas // Cancer Treat. Rep.- 1976.-Vol.60.-P.199-203.

14. Gottlieb J.A., Baker L.H., Quagliana J.M. et al. Chemotherapy of sarcomas with a combination of adriamycin and dimethyl triazeno imidazole carboxamide // Cancer.- 1972.-N.Volo.30.-P.1632-1638.

15. Gottlieb J.H. Proceedings: combination chemotherapy for meta-static sarcoma //Cancer Chemother.Rep.- 1974.-Vol.58.-P.265-270.

16. Borden E.C., Amato D.A., Rosenbaum C. et al. Randomized comparison of three adriamycin regimens for metastatic soft tissue sarcomas // J. Clin. Oncol.- 1987.-N5.-P.840-850.

17. Elias A., Ryan L., Sulkes A. et al. Response to mesna, doxorubicin, ifosfamide, and dacarbazine in 108 patients with metastatic or unresectable sarcoma and no prior chemotherapy // J. Clin. Oncol.- 1989.-Vol.7.-P.1208-1216.

18. Yap B.S., Baker L.H., Sinkovics J.S. et al. Cyclophosphamide, vincristine, adriamycin, and DTIC (CYVADIC) combination chemotherapy for the treatment of advanced sarcomas // Cancer Treat Rep.- 1980.-Vol.64.-P.93-98.

19. Pinedo H.M., Bramwel V.H., Mouridsen H.T. et al. Cyvadic in advanced soft tissue sarcoma: a randomized study comparing two schedules. A study of the EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group // Cancer.- 1984.-Vol.53.-P.1825-1832.

20. Bramwel B.H., Mouridsen H.T., Santoro A. et al. Cyclophosphamide versus ifosfamide: a randomized phase II trial in adult soft-tissue sarcomas. The European Organization for Research and Treatment of Cancer[EORTC], Soft Tissue and Bone Sarcoma Group //Cancer Chemother Pharmacol.-2001.-Vol.29.P.567-81.

21. Bruh P. Hoefer-Janker L. Scheef H.W. et al. [Prophylactic alkalization of the urine during cytostatic tumor treatment with the ox- azaphosphorine derivatives, cyclophosphamide and ifosfamide //J. Onkologie.- 1979.-N2.-P.120-124. German.

22. Stuart-Harris R.C., Harper P.Z., Parsons C.A. et al. High-dose alkylation therapy using ifosfamide infusion with mesna in the treatment of adult advanced soft-tissue sarcoma //Cancer Chemother Pharmacol.- 1983.-Vol.11.-P.69-72.

23. Bramwell V.H., Mouridsen H.T., Santoro A. et al. Cyclophosphamide versus ifosfamide: final report of a randomized phase II trial in adult soft tissue sarcomas // Eur. J. Cancer Clin. Oncol.- 1987.-Vol.23.-P.311-321.

24. Antman K.H., Ryan L., Elias A. et al. Response to ifosfamide and mesna: 124 previously treated patients with metastatic or unresectable sarcoma // J. Clin. Oncol.- 1989.-Vol.7.-P.126-131.

25. Elias A.D., Eder J.P., Shea T. et al. High-dose ifosfamide with mesna uroprotection: a phase I study // *J. Clin. Oncol.*- 1990.-N8.-P.170-178.
26. Zalupski M., Metch B., Balcerzak S. et al. Phase III comparison of doxorubicin and dacarbazine given by bolus versus infusion in patients with soft-tissue sarcomas: a Southwest Oncology Group study// *J. Nat. Inst.*- 1991.-Vol.83.-P.926-932.
27. Edmonson J.H., Ryan L.M., Blum R.H. et al. Randomized comparison of doxorubicin alone versus ifosfamide plus doxorubicin or mitomycin, doxorubicin, and cisplatin against advanced soft tissue sarcomas // *J. Clin. Oncol.*- 1993.-N11.-P.1269-1275.
28. Edmonson J.H., Long H.J., Richardson R.L. et al. Phase II study of a combination of mitomycin, doxorubicin and cisplatin in advanced sarcomas // *Cancer Chemother Pharmacol.*- 1985.-Vol.15.-P.181-182.
29. Schutte J., Mouridsen H.T., Stewart W. et al. Ifosfamide plus doxorubicin in previously untreated patients with advanced soft tissue sarcoma. The EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group // *Eur. J. Cancer.*- 1990.-Vol.26.-P.558-561.
30. Santoro A., Tursz H., Mouridsen H. et al. Doxorubicin versus CYVADIC versus doxorubicin plus ifosfamide in first-line treatment of advanced soft tissue sarcomas: a randomized study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group // *J. Clin. Oncol.*- 1995.-Vol.13.-P.1537-1545.
31. Patel S.R., Vadhan-Raj S., Papadopolous N. et al. High-dose ifosfamide in bone and soft tissue sarcomas: results of phase II and pilot studies—dose-response and schedule dependence // *J. Clin. Oncol.*- 1997.-Vol.15.-P.2378-2384.
32. Benjamin R.S., Legha S.S., Patel S.R. et al. Single-agent ifosfamide studies in sarcomas of soft tissue and bone: the M.D. Anderson experience // *Cancer Chemother Pharmacol.*- 1993.-Vol.31(suppl.-P.S174-S179).
33. Teward W.P., Verweij J., Somers R. et al. The use of recombinant human granulocyte-macrophage colony-stimulating factor with combination chemotherapy in the treatment of advanced adult soft-tissue sarcomas: early results from the EORTC Soft-Tissue and Bone Sarcoma Group // *Cancer Chemother Pharmacol.*-1993.-Vol.31(suppl 2).-P.S241-S244.
34. Steward W.P., Verweij J., Somers R. et al. Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor allows safe escalation of dose-intensity of chemotherapy in metastatic adult soft tissue sarcomas: a study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group // *J. Clin. Oncol.*- 1993.-N11.-P.15-21.
35. Buesa J.M., Lopez-Pousa A., Martin J. et al. Phase II trial of first-line high-dose ifosfamide in advanced soft tissue sarcomas of the adult: a study of the Spanish Group for Research on Sarcomas (GEIS) // *Ann. Oncol.*- 1998.-Vol.9.-P.871-876.
36. Palumbo R., Palmeri S., Antimi M. et al. Phase II study of continuous-infusion high-dose ifosfamide in advanced and/or metastatic pretreated soft tissue sarcomas // *Ann. Oncol.*- 1997.-Vol.8.-P.1159-1162.
37. Leyvraz S., Bacchi M., Cernyetal T. Phase I multicenter study of combined high-dose ifosfamide and doxorubicin in the treatment of advanced sarcomas. Swiss Group for Clinical Research (SAKK) // *Ann. Oncol.*- 1998.-Vol.9.-P.877-884.
38. S.P.Patel, S.Vadhan-Raj, M.A.Burgess et al. Results of two consecutive trials of dose-intensive chemotherapy with doxorubicin and ifosfamide in patients with sarcomas // *Am. J. Clin. Oncol.*- 1998.-Vol.21.-P.317-321.
39. Verweij A. High-dose ifosfamide for soft tissue sarcomas: set the scene, or senescence? // *Ann. Oncol.*- 1998.-Vol.9.-P.807-809.
40. De Pas A., De Braud F., Orlando L. et al. High-dose ifosfamide plus adriamycin in the treatment of adult advanced soft tissue sarcomas: is it feasible? // *Ann. Oncol.*- 1998.-Vol.9.-P.917-919.
41. Santoro A. Advanced soft tissue sarcoma: how many more trials with anthracyclines and ifosfamide? // *Ann. Oncol.*- 1999.-Vol.10.-P.151-154.
42. Spath-Schwalbe E., Genvresse A., Koschuth A. et al. Phase II trial of gemcitabine in patients with pretreated advanced soft tissue sarcomas // *Anticancer Drugs.*- 2000.-Vol.11.-P.325-329.
43. Amodio A., Carpano S., Manfredi C. et al. [Gemcitabine in advanced stage soft tissue sarcoma: a phase II study.] *Clin Ter*1999;150:17-20. Italian.
44. Merimsky O., Meller J., Flusser G. et al. Gemcitabine in soft tissue or bone sarcoma resistant to standard chemotherapy: a phase II study // *Cancer Chemother Pharmacol.*- 2000.-Vol.45.-P.177-181.
45. Svancarova L., Blay J.Y., Judson I.R. et al. Gemcitabine in advanced adult soft-tissue sarcomas. A phase II study of the EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group // *Eur. J. Cancer.*-2002.-Vol.38.-P.556-559.
46. Patel S.R., Gandhi Y., Jenkins J. et al. Phase II clinical investigation of gemcitabine in advanced soft tissue sarcomas and window evaluation of dose rate on gemcitabine triphosphate accumulation. *J Clin Oncol* 2001;19:3483-3489.
47. Hensley N.H., Maki R., Venkatraman E. et al. Gemcitabine and docetaxel in patients with unresectable leiomyosarcoma: results of a phase II trial // *J. Clin. Oncol.*- 2002.-Vol.2.-P.2824-2831.
48. Judson I., Radford J.A., Harris M. et al. Randomised phase II trial of pegylated liposomal doxorubicin (DOXIL/CAELYX) versus doxorubicin in the treatment of advanced or metastatic soft tissue sarcoma: a study by the EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group // *Eur. J. Cancer.*- 2001.-Vol.37.-P.870-877.
49. Chidiac T., Budd G.T., Pelley R. et al. Phase II trial of liposomal doxorubicin (Doxil) in advanced soft tissue sarcomas // *Invest. New Drugs.*- 2000.-Vol.18.-P.253-259.
50. Casper E.S., Waltzman R.J., Schwartz G.K. Phase II trial of paclitaxel in patients with soft-tissue sarcoma // *Cancer Invest.*-1998.-Vol.16.-P.442-446.
51. Fata F., Reilly E.O., Ilson D. et al. Paclitaxel in the treatment of patients with angiosarcoma of the scalp or face // *Cancer.*- 1999.-Vol.86.-P.2034-2037.
52. Kostler W.J., Brodowicz T., Attems Y. et al. Docetaxel as rescue medication in anthracycline- and ifosfamide-resistant locally advanced or metastatic soft tissue sarcoma: results of a phase II trial // *Ann. Oncol.*- 2001.-Vol.12.-P.1281-1288.
53. Verweij J., Lee S.M., Rukaetal W. Randomized phase II study of docetaxel versus doxorubicin in first- and second-line chemotherapy for locally advanced or metastatic soft tissue sarcomas in adults: a study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group // *J. Clin. Oncol.*- 2000.-Vol.18.-P.2081-2086.
54. Minuzzo M., Marchini S., Brogini M. et al. Interference of transcriptional activation by the antineoplastic drug ecteinascidin-743 // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.*- 2000.-Vol.97.-P.6780-6784.
55. Le Cesne A., Blay J., Judson I. et al. Phase II study of ET-743 in advanced soft tissue sarcomas: European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) soft tissue and bone sarcoma group trial // *Clin. Oncol.*- 2005.-Vol. 23.-P. 576-584.
56. George D., Demetri H., Sant P., Chawla M. Von Mehren et al. Efficacy and safety of trabectedin in patients with advanced or metastatic liposarcoma or leiomyosarcoma after anthracyclines and ifosfamide: results of a randomized phase II study of two different schedules // *J. Clin. Oncol.*- 2009.-Vol. 27, ASCO.-P. 1-19
57. Garcia-Carbonero R., Supko J.G., Maki R.G. et al. Ecteinascidin-743 (ET-743) for chemotherapy-naïve patients with advanced soft-tissue sarcomas: multicenter Phase II and pharmacokinetic study // *Clin. Oncol.*- 2005.-Vol. 23.-P. 5484-92.
58. Demetri G., Chawla S.P., von Mehren M. et al. Efficacy and safety of trabectedin in patients with advanced or metastatic liposarcoma or leiomyosarcoma after anthracyclines and ifosfamide: results of a randomized phase II study of two different schedules // *J. Clin. Oncol.*- 2009.-Vol.27.
59. Феденко А.А., Горбунова В.А., Бохан Б.Ю. и соавт. Первый Российский опыт применения трабектедина в лечении диссеминированных сарком мягких тканей // *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи.*- 2011.- №2.- С.47-54.
60. Dileo P. et al. Trabectedin in advanced, pre-treated synovial sarcomas: A retrospective analysis of 39 patients from three European institutions // *J. Clin. Oncol.*- 2010.-Vol.28.-P.15S: Abstract 1003

Тұжырым

А.К. Туманова, С.Е.Есентаева

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Жұмсақ тін саркомасы кезіндегі химиотерапия.

Тұжырым. Бұлишолу әдеби деректердің анализі туралы жұмсақ тін саркомасы химиотерапиясының қазіргі мүмкіндіктерінде арналған.

Жұмсақ тін саркомасы ең қатерлі ісік болып табыла-

ды. Қатерлі ісіктің негізгі көрсеткіштері патологиялық ошақтың өлшемі, инвазия тереңдігі және қатерлік кезеңдігі. Жұмсақ тін саркомасы 50 % метастаз береді, 80 % жағдайында 2 жылдан 3 жылға дейін диагноз қойғаннан бастап анықталады.

Түйінді сөздер: жұмсақ тін саркомасы, химиотерапия.

Summary

Tumanova A.K., S.E. Yesentayeva

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Chemotherapy for soft tissue sarcoma

This review focuses on the analysis of published data on the possibilities of modern chemotherapy of soft tissue sarcomas.

Soft tissue sarcomas are among the most human cancers. The main parameters characterizing the tumor during the process are the size of the pathological focus, depth of invasion and tumor grade. The risk of metastasis at the CMT is 50%, and 80% of the progression of the metastatic process occurs in the next 2 to 3 years from diagnosis.

Keywords: soft tissue sarcoma, chemotherapy

УДК 616.34-006.6-089:616-036.22

Г.А.Серикбаев, Д.А.Тулеева, Д.Х. Савхатов, Ж.О.Мауленов, А.А.Исалиев
 Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Выбор варианта пластики при хирургическом лечении местно-распространенного рака кожи

Аннотация. Представлена проблема выбора метода пластики послеоперационного дефекта при местнораспространенном раке кожи. Показано, что Формирование кожно-фасциальных и кожно-мышечных трансплантатов с учетом кровоснабжения позволяет успешно ликвидировать сложные по расположению и рельефу дефекты и добиться удовлетворительных результатов в лечении местнораспространенного рака кожи, а значит, способствует ранней реабилитации больных, возвращению их к обычному образу жизни и труду.

Ключевые слова: пластика, рак кожи.

Актуальность

По данным ВОЗ в 21 веке прогнозируется рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, в частности местнораспространенных форм, что приводит к вопросу ранней диагностики, и подбора оптимальных методов лечения. Неуклонный рост злокачественными новообразованиями кожи во всем мире называют «тихой эпидемией». Несмотря на кажущуюся простоту визуальной диагностики опухолей наружной локализации, до сих пор уровень выявления рака нельзя признать удовлетворительным [1,2,4].

В республике Казахстан также отмечается тенденция к значительному росту новообразований кожи, усилению тяжести заболевания, выявлению больных запущенными

формами злокачественного процесса, с низкой гистологической дифференцировкой, с инвазией в подлежащие ткани. В структуре онкологической заболеваемости рак кожи среди мужского населения занимает 2 место (10,6%), уступая раку легкого, среди женщин – 1 место [8]. Причем возрастает удельный вес пациентов с Т3-Т4 (50%) , что свидетельствует о несвоевременном обращении за медицинской помощью, либо о том, что на ранних стадиях больные получают лечение по месту обращения. Лечение рака кожи, в частности, лица представляет определенные трудности из-за сложности анатомического строения этой области, многообразия функций и близости органов, имеющих функциональное и эстетическое значение, и является актуальной задачей [6].

Хотя течение рака кожи относительно благоприятное, в запущенных стадиях не всегда удается радикально излечить заболевшего. Иногда приходится прибегать к очень большим, калечащим операциям в виде широкого иссечения тканей лица, в результате которых образуются обширные раневые дефекты [3,5,7].

Цель исследования

Выбор оптимального метода пластики послеоперационного дефекта при местнораспространенном раке кожи.

Материалы и методы исследования

В отделении костей и мягких тканей КазНИИОиР за 2009 - 2010гг. пролечено 14 больных. Возраст составлял от 30 до 75 лет. У всех больных диагноз верифицирован.

У всех 14 (100%) больных установлена Т3 стадия заболевания. Плоскоклеточный рак встретился в 5 (35,7%) случаях, базальноклеточный – в 7 (50%) , метатипический – в 3 (21,4%) случае. Во всех наблюдениях выполнение операций сопровождалось блоковым удалением опухоли и окружающих тканей, отступя 0,5-1 см. от краев и глубиной до мышечного апоневроза.

В зависимости от локализации опухоли применяли различные виды пластической хирургии:

1. при локализации опухоли теменно-затылочной области послеоперационный дефект закрывался кожно-фасциальным лоскутом с области верхнего надплечья.
2. при локализации в височной области и носогубной складки применялся кожно-фасциальный лоскут из щеки.

Интраоперационно всем больным



производилась цитологический контроль краев резекции. Ни в одном случае опухолевые клетки по краям послеоперационной раны не обнаружены.

Результаты лечения

В послеоперационном периоде осложнение в виде краевого некроза наблюдалось у 2 больных. У остальных больных заживление раны первичным натяжением.

Через 6 - 12 месяцев на контрольном осмотре наблюдаемых больных - рецидивов и МТС не отмечено.

Вывод

Формирование кожно-фасциальных и кожно-мышечных трансплантатов с учетом кровоснабжения позволяет успешно ликвидировать сложные по расположению и рельефу дефекты и добиться удовлетворительных результатов в лечении местнораспространенного рака кожи, а значит, способствует ранней реабилитации больных, возвращению их к обычному образу жизни и труду.



Список литературы

1. Максимова Н.Е., Шабанов А.М. Прогнозирование частоты базалиом //Актуальные проблемы пато- и морфогенеза. Системные аспекты патологии и вопросы преподавания патологической анатомии: Сб. трудов науч. конф., посвященной 100-летию каф. патол. анатомии. С. -Петерб. гос. мед. ун-та им. И.П. Павлова - СПб, 1999. - С.46 - 47.
2. Журавель В.Г. К вопросу о лечении больных базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи //Росс. журн. кожн. и венер. болезней.-1999. - №3. С.4 - 7.
3. Неробеев А.И., Акопян И.Г., Уткин Д.В. // Рос онкол. журнал - 2002. - №2. - С. 31 - 33.
4. Шенталь В., Пустынский И.Н., Малаев С.Г.. Рак кожи // Мед. помощь. - 2000.- №4. - С. 6 - 10.
5. Robinson J.K. // Dermatol. Surg. - 2004. - Vol.30. - P. 67 - 74.
6. Atlas of cancer of the skin. Edited by Gunter Burg, MD. Churchill Livingstone, 2000.
7. Васильева С.В. Практическая хирургия в онкологии. - Челябинск, 2002.
8. Нургазиев К. Ш., Сейтказина Г.Д. и соавт. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2010г. (статистические материалы).- Алматы, 2010. - 52 с.

Тұжырым

Терінің жергілікті жайылмалы қатерлі ісіктерінің хирургия емдеу тәсілдерін ыңшаиамдау.

Бүкіл әлемде тері қатерлі ісігің өсуі «тыныш эпидемия» деп аталады. Қазақстан Республикасында да терінің қатерлі ісігің біршама өсу тенденциясы байқалады. Тері қатерлі ісігің T3 - T4 сатысында жа-

салатын амалдар көбіне беттің жумсақ тіндерінің үлкен аңауларға алып келеді. Ол науқастардың қалыпты өмір сүруін бір шама төмендетеді. Қазақтың онкология және радиология ғылыми зерттеу институтының сүйек және жумсақ етіндер қатерлі ісіктер бөлімінде пластикалық хирургияның әр түрлі амалдары орындалады.

Summary

G. Serikbaev, D. Tuleuova, D. Savkhatov, Gh. Maulenov, A. Isaliev.

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology Surgeon treatment S improvement of local dissemination forms of the skin cancer.

In the whole world the steadfast growth of tumors is called "the quiet epidemic". The skin cancer also grows in the Kazakhstan and in the cancer structure it takes 2-nd seat. The operations which are make to patients with skin cancer with T3 - T4 stage give vast defects on the face, that significantly make worse the life quality. In the tumors of bones and soft tissue department of Kazakh Scientific Research Institute of Oncology and Radiology we make operations with different sights of plastic surgery.

Keywords: sarcoma of soft tissue surgery.

УДК: 616.71-006+/004:618-089.87

¹Г.А.Серикбаев, ¹А.К. Косаев, ¹Д.А.Тулеуова, ²Б.М. Жумадуллаев, ¹Ж.О.Мауленов, ²А.А. Исалиев¹Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии²Центральная городская клиническая больница Медицинского центра УДП РК

Применение органосохраняющих операций при злокачественных и доброкачественных опухолях трубчатых костей

Аннотация. В настоящее время для лечения этой патологии применяются хирургический, лучевой и лекарственный методы, а также их комбинации. Хирургическое лечение перешло сегодня в качественно новое состояние – от калечащих операций к органосохраняющим.

Совершенно очевидно, что в равной мере общий результат лечения больного с патологией скелета определяют адекватная хирургическая тактика и адекватное замещение дефекта. На сегодняшний день для этого применяются аллотрансплантация костей, аутоотрансплантация костей, в том числе с использованием васкуляризованных трансплантатов, и эндопротезирование /2, 3/.

За период с 2006 по 2008 годы в отделении опухолей костей и мягких тканей КазНИИОиР проведено органосохраняющие хирургические вмешательства 49 больным с различными гистологическими типами опухолей.

Ключевые слова: органосохраняющие операции, опухоли, трубчатые кости.

Актуальность

Проблема лечения первичных злокачественных и доброкачественных опухолей костей представляется чрезвычайно актуальной. Так в Казахстане в 2007 году средний стандартизованный показатель частоты заболеваемости злокачественными опухолями костей и суставного хряща был равен 0,8 на 100 тыс. населения /1/.

В настоящее время для лечения этой патологии применяются хирургический, лучевой и лекарственный методы, а также их комбинации. Хирургическое лечение перешло сегодня в качественно новое состояние – от калечащих операций к органосохраняющим.

Совершенно очевидно, что в равной мере общий результат лечения больного с патологией скелета определяют адекватная хирургическая тактика и адекватное замещение дефекта. На сегодняшний день для этого применяются аллотрансплантация костей, аутоотрансплантация костей, в том числе с использованием васкуляризованных трансплантатов, и эндопротезирование /2, 3/.

Цель работы

Расширить показания к сохранным операциям, путём выбора адекватного варианта трансплантации для реконструкции обширных послеоперационных дефектов.

Материалы и методы

За период с 2006 по 2008 годы в отделении опухолей костей и мягких тканей КазНИИОиР проведено органосохраняющие хирургические вмешательства 49 больным с различными гистологическими типами опухолей.

Таблица 1 - Распределение больных по назологиям

№	Назология	Кол-во		
			м (%)	ж (%)
1	Остеогенная саркома	10 (4,1)	1	1
2	Хондросаркома	4	3	1
3	Злокачественная гистиоцитома	2 (4,1)	1	1
4	Гигантоклеточная опухоль	47 (89,7)	21	26
5	Фиброзная дисплазия	1 (2,0)		1
6	Всего	64 (100)	25 (39,1)	39 (60,9)

Таблица 2. Локализация опухоли

№	Локализация опухоли	Количество (%)
1	Плечевая кость	7 (10,9)
2	Бедренная кость	22 (34,3)
3	Большеберцовая кость	24 (37,5)
4	Малоберцовая кость	2 (3,1)
5	Лучевая кость	9 (14,1)
6	Всего	64 (100)

У 2х с остеогенной саркомой в/3 плечевой кости, после верификации диагноза, проведено 3 курса полихимиотерапии, при этом получен хороший терапевтический эффект. Учитывая, что в настоящее время нет возможности установить плечевой эндопротез, произведена операция резекция в/3 плечевой кости с пластикой костным цементом и спицами Киршнера и 5 установлен эндопротез.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Функция плечевого сустава восстановлена.

При рецидивных гигантоклеточных опухолях лучевой кости, когда есть вероятность озлокачествления опухоли, мы применяем резекцию лучевой кости с пластикой костным цементом.

По поводу опухолей в/3 бедра (злокачественной гистиоцитомы, гигантоклеточной опухоли и фиброзной дисплазии с патологическим переломом) произведена резекция в/3 бедренной кости с эндопротезированием

тазобедренного сустава онкологическим эндопротезом (МАТИ-ЦИТО 4 больным, ЭСИ 1 больному). С диагнозом гигантоклеточная опухоль н/З бедренной кости в 3 случае произведена резекция н/З бедренной кости с эндопротезированием коленного сустава онкологическим эндопротезом МАТИ-ЦИТО.

При гигантоклеточной опухоли таранной кости выполняется операция экскохлеация опухоли, криообработкой полости и заполнением полости костным цементом. В данном клиническом случае диагностировано тотальное поражение таранной кости. Во время операции был оставлен наружный корковый слой и полное замещение таранной кости костным цементом.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Активизация больных на 6 сутки.

Виды проведенных оперативных вмешательств отражены в таблице 3.

Таблица 3 - Виды оперативных вмешательств

№	Вид операции	Количество
1	Резекция бедренной кости с эндопротезированием тазобедренного сустава	10
2	Резекция большеберцовой кости с эндопротезированием коленного сустава	6
3	Резекция плечевой кости с пластикой костным цементом, металлоствесинтезом	7
4	Резекция лучевой кости с пластикой костным цементом, металлоствесинтезом	2
5	Экскохлеация, криообработка, пластика костным цементом	39
6	Всего	64

Благодаря тесному взаимодействию онкохирургов, травматологов в специализированных центрах возможно выполнение органно-сохраняющих операций при опухолях костей.

Эндопротезирование и различные виды пластики, как альтернатива ампутации, - метод выбора при замещении пострезекционных дефектов суставных концов трубчатых костей.

Улучшение качества жизни больного, результат максимально возможного восстановления функции конечности в ранние сроки после оперативного вмешательства.

Тұжырым

Г.А.Серикбаев, А.К.Косаев, Д.А.Тулеева, Б.М. Жумадуллаев, Ж.О.Мауленов, А.А. Исалиев

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Медициналық орталық қалалық клиникалық аурухана УДП РК

Сүйектерде кездесетін біріншілік қатерсіз және қатерлі ісіктерді емдеу өте маңызды мәселе болып табылады. Қазақстанда 2007 жылғы орта стандартты көрсеткіш бойынша 100 мың тұрғынға шаққанда, сүйек және буын шеміршектерінде кездесетін қатерлі түзімдердің ауыршаңдылық жиілігі 0,8 ге сай келді.

Қазіргі таңда бұл патологиялық үрдісті емдеуде хирургиялық іс-шара, сәуле және дәріні әдістер немесе оларды кешенді түрде қолданылады.

Хирургиялық ем қазіргі таңда сапалы жаңа жағдайға бет алды, яғни кесіп алып тастатын іс-шарадан ағзаны сақтап қалушы хирургиялық іс-шараға көшуі.

2006 жыл мен 2008 жылдар аралығында ҚазОжҒЗИ сүйек және жумсак тіндер ісігі бөлімінде ісіктің әртүрлі гистологиялық түрімен 49 науқасқа ағзаны сақтап қалушы хирургиялық іс-шара жасалды.

Түйінді сөздер: құбырлы сүйектердің қатерлі және қатерсіз ісігі, мүшесактау, операция.

Summary

G.A.Serikbaev, A.K.Kosayev, D.A.Tuleuova, B.M.Zhumadullaev, Zh.O.Maulenov, A.A.Isaliev

Application conserving surgery for malignant and benign tumors of the long bones

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology Central Clinical Hospital Medical Center UDP RK.

The problem of treatment of bones primary malignant and good-quality tumours is represented extremely actual. So in 2007 the average standardized morbidity rate of bones and an articulate cartilage malignant tumours was equal in Kazakhstan 0,8 on 100 thousand population.

Now surgical, radiation and medicinal methods, and also their combinations are applied to treatment of this pathology. Surgical treatment has passed today in qualitatively new condition - from crippling operations to organ preservation.

From 2006 for 2008 in department of bones and soft tissue tumours of KazCRIO&R it is spent organ preservation surgical interventions of 49 patients with various histologic types of tumours.

Key words: malignant and benign tumors of long bones, sparing operation.

УДК: 616.33-006.6-089

С.Т.Дюсембеков, В.В.Бегунов, О.Н.Уразаев

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет им.Марата Оспанова

Применение Тахо-Комба в хирургии опухолей ЖКТ

Аннотация. Проблема несостоятельности анастомозов в хирургии рака пищевода, желудка и кишечника и в настоящее время остается актуальной. К причинам возникновения несостоятельности швов многие авторы относят общее тяжелое состояние больных, технические особенности наложения анастомоза, обусловленные наличием обтурационной кишечной непроходимостью, особенностью кровоснабжения в зоне анастомоза, неблагоприятные местные факторы, присутствующие в момент операции

По данным ряда авторов, получены положительные результаты при применении фибрин-коллагеновой субстанции «ТахоКомб» при наложении толстокишечных анастомозов.

Применение «ТахоКомба» в хирургии ЖКТ, обеспечивает высокую биологическую герметичность, механическую прочность и ускорение стадии организации в зоне вмешательства, для профилактики несостоятельности швов.

Ключевые слова: хирургия, рака пищевода, желудка и кишечника, несостоятельность анастомоза, фибрин-коллагеновая субстанция «Тахо-Комб».

Проблема несостоятельности анастомозов в хирургии рака пищевода, желудка и кишечника и в настоящее время остается актуальной. После операции на пищеводе, данное осложнение наблюдается в 0,5-12% [1], по поводу рака желудка в 0,8%, при операциях на толстой кишке данное осложнение отмечено от 6,9 до 17% [2]. К причинам возникновения несостоятельности швов многие авторы относят общее тяжелое состояние больных, технические особенности наложения анастомоза, обусловленные наличием обтурационной кишечной непроходимостью, особенностью кровоснабжения в зоне анастомоза, неблагоприятные местные факторы, присутствующие в момент операции. В связи с чем, создание оптимальных условий для заживления желудочно-кишечных анастомозов и уменьшение количества несостоятельности швов является непосредственной задачей улучшения результатов лечения онкологических больных.

В процессе заживления в области анастомоза происходят различные процессы, играющие важную роль при несостоятельности швов: технические, которые определяются механической прочностью шва, достигающие минимума на 4-7 сутки, когда возникает несостоятельность и биологическая прочность шва, основанная на процессе коллагеноза. В совокупности, эти факторы и являются этиопатогенетическими факторами несостоятельности, приводящими к грозным осложнениям, зачастую к летальности пациента.

Немаловажная роль при возникновении несостоятельности швов желудочно-кишечного анастомоза отводится



Рисунок 1 - «илео-трансверзо» анастомоз после «правосторонней гемиколэктомии

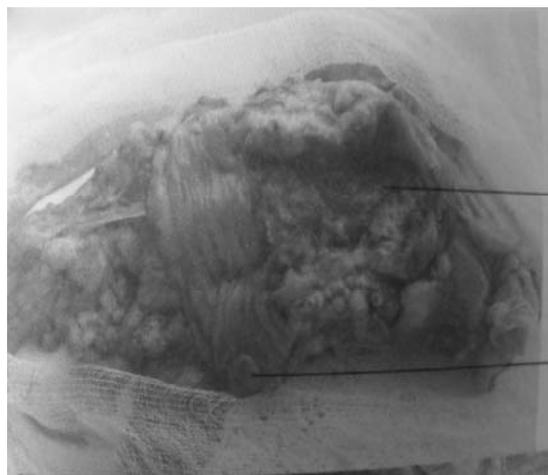


Рисунок 2 – карцинома поперечно-ободочной кишки

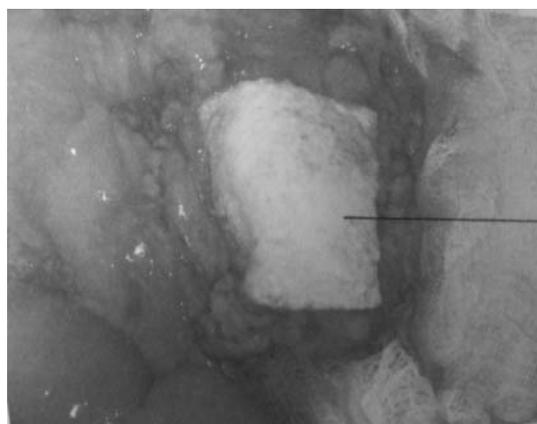


Рисунок 3 – Состояние после «правосторонней гемиколэктомии»

инфицированию зоны анастомоза, гематомам, ишемии и т.д.

Техника наложения швов изучается веками но, несмотря на это, количество несостоятельности швов анастомоза остается на высоком уровне. Возникновение несостоятельности швов и осложнения, сопровождающие данный процесс, вынудило хирургов применять различные средства по укреплению линии соединения органов желудочно-кишечного тракта. При этом использовали большой сальник, выкроенный лоскут париетальной брюшины, круглую связку печени, различные полимерные пленки и биологические клеи [3], но они в практическом отношении оказались малоэффективными.

По данным авторов [5,6,7,8], получены положительные результаты при применении фибрин-коллагеновой субстанции «Тахо-Комб» при наложении толстокишечных анастомозов. Авторы на анализе своих наблюдений указывают на целесообразность применения данной субстанции в клинически неблагоприятных случаях – перитонит, кишечная непроходимость, выраженные воспалительно-инфильтративные изменения органов и тканей.

В отделении онкохирургии МЦ ЗКГМУ имени М.Оспанова, данная методика была применена в 28 случаях: после операции типа Льюиса - 3, гастропленэктомии с лимфодиссекцией в объеме Д2 - 7, укрепление культи 12-перстной кишки - 2 и после операции при опухолях ободочной кишки - 16. Осложнение в виде несостоятельности культи 12-перстной кишки отмечено в 1 случае, которое возникло у больного через 7 суток после операции «гастропленэктомии с лимфодиссекцией в объеме Д-2», когда отмечался низкий переход опухоли на 12-перстную кишку и у больного был длительный диабетический анамнез.

На данном фото «илео-трансверзо» анастомоз после «правосторонней гемиколэктомии» дополнительно защищен «Тахо-Комбом». Пациент в удовлетворительном состоянии выписан на 8-е сутки.

На данном фото представлена карцинома поперечно-ободочной кишки.

Данное фото, состояние после наложение «асцендо-десцендо» анастомоза, линия швов укреплена «Тахо-Комбом». Пациент выписан.

Таким образом, применение «Тахо-Комба» в клинической практике предупреждает развитие несостоятельности анастомоза при операциях по поводу злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, в особенности при наличии осложненных случаев. Применение «ТахоКомба» в хирургии ЖКТ, обеспечивает высокую биологическую герметичность, механическую прочность и ускорение стадии организации в зоне вмешательства, для профилактики несостоятельности швов.

Список литературы

1. Ганул В.Л., Киркелевский С.И. Рак пищевода / руководство для онкологов. - Киев: Книга плюс, 2003.
2. Кныш В.Н. Рак ободочной и прямой кишки. - М.: Медицина, 1977.
3. Бойко В.В., Гуц В.Т., Горбенко В.Н. Способ наложения колоректального анастомоза в хирургии осложненного рака толстой кишки // Клиническая хирургия. - 2001. - №11. - С. 7-9.
4. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Леоненко И.В. и др. Проблема надёжности кишечного шва // CONSILIUM MEDICUS. - 2007. - Т.9, № 6.
5. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Волленко А.В. и др. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией Тахо-Комб/ Б. // Хирургия. - 2004. - № 2. - С. 53 - 55.

6. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Тотииков В.З. Способ профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза / Мат конф. «Актуальные проблемы проктологии». - СПб, 1993. - С. 103 - 106.

7. Горский В.А. Использование фибрин-коллагеновых пластин в абдоминальной хирургии // Вестник хирургии. - 2001. - № 2. - С. 77-81.

8. Кутуков В.В. Оперативные способы профилактики несостоятельности швов на органах желудочно-кишечного тракта: дис. докт. мед. наук. - М., 2001. - 243 с.

Тұжырым

С.Т.Дюсембеков, В.В.Бегунов, О.Н.Уразаев

Марат Оспанов атындағы БҚММУ

Асқазан ішек жолындағы қатерлі ісік ауруында ТахоКомбонь пайдалану

... Қазіргі кезде ішек, асқазан, өңеш қатерлі ісігінде анастомоз орналаспау күрделі мәселе. Көп авторлардың айтуынша тігістің қалыпты болмауы науқастардың ауыр жағдайына байланысты, анастомоздың техникалық дұрыс орналаспауы, ішектің өтімсіздігі бітелуі, анастомоз аймағындағы қан айналым ерекшелігі, жергілікті факторлардың нашар болуы

Авторлар мәлеметі бойынша қатар. тоқ ішек анастомозы қондыру кезіндегі фибринді-коллагенді субстанцияны «Тахо-Комб» қолданғанда болатын оң қорытынды.

АСЖ- «Тахо-Комб» -ты хирургияда қолданады, биологиялық бітелуді қамсыздандыру, механикалық беріктік және ұйымның кезеңінің үдеуін қабаттасушылықтың зонасында, профилактикада тігістің дәріменсіздігі.

Түйінді сөздер: хирургия, өнеш обыры, асқазан және ішек, дәріменсіз анастомоз, фибрин-коллагенді субстанция «Тахо-Комб»

Summary

S.T.Dusembekov, V.V.Begunov, O.N.Urazaev

ZKGMU Marat Ospanov, Department of Oncology

Application Tachocomb in gastrointestinal tumor surgery

The problem of anastomotic leak in surgery for esophageal cancer, stomach and intestines and currently remains relevant. For reasons of insolvency seams many authors ascribe the general plight of the patients, the technical features of anastomosis due to the presence of obstructive ileus, a feature of the blood supply in the area of the anastomosis, adverse local factors present at the time of surgery

According to some authors, the positive results in the application of fibrin-collagen substance "Tajo Combe" upon application of colonic anastomoses.

The use of "Tachocomb" in GI surgery provides high biological integrity, mechanical strength and acceleration stage organization in the area of intervention for the prevention of insolvency joints.

Keywords: surgery, cancer of the esophagus, stomach and intestines, anastomotic leakage, fibrin-collagen substance "TachoComb"

УДК:616.36:615.03

Б.Ж.Оразалин

Медицинский центр Западно-Казахстанского государственного университета им. Мамата Оспанова

Опыт применения Тахо-Комба для достижения надежного гемостаза в оперативном лечении паразитарных кист печени

Аннотация. Существует много способов и методов оперативного лечения, Одним из самых грозных и вероятных осложнений при операциях по удалению кист и резекций печени является паренхиматозное кровотечение, возникшее как в момент самой операции, так и в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. При применении «Тахокомба» достоверно уменьшается время, необходимое для достижения окончательного гемостаза раневой поверхности печени в 2,5 раза. Основной задачей при использовании ТахоКомба является достижение быстрого и надежного гемостаза в ходе резекции печени и профилактика паренхиматозных кровотечений и обильных кровопотерь.

Ключевые слова: паразитарные кисты печени, паренхиматозное кровотечение, ТахоКомб.

В общем количестве пролеченных больных в нашей клинике (Медицинский центр Западно-казахстанского государственного университета им. М. Оспанова, г. Актобе) пациенты с паразитарными поражениями печени составляют от 6,7 до 8,2 % (по данным 2006-2010г.г.). Подавляющее большинство этих больных страдали эхинококкозом (99,7%). Несмотря на проводимые мероприятия лечебно-профилактической направленности, тенденции к снижению эпидемиологии данного заболевания за последние годы, к нашему сожалению, не наблюдается. Возможно это связано с низкой гигиенической грамотностью населения, недостаточной работой ветеринарных служб, слабым контролем санитарно-эпидемиологического надзора. Так или иначе, но проблема паразитарных заболеваний, в их числе кистозных поражений печени, не теряет своей актуальности.

Лечение паразитарных кист печени – оперативное. Существует много способов и методов оперативного лечения, в их числе малоинвазивные, суть всех операций заключается в удалении кист с максимальным снижением риска обсеменения окружающих тканей и развития в дальнейшем рецидивов, а также сохранением функции пораженного органа (в данном случае печени). Выбор метода удаления кисты печени в целом зависит от ее размеров, локализации, степени пораженности (наличие множества кист), общего состояния больного и т. д.

Одним из самых грозных и вероятных осложнений при операциях по удалению кист и резекций печени является паренхиматозное кровотечение, возникшее как в момент самой операции, так и в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. Анализируя данные по-

следних 5 лет, в нашей клинике кровотечения при удалении кист печени возникали редко: в 1,2% случаях во время операции, в 0,8% случаях в послеоперационном периоде (без летальности). Однако, следует отметить, что возникновение паренхиматозного кровотечения непосредственно в момент или после удаления эхинококковой кисты в значительной степени вызывает трудности при проведении операции, утяжеляет течение болезни, в небольшой степени способствует появлению в последующем нагноений, формированию абсцессов и других неблагоприятных исходов. Таким образом, важным в оперативном лечении паразитарных кист печени было и остается достижение стойкого гемостаза.

Эффективному гемостазу и формированию качественного тромба на участках удаленных кист печени способствует правильно исполненный капитонаж стенок кисты, но это не всегда представляется возможным, технически исполнить капитонаж в силу многих причин не всегда получается. Как средство гемостаза в оперативном лечении кист печени нами успешно применяется Тахокомб (НИКОМЕД, Австрия). Тахокомб как более усовершенствованный препарат с недавних пор пришел на смену простым коллагеновым гемостатическим губкам. Тахокомб - абсорбирующее гемостатическое средство для местного применения, который состоит из коллагеновой губки, покрытой с одной стороны компонентами фибринового клея (высококонцентрированного фибриногена и тромбина), способствующего свертыванию крови. При контакте с кровоточащей раной или другими жидкостями организма, содержащиеся в покрывающем слое факторы свертывания высвобождаются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин. Перед наложением пластины Тахокомба раневая поверхность должна быть максимально вычищена (от крови, дезинфицирующих и других жидкостей). Сторону, помеченную желтым цветом наложить на раневую поверхность и прижимать в течение 3-5 минут. При нанесении пластины Тахокомба® на достаточно влажные раневые поверхности дополнительного увлажнения пластины не требуется. В случае применения Тахокомба® на сухие раневые поверхности, пластину следует увлажнить физиологическим раствором для достижения полного соединения с сухими участками раневой поверхности. Размер и количество пластин Тахокомба зависят от величины раневой поверхности. Края раны должны быть перекрыты пластиной на 1-2 см. Если для закрытия раневой поверхности требуется более одной пластины, то при наложении на рану их края должны перекрывать друг друга. Стерильными ножницами можно вырезать пластины требуемого размера

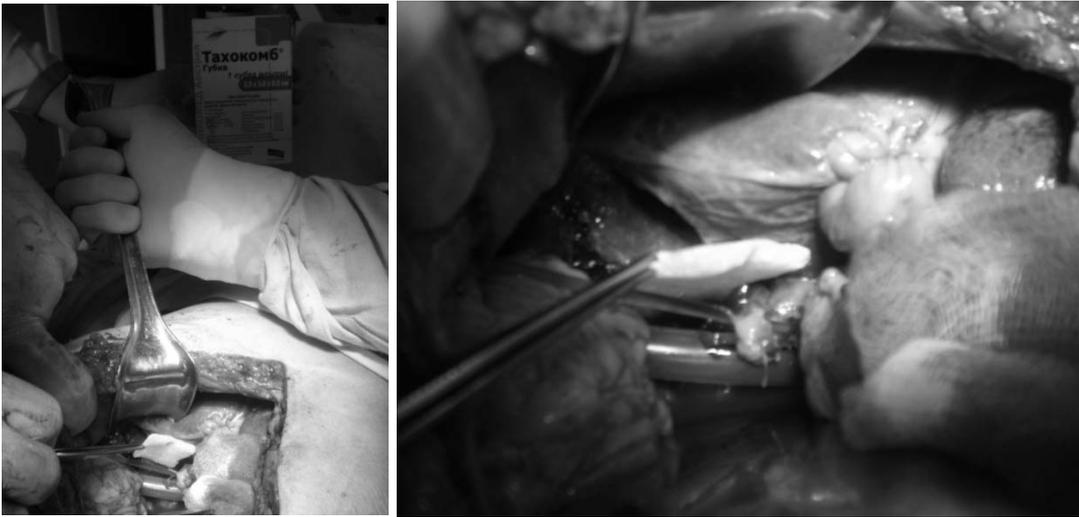


Рисунок – Использование пластины ТАХОКОМБа при резекции печени

как до, так и после наложения на раневую поверхность. Помимо физиологического эффекта гемостаза пластина обладает высокой адгезионной способностью, хорошо адаптируется как к ровным, так и бугристым раневым поверхностям, а механическая стабильность коллагена обеспечивает дополнительную защиту раневой поверхности. В организме компоненты пластины ТАХОКОМБ подвергаются ферментативному расщеплению в течение 3 - 6 недель. При применении «Тахокомба» достоверно уменьшается время, необходимое для достижения окончательного гемостаза раневой поверхности печени в 2,5 раза. Основной задачей при использовании ТахоКомба является достижение быстрого и надежного гемостаза в ходе резекции печени и профилактика паренхиматозных кровотечений и обильных кровопотерь.

Важным моментом в пользу применения Тахокомба на операциях по удалению кист печени, при наличии обширных паренхиматозных источников кровотечения, является то обстоятельство, что другие привычные методы коагуляции: прошивание и перевязка сосудов, наложение зажимов, электрокоагуляция и т.д. менее предпочтительны в силу своей травматичности и опасности развития осложнений. «ТАХОКОМБ» как гемостатическое средство отвечает всем необходимым требованиям и как было уже отмечено выше широко применяется в нашей клинике на протяжении 5 последних лет. За это время он применен в 55 % оперативных вмешательств (123 операции) по удалению паразитарных кист печени. На практике мы неоднократно убедились в надежных гемостатических качествах Тахокомб». По данным опыта нашей клиники за это время, частота послеоперационных внутрибрюшных кровотечений у пациентов, которым выполнялись операции по удалению паразитарных кист печени составила-2%(7 операций). И ни в одном случае, где произошло кровотечение Тахокомб не применялся. По различным данным литературы интраоперационные кровотечения при операциях на печени встречаются от 7,4 до 8,9% случаев от общего количества операций. На наш взгляд снизить их количество можно применяя Тахокомб Уменьшение объема интраоперационной кровопотери, чему в известной мере способствует применение Тахокомба, непосредственно влияет на снижение объема гемотрансфузии в послеоперационном периоде и во время операции, на профилактику послеоперационных осложнений. Все это влияет на течение болезни, при этом значительно снижаются сроки лечения в стационаре.

Наш положительный опыт применения Тахокомба

на операциях по удалению паразитарных кист печени позволяет рекомендовать его как более доступное и надежное средство местного гемостаза, когда применение других методов и способов по техническим и каким-либо причинам затруднительно или невозможно.

Список литературы

1. Барышев Б.А. Место Тахокомба среди традиционных способов местного гемостаза // Новые технологии в хирургической гепатологии. - СПб, 1995. - С. 134-140.
2. Вишневецкий В.А., Чжао А.Н., Назаренко Н.А. и др. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени // Анналы хир. гепатологии. - 1996. - Т.1. - С. 15-23.
3. Горский В.А. Использование фибрин-коллагеновых пластин в абдоминальной хирургии // Вестник хирургии. - 2001. - Т. 160, №2. - С. 77-81
4. Северцев А.М. Первый опыт использования раневого клеевого покрытия «ТахоКомб» в хирургии печени // Клинический вестник. - 1995. - №3. - С. 24-26.
5. Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Мовчун А.А., Ерамишанцев А.К. Применение раневого покрытия «Тахокомб» при хирургических вмешательствах на печени и поджелудочной железе // Хирургия. - 1998. - №1. - С. 11-14.

Тұжырым

Б.Ж. Оразалин

Батыс Қазақстандағы мемлекеттік медицина университеті. Марата Оспанова ат.

Бауырдың паразитті кистасын оталық емнің Тахокомба қолдану тәжірибесі жетістігінің көрінісі гемостаза.

Көптеген оталық емдердің әдістері болады. Бауыр резекциясы және кистаны алып тастау кезіндегі отада қобінесе болатын асқын паренхиматозды қан кету. Ота кезінде болатын, ерте және бөлек отадан кейінгі кезең.

«Тахокомба»ны қолданғанда уақыттың анық азаюы, бауырдың раневой бетінің ақырғы гемостаза табысы үшін қажетті. Тахокомбаны қолданудағы жетістік тез және сенімді гемостаз, бауырдың резекциясында және профилактикасында паренхиматозды қан кету, көп қолдану қан кету.

Түйінді сөздер: бауырдың паразиттік кистасы, паренхиматозды қан кету, ТахоКомб.

Summary

B.J.Orazalin

Medical Center of West Kazakhstan State University.

Marat Ospanov

Experience of using Tachocomb to achieve reliable hemostasis in the surgical treatment of parasitic cysts of the liver

Suschestvuet many ways and methods of surgical treatment, one of the most formidable and possible complications during operations to remove cysts and liver resections is parenchymal haemorrhage originating in the

time of the surgery, and in the early and late postoperative period.

In applying the “Tachocomb” significantly reduces the time required to reach a final hemostatic wound surface of the liver 2.5 times. The main objective of using Tachocomb is to achieve fast and reliable hemostasis during liver resection and prevention of parenchymal bleeding and heavy blood loss.

Keywords: parasitic cysts of the liver, parenchymal hemorrhage, TachoComb.

УДК: УДК:616.146-006.6-076.4:615.277.3-5

У.А.Аликулова

Жамбылский областной онкодиспансер

Клинико-цитологические особенности местнораспространенного рака шейки матки при применении неоадьювантной полихимиотерапии

Аннотация. Клинически и цитологически показана эффективность неоадьювантной полихимиотерапии при местнораспространенных формах рака шейки матки. При-менение неоадьювантной полихимиотерапии позволило перевести первично неоперабельные формы рака шейки матки в операбельные в 25(24,5%) случаях при II стадии и цитологический патоморфоз в 3 случаях с плоскоклеточного ороговевающего рака на Ca in situ.

Ключевые слова: рак шейки матки, неоадьювантная полихимиотерапия.

Рак шейки матки (РШМ), являясь визуально доступной локализацией, продолжает входить в число наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований, занимая пятое место в структуре онкологической заболеваемости в мире. Несмотря на возможности ранней диагностики данного заболевания, остается высоким процент заболеваемости по Республике Казахстан (РК) - 8,5‰, по Жамбылской области - 7,1‰. Смертность от РШМ по РК и Жамбылской области за 2009 год составила 4,4‰, запущенных форм РШМ (III-IV ст) по Жамбылской области за 2009 год - 9,6%. Поэтому лечение местнораспространенных форм РШМ остается актуальной проблемой онкогинекологии.

В настоящее время при распространенных формах (Т2b, Т3, Т4) применяется, по возможности, радикальное хирургическое лечение с предоперационной лучевой терапией или химиотерапией. Данные современной литературы свидетельствуют о несомненной целесообразности применения неоадьювантной химиотерапии с включением платиносодержащих препаратов при планировании тактики лечения больных местнораспространенными формами РШМ.

Цель исследования

- изучение комплексных методов лечения больных с местно распространенными формами раком шейки матки в Жамбылском областном онкологическом диспансере.

Материалы исследования

В исследование включены больные раком шейки матки с впервые выявленным диагнозом за 2006-2009гг.

В Жамбылском ООД проводится три основных метода лечения: хирургический, комбинированный и сочетанная лучевая терапия.

Всего за исследуемые годы выявлены 135 больных РШМ. По стадиям больные распределены следующим образом: T1n0 (in situ)-1-0,7%, I-стадия- 19 (14,0%), II ста-

дия -102(75,5%) больных, из них T2aN0M0 - 47(47,0%), T2bN1M0 - 55(53,0%), III стадия - 11(8,1%) больных, IV стадия - 3(2,2%) больных. Возраст больных варьировал от 30 до 82 лет. Удельный вес больных по возрастам: 30-39 лет - 24(17,7%) пациентки, 40-59 лет - 77(57,0%), 60-69 лет - 17(12,5%) и 70 и <-14(10,3%). У всех больных диагноз верифицирован гистологически: плоскоклеточный рак выявлен у 113(83,7%), аденокарцинома – у 6 (4,4%), железисто-плоскоклеточный рак – у 13 (9,6%), ca in situ – у 3 (2,2%) больных.

Всем больным II стадией первым этапом комплексного лечения проведена неоадьювантная полихимиотерапия по схеме: цисплатин 80-100мг/м², адриабластин 60 мг/м², 5-фторурацил 1200 мг/м², в зависимости от степени распространенности процесса и чувствительности опухоли к химиотерапии от 1 до 4 курсов с трехнедельным перерывом.

Из 102 больных проведение неоадьювантной полихимиотерапии позволило перевести неоперабельные формы рака шейки матки в операбельные у 25 (24,5%). У 64 (62,7%) больных после неоадьювантной полихимиотерапии проведена сочетанная лучевая терапия из-за частичной регрессии параметриальных инфильтратов до суммарно очаговой дозы на т. А 72 Гр, на т. В - 54 Гр. У 11 (10,7%) больных отмечалось прогрессирование заболевания на фоне лечения. Установлен цитологический патоморфоз у 3 больных с плоскоклеточного ороговевающего рака на ca in situ.

Таким образом, клинически и цитологически показана эффективность неоадьювантной полихимиотерапии при местнораспространенных формах рака шейки матки. Применение неоадьювантной полихимиотерапии позволило перевести первично неоперабельные формы рака шейки матки в операбельные в 25(24,5%) случаях при II стадии и цитологический патоморфоз в 3 случаях с плоскоклеточного ороговевающего рака на ca in situ.

Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы. Широкое применения неоадьювантной полихимиотерапии позволило перевести первично неоперабельные формы рака шейки матки в операбельные в 25(24,5%) случаях при II стадии и цитологический патоморфоз в 3 случаях с плоскоклеточного ороговевающего рака на ca in situ. Таким образом увеличилось количество операбельных больных со II- III стадией заболевания.

Список литературы

- 1 Бохман Я.В.. Руководство по онкогинекологии. - М., 2002.
- 2 Козаченко В.П.. Рак шейки матки //Современная онкология. - 2000.
- 3 Статистические материалы 2 отделения Жамбылского ООД.

Тұжырым

У.А. Аликулова

Жамбыл облысының онкодиспансері

Неодьювантты полихимиотерапияны қолданғаннан кейінгі клиника-цитологияда жергілікті жайылған жатыр мойнының обыры.

Жергілікті тораған жатыр мойны қатерлі іштің клиникасы мен цитологиясына неодьювантты полихимиотерапиясының әсері көрсетті.

Неодьювантты полихимиотерапиясын қолдану жатыр мойын қатерлі ісігінің алғашқы неоперабельді формасына операция жасауға болатын 25 (24,5%) жағдайда мүмкіндік тудырды. II сатыдағы жағдай цитологиялық патоморфоз 3 жағдай жалпақ жасушалы мүйізделген қатерлі ісік Ca in situ.

Түйінді сөздер: Жатыр мойнының обыры, неодью-

вантты полихимиотерапия/

Summary

U.A. Alikulova.

Zhambyl regional onkodispenser

Clinico-cytological features of locally advanced cervical cancer when used neoadjuvantpolychemotherapy

Clinically and cytology demonstrated the efficacy of neoadjuvant chemotherapy in locally advanced cervical cancer. The use of neoadjuvant chemotherapy allowed to transfer primary inoperable form of cancer of the cervix in operable in 25 (24.5%) cases with stage II and cytological pathomorphosis in 3 cases with squamous keratinizing cancer Ca in situ.

Keywords: Cervical cancer, neoadjuvant chemotherapy/

УДК 618.146-006.6-615.37

А.Н.Баймахашева, В.И.Филиппенко, Ж.А.Тельгузиева, Ф.Т.Аюпов, А.А.Курманова, К.Х.Жапаев
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Иммунологическая эффективность вариантов комбинированной терапии больных раком шейки матки

Аннотация. В статье представлена иммунологическая эффективность различных вариантов комбинированной химиолучевой терапии при местно-распространенных формах рака шейки матки. Установлен прогноз клинического течения больных раком шейки матки и его связь с состоянием иммунореактивности

Ключевые слова: рак шейки матки, химиолучевая терапия, иммунологическая эффективность.

Рак шейки матки остается одной из наиболее распространенных опухолей женской половой сферы и занимает 3 место в структуре женской заболеваемости и 6 место в структуре основных форм злокачественных новообразований. Несмотря на то, что частота рака шейки матки на протяжении последних лет имеет некоторую тенденцию к снижению в Казахстане, анализ показателя уровня смертности от рака шейки матки остаётся высоким в странах СНГ и мире.

Цель настоящего исследования состояла в установлении взаимосвязи между состоянием иммунореактивности и ближайшим прогнозом клинического течения заболевания больных раком шейки матки (РШМ), до на основных этапах комбинированной терапии.

Иммунологический мониторинг проводился 172 больными РШМ динамике химиолучевой терапии (на фоне применения гемцитабина n=56, цисплатина n=54), 62 больными РШМ в динамике лучевой терапии (контрольная группа) и у 92 практически здоровых женщин. Определение клеточного иммунитета проводилось цитохимическим методом Мгудгудд в модификации (предпатент РК №13941) в динамике химиолучевой лучевой терапии с идентификацией 19 показателей, включающие определение лейкоцитов, абсолютного и относительного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, неТ-лимфоцитов нейтрофилов, эозинофилов, моноцитов-макрофагов, иммунорегуляторного индекса Тх/Тс. Иммунологический мониторинг проводили во всех исследуемых группах согласно плана НИР до лечения, на этапе при СО^А (т.А, т.В) - 20 Гр и после завершения лечения, а также выполнялось контрольное обследование через 3 месяца после завершения терапии.

Проанализированы клинико-иммунологические показатели у

всех больных РШМ и у здоровых женщин. Идентификация основных показателей клеточного иммунитета у больных РШМ до лечения по сравнению со здоровыми показало наличие исходного Т-иммунодефицита, выражающегося в снижении абсолютного количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов (p<0,05), при этом отмечается снижение показателя иммунорегуляторного индекса Т-х/Т-ло 1.25±0.3 при норме 1.9-2.5. Также по сравнению с группой злопых лиц у больных раком шейки матки отмечается повышение уровня Т-супрессоров и незрелых лимфоидных клеток (p<0,05).

Идентификация основных показателей клеточного иммунитета больных раком шейки матки в двух исследуемых группах после завершения химиолучевого лечения показала некоторую стабилизацию иммунологических показателей, особенно в группе пациенток, получавших на фоне сочетанной лучевой терапии гемцитабин. В этой группе больных РШМ после окончания лечения наблюдалось увеличение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, тенденция к нормализации иммунорегуляторного индекса Тх/Тс, нейтрофилов, моноцитов-макрофагов (p<0,05), то есть показатели клеточного иммунитета приблизились к уровню «до лечения». В группе больных РШМ, получавших цисплатин на фоне сочетанного лучевого лечения (СЛТ) после завершения комбинированной терапии отмечается тенденция к улучшению основных показателей противоопухолевого иммунитета.

В контрольной группе больных РШМ, получавших сочетанную лучевую терапию по радикальной программе к

Таблица - Иммунологические показатели больных РШМ после завершения комбинированного лечения

Группы больных	К-во б-х	Т-лимфоциты	Т-хелперы	Т-супрессоры	Тх/Тс
Содержание показателей иммунореактивности приближается к уровню «до лечения» СЛТ+гемцитабин	34 (60,7 %)	66,2±2,0	38,5±2,1	32,7±1,6	1,3±0,3
Тенденция к снижению показателей иммунитета СЛТ+гемцитабин	22 (39,3 %)	59,6±1,7	32,4±1,8	30,5±1,7	1,1±0,3
Содержание показателей иммунореактивности приближается к уровню «до лечения» СЛТ+цисплатин	31 (57,4 %)	66,8±2,1	36,8±1,9	30,6±1,3	1,2±0,4
Тенденция к снижению показателей иммунитета СЛТ+цисплатин	23 (42,6%)	57,4±2,2	30,2±2,0	27,9±1,4	1,1±0,3
Все исследованные показатели снижены СЛТ	55 (88,7%)	56,5±1,5	30,4±2,0	28,4±2,0	0,9±0,1
СЛТ прервана до восстановления гематолог. показателей	7 (11,3%)	49,2±1,6	25,3±1,9	28,0±2,3	0,7±0,1

концу лечения отмечено достоверное снижение основных показателей клеточного иммунитета. Абсолютное количество Т-супрессоров в процессе сочетанной лучевой терапии значимо не менялось.

В таблице представлена иммунореактивность больных РШМ после завершения терапии.

Из данных таблицы видно, что у 34 (60,7 %) больных РШМ после СЛТ на фоне гемцитабина отмечены относительно высокие показатели иммунореактивности, близкие к уровню «до лечения». Прогноз клинического течения у этих больных относительно хороший и длительность безрецидивного периода составила 20 месяцев. У 22 (39,3%) больных РШМ после СЛТ на фоне гемцитабина была отмечена тенденция к снижению иммунореактивности и значения показателей были несколько ниже уровня «до лечения». Прогноз клинического течения можно считать относительно неплохим, длительность безрецидивного периода составила в среднем 16 месяцев.

У 31 (57,4%) больных РШМ после СЛТ на фоне цисплатина отмечены относительно высокие показатели клеточного иммунитета, близкие значения «до лечения». Прогноз клинического течения у этих больных относительно хороший и длительность безрецидивного периода составила 18 месяцев. У 23 (42,6%) больных РШМ наблюдалось некоторое снижение основных показателей противоопухолевого иммунитета после СЛТ на фоне цисплатина. Однако, прогноз клинического течения также можно считать «неплохим».

У 55 (88,7%) больных РШМ контрольной группы после СЛТ наблюдается достоверное снижение основных показателей клеточного иммунитета. Длительность безрецидивного периода у больных составила в среднем 10 месяцев. У 7 (11,3%) больных РШМ СЛТ была прервана вследствие лейкопении до восстановления гематологических показателей. Длительность безрецидивного периода составила в среднем 6 месяцев.

Во всех исследуемых группах у больных РШМ с полной регрессией опухоли отмечены более высокие показатели иммунореактивности к концу лечения, по сравнению с больными РШМ с частичной резорбцией опухоли.

Таким образом, установлено, что в группах больных раком шейки матки с относительно высокими показателями иммунореактивности наблюдается относительно хороший прогноз клинического течения и более высокая длительность безрецидивного периода. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности вариантов сочетанной лучевой терапии в сочетании с ме-

трономной химиотерапией у больных РШМ по сравнению со стандартной сочетанной лучевой терапией.

Список литературы

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ, - М., 2006. - Т. 17, №3.
2. Практическая онкология: избранные лекции. - СПб: Центр ТОММ, 2004. - 255с.
3. Muller J., Brun Del Re G., Burki H. Non-specific acid esterase activity: A criterion for differentiation of T- and B-lymphocytes in mouse lymph nodes//Eur. J. Immunol.-1975.-N5.-С.270-274 (модификация предпатент РК #13941 получен 15.01.2004, бюл. №1).
4. Роит А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология. - М.: Мир, 2000. - 582с.
5. Козаченко Н.В., Старикова С.Ю.. Проблемы диагностики иммунной недостаточности //Медицинская иммунология. - 2003. -Т.5, №3-4. - С.278.

Тұжырым

А.Н.Баймахашева, В.И.Филиппенко, Ж.А.Тельгузиева, Ф.Т.Ауыпов, А.А.Курманова, К.Х.Жапаев

Қазақтың онкология және радиология ФЗИ

Жатыр мойнының обыры бар науқастар комбинирланген терапияның иммунологиялық әсері.

Жатыр мойнының қатерлі ісігінді қолданылатын химиялық және сәулелік емдеу турақ тәсілдердің әдісіндегі иммундық, тиімділігі корсетілген. Жатыр мойнының қатерлі ісігінің клиникалық ағымын прогноздау дененің иммундық реактивтілігіне байланысты екені анықталды.

Түйінді сөздер: жатыр мойнының обыры, химия-сәулелік терапия, иммунологиялық әсер.

Summary

A.N.Baymashsheva, V.I.Filippenko., Z.A.Telguzteva, F.T.Auyupov, A.A.Kurmanova, K.H.Zhapayev

Immunologically effective options combined therapy of patients with cervical cancer

In the article immunological effective using of different variants of the combine radiochemical therapy patients of cancer cervical are shown. It the shown prognosis of the clinical course of the cancer cervical patients in the connection with state immune.

Keywords: cervical cancer, chemo-radiation therapy, immunological efficacy.

УДК: 616-006.6-089.5-081.31

Б.Т.Мухамадиев

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Оптимизация общей анестезии в онкохирургии

Аннотация. Больным раком пищевода при проведении оперативного вмешательства использовали севофлюран. Проведенные исследования позволили сделать заключение, что ингаляционная анестезия на основе низкопоточного наркоза севофлюраном обеспечивает надежную безопасность и управляемую анестезиологическую защиту у больных раком пищевода. Применение такой анестезии позволяет экстубировать больных на операционном столе в ближайшие 25 минут после окончания операции.

Ключевые слова: рак пищевода, анестезия.

Справедливо считается трудным анестезиологическое обеспечение радикальных операций на пищеводе не только в виду большого объема и сложностей самого вмешательства, но и из-за состояния пациентов (Мирошников Б.И. и др., 2001; Стамов В.И. с соавт., 2002). Пациенты, оперируемые по поводу рака пищевода, имеют дисфункцию различной степени выраженности, дефицит массы тела из-за недостаточности питания, метаболические нарушения, дисфагию различной степени выраженности, анемию (Абакумов М.М. и соавт., 2001; Швырева Н.Е. с соавт., 2011).

У пациентов пожилого возраста в случае заболевания раком пищевода на фоне хронической интоксикации происходит декомпенсация различных сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, осложняющей течение анестезии и ухудшающая результаты лечения в целом (Швырева Н.Е. с соавт., 2011).

В связи с этим на современном этапе особую актуальность представляет проведение общей анестезии больным раком пищевода, так как задачей врача-анестезиолога является минимальное нарушение ауторегуляции кровообращения и предупреждение значимых гемодинамических сдвигов во время проведения операции и в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования

– снижение числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных раком пищевода.

Материал и методы исследования

Обследовано 40 пациентов в возрасте 60-79 лет, оперированных по поводу злокачественных опухолей пищевода. Все больные имели сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы. К сопутствующим заболеваниям относятся ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь 1-2 степени. Больные разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, виду и продолжительности оперативного вмешательства.

Таблица 1 - Разделение больных на группы по виду анестезии

Группа	Кол-во больных	Вид анестезии
1- контроль	20	Тотальная внутривенная анестезия на основе пропофола (1,5-2,0 мг/кг)
2 - опытная	20	Введение в наркоз и поддержание анестезии проводилось севофлюраном низкопоточным методом (от 60б.% до 20%)

Больные получали премедитацию накануне вечером грандаксином по 50 мг per os и перед операцией (димедрол 10мг, промедол 20 мг в/м и по показаниям атропин 03-05 мг в/м). В 1-й группе индукция проводилась пропофолом 15-20 мг/кг для потенцирования гипнотического эффекта вводился бюзепам дробно по 10 мг каждые 2 часа. Апельгезия проводилась фентанилом 8-12 мкг/кг/час. Во 2-й группе индукция проводилась севофлюраном, введенным болюсным методом 6 об.% до 20 об.% в составе кислородно-воздушной смеси 1:1, при этом поток свежих газов составлял 1,0-1,5 л/мин, Fi O235 – 50%. Апельгезия поддерживалась болюсным введением фантанила 5-19 мкг/кг/час.

Миоплегия в обеих группах достигалась введением мышечных релаксантов – листенон 2 мг/кг, ардуан 04 мг/кг после чего проводилась интубация трахеи и перевод на ИВЛ, параметры которого, а также режим вентилиции подбирались соответственно массе тела и уровнем CO2 в артериальной крови.

В непрерывном режиме проводился мониторинг ЧСС, НАД, ЭКГ, FiO235, SpO2 EtCO2. Экспресс-методом оценивали показатели газообмена, кислотно-основного состояния, гемоглобина, уровня глюкозы, лактата и электролитов плазмы крови, проводили регистрацию общего объема кровопотери, инфузионно-трансфузионной терапии, мочевыделения.

Измерения проводили в 5 этапов: I – исходные данные, II – индукция в анестезию, III – начало операции, IV – на высоте операционной травмы (в период мобилизации опухоли и активной кровопотери), V – в конце вмешательства на этапе ушивания операционной раны.

Результаты исследования

В предоперационном периоде все больные были обследованы согласно протоколам, представленным в таблице 2.

Всем 40 больным раком пищевода были успешно выполнены операции в запланированном объеме. Продолжительность операций составила в среднем 4±0,5 часа. Кровопотери в период проведения операции составляют 500-800 мл. Течение анестезии и раннего послеоперационного периода характеризовались стабильностью гемодинамики без достоверных колебаний АД, ЧСС.

Число и хаактер ранних послеоперационных ос-

Таблица 2 – Определение недостаточности питания (нутритивного статуса) на основе исследованных показателей

Показатель	Стандарты (норма 15 баллов)	Степень недостаточности питания		
		Легкая (9-14 баллов)	Средняя (3-8 баллов)	Тяжелая (< 3 баллов)
Индекс массы тела, кг/м ² (18-25 лет/старше 25 лет)	23-18,5/26-19	18,5-17/19-17,5	16,9-15/17,5-15,5	<15/<15,5
Альбумин крови, г/л	35 и более	35-30	30-25	<25
Лимфоциты крови (тыс на 1 мкл)	1800 и более	1800-1500	1500-1900	< 900
Баллы (оценивается каждый параметр)	3	2	1	0

ложнений у пациентов с измененным нутритивным статусом зависели от сердечно-сосудистой (нарушение ритма, нестабильность гемодинамики и пр.) патологии. Ограничение во времени, как правило, не позволяет достичь эффективной подготовки, из-за чего анестезиологу приходится корегировать дефицит объема крови, выраженные метаболические и водно-электролитные нарушения в процессе анестезии. Эти обстоятельства усложняют анестезиологическое обеспечение, особенно у пожилых пациентов с характерными для них изменениями в организме.

Особенностями анестезиологического обеспечения радикальных операций на пищеводе при раке пищевода являются необходимость учета исходного состояния пациентов (наличие сопутствующих заболеваний, старческий возраст пациентов), особенности и характер самого оперативного вмешательства, необходимость в высокой комбинированной защите пациентов и высокоинформативном мониторинге.

Очень важным является тот факт, что у больных с легкой степенью недостаточности питания и без нее эпидуральный блок позволил выполнить экстубацию трахеи непосредственно в операционной в 45% случаев. Это сократило срок пребывания в ОРИТ в среднем в 1,5 раза, минимизировав количество дыхательных осложнений. Все больные не нуждались в проведении послеоперационной ИВЛ. В среднем, через 40 минут после отключения испарителя севофлюрана не было признаков остаточной седации ни у одного больного 2-й группы.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы. Ингаляционная анестезия на основе низкочастотного наркоза севофлюраном обеспечивает надежную безопасность и управляемую анестезиологическую защиту у больных раком пищевода. Применение такой анестезии позволяет экстубировать больных на операционном столе в ближайшие 25 минут после окончания операции.

Следовательно, общий наркоз, поддерживаемый ингаляцией паров севофлюрана в потоке кислородно-воздушной смеси аппаратом Fabius GS, Dreger можно применять при оперативных вмешательствах у онкологических больных.

Список литературы

- 1 Мирошникова Б.И., Лебединский К.М., Шведов А.К. Хирургия рака пищевода. - СПб: Фолиант, 2002.
- 2 Швырева Н.Е., Мизиков В.М., Стамов В.И., Пейкарова А.В. Нутритивный статус, анестезия и ранние послеоперационные осложнения у пациентов при радикальных операциях на пищеводе // Анестезиол. и реаниматол. - 2001. - №3. - С. 70-73.
- 3 Стамов В.И., Чернова М.Д. Анестезия при радикальных операциях по поводу пищевода // Анестезиол. и реаниматол. -

2002. - №5. - С. 49-54.

4 Абакумов М.М., Костюченко Л.Н. Непроходимость верхних отделов пищеварительного тракта (пищевода, желудка) // В кн.: Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии. - М.: ТРИАДА, 2001. - С. 332-345.

5 Шырева Н.Е., Мизиков В.М., Стамов В.И., Пейкарова А.В. Периперационный период и анестезиологическое обеспечение у пациентов, оперированных по поводу ожоговых стриктур, рака пищевода и желудка // Вопросы клин. анестезиол. - 2011. - №5. - С. 18-22. применение севофлюрана при онкоурологических операциях

Тұжырым

Б.Т.Мухамадиев

Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

Онкохирургиядағы жалпы жансыздандыру

Әнеш қатерлі ісігі ауруларына операция кезінде севофлюран қолдану. Зерттеулер жүргізілгеннен кейінгі қорытындылар ингаляциялы севофлюран анестезиясы төменгі ағыстағы наркоз әнештегі қатерлі ісік аурулары үшін сенімді қаутсуз анестезиологиялық қорғаныш. Әнеш қатерлі ісік ауруларына берілген бұл анестезия операция аяқталғанда кейт операция столында тез арада 25 минут ішінде науқастың анестезиядан айығыуына мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: Әнештің қатерлі ісігі, жансыздандыру, асқыну.

Summary

B.T.Muhamadiev

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Optimization of general anesthesia in cancer surgery

Esophageal cancer patients during the operational intervention using sevoflurane. The research led to the conclusion that on the basis of inhalation anesthesia with sevoflurane anesthesia nizkopotchnochnogo provides reliable security of controlled and anesthetic protection in patients with esophageal cancer. The use of such anesthesia allows patients were extubated on the operating table in the next 25 minutes after the end of the operation.

Keywords: esophageal cancer; anesthesia. complicationsю

УДК: 616.61-006.6-089.5-031.81

Т.Э. Тнымкулов

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Применение севофлурана при онкоурологических операциях

Аннотация. В данном исследовании проводилась сравнительная оценка ингаляционного анестетика севофлурана у онкологического больных высокого кардиологического риска. В первой группе проводилась тотальная внутривенная анестезия, ингаляционная анестезия на основе севофлурана. Сравнение гемодинамических эффектов при двух видах анестезии, показало что при ТВА имеются гипердинамический тип кровообращения по сравнению с ингаляционной анестезией на основе севофлурана.

Ключевые слова: Онкоурологические операции, ингаляционная анестезия, севофлуран.

Контингент больных онкологического профиля, как правило, имеет разнообразную сопутствующую патологию, в том числе кардиологического характера. Проведение анестезиологического пособия у этих пациентов является не простой задачей. Появление современного галогенсодержащего анестетика -севофлурана дает большие перспективы в этом направлении. Это связано с фармакодинамическими, фармакокинетическими и кардиопротективными свойствами последнего [1,2,3]. Сообщения об эффектах севофлурана у онкологических больных с скомпроментированной сердечно-сосудистой системой остаются ограниченными и противоречивыми.

Цель работы

- изучение гемодинамических и клинических особенностей ингаляционной анестезии на основе севофлурана при онкоурологических операциях у больных с сопутствующей кардиологической патологией.

Материал и методы

Изучены особенности течения анестезии у 19 пациентов мужского пола в возрасте от 55 до 66 лет, страдающих эссенциальной гипертонией 3-4 стадии, 2-3 функциональным классом и хронической сердечной недостаточностью 1 степени, которым была выполнена операция цистпростатэктомии с формированием илеокондуита по Бриккеру в условиях различных вариантов анестезии: тотальная внутривенная анестезия с использованием фентанила, кетамина, диазепам, пропофол 10 человек (1 группа) и ингаляционная анестезия на основе севофлурана и фентанила 9 человек (2 группа). Всем больным применялась стандартная премедикация. У всех больных индукцию осуществляли последовательным введением фентанила (4,3 мкг/кг), кетамина (2-3 мг/кг) и пропофола (3 мг/кг). Миоплегический эффект достигался введением

пипекурония бромида (0,1 мг/кг). По весу, росту, возрасту, тяжести исходного состояния достоверный различий не было. Поддержание анестезии в 1 группе: фентанил 3,3-11 мкг/кг/ч, кетамин 1,97±0,9 мг/кг/час, пропофол в дозе 2-6 мг/кг/ч. Во 2 группе фентанил вводится в дозе 5,1±3 мкг/кг/час, севофлуран 0,7±1,3 об.%.

Гемодинамический мониторинг осуществляли с помощью монитора Philips MP 20. Для удобства анализа и статистической обработки выделили 5 этапов: 1) стабильная анестезия; 2) после разреза; 3) цистэктомия; 4) формирование илеокондуита; 5) герметизация кожной раны. Расчет гемодинамических показателей и кислородтранспортной функции кровообращения проводился по принципу Фика.

Данные обрабатывались статистическими методами с использованием t-критерия для количественных данных в программе Microsoft Excel 2003. Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Данные выражали как среднее ± стандартное отклонение (M±a).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было выявлено относительная стабильность показателей системной гемодинамики во время операции и анестезии в двух группах (таблица 1).

Во всех группах имеется четкая тенденция увеличения частоты сердечных сокращений на 8 - 24 мин⁻¹ ($p < 0,05$) по сравнению с исходными значениями. На 2 и 3 этапах ЧСС в группе севофлурана на 7 - 10% меньше по сравнению с ТВА ($p < 0,05$), что связано отрицательным хронотропным эффектом последнего. В двух группах САД на 3, 4 и 5 этапах уменьшается на 7-15 мм рт.ст (18%) по сравнению с входными значениями ($p < 0,05$). Сердечный индекс был выше в группе ТВА на 30% по сравнению с севофлурана ($p < 0,05$) на 3 и 5 этапах. ИОПСС в группе ТВА на тех этапах в 1,7 раза больше, чем в севогруппе ($p < 0,05$). Данные гемодинамические изменения говорят о том, что ТВА на основе пропофола и кетамина у данной категории больных способствует гипердинамизму кровообращения по сравнению и ингаляционной анестезией на основе севофлурана. Гипердинамический тип кровообращения нежелателен у пациентов высокого риска, так как повышает потребность миокарда в кислороде. Проведенные исследования позволили сделать вывод.

Применение у больных высокого кардиологического риска ингаляционной анестезии на основе севофлурана при онкоурологических операциях характеризуется более благоприятными показателями гемодинамики по сравнению с тотальной внутривенной анестезией.

Список литературы

1. Горюхов А.И., Азизова О.А., Гудимович В.Г.. Механизмы кардиопротекторного действия севофлурана //Вестник интенсивной терапии.-2007.- №4.- С. 3-10.
 2. Fink N.I., Vagish B.L. ЭфеуАицап //Baillieres Clin. Anaesth.-1993.- N7(4).-С.899-913.
 3. Ebert T.I., Harkin C.P., Muzi M. Caediovacular responses to sevoflurene; a /review // Anesth. Analg.- 1995.- Vol.81.-N1. -P.11-22.

Тұжырым

Т.Э.Тнымкулов

Қазақтың онкология және радиология

ҒЗИ

Онкоурологиялық операцияда севофлурана қолданылды

Севофлуранның гемодинамикалық қасиеттері қазір көп қызықтырады. Біз бұл галогендардың онкоурологиялық операциялау кезінде қауқастардың гемодинамикасы әсері зерттедік. 19 науқас 2 топқа болінді 1- тоталды тамыр ісік анестезиясы; 2- севофлуран негізінде анестезия. Севофлуран гемодинамикаға дурыс әсерін тигізеді. Тоталды тамыр ісік анестезия жасаса гипердинамикалық қан айналымы болады. Бұл артық жері

севофлуран анестезиясінің.

Түйінді сөздер: Онкоурологиялық операция, ингаляциялық жансыздандыру, севофлуран

Summary

T.E.Tnymkulov

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

The use of sevoflurane with oncurological operations

In the given research comparative inhalation of

Таблица 1- Изменение показателей центральной гемодинамики и транспорта кислорода в группах

Показатели	Этапы					
		1	2	3	4	5
ЧСС, мин ⁻¹	1	67,3±13,5	71,2±13,2*	76,3±15,8*	88,4±17,4*	88,4±17,5*
	2	62±13	64±12#	70±14*#	86±17*	84±17*
САД (мм.рт.ст)	1	84,6±13,2	89,1±15,5	77,7±12,1*	72,1±10,9*	72,6±10,4*
	2	85±14	87±14	76±14*	72±10*	72±12*
ЦВД (мм.рт.ст.)	1	5±1	5±1	5±2	8±2*	8±2*
	2	4±2	5±2*	5±2	7±2*	8±2*
СИ (л/мин/м ²)	1	2,5±0,6	2,6±0,7	3,9±0,7*	2,9±1*	3,5±1*
	2	2,5±0,9	2,3±0,9	2,5±0,7*#	3±0,9*	2,5±1#/'
ИОПСС (дин/с/см ⁵)	1	1621±620	1771±613	2520±756	1270±365*	2256±410*
	2	1480±606	1593±522	1443±577#	1237±276*	1169±336*#
ИУРЛЖ (г- м/м ²)	1	42±15	38±15	28±15*	33±18*	30±13*
	2	47±17	44±17	32±10*	32±11	35±13 #

Примечания: 1) *- достоверные различия по сравнению с 1 этапом;

anaes-thetic sevoflurane at oncological patients of hing cardio-logical risk was spent. In the first group, total intravenous anaesthesia was spent to the second inhalation anaesthesia on a basis of sevoflurane. Comparison of hematodynamic effects at two kinds of anaesthesia, has shown inhalation anaesthesia on a basis sevoflurane.

Keywords: oncurological operations, inhalation anesthetics, sevoflurane.

УДК: 616.33-089

А.С.Шуленбаев, А.С.Шуленбаева.

Отделение плановой хирургии Областного Медицинского Центра. г. Кызылорда

Опыт применения Тахо-Комба в абдоминальной хирургии

Аннотация. В настоящее время появилось много сообщений о применении различных клеевых субстанций при хирургических вмешательствах. Подобные препараты используются в целях гемостаза при повреждении паренхиматозных органов. Наиболее традиционным гемостатическим средством местного применения является коллаген, который служит матриксом для формирования кровяного сгустка путем улавливания тромбоцитов. Проблему удалось решить с помощью препарата «Тахокомб®» компании Никомед. Осложнений при применении Тахокомба мы не наблюдали. Наш опыт использования Тахокомба в гемостатических и пластических целях показал несомненную перспективность его дальнейшего применения в традиционной и эндоскопической хирургии.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, Тахокомб.

В настоящее время появилось много сообщений о применении различных клеевых субстанций при хирургических вмешательствах. Подобные препараты используются в целях гемостаза при повреждении паренхиматозных органов. Наиболее традиционным гемостатическим средством местного применения является коллаген, который служит матриксом для формирования кровяного сгустка путем улавливания тромбоцитов.

Однако гемостатические возможности коллагеновых губок весьма ограничены из-за плохой фиксации к раневой поверхности, что приводит к их быстрому отторжению при остановке достаточно массивных паренхиматозных кровотечений.

Проблему удалось решить с помощью препарата Тахокомб® компании Никомед. Он представляет собой готовую к применению стерильную коллагеновую пластину, клеящий слой которой состоит из фибриногена, тромбина и рибофлавина. Последний маркирует желтым цветом клеящую поверхность.

При контакте с кровоточащей поверхностью или жидкостями организма факторы свертывания, содержащиеся в покрывающем коллагеновом слое, освобождаются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин.

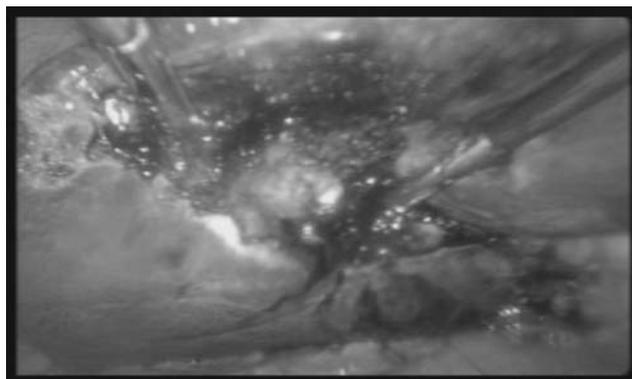
Тахокомб, по мнению E. Samhaber (1993), уникальный препарат, для его производства применяется специальная методика тонкого нанесения фибринового клея. Учитывая, что тромбин мгновенно реагирует с фибриногеном, компоненты фибринового покрытия распыляются в органической среде, и данная суспензия накладывается на пластину коллагена. Органическая среда в дальнейшем испаряется, оставляя слой компонентов фибринового клея, абсорбированных на коллагеновой основе. При контакте с тканевыми жидкостями происходит реакция полимеризации фибринового покрытия, а коллаген в течение 3-5 минут образует водо- и воздухопроницаемый слой. Во время этого процесса пластину Тахокомба

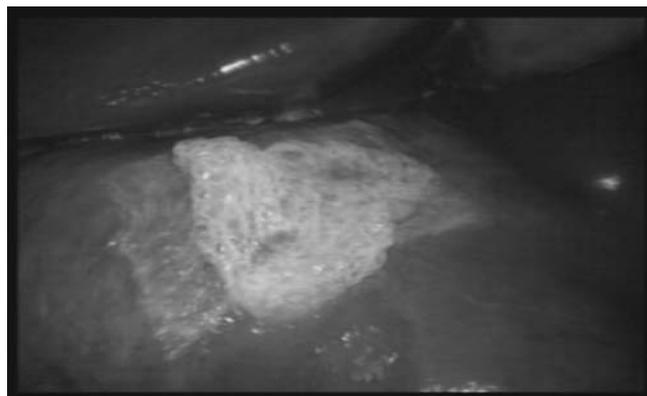
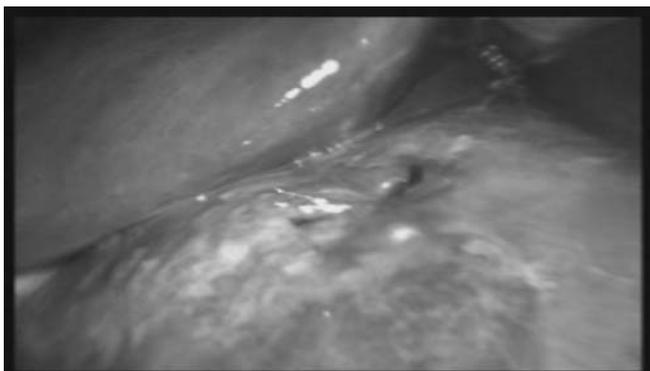
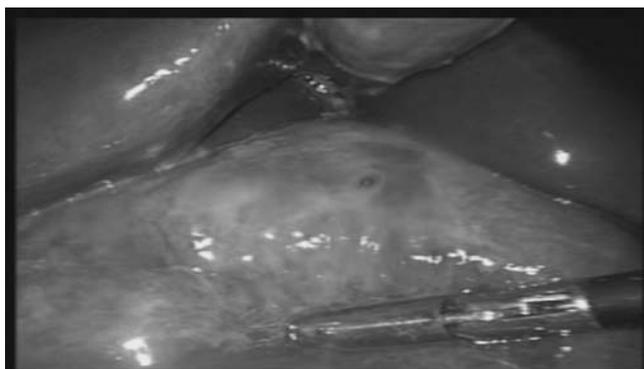
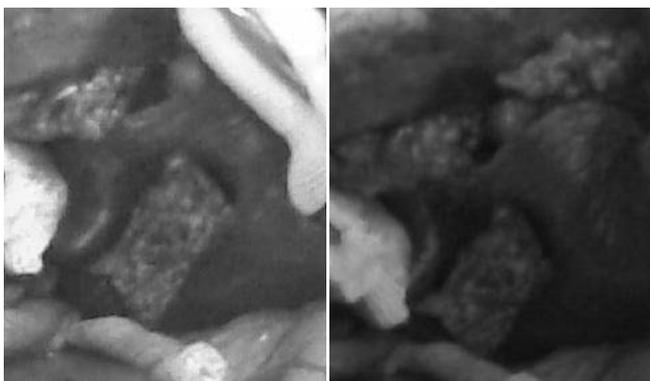
должна быть плотно прижата к раневой поверхности. Она хорошо адаптируется как к ровным, так и бугристым раневым поверхностям, а механическая стабильность коллагеновой пластины обеспечивает дополнительную защиту раневой поверхности.

Тахокомб® успешно используется для достижения гемостаза при хирургических вмешательствах на паренхиматозных органах: печени, селезенке, поджелудочной железе. Так, H. Lippert и H. Wolff сообщили о применении препарата у 57 пациентов. Из них 21 больному была выполнена резекция печени, 9 больным — резекция поджелудочной железы. H. Schiele и соав. (1992) применили Тахокомб® не только при резекциях и трансплантации печени, но и в случаях травмы селезенки, при резекции поджелудочной железы у больных с панкреатонекрозом, раком и хр. панкреатитом со 100%-ным гемостатическим эффектом.

Он нашел применение в легочной хирургии, где используется не только гемостатический эффект препарата, но и возможность аэростаза (I. R. Izbick et al., 1994; P. Hollans, N. Pridim, 1994), в сердечно-сосудистой хирургии (H. Nishida et al., 1994), урологии, травматологии и других отраслях хирургии.

Для остановки кровотечения мы применяли Тахокомб® у 28 больных, при различных оперативных вмешательствах:





Виды операции	Число случаев применения
лапароскопические холецистэктомии	8
открытые холецистэктомии	7
резекции печени	3
удаление паразитарных кист	4
желудочно-кишечные и межкишечные анастомозы	6

При лапароскопических операциях, особенно в условиях неотложной хирургии, могут возникать проблемы

локального гемостаза, когда применение коагуляции недостаточно для остановки возникшего кровотечения. В подобных ситуациях методом выбора остановки кровотечения может служить аппликация Тахокомба.

У 8 больных острым калькулезным холециститом после удаления желчного пузыря лапароскопическим путем, возникли обильные кровотечения из ложа, которые были остановлены аппликацией Тахокомба.

У данных пациентов применяли 1-2 стандартные пластины Тахокомба размерами 2,5х3 см.

Также Тахокомб применялся и при открытой холецистэктомии.

Показателен пример применения Тахокомба у больной 67 лет с диагнозом гепатоцеллюлярная карцинома. Большая солитарная опухоль расположенная в VII-VIII сегментах. Резекция сегментов вызвала обильное кровотечение.

Введение различных гемостатических средств, переливание крови, применение коагуляторов, применение местных гемостатиков в течение часа не принесли никакого эффекта — кровотечение продолжалось. После наложения пластины Тахокомб на линию швов кровотечение удалось остановить за 5 минут.

Тахокомб был применен у больного с эхинококковой кистой печени. Послеоперационный период также протекал без осложнения.

Помимо гемостатического эффекта, нас заинтересовала возможность использования пластических свойств Тахокомба для укрепления швов в прогностически неблагоприятных условиях, когда имеется высокий риск их несостоятельности.

Тахокомб® применен у больного 16 лет, с прободной язвой пилорического отдела желудка

Лапароскопическим методом перфаративное отверстие, размером 0,3*0,3см, было ушито 1 узловым швом.

После чего над швом произведена аппликация пластины Тахокомба. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнения. Больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение на 7-е сутки.

Пластические свойства Тахокомба, также были использованы при различных видах межкишечного и желудочно-кишечного анастомоза. В частности Тахокомб был применен у больного 37 лет, оперированного по поводу каллезной язвы желудка с кровотечением. Была проведена резекция желудка по Бильрот-I. Поверх анастомоза была наложена пластинка Тахокомба

Осложнений при применении Тахокомба мы не

наблюдали.

Наш опыт использования Тахокомба в гемостатических и пластических целях показал несомненную перспективность его дальнейшего применения в традиционной и эндоскопической хирургии.

Тұжырым

А.С.Шуленбаев, А.С.Шуленбаева

Қызылорда облысының медициналық орталығы .

Тахокомба абдоминалды хирургия тәжірибесінде қолданылады

Хирургиялық араласудағы әр түрлі желімді субстанциясының қолданылуы туралы қазіргі уақытты көп хабарламма пайда болды. Паренхиматозды ағзаның зақымдануына сәйкес гемостазды қалыптастыруға жоғарыдығы препараттар қолданылды.

Дәстүрлі гемостатикалық тәсілмен Коллаген жергілікті қолданыста болып табылады, нешінші матрикс пен қанның түйірінің құралымы үшін жолымен тромбоциттың қақпақылдауының қызмет етеді. Тахокомб кампания Никомедсы мәселені шешуге көмектескен препарат . Тахокомба препараттын қолдануда асқынулар болмаған. Біздің тәжірибеді Тахокомба қолдану Эндоскопиялық хирургияда дәстүрлі гемостатикалық және пластикалық мақсатта келешекте манызы зор.

Түйінді сөздер: абдоминалды хирургия, Тахокомб.

Summary

Shulenbaev A.S., A.S.Shulenbaeva

Regional medical center of Kyzylorda

Experience of using Tachocomb in abdominal surgery

Currently, there are many reports of the use of various adhesive substances in surgical interventions. Such compositions are used to the hemostasis at damage parenchymal organs. The most traditional hemostatic average of topical application is collagen, which serves as a matrix for the formation of a blood clot by capturing platelets.

The problem was solved with the help of the drug Tachocomb® Nycomed. Complications when using Tachocomb we did not observe. Our experience in the use of hemostatic Tachocomb and plastic purpose showed undoubted promise of its future use in traditional and endoscopic surgery.

Keywords: abdominal surgery, Tachocomb.

УДК:616-089.5

И.Д.Илялетдинов, Б.Т.Мухамадиев, С.К.Жалгасбаев, М.Б.Муканова, Г.Б.Раев,
Н.З.Шапатов

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Применение анальгетика Нефопам для послеоперационного обезболивания у онкологических пациентов

Аннотация. Статья посвящена первому опыту применения ненаркотического анальгетика Нефопам для послеоперационного обезболивания у онкологических пациентов в КазНИИОнР. Результаты показали перспективность его применения. Препарат показал эффективное обезболивание, значительно превосходящее слабый наркотический анальгетик трамадол.

Ключевые слова: применение, онкологические больные, анестезия, анальгетик Нефопам.

Проблема обезбоживания в онкологии и онкохирургии является очень актуальной. Общеизвестно, что онкологические пациенты в терминальной стадии заболевания часто нуждаются в сильных наркотических анальгетиках (НА). В этой связи не следует злоупотреблять сильными НА при операциях средней травматичности, когда вполне достаточно обходится нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и ненаркотическими анальгетиками (ННА). В последние годы интерес представляет новый ННА Нефопам, под торговой маркой Акупан (Biocjdex, Франция) (1). Его обезбоживающий механизм связан с ингибированием обратного захвата моноаминов на уровне синапсов. В настоящее время в арсенале средств для послеоперационного обезбоживания в Республике Казахстан имеются в основном следующие препараты: сильный НА Промедол (Химфарм, Казахстан), слабый НА Трамадол (Химфарм, Казахстан), и различные варианты кеторолака или кетопрофена (Кетотоп, Кетанов и т.д.) в основном индийского или китайского производства.

Цель исследования

- провести сравнительную оценку эффективности послеоперационного обезбоживания Нефопамом в сравнении с Трамадолом у пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено в отделении анестезиологии и реаниматологии (ОАРИТ) КазНИИОнР в 2010 году. В исследование вошло 13 пациентов, оперированных преимущественно по поводу онкологических заболеваний органов шеи, брюшной полости и женских половых органов. Больные были разделены на 2 группы, согласно таблице 1. Достоверных отличий по возрасту, полу, весу, характеру операций, расходу НА фентанила во время операции и продолжительности послеоперационной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) между группами не было.

В основной группе Акупан применяли по следующей

Таблица 1 - Характеристика пациентов

	Основная группа (Акупан)	Контр. группа (Трамадол)
Количество пациентов (n)	7	6
Возраст (лет)	48±20	54±6
Вес (кг)	62±14	73±19
Рост (см)	162±8	168±6
Расход фентанила (мг)	0,74±0,5	0,46±0,16
Продолжительность послеоперационной ИВЛ(мин)	56±63	90±75

методике. Первые 20 мг Акупана вводили внутривенно капельным способом на 500 мл физиологического раствора в конце операции. В дальнейшем каждые 6 часов вводили Акупан по 20 мг внутримышечно, согласно инструкции по применению препарата (2).

В контрольной группе обезбоживание проводили препаратом Трамадол (Химфарм, Казахстан) по 50-100 мг внутримышечно при наличии жалоб на боли.

При неэффективности данных схем послеоперационного обезбоживания дополнительно назначали Промедол (Химфарм, Казахстан) по 20 мг внутримышечно. Потребность в препарате учитывали.

С целью оценки эффективности обезбоживания исследовали простые гемодинамические показатели: систолическое артериальное давление (СистАД), диастолическое артериальное давление (ДАД) и частота сердечных сокращений (ЧСС), непосредственно перед введением препарата и через 2 часа после введения анальгетика. Характер жалоб и на боли определяли по упрощенной Визуально-аналоговой шкале по 5 балльной системе:

0 баллов - боли отсутствуют;

1 балл - незначительные боли, которые больной терпит;

2 балла - умеренные боли, требующие обезбоживания;

3 балла - сильные боли;

4 балла - интенсивные нестерпимые боли.

Исследование проводили в течение 1 суток после операции. Регистрацию данных проводили на следующих этапах:

1. При поступлении пациентов в ОАРИТ

2. Через 6 часов

3. Через 12 часов

4. Через 18 часов

Статистическую обработку данных проводили в программе M1sgozop.Ehse1 с использованием 1-критерия Стьюдента. Достоверность отличий принимали значимой при $p < 0,05$.

Таблица 2 - Гемодинамические изменения и интенсивность болей на этапах исследования в контрольной группе (трамадол)

	1 этап		2 этап		3 этап		4 этап	
	до	Через 2 часа	До	Через 2 часа	До	Через 2 часа	До	Через 2 часа
Систолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	137±10	130±20	133±23	135±16	126±24	135±28	134±24	125±30
Диастолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	81±14	81±16	85±17	87±13	78±15	77±21	82±22	73±13
Частота сердечных сокращений (уд/мин)	86±11	88±9	87±9	86±9	95 ± 13	101 ± 1.9	98±16	107±10
Интенсивность болей (балл)	2,8±0,4	2,3±0,8	2,5±0,8	2,3±0,8	1,8±1,1	1,8±0,4	2±1	1,6±0,5
<i>Примечания: достоверных изменений в динамике не было</i>								

Таблица 3 - Гемодинамические изменения на этапах исследования в основной группе (Акупан)

	1 этап		2 этап		3 этап		4 этап	
	до	Через 2 часа	До	Через 2 часа	До	Через 2 часа	До	Через 2 часа
Систолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	119±30	110± 17	119±25	127±33	121±16	121±16	114±24	117±23
Диастолическое артериальное давление (мм.рт.ст.)	72±13	71±11	72±7,5	71±10	76±10	76±8	68±8	68±5
Частота сердечных сокращений (уд/мин)	80=Ы14	91 ±22	94±23	84±9	88±18	86±17	83±12	81±9*
Интенсивность болей (балл)	1,25±1.5	1,25±0,9	1,0±1,0*	0,6±0,5*	1,3±1,0	0,4±0,4*	1,2±0,4	0.6±0.51
<i>Примечания: * - p<0,05 в сравнении с контрольной группой 0 - p<0,05 в сравнении с показателем перед введением анальгетика</i>								

Результаты и обсуждение

Гемодинамические показатели в контрольной группе характеризовались стабильностью, уровни СистАД, ДАД, находились в пределах нормы, в соответствии с таблицей 2. Достоверных изменений СистАД и ДАД не было. ЧСС на 3 и 4 этапах исследования, то есть поздним вечером и ранним утром было умеренно повышенным, что может свидетельствовать о неадекватном уровне послеоперационного обезболивания. Через 2 часа после назначения дозы Трамадола тахикардия не только не уменьшалась, но и увеличивалась без достоверной разницы.

Уровень интенсивности болевых ощущений на 1 и 2 этапах был между 2 и 3 баллами, то есть требовалось назначение обезболивающих препаратов. При этом через 2 часа после назначения Трамадола, достоверного снижения интенсивности болевых ощущений не было.

Гемодинамические показатели в основной группе, также как и в контрольной характеризовались стабильностью, в соответствии с таблицей 3. Уровень СистАД был в пределах нормы, но все же несколько ниже, чем в контрольной группе, без достоверной разницы. Уровень ДАД также был в пределах нормы, и несколько ниже, чем в контрольной группе без достоверной разницы. ЧСС

было всегда в пределах нормы, в отличие от контрольной группы и на 3 и 4 этапах. На 4 этапе через 2 часа после введения анальгетика ЧСС было достоверно ниже, чем в контрольной группе. Это свидетельствует об адекватном послеоперационном обезболивании в основной группе.

Интенсивность послеоперационных болей находилась между 1 и 2 баллами, что говорит об отсутствии выраженного болевого синдрома. При этом на 2 и 3 этапах интенсивность болей было достоверно ниже, чем в контрольной группе, согласно таблице 3. На 4 этапе после назначения анальгетика интенсивность болей через 2 часа был достоверно ниже, чем до введения анальгетика.

Таким образом, несмотря на малое количество наблюдений и упрощенный дизайн исследования, предварительные данные позволяют судить об эффективности применения Акупана для послеоперационного обезбоживания у онкологических пациентов. В контрольной группе, где применяли слабый наркотический анальгетик Трамадол, особого эффекта не было, поэтому приходилось применять в качестве дополнительного анальгетика Промедол по 20 мг в/м. В основной группе также имело место применение Промедола, но без достоверной разницы с контрольной группой. Каких-либо побочных эффектов при применении Акупана мы не отмечали.

Таблица 4 - Расход анальгетиков в группах

	Контрольная группа	Основная группа
Трамадол (мг)	250±54,8	-
Акупан (мг)	-	71,4±10,7
Промедол (мг)	23,3±19,7	31,4±25,4

Боль и послеоперационное обезбоживание в хирургии и в онкологии всегда будет оставаться серьезной проблемой. Наркотические анальгетики, несмотря на свою эффективность, не могут быть приемлемы ввиду синдрома привыкания и массы побочных эффектов. Рекомендуется проведение мультимодальной анальгезии с сочетанием НПВС и НА (3). ННА и НПВП в качестве альтернативы и дополнительного компонента представляют значительный интерес. В последние годы появилось много работ, показавших высокую эффективность Лорноксикама (Ксефокам, Никомед, Дания) (4). НПВП оказывают свой эффект за счет нарушения синтеза простагландинов и сочетают в себе противовоспалительный эффект.

Нефопам принципиально отличается от НПВП, поскольку оказывает центральное действие. Нефопам препарат нового поколения, и пока встречаются лишь единичные работы, исследующие его клиническую эффективность (1). Работ, посвященных сравнительной оценке лорноксиками и нефопамом пока не проводилось, что представляет интерес для дальнейших исследований. Данная работа является первым опытом применения препарата Акупан в КазНИИОиР. Методика введения Акупана соответствует концепции упреждающей анальгезии, когда лучше предупредить развитие болевого синдрома, чем ждать возникновения боли для назначения обезболивающих. Результаты данной работы указывают на необходимость рационализации послеоперационного обезбоживания у хирургических пациентов онкологического профиля, внедрению новых схем с использованием различных комбинаций НА, ННА и НПВП.

Выводы

1. Препарат Акупан является эффективным средством для послеоперационного обезбоживания у онкологических пациентов при операциях средней травматичности.
2. Препарат Акупан оказывает лучший анальгетический эффект, чем препарат Трамадол.

3. Оптимальным является сочетание наркотических и ненаркотических анальгетиков для обезбоживания в раннем послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Черный В.И., Коваленко В.П. Акупан и спинальные анестезии // Медицина неотложных состояний. -2011. -№7-8. -С.38-39.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Акупан (нефопам), Биокодекс, Франция. Утверждена приказом №247 Председателя Комитета Фармацевтического контроля МЗ РК от 08.10.2008г.
3. Осипова Н.А. Алгоритм медикаментозного лечения острого болевого синдрома //СопэШит medicum. - 2006. -Т.8, № 5.
4. Петрова В.В., Осипова Н.А., Березнев В.А. и соавт. Лорноксикам (ксефокам) как средство профилактики и лечения послеоперационного болевого синдрома среди других НПВП // Анестезиология и реаниматология. -2005. -№5.

Тұжырым

И.Д.Илялетдинов, Б.Т.Мухамадиев, С.К.Жалгасбаев, М.Б.Муканова, Г.Б.Раев, Н.З.Шапатова

Қазақтың онкология және радиология ФЗИ

Онкологиялық науқастарды отадан кейінгі жансыздандыруға қолданылатын анальгетик Нефопам
Мақала наркотикалық емес анальгетик Нефопамды алғаш рет ҚазОЖРФЗИ онкологиялық науқастарда қолдану тәжірибесіне арналған. Нәтижелер оның қолдану тиімділігін көрсетті. Дәрілік зат ауру сезімінің жақсы басып, әлсіз наркотикалық анальгетик трамадолдан күні әсер көрсетті.

Түйінді сөздер: ота, онкологиялық аурулар, жансыздандыру, анальгетик Нефопам

Summary

I.D. Ilyaletdinov, B.T.Muhamadiev, S.K.Zhalgasbay, M.B.Mukanova, G.B.Rayev, N.Z.Shapatova
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology
Analgesic nefopam for postoperative pain relief in cancer patients

This article describes the first experience of non-narcotic analgesic Nefopam for post-operative analgesia in oncologic patients of KSRIOR. The evidence showed perspective for it. Nefopam showed effective pain control, which was higher, than with wear narcotic tramadol.

Keywords: surgery, cancer, anesthetic, analgesic nefopam.

Условия оформления статей для публикации в журнале «Онкология и радиология Казахстана»

Журнал «Онкология и радиология Казахстана» принимает для публикации статьи, посвященные организации онкологической службы, эпидемиологии онкологических заболеваний, экспериментальной онкологии и радиобиологии, диагностике предопухолевых и онкологических заболеваний, вопросам клинической онкологии, стандартам диагностики и лечения. Могут быть представлены лекции, литературные обзоры, отдельные случаи из практики.

1. Статья должна сопровождаться направлением от учреждения, в котором проведена данная работа, и иметь визу руководителя.

2. Статья должна быть отпечатана на 1 стороне листа через 1,5 интервала. В редакцию предоставляется 2 экземпляра рукописи (формат бумаги А4), а также аннотация работы на русском, казахском и английском языках (не более ½ страницы). Обязательно предоставление материала дополнительно на диске 1,4 Мб – 3,5” (текстовый редактор MS word 7,0 в формате *.doc. шрифт Times New Roman Cyr, шрифт 14).

3. На 1 странице указываются инициалы и фамилия автора(ов), название статьи, полное название отдела, кафедры учреждения, из которого исходит статья, аннотация на русском, казахском и английском языках. В конце статьи должны быть фамилия, имя, отчество (полностью) автора(ов), его адрес с почтовым индексом, телефон, собственноручная подпись. Коллективная статья должна быть подписана всеми авторами.

4. Объем статьи, раскрывающей оригинальные исследования, не должен превышать 8 страниц машинописи, казуистических сообщений – 4 страницы, обзоров литературы и лекций – 12 страниц. Редакция оставляет за собой право сокращения статей.

5. Оригинальные статьи должны иметь следующие разделы и подзаголовки:

- «Введение» должно быть кратким и ориентировать читателя на актуальность проблемы и задач исследования. В нем следует привести ссылки на наиболее важные работы без детального обзора литературы.

- В разделе «Материалы и методы исследования» должны быть представлены принципы подбора и характеристика материала, объем исследования, использованные методы, включая статистические. Методы исследования следует излагать кратко, но достаточно четко для их воспроизведения.

- Раздел «Результаты исследования» должен содержать полученные данные.

- В разделе «Обсуждение» собственные данные должны быть сопоставлены с подобными сообщениями в отечественной и зарубежной литературе, обращено внимание на оригинальность проведенного исследования, наличие новых предложений и т.д.

- В сокращении слов и названий (не более 3) кроме общепринятых сокращений мер, физических, математических величин и терминов допускается только с первоначальным указанием полного названия.

- Текст и другой материал должны быть тщательно выверены, цитаты визируются автором на полях руко-

писи. В математических формулах должны быть четко размечены все элементы: латинские буквы – синим, греческие – красным, индексы надстрочные и подстрочные, прописные скобки и строчные (м) буквы, сходные по написанию буквы и цифры (O – буква и 0 – цифра). Дозировки лекарственных средств визируются автором на полях рукописи. Номера формул и ссылки на них даются в тексте в круглых скобках.

6. Статьи не должны быть перегружены иллюстративным материалом. Фотографии, рисунки, графики и чертежи могут быть представлены в виде контрастных фотографий (или в редакторах word 7,0 excel 7,0). В месте расположения иллюстрации по тексту, на левом поле статьи помещают указание о наличии иллюстрации и ее название. Рисунки все в Word с одним отступом после и до текста по центру, подпись снизу по центру. На обороте фотографии или рисунка проставляется порядковый номер, фамилия автора, название статьи, обозначается «верх». Редакция оставляет за собой право оригинальной верстки материалов, соответственно и изменения формата прилагаемых иллюстраций.

7. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь номер и заголовок. Таблицы через 1 интервал, столбики центрированы, с одним отступом до и после текста, подписи сверху, прижаты к левому полю. Заголовки граф должны соответствовать их содержанию, цифры и единицы измерения – соответствовать тексту. Ссылки на таблицы и рисунки полностью словом с номером (таблица 1, рисунок 1) в круглых скобках.

8. Статья должна иметь реферат на русском, казахском и английском языках с указанием названия статьи и иметь следующие разделы: цель исследования, организация исследования (проспективное, ретроспективное, рандомизированное и т.д.), учреждение, на базе которого проведено исследование, материал и методы исследования, включая статистические, основные результаты и заключение. Реферат должен составлять 1/3 страницы с заголовком. Текст реферата на русском, английском и казахском языках оформляется в виде отдельной страницы (шрифт 12).

9. Автор несет ответственность за точность предоставляемых данных, приведенных в прилагаемом списке литературы, в который включаются только те публикации, которые указаны в тексте. Список литературы должен быть напечатан на отдельном листе через 1,5 интервала машинописи. В список включают работы отечественных и зарубежных авторов за последние 10 лет. Лишь в случае необходимости допускаются ссылки на отдельные более ранние работы. Желательно цитировать не более 10-20 источников.

10. Библиографические ссылки должны быть пронумерованы, в порядке упоминания в тексте рукописи, они даются в квадратных скобках.

11. В списке литературы указываются:

- для книг – фамилия и инициалы автора, полное

название работы, место и год издания, страницы «от» и «до»;

- для журнальных статей – фамилия и инициалы автора, полное название статьи, наименование журнала, год, номер, страницы «от» и «до»;

- для диссертаций - фамилия и инициалы автора, докторская или кандидатская, полное название работы, место и год издания.

12. Ставя свою подпись под статьей, автор, тем самым, передает редакции право на ее издание и гарантирует ее оригинальность, удостоверяет, что ни сама статья, ни рисунки к ней не были опубликованы ранее и не направлены для публикации в другие издания.

13. На статью должна быть рецензия специалиста,

работающего в соответствующей области, по профильной специальности. В рецензии обязательно освещать вопросы актуальности, соответствия цели и тематике журнала, новизны, значимости результатов для фундаментальной или прикладной науки.

14. Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикации не допускаются, о чем автор ставится в известность.

15. Рукописи и информационные дискеты не рецензируются и авторам не возвращаются.

16. За достоверность рекламных материалов редакция ответственности не несет.

17. Оплата за статью производится из расчета 500 тенге за 1 страницу.

Абисатов Хайржан Абисатович

(к 75-летию со дня рождения)

Абисатов Хайржан Абисатович родился 21 февраля 1937 года в семье колхозника в Индерском районе Гурьевской (ныне Атырауской) области. В 1960 году окончил Казахский Государственный медицинский институт им. С.Д. Асфендиярова. Директором вновь организованного Казахского НИИ онкологии и радиологии доц. С.Н. Нугмановым был направлен в Москву в целевую аспирантуру в Институт экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР (ныне РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН). В 1964 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Роль плевризации культи бронха в профилактике бронхо-плевральных свищей после резекции легких и пневмоэктомии».



им. С.Д. Асфендиярова, в период с 2001 по 2009 гг. – заведующий кафедрой маммологии с курсом визуальной диагностики, с 2009 года и по настоящее время – заведующий курсом онкологии и маммологии НУО Казахстанско-Российского медицинского университета.

В 1989 году Хайржану Абисатовичу присвоено ученое звание профессора, в 1996 году он избран действительным членом Академии профилактической медицины РК.

Хайржан Абисатович признанный в Казахстане хирург и в 1987 году был назначен консультантом Центральной клинической больницы при УД Президента РК, за добросовестную работу он был награжден в 2003 и 2009 годы «Почетной

грамотой», а в 2005 г. – «Отличник здравоохранения СССР». Хайржан Абисатович – кавалер медали «Уздік еңбек үшін», «Отличник образования РК».

Х.А. Абисатов проработал в Казахском НИИ онкологии и радиологии с 1965-1975 гг.: ст. научный сотрудник (1963-1964 гг.), зав. отделением общехирургического (1965-1970 гг.) и торакального (1971-1975 гг.) профиля. В связи с высокой заболеваемостью раком пищевода населения Гурьевской области, талантливого хирурга с задатками организатора здравоохранения Хайржана Абисатовича в 1976 году Минздрав Казахстана направил в Гурьевскую область для организации филиала Казахского НИИ онкологии и радиологии. Одновременно в течение 10 лет он исполнял обязанности главного врача областного онкологического диспансера, создав научно-практическое объединение и, осуществив Республиканскую научно-практическую программу «Эзофагит», доказав возможность вторичной профилактики рака пищевода и снижения заболеваемости.

Профессор Абисатов Х.А. подготовил двух докторов медицинских наук, семь кандидатов наук, 30 клинических ординаторов и резидентов. Он автор более 160 научных работ, в том числе двухтомного учебника на казахском языке «Онкология», изданного в 1994 и 1999 гг., «Русско-казахского медицинского словаря (2001 г.), Емдеу факультетіні У-курс студентеріне арналған дерістерің тезістері (2002). Совместно с профессорами А.Е. Есенкуловым, Ж.А. Арзыкуловым и С.А. Есенкуловой выпустили двухтомный учебник на казахском языке «Ісік аурулары». В 2012 году вышла книга «Цикл лекций по клинической онкологии»

За период 1975-1985 гг. Заболеваемость злокачественными новообразованиями снизилась с 195,8‰ до 166,0‰. За внедрение в практику результатов научных исследований и улучшение основных показателей онкологической службы Хайржан Абисатович был награжден орденом «Трудового Красного Знамени», а руководимое им научно-практическое учреждение Минздравом КазССР и Президиумом профсоюзов медицинских работников награжден Дипломом первой степени с вручением переходящего Красного Знамени и Всесоюзной премией Минздрава СССР.

В круг интересов проф. Абисатова Х.А. входит история родного народа. Он участвовал в археологических изысканиях и написал монографию «Махамбет, за что награжден Дипломом 1 степени конкурса, проведенного ЮНЕСКО к 200-летию поэта-батыра Махамбета Утемисова. В 2001 году ему вручено Свидетельство «Атырау обласның Құрметті азаматы».

В 1983 году Х.А. Абисатов защитил докторскую диссертацию. На тему «Оценка эффективности современных методов лечения рака легкого».

Профессор Абисатов Х.А. является одним из авторитетных онкологов РК, внесший значительный вклад в становление и развитие научно-практической онкологии и в совершенствовании образовательного процесса. Он человек принципиальный, высокой культуры и эрудиции, доброжелательный и чуткий к коллегам и больным, требователен к себе и подчиненным.

В 1985-2001 гг. Хайржан Абисатович – заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии КазНМУ

В день 75-летия коллективы Российско-Казахстанского медицинского университета и Казахского НИИ онкологии и радиологии желает ему крепкого здоровья, плодотворной научно-педагогической деятельности.

Директор КазНИИОур, д.м.н. Нургазиев

*Председатель Совета аксакалов
КазНИИОур, профессор Каримов М.А.*

К 75 –летию со дня рождения профессора А.К.Косаева – одного из основоположников детской и костной онкологии в Казахстане

Алихан Камович Косаев родился 24 января 1937 г. в поселке Хлебодаровка Актюбинской области. Он поступил в Казахский Государственный медицинский институт. На третьем курсе по патофизиологии в студенческие годы любознательный юноша, учившийся на «отлично», проявлял склонность к изучению явлений, происходящих в больном организме. Однако, согласно устоям того времени, решил трудовую деятельность начать с районной больницы, отдать свой врачебный долг народу.

После окончания в 1962 году Казахского Государственного медицинского института начал работать хирургом в центральной районной больнице г.Алга Актюбинской области. В 1964 году поступил в аспирантуру хирургического отделения онкологической клиники Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Казахской ССР. По окончании аспирантуры в 1967 г. был оставлен в институте в должности младшего научного сотрудника. В 1968 году Алихан Камович защитил кандидатскую диссертацию на тему: «К оценке комбинированных методов лечения злокачественных опухолей костей» по специальности 14.00.14- онкология. В 1978 году его утвердили в ученое звание – «старший научный сотрудник».

По его инициативе в 1968 г. на базе хирургического отделения была создана группа костной онкологии, руководителем которой он стал. В 1971 году в структуру отделения костной онкологии вошло вновь созданное отделение детской онкологии (руководитель – с.н.с. Нургалиев З.Б.), а затем и группа лимфогранулематоза под руководством с.н.с. Балгожиной Ш.Ж. Таким образом, отделение было преобразовано в отдел детской и костной онкологии с группой лимфогранулематоза, возглавляемый профессором Позднуховым Л.Г. После ухода на пенсию проф. Позднухова Л.Г., отдел возглавил А.К.Косаев. В 1984 году было сформировано три самостоятельных отделения: опухолей костей и мягких тканей, детской онкологии и отделение злокачественных лимфом.

В 1983 году Алихан Камович успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Первичные злокачественные опухоли костей».

В период с 1984 по 1987 гг. Алихан Камович работал заместителем директора на научно-клинической работе Казахского НИИ онкологии и радиологии.

С 1987 года в течение 10 лет заведовал научно-клини-



ческим отделением общей онкохирургии, а с 1997 по 2005 гг. - заведовал отделением опухолей костей и мягких тканей. С 2005 года - ведущий научный сотрудник отделения.

Из своих 50 лет, отданных онкологии, 44 года он проработал в Казахском НИИ онкологии и радиологии МЗ РК

Для передачи богатого клинического опыта, академических знаний, Алихан Камович был приглашен на работу на кафедру онкологии, маммологии и лучевой диагностики Казахстанско-Российского медицинского университета.

В сентябре 2006 года Алихан Камович перешел на педагогическую работу профессором кафедры онкологии, маммологии и лучевой диагностики Казахстанско-

Российского медицинского университета.

В 1998 году А.К.Косаеву присвоено ученое звание – профессора иецины.

Творческий вклад Алихана Камовича в развитие онкологии Казахстана разнообразен: он один из создателей научного направления по эпидемиологии, профилактике, диагностике и лечению сарком костей и мягких тканей; активно занимался усовершенствованием всех компонентов современного комплексного лечения – хирургического, лекарственного и лучевого первичных злокачественных опухолей костей.

А.К.Косаевым опубликовано более 120 научных работ. Он подготовил одного доктора и 7 кандидатов медицинских наук. Остается постоянным членом диссертационного совета Казахского НИИ онкологии и радиологии, участвует в экспертизе диссертаций молодых ученых.

Алихан Камович награжден юбилейной медалью «За доблестный труд» (1970г.), значком «Отличник здравоохранения СССР» (1974 г.), значком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздегіне» (2001г.).

Профессор А.К.Косаев – специалист высокой квалификации, добрый наставник студенчеству и молодых врачей, доброжелательный и чуткий товарищ, пользующийся авторитетом и уважением всех кто с ним работает.

Коллектив Казахского НИИ онкологии и радиологии и коллеги Казахстанско-Российского медицинского университета поздравляют юбиляра – профессора А.К.Косаева с 75-летним юбилеем и желают ему крепкого здоровья, долгих лет жизни и успехов в труде на благо народа Казахстана.

Директор КазНИИОиР, д.м.н. Нургазиев К.Ш.

*Председатель Совета аксакалов
КазНИИОиР, профессор Каримов М.А.*

Для заметок