

# Онкология и радиология Казахстана

Т 12 № 2 (36) 2015

Қазақстан онкология және радиология журналы

## Главный редактор

К.Ш. Нургазиев, д.м.н.

## Редакционная коллегия

Есентаева С.Е. (зам.гл.редактора), Кайрбаев М.Р.(административный редактор),  
Адилбаев Г.Б., Жолдыбай Ж.Ж., Ижанов Е.Б., Ким В.Б.,  
Нургалиев Н.С., Жылкайдарова А.Ж., Сейтказина Г.Д., Талаева Ш.Ж.,  
Чичуа Н.А., Имангалиева Н.Т., Гончарова Т.Г.

## Редакционный совет

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

## Редактор переводов

Менбаев С. (каз. яз.), Садык М.С. (англ. яз.)

## Адрес редакции

г. Алматы, 050022, пр. Абая, 91  
Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗСР РК  
ISSN 1684-93X  
Тел. (327) 292 10 63  
«Онкология и радиология Казахстана», ISSN -1684-93X  
Собственник - РГКП на ПХВ  
«Казахский НИИ онкологии и радиологии» МЗСР РК  
Свидетельство о регистрации - №10248-ж от 14.07.2009 г.  
Подписной индекс 74684  
Тип. «AxelaPrint», ул. Ауэзова 50 офис 5,  
Тираж 300 экз.  
Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

## Содержание

### Организация здравоохранения

Д.М. Байпеисов. Управление стратегическими преобразованиями в онкологической службе Республики Казахстан 3-6 с

Қ.Қ. Жапаев. Медициналық көмек көрсету басқаруды жетілдіру 7-8 с

### Диагностика

Ж.Ж. Жолдыбай, Ж.К. Жакенова, Г.Рузиева, Г.Д. Касымбекова, Н.Н.Бекбосынов, Г.С.Ахметова. Магнитно-резонансная томография в диагностике рака шейки матки 9-11 с.

Г.У.Тилеген. Программа Check-Up – залог здоровья и долголетия 12 с.

Г.А. Серикбаев, Ж.О. Мауленов, А.К. Курманалиев, Д.А. Тулеуова, Г.С. Ахметова, К.М.Орманов. Современное состояние хирургического лечения опухолей костей таза в Казахстане 13-15 с.

Т.А.Абдылдаев, Г.А.Акылбекова. Результаты лечения больных раком толстой кишки 16-18 с.

### Лечение

Р.К.Каракулов, С.Т.Габбасова, Г.А. Сагиндыков, Б.А.Насипов, А.С.Джазылтаева, Б.М.Жумадуллаев. Применение Ритуксимаба при лечении больных с первичной Неходжкинской лимфомой желудочно-кишечного тракта. 19-22 с.

Б.А.Кожомбердиев. Анализ вариабельности сердечного ритма при радикальной экстирпации матки с придатками 23-25 с.

R.O. Bolatbekova, A.Zh.Zhylkaidarova, M.R.Kairbayev. World experience of cervical cancer screening.A review article. 27-29 с.

С.Х. Ли, Х.М. Ли, С.В. Ким, Е.С. Ли, С. Дж. Хонг, Ч.С. Ким, Т.В. Канг, Б.Х.Чунг. Эффективность использования лейпрорелин ацетата у больных раком простаты азиатского происхождения 30-35 с.

Г.Б. Адильбаев, Д.Н..Ахметов, Г.Г.Ким, С.А.Аппазов, Ж.Т. Садык, У.М.Адилханова. Реабилитация голосовой функции после полного удаления гортани с помощью голосовых протезов 36-37с.

М.И.Бейшембаев, А.А. Фединчик, К.А.Абакиров, Р.И. Лягазов. Возможности комбинированного и комплексного лечения метастатических плевритов в онкологии 38-41 с.

Р.И.Лягазов. Непосредственные результаты хирургического лечения рецидивов рака желудка 42-44 с.

Б. А. Кожомбердиев. Некоторые аспекты вегетативной регуляции в практике онкогинекологии. 45-47с.

### Онкопсихология

A.D.Moldashbayeva. Positive thinking as a psychotherapeutic treatment for cancer patients 48-51с.

М.А.Асимов, Ф.А.Багиярова. Психотерапия табачной зависимости методом самосовладания по Асимову в профилактике возникновения онкологических заболеваний 52-54 с.

Условия оформления статей для публикации в журнале «Онкология и радиология Казахстана» 55-56 с.

УДК: 616-006.6-01(574)

Д.М. Байпеисов

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

## Управление стратегическими преобразованиями в онкологической службе Республики Казахстан

*Аннотация.* С 2012 года в Республике реализуется Программа развития онкологической помощи в РК на 2012 - 2016 годы. Эффективность проводимых в онкологической службе стратегических изменений зависит от многих факторов. В том числе управление данными преобразованиями. Руководителям управлений здравоохранения, онкологических диспансеров, амбулаторно-поликлинических организаций необходимо обладать соответствующими навыками и знаниями по достижению поставленных целей и задач. Анализ проводимых в онкологической службе реформ показал наличие проблем обусловленных недостаточной проработкой механизмов исполнения и реализации, неготовностью персонала медицинских организаций к изменениям. Оценка исполнения запланированных мероприятий усложнялась отсутствием эффективной системы мониторинга.

*Ключевые слова:* злокачественные новообразования, онкологическая служба, стратегические преобразования, менеджмент в здравоохранении.

**Актуальность.** В марте 2012 года Постановлением Правительства РК утверждена Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012 - 2016 годы. Целью Онкопрограммы является повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни казахстанцев путем снижения смертности населения от онкологических заболеваний. Основными задачами определены: совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем развития программ ранней диагностики (скринингов), повышение доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения с научно-обоснованной эффективностью, создание современной системы реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным.

Реализация Онкопрограммы способствовала улучшению профилактики онкологических заболеваний. На сегодняшний день по Республике реализуются 6 скрининговых программ ранней диагностики злокачественных новообразований, внедряется вакцинация девочек подростков против вируса папилломы человека. Большое внимание уделяется повышению квалификации врачей онкологической службы. Врачи организаций ПМСП обучаются вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний. Внедряются новые методы диагностики и лечения ЗН. Онкологические организации оснащаются современной лечебно-диагностической аппаратурой. Открываются новые онкологические, маммологические и проктологические кабинеты и кабинеты амбулаторной химиотерапии. Увеличивается число коек для оказания паллиативной помощи.

На эффективность проводимых в онкологической

службе стратегических изменений имеют влияние многие факторы, в том числе управление данными преобразованиями. Руководители территориальных управлений здравоохранения, онкологических диспансеров, амбулаторно-поликлинических организаций должны обладать соответствующими знаниями и навыками по достижению поставленных целей и задач. Анализ проводимых в онкологической службе реформ показал наличие проблем обусловленных недостаточной проработкой механизмов исполнения и реализации, неготовностью персонала медицинских организаций к изменениям. Оценка исполнения запланированных мероприятий усложнялась отсутствием эффективной системы мониторинга. Целью исследования является разработка методики внедрения и управления стратегическими преобразованиями в онкологической службе Республики Казахстан.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

Дать объективную оценку состояния и существующих проблем онкологической службы Республики.

Определить основные задачи и тенденции развития онкологической службы Республики в современных условиях.

Разработать систему мониторинга и оценки деятельности онкослужбы.

Разработать рекомендации по управлению стратегическими изменениями в онкологической организации.

Для решения поставленных задач в исследовании были применены следующие методы: комплексный и системный методы, метод сравнительного анализа, метод прогнозирования, диалектико-логический метод, графический метод.

При изучении проблемы использовались официальные материалы, законодательные и нормативно-правовые акты, материалы ГПРЗ РК «Саламатты Казахстан» на 2011 – 2015 годы, Программа развития онкологической помощи населению РК на 2012 – 2016 годы, научные статьи, материалы научно-практических конференций, статистические сборники, статистические данные онкологических организаций.

Целесообразность и осуществимость стратегических преобразований в онкологической организации проверяется на подготовительном этапе, включающем в себя: определение стратегических целей, анализ целевых перспектив изменений по модели OBSC, проверку осуществимости при помощи PEST – анализа, SWOT – анализа.

Планирование стратегических преобразований в онкологической организации начинается с выбора ключевых факторов успеха (КФУ) и ключевых показателей

эффективности (KPI). КФУ позволяют охарактеризовать внутреннюю и внешнюю среду организации, охватывая различные ее аспекты. KPI предназначены для количественной оценки критических факторов успеха. Каждый КФУ оценивается от одного до трех факторами эффективности.

В онкологической организации планируются преобразования внутренней среды, касающиеся структуры, управления и организации лечебно-диагностических процессов, но приоритетными должны стать изменения организационной культуры и личного видения медицинских работников. Во внешней среде должны быть осуществлены изменения, способствующие повышению уровня удовлетворенности пациентов качеством оказываемых медицинских услуг и достижению международного рейтинга.

Ключевыми факторами успеха (КФУ) онкологической организации определены:

1. Высокий уровень оказания онкологической помощи.
2. Наличие современной материально-технической и технологической базы онкологической организации.
3. Высокий профессиональный уровень медицинских работников.
4. Прибыльность.

С учетом вышеуказанных факторов определены следующие ключевые показатели эффективности (KPI) онкологической организации:

- количество онкологических больных получивших лечение в условиях стационара;
- количество внедренных методов диагностики и лечения ЗН;
- рейтинговое место среди медицинских или научных организаций;
- показатель рентабельности предприятия.

KPI учитывают и объединяют общие показатели деятельности медицинской организации и личные показатели медицинских работников ЛПУ. Мониторинг ключевых показателей эффективности проводится на постоянной основе, поэтому выбрана модель TPS позволяющая осуществлять стратегические преобразования непрерывно.

Следующим шагом после определения целей изменений и доказательств выполнимости необходимо перевести цели преобразований в задачи. Для этого применяется метод MBO (ManagementByObjectives), позволяющий управлять сотрудниками и предприятием. Метод способствует формулировке целей и задач направленных на реализацию стратегического плана организации, проведению контроля за их выполнением и оценке результативности и эффективности персонала и структурных подразделений. Кроме того метод MBO позволяет распределить поставленные задачи между работниками. Реализация метода проводится сверху вниз.

При формулировке задач учитывалась специфика медицинской организации и охватывался комплекс различных направлений и принципов деятельности:

- социальная ориентированность и ответственность;
- научная направленность;
- лечебно-диагностические мероприятия;
- управление ресурсами (трудовыми, финансовыми,

- информационными,
- медицинским оборудованием);
- новые технологии;
- прибыль и рентабельность предприятия.

На следующем этапе сформулированные задачи раскладываются на управленческие рабочие задания (УРЗ). Структуру управленческих рабочих заданий должны определять шаги, которые необходимо предпринять, и вклад, который необходимо сделать ради достижения целей организации.

Когда задачи сформированы, производится их перевод в управленческие технические задания (УТЗ).

Согласно управленческих рабочих заданий разрабатывается план изменений, являющийся своего рода «дорожной картой» по достижению поставленных целей. В плане указываются конкретные сроки исполнения, форма завершения и определяются ответственные лица.

Таким образом, производится перевод стратегических целей организации в конкретные задачи, трансформация их в управленческие рабочие задания и мероприятия с определением ответственных лиц из числа сотрудников организации.

#### Заключение

1. Анализ проводимых в онкологической службе Республики изменений подтверждает научную точку зрения о том, что стратегическое развитие организаций – это эволюционный процесс, характеризующийся непрерывностью, т.е. одно стратегическое изменение является основанием или предпосылкой для других изменений. В большинстве случаев это процесс ступенчатого характера.

Установлено, что стратегия изменений онкологической службы может быть единой и охватывать деятельность всех ООД. В то время, как нет единого универсального рецепта проведения этих изменений в организации. Стратегия изменений каждой отдельной онкологической организаций является уникальной, индивидуальной и составляется с учетом уровня оказания медицинской помощи, потенциала и укомплектованности кадрами, культурной среды, материально-технического оснащения и других имеющихся ресурсов.

2. Проведенный анализ состояния онкологической службы позволил выявить ключевые проблемы:

- недостаточно эффективная работа по профилактике и ранней диагностике ЗН;
- недостаточное развитие высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических больных;
- дефицит кадров онкологической службы;
- недостаточно развитая инфраструктура и материально-техническое оснащение онкологической службы;
- слабое развитие паллиативной и реабилитационной помощи.

3. С учетом выявленных ключевых проблем определены основные задачи и тенденции развития онкологической службы на 2016 – 2020 годы:

- совершенствование профилактической направленности системы ПМСП;
- развитие высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний;
- укрепление и развитие кадрового потенциала;

- совершенствование инфраструктуры онкологической службы и укрепление ее материально-технической базы;

- развитие паллиативной и реабилитационной помощи

4. Для повышения эффективности деятельности онкологической службы РК, улучшения взаимодействия и преемственности в деятельности УЗ, республиканских и региональных онкологических организаций необходимо внедрение системы мониторинга и оценки деятельности службы, с созданием национальной (1), региональных (18) и районных (во всех ЦРБ) групп МиО.

5. На основе модели управления стратегическими преобразованиями в онкологической службе, подготовленной на примере КазНИИОиР, разработаны рекомендации по управлению стратегическими изменениями в онкологической организации.

Реформирование системы здравоохранения проводимое в рамках реализации ГПРЗ «Саламатты Казахстан»

требует профессионального подхода со стороны руководителей всех уровней и звеньев.

Управление изменениями является обязательным условием при проведении стратегических, организационных преобразований в онкологической службе в целом и онкологических организациях в частности. Главной задачей управления стратегическими изменениями в онкологических организациях является максимальная адаптация всех структурных подразделений, ресурсов и бизнес-процессов к новым условиям работы, внешней среды. А так же адаптация планов и действий медицинского персонала и сотрудников по планированию, организации, контролю и мотивации проводимых преобразований на всех уровнях.

Для проведения эффективных стратегических преобразований в онкологической службе необходимы дальнейшие организационные изменения.

#### Список литературы

1. Ансофф И. Стратегическое управление. – М.: Экономика, 1989.
2. Барнс Т., Сталкер Г.М. Менеджмент. – М.: Финансы и статистика, 2007. – 467 с.
3. Виханский О., Наумов А. Менеджмент. Учебник. – 3-е изд. – М.: Экономист, 2003. – 364 с.
4. Семенов В. Г. Психология управления. – М.: Изд-о Дальневосточного университета. – Владивосток, 2005. – 250 с.
5. Beer M., Nohria N. Resolving the Tension between Theories E. and O of Change / Breaking the Code of Change // Harvard Business School Press. – Boston, 2000.
6. Фламгольц Э., Рэнд И. Управление стратегическими изменениями от теории к практике – М.: Эксмо, 2012. – 320 с.
7. Андреева Т. Организационные изменения: сравнительный анализ основных подходов // Вестник С-Пб. университета. Серия Менеджмент. – 2004. – Вып. 2. 8. Гибсон Дж., Доннелли Д. Организации: поведение, структура, процессы // Учебник для вузов – Новосибирск.: ИН- ТРА, 2001. – 660 с.
9. Широкова Г.В. Стратегии организационных изменений // Менеджмент в России и за рубежом. – 2005. – №1.
10. Рамперсад Хьюберт К. Индивидуальная сбалансированная система показателей. Путь к личному счастью, гармоничному развитию и росту эффективности организации. – М: Олимп-Бизнес, 2005. – 176 с.
11. Коттер Дж., Коэн Д. Суть перемен. Невыдуманные истории о том, как люди изменяют свои организации. – М.: Олимп-Бизнес, 2007.

Тұжырым  
Д.М. Байпеисов

Қазақтың онкология және радиология  
ғылыми-зерттеу институті

Қазақстан Республикасының  
онкологиялық қызметінің  
стратегиялық-өркендеулілік  
басқармасы

2012 жылдан бастан Республикамызда «2012-2016 жылғы онкология қызметінің жетелдіру» программасы енгізіліп жатыр. Онкология қызметінде өткізіліп жатқан стратегиялық реформалардың тиімділігі көптеген факторларға байланысты. Олардың ішінде бұл өзгерістерді басқару. Денсаулық сақтау басқармасы, онкология диспансері, амбулаторлы-поликлиника мекемелер басшыларының қойған мақсатына жету білімдері мен дағдыларына байланысты. Енгізу тәсілдерінің жеткіліксіз дайындығы мен қызметкерлердің өзгеріске қарсыласу қыйыншылықтарын, онкология қызметінің реформаларын талдауы көрсетті. Жоспарланған іс-шараларды бағалауы тиімді мониторинг жүйесінің жоқсыздығымен қыйыншылыққа тірелген.

Түінді сөздер: Қатерлі ісіктер, онкология қызметі, стратегиялық өзгерістер, денсаулық сақтау менеджменті

Summary  
D.M. Baipeisov

Kazakh Research Institute of Oncology and  
Radiology

Management of strategic changes in  
the Oncology Service of the Republic  
of Kazakhstan

Development of cancer service in Kazakhstan 2012-2016" program is continuously implementing in republic from 2012. Effectiveness of ongoing strategic reforms in cancer service depends on many factors, including management of these changes. Management teams of regional healthcare administrations, cancer dispensaries and primary care facilities must have abilities and knowledge for achieving these goals. Analysis of ongoing reforms in cancer service revealed that there is lack of implementation mechanisms and personnel resistance for changes. Evaluation of reform implementation faced difficulties with absence of monitoring mechanisms.

Keywords: Cancer, cancer service, healthcare management, strategic changes.

УДК: 616.42-006.6-08

Қ.Қ. Жапаев

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

## Медициналық көмек көрсету басқаруды жетілдіру

*Тұжырым. Медициналық ұйым деңгейінде медициналық көмек көрсету сапасын басқарудың заманауи жүйесін жетілдіру денсаулық сақтау реформаларының талаптарына жауап беретін және сапаны жақсартуда маңызды құрал болып табылады. Түйінді сөздер: медициналық көмек көрсетудің сапасы.*

Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаевтың 28.01.2011 жылғы «Болашақты бірге құрамыз» атты Жолдауында «Біздің еліміздің жаңа даму кезеңіндегі мемлекеттік саясаттың басты бағыттарының бірі медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту және денсаулық сақтаудың жоғары технологиялық жүйесін дамыту болуы тиіс деп атап көрсетілген [1].

Медициналық қызметтің сапасы кешенді ұғым болып табылады және көптеген ауқымды себептерге байланысты болып келеді, олардың арасында медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық жарақтануын, клиникалық мамандардың кәсіби деңгейін және мотивтенуін арттыруды, медициналық көмекті ұйымдастыру және көрсету үдерістерін басқарудың қазіргі технологияларын енгізуді атап көрсетуге тиіспіз. Медициналық қызмет көрсету сапасын басқаруды жетілдіру Қазақстандағы денсаулық сақтауды дамытудың 2020 жылға дейінгі стратегиялық даму контекстінде маңызды орынға ие болады».

Жоғарыда аталғандарға сәйкес, сондай-ақ Қазақстан Республикасы халықтарының денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесінің қазіргі жағдайына жүргізілген талдау негізінде Қазақстан Республикасының 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтауды дамытудың Мемлекеттік бағдарламасының басымды стратегиялық бағыттары және іске асыру тетіктері анықталды (Қазақстан Республикасының Президенті 2010 жылғы 29 қарашадағы №1113 Жарлығымен бекітілген), олардың қатарында ел тұрғындарына көрсетілетін медициналық қызмет сапасын жақсарту атап көрсетілді [2].

Медициналық ұйым деңгейінде медициналық көмек сапасын басқарудың қазіргі жүйесін жетілдіру – сапаны арттырудың маңызды тетігі және денсаулық сақтауды реформалау талаптарына жауап береді.

Соңғы он шақты жыл ішінде өндірістік дамыған елдердің медицинасындағы елеулі прогресс көп жағдайда үздіксіз сапаны арттыру тұжырымдамасына негізделген денсаулық сақтау саласын басқарудағы жаңа көзқарастарды енгізумен түсіндіріледі.

Денсаулық сақтау саласына үздіксіз сапаны арттыру тұжырымдамасын енгізудің теориялық негіздері доктор Avedis Donabedian арқылы енгізілген болатын, ол медициналық көмек сапасын басқару бойынша жұмыстың үш басты бағытын атап көрсетті — құрылымды, процесті және нәтижені жетілдіруді. Құрылымның, процестің және нәтиженің өзара байланысы «Донабедиан триа-

дасы» деген атауға ие болды. А. Донабедиан бойынша медициналық көмектің сапасы медицина ғылымы мен технологиясын адам денсаулығына деген анағұрлым мол пайдамен тәуекелге бел бұмай пайдалану арқылы анықталады.

Сапаның бірнеше негізгі сипаттары бар екендігі баршаға белгілі, олар медициналық көмекті көрсетудің клиникалық және ұйымдастыру аспектілеріне, сондай-ақ қосалқы қызмет барысында да қарым-қатынасқа ие: кәсіби құзыреттілік; қолжетімділік; нәтижелілік; тұлғааралық өзара қарым-қатынастар; тиімділік; үздіксіздік; қауіпсіздік; ыңғайлылық.

Сапаның аталған сипаттары денсаулық сақтау жүйесінің барлық қызмет аспектілерін қамтыған. Осы сипаттардың маңыздылығы емделушілер және медициналық қызметкерлер тарапынан қойылатын талаптар контекстінде анықтала түседі. Емделушілер үшін медициналық көмектің сапасы олардың қажеттіліктеріне жауап берумен, уақтысында көрсетуімен және олардың қаншалықты сыпайылық танытуымен, өтініштеріне құлақ асуымен анықталады. Емделушілер көбінесе нәтижелілік пен қолжетімділікке, олардың өздерінің арасындағы және медицина қызметкерлерімен қарым-қатынасқа, сапаның анағұрлым аса маңызды сипаты ретінде медициналық көмектің үздіксіздігіне баса назар аударады. Медицина қызметкерлері әдетте кәсіби құзыреттілігіне, тиімділігіне және қауіпсіздікке баса назар аударады. Олардың көзқарасы тұрғысынан алғанда медициналық көмектің сапасы медициналық қызметкердің бойындағы емделушілердің денсаулығын жақсарту үшін қажетті дағдылар, ресурстар және шарттардың болуымен бірге кәсіби міндеттерін орындау үшін керекті білімдері және біліктерінің болуынан тұрады [3].

Барлық саналған медициналық көмек сипаттарына қол жеткізу жиынтығы емделушілер және медицина қызметкерлері арқылы емдеу-диагностикалау процесін басқаруға деген жаңа көзқарастарды енгізу барысында қойылатын талап-тілектердің орындалу сапасын анықтайды.

Медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту мақсатында Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 22 желтоқсандағы № 1577 «Медицина қызметі сапасының ішкі және сыртқы сараптамасын ұйымдастыру және жүргізу қағидаттарын бекіту туралы» қаулысына сәйкес медицина қызметі сапасының ішкі және сыртқы сараптамасын ұйымдастыруды жетілдіру қажет, атап айтқанда:

- медициналық қызмет көрсету сапасына ішкі бақылау (аудит) жүргізу қызметі арқылы медициналық ұйымның клиникалық қызметіне, денсаулық сақтау саласындағы медициналық қызмет көрсету тәртібі мен стандарттарының бұзылу деректерін анықтау, сондай-ақ емделуде жатқан емделушілердің өтініштерін бес күннен аспайтын мерзім ішінде қарау, медициналық ұйымның

басшысына медициналық қызмет көрсету сапасына ішкі бақылау (аудит) жүргізу арқылы анықталған көрсетілген медициналық қызмет сапасының төмендеу себептері мен жағдайларын жою бойынша ұсыныстар енгізу;

- белгілі бір жұмыс кезеңі аралығында денсаулық сақтау субъектілерінің көрсеткіштеріне салыстырмалы талдау жасау мақсатында есеп және есептілік құжаттамаларына, өткен жылғы осы кезеңмен салыстырғанда халық денсаулық жағдайының республикалық және облыстық орташа көрсеткіштеріне талдау жасау;

- жүргізілген емдеу-диагностикалық шараларға толық ретроспективалық және/немесе клиникалық аудит жүргізу жолымен олардың белгіленген стандарттарға сәйкестігіне клиникалық аудит жүргізу.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

ұйымдарында медициналық көмек көрсету сапасын қамтамасыз ету жүйесінің қазіргі уақытта қолданылып жүрген жүйесі медицина ұйымының бақылау және сырттай әсер ету тетігі болып табылады және медициналық қызмет көрсетудің ең кіші стандарттарын орындауды ғана қамтамасыз етеді. Бұл көзқарас медициналық қызметкерлердің өзінің кәсіби қызметіне деген объективті сыни бағасын іске асыруды және алынған нәтижелердің тұрақты түрде жетілдіруді қамтамасыз етпейді.

Денсаулық сақтау саласында мемлекеттік бақылауды жетілдірумен қатар медициналық ұйым деңгейінде медициналық көмек көрсету сапасын басқару жүйесін және тәуелсіз сарапшылықты дамыту қажет екендігі өзінен белгілі.

#### *Қолданылған әдебиеттер тізімі*

1. Қазақстан Республикасының Президенті Н. А. Назарбаевтың Қазақстан халқына «Болашақты бірге құрамыз» жолдауы. - 2011. - 42 бет.
2. «Саламатты Қазақстан» 2010-2015 Мемлекеттік бағдарлама, 29 қараша, 2010 жыл.
3. Назаренко Г.И., Полуцева У.И. Медициналық көмек сапасын басқару. - М: Медицина, 2000. - 368 бет.

Аннотация  
К.К.Жапаев

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

### Совершенствование управление качеством медицинских услуг

Совершенствование современной системы управления качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации - это важный рычаг повышения качества и отвечает требованию реформы здравоохранения.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, реформа.

Summary  
K.K. Zhapayev

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

### Improving the quality control of medical services

Improvement of modern control system by quality of medical care at the level of the medical organization is an important lever of improvement of quality and meets the requirement of reform of health care.

Key words: control of medical services, reform.



УДК: 618.19-006.6.

<sup>1,2</sup>Ж.Ж. Жолдыбай, <sup>2</sup>Ж.К.Жакенова, <sup>2</sup>Г.Рузиева, <sup>2</sup>Г.Д.Касымбекова, <sup>1</sup>Н.Н.Бекбосынов, <sup>1</sup>Г.С.Ахметова<sup>1</sup>Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии<sup>2</sup>Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

## Магнитно-резонансная томография в диагностике рака шейки матки

*Аннотация.* В работе представлены результаты оценки распространенности РШМ методом МРТ у 85 женщин с верифицированным диагнозом, получивших лечение в КазНИИОиР в 2014 г.

*Ключевые слова:* диагностика, МРТ, шейка матки, рак.

**Актуальность.** По данным ВОЗ, ежегодно в мире диагностируют более 500 000 новых случаев рака шейки матки (РШМ) [1]. В Казахстане в 2012 году РШМ по заболеваемости занимал 2 место среди злокачественных новообразований у женщин [2]. Отмечен значительный прирост стандартизованного показателя заболеваемости РШМ в Казахстане за период с 2007 по 2012 годы, который составил 21,2%, в то время как в России темп прироста этого показателя за данный период составил 11,2%. Имеется увеличение стандартизованного показателя смертности в Казахстане среди женщин с РШМ на 13,3% в период с 2007 по 2012 годы [2]. Эффективность лечения РШМ напрямую зависит от своевременной диагностики заболевания и правильной оценки распространенности процесса. Пятилетняя выживаемость при РШМ варьирует от 17% при IV стадии до 92% при I стадии [3]. МРТ широко применяется для диагностики и оценки распространенности РШМ. МРТ дает возможность получать изображения без ограничений в плоскости исследования. Пространственная визуализация при МРТ позволяет наиболее точно решать вопросы топической диагностики, обладает высокой «тканевой» визуализацией. Чувствительность и специфичность МРТ в оценке местной распространенности РШМ составляет 80% и 86% соответственно [4].

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов МРТ органов малого таза 85 женщин в возрасте от 24 до 75 лет с гистологически верифицированным диагнозом РШМ, прошедших обследование в Казахском НИИ онкологии и радиологии с 1 января по 31 декабря 2014 года. Средний возраст пациенток был 49,9 лет (95% ДИ 47,2-52,7). МРТ малого таза проводили с целью уточнения распространенности основного процесса и определения тактики лечения.

**Результаты.** Чувствительность МРТ в диагностике РШМ составила 97,7%. В норме в режиме Т2 слизистая оболочка цервикального канала дает высокий (гиперинтенсивный) сигнал, цервикальная строма, окружающая канал, имеет очень низкий (гипоинтенсивный) сигнал (рисунок 1).

Опухоль шейки матки на МР-срезах имеет среднюю интенсивность сигнала и хорошо визуализируется на фоне гипоинтенсивного сигнала стромы и гиперинтенсивного сигнала цервикального канала в режиме Т2 (рисунок 2).

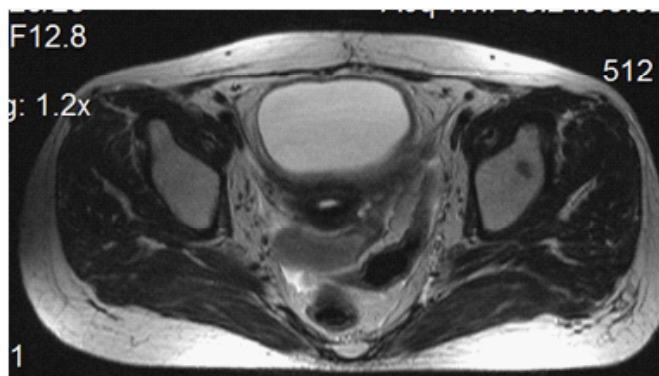


Рисунок 1- МРТ в Т2ВИ, аксиальная и сагиттальная проекции. Шейка матки в норме. Цервикальный канал имеет гиперинтенсивный сигнал (стрелка), строма, окружающая цервикальный канал, имеет гипоинтенсивный сигнал

Чаще всего опухоль шейки матки была однородной структуры (72,3%). Неоднородность структуры опухоли составила 27,7%, из них в 2,4% неоднородность структуры была обусловлена распадом. Визуализация опухоли шейки матки зависела от ее размера. Средний максимальный размер опухоли шейки матки в нашем исследовании составил 5,2 см. Из них в 2 (2,4%) случаях I стадии РШМ опухоль не визуализировалась на МРТ-срезах, тогда как по данным патоморфологического исследования инвазия стромы составляла до 1,0 см. Эндофитный тип (85,6%) роста РШМ превалировал над экзофитным (14,4%). При определении распространенности процесса при РШМ было выявлено: опухоль располагалась только в шейке матки в 41,0% случаев, опухоль из шей-

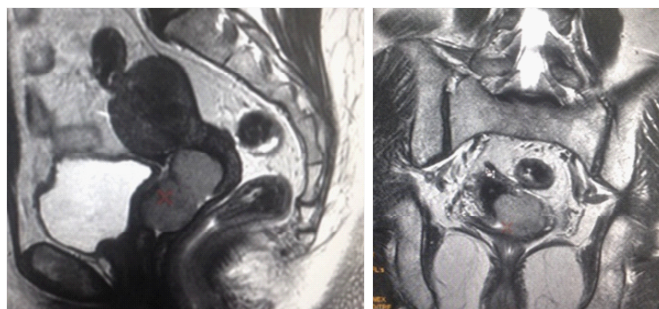


Рисунок 2 - МРТ в Т2ВИ, сагиттальная и фронтальная проекции. Рак шейки матки с распространением до 1/3 влагалища. Опухоль шейки матки визуализируется как образование со средней интенсивностью сигнала и хорошо визуализируется на фоне гипоинтенсивного сигнала стромы и гиперинтенсивного сигнала цервикального канала

ки матки распространялась в верхнюю треть влагалища в 38,6% случаев, опухоль распространялась в среднюю треть влагалища в 8,4% случаев, опухоль распространялась в нижнюю треть влагалища в 2,4% случаев, опухоль распространялась на тело матки в 9,6% случаев.

Одним из важных критериев распространенности процесса при раке шейки матки является оценка наличия или отсутствия инвазии параметрия. Инфильтрация параметрия в нашем исследовании установлена в 50,6% случаев. Признаком отсутствия инфильтрации параметрия на МРТ-срезах является сохранение целостности наружного контура стромального кольца шейки матки в виде интактной пластинки с низким сигналом (рисунок 3).

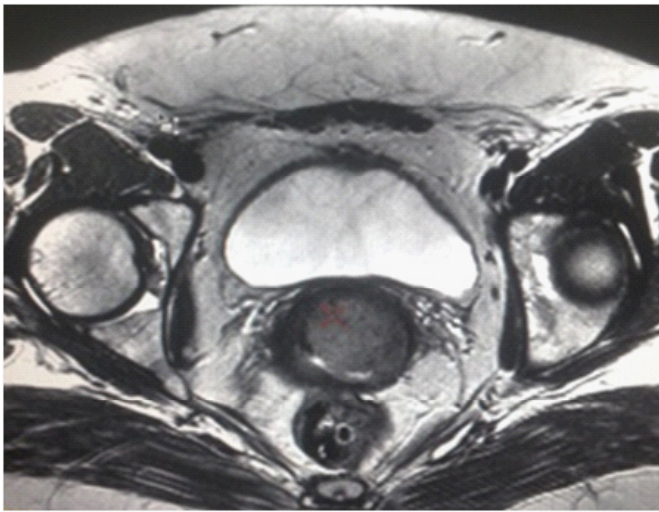


Рисунок 3 - МРТ в Т2ВИ, аксиальная проекция. Рак шейки матки. Отсутствие инвазии в параметральную клетчатку – имеется сохранение целостности наружного контура стромального кольца шейки матки в виде пластинки с низким сигналом вокруг

Признаками инфильтрации параметрия при РШМ на МРТ-срезах являются нарушение целостности стромального кольца шейки матки, появление клиновидных выпячиваний в сторону параметрия, которые выглядят, как участок ткани с пониженным сигналом на фоне гиперинтенсивного сигнала от жира (рисунок 4).

Метастатическое поражение тазовых лимфатических узлов установлено в 54,2% случаев. Подозрение на опухолевую инфильтрацию стенки мочевого пузыря установлено в 2 (2,4%) случаях, переход опухолевой инфильтрации с шейки матки на стенку прямой кишки установлен в 5 (6,0%) случаях.

Сочетание РШМ с миомой матки выявлено в 22,9% случаев. Образования яичников в сочетании с РШМ выявлены в 14,5% случаев.

Вывод. МРТ является методом выбора для оценки распространенности процесса при раке шейки матки.

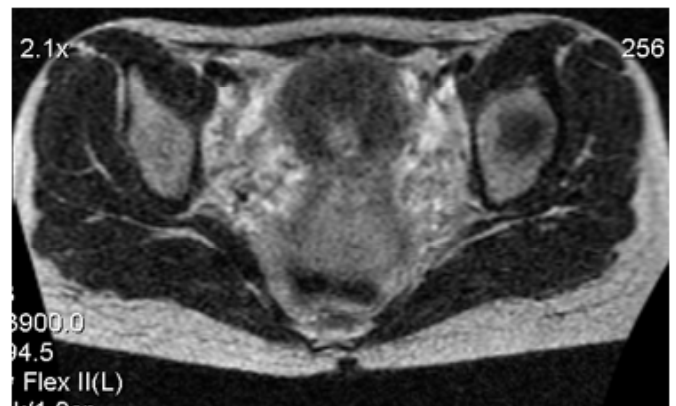


Рисунок 4 - МРТ в Т2ВИ, аксиальная проекция. Рак шейки матки. Отмечается инвазия в параметральную клетчатку с обеих сторон

#### Список литературы

1. Макаров И.О., Овсянникова Т.В., Шеманаева Т.В. и др. 3D УЗИ в норме и при изменениях шейки матки // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2013.-Т.7, №2. – С. 23-26.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных ново-образований в России и странах СНГ в 2012 году.-РОНЦ.- М., 2014.- 226 с.
3. Sala E., Wakely S., Senior E., Lomas D. MRI of Malignant Neoplasms of the Uterine Corpus and Cervix //AJR. – 2007. – Vol. 188. – P. 1577-1587.
4. Рубцова Н.А., Новикова Е.Г., Синицын В.Е. Возможности МРТ в предоперационной оценке местной распространенности рака шейки матки. // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2012.-Т.6, №3. – С. 6-13.

### Тұжырым

<sup>1,2</sup>Ж.Ж. Жолдыбай, <sup>2</sup>Ж.К. Жакенова,

<sup>2</sup>Г.Рузиева, <sup>2</sup>Г.Д.Касымбекова,

<sup>1</sup>Н.Н.Бекбосынов Н.Н., <sup>1</sup>Г.С.Ахметова

<sup>1</sup>Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ

<sup>2</sup>С.Д. Асфендияров атындағы Қазақты

Ұлттық медицина университеті

### Жатыр мойны қатерлі ісігін диагностикалаудағы магнитті- резонансты томография

Бұл жұмыста МРТ көмегімен диагнозы анықталған және ҚазО және РҒЗИ емделген 85 әйелдегі жатыр мойны қатерлі ісігінің таралуын бағалау нәтижелері ұсынылады.

Түйінді сөздер: диагностика, МРТ, жатыр мойны, қатерлі ісік.

### Summary

<sup>1,2</sup>Zh.Zh. Zholdybay, <sup>2</sup>Zh.K.Zhakenova,

<sup>2</sup>G.Ruzieva, <sup>2</sup>G.D. Kasimbekova,

<sup>1</sup>N.N. Bekbosinov, <sup>1</sup>G.S.Ahmetova

<sup>1</sup>Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology <sup>2</sup>Kazakh National Medical University

im.S.D.Asfendiyarova

### MRI for diagnoses cervix cancer

The paper presents the results of evaluation cervix cancer by MRI in 83 women, whose take the therapy in Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology in 2014 year.

Keywords: diagnostic, MRI, cervix, cancer.

УДК:616-006.6-07

Г.У.Тилеген - зам.директора Казахского НИИ онкологии и радиологии

## Программа Check-Up – залог здоровья и долголетия

В Казахском научно-исследовательском институте онкологии и радиологии внедрили систему Check-up, которая позволяет полностью обследовать состояние организма и предпринять меры для предотвращения предрасположенности к онкологическим заболеваниям. Так как в Казахстане онкологические заболевания занимают второе место по количеству смертности. Ежегодно умирает 17 000 человек от злокачественных новообразований, из них 42% являются трудоспособными гражданами. По результатам скрининга, обследование прошли 2 331 247 человек, у 2021 выявили онкологические заболевания. Это означает, что один человек из 1000 болен, то есть вероятность выявления заболевания составляет 0,1 %. По сравнению с 2013 годом этот показатель вырос на 1,4 %.

На сегодняшний день 25 тыс женщин страдают от рака молочной железы. Ежегодно эта болезнь подтверждается у 3500 и 1400 из них умирают. По показателям последнего пятилетия, продолжительность жизни женщин раком молочной железы составляет 51,4%, то есть живут на пять лет дольше. В США - 89,2%, а Великобритании - 86,6%.

В настоящее время гражданам Казахстана нет необходимости ехать за рубеж, чтобы пройти комплекс диагностических обследований, так как в Казахском НИИ онкологии и радиологии внедрили систему Check-up, что позволяет полностью обследовать состояние организма и предпринять меры для предотвращения предрасположенности к онкологическим заболеваниям.

Большинство пациентов прибегают к помощи врачей лишь в тех случаях, когда состояние здоровья ухудшается по причине той или иной болезни. Всем известно, что такая беспечность и безответственность к себе может привести к фатальному исходу.

В крупных медицинских учреждениях мира внедрена система диагностики Check-Up. Например, комплекс диагностических обследований можно пройти в клиниках медицинских центров Дюссельдорфа, Дортмунда, Эссена, Мюнхена, Берлина, Гамбурга, Касселя и Франкфурте на Майне. Продолжительность обследования в Германии зависит от содержания программы: от 2 часов до 3-х дней. Практика врачей показывает, что достаточно один раз пройти полное диагностическое обследование, которое включает лабораторную, инструментальную и функциональную диагностику, а также консультацию специалистов.

Дальше необходимо лишь периодически контролировать выявленные проблемы. Ведь ранняя диагностика является эффективным методом профилактики заболеваний. Именно по этому принципу работает программа Check-Up в Казахском НИИ онкологии и радиологии.

Согласно рекомендациям ВОЗ, людям старше 40 лет

необходимо проходить регулярное профилактическое обследование своего организма. Принцип ранней диагностики является основой сохранения здоровья человека.

По словам специалистов, главное преимущество системы заключается в том, что она работает по нескольким направлениям:

- онкологическое, кардиологическое, развернутое обследование с поиском опухоли у мужчин и женщин, неврологическое, расширенные программы для женщин и мужчин и другие;

- преимущество в экономии времени: не нужно тратить несколько дней в клиниках, чтобы пройти обследование. Базовая программа Check-Up занимает от 2 до 6 часов;

- по итогам диагностики пациент получает заключение о состоянии организма и по выявленным в результате обследования заболеваниях и получает рекомендацию по поддержанию здоровья.

Программа Check-Up в КазНИИОиР включает уникальность системы маршрутизации. Пациент проходит необходимое обследование в сопровождении индивидуального менеджера (из кабинета в кабинет). Кроме того предусмотрена встреча пациентов из зарубежных стран, отдаленных регионов Республики Казахстан с аэропорта, железнодорожных вокзалов (трансфер) и перевозка их в клинику или гостиницу.

Важным моментом является тот факт, что до сдачи анализов нельзя принимать гормоны, кортизоны, инсулин, кроворазжижающие (антикоагулянты), но иметь их при себе для приема после сдачи анализов. Также за три дня диагностики желательно прекратить прием витаминов, железа, различных пищевых добавок. Но, если пациент принимает лекарства, связанные с хроническими заболеваниями такими, как сахарный диабет, гипертония, заболевание сердца, щитовидной железы, для снижения уровня холестерина, ревматические, психиатрические и неврологические заболевания, нужно продолжать их прием.

В программе Check-Up КазНИИОиР три направления: онкологическое, расширенная программа для женщин и мужчин.

УДК:616.71/72-006.6-08

Г.А. Серикбаев, Ж.О. Мауленов, А.К. Курманалиев, Д.А. Тулеуова,  
Г.С. Ахметова, Орманов К.М.  
Казахский НИИ онкологии и радиологии

## Современное состояние хирургического лечения опухолей костей таза в Казахстане

*Аннотация.* Лечение злокачественных опухолей костей таза до сих пор остается сложной проблемой клинической онкологии. Операции при опухолях костей таза являются менее разработанными и недостаточно освещенными в литературе по сравнению с заболеваниями других отделов опорно-двигательного аппарата.

*Ключевые слова:* Опухоли костей таза, хирургическое лечение, объем резекции, морфологическая структура опухоли, органо-сохранные операции, эндопротезирование.

В 1978 г. W.F. Ennekingi WK. Dunham опубликовали работу, в которой попытались систематизировать резекции таза. Авторы предложили разделить таз на 4 зоны: I — крыло подвздошной кости, II — периацетабулярная, III — среднее полукольцо таза, IV — крестец

По нашим данным при локализации опухоли в I зоне хирургическому лечению подверглись 15 (19,2%) пациентов, во II-ой – 36 (46,1%), в III-ей – 7 (8,9%) и в IV-ой – 20 (25,6%) пациентов.

Первичные опухоли костей встречаются сравнительно редко. Их частота не превышает 1% от всех злокачественных новообразований человека. По литературным данным, заболеваемость составляет у мужчин 1, а у женщин 0,6—0,7 случая на 100 000 населения. Опухоли костей в большинстве случаев возникают у лиц молодого и среднего возраста. Чаще поражаются длинные трубчатые кости и кости таза.

Статистические данные за 10 лет представлены на рисунке 1.

Лечение злокачественных опухолей костей таза до сих пор остается сложной проблемой клинической онкологии. Операции при опухолях костей таза являются менее разработанными и недостаточно освещенными в литературе по сравнению с заболеваниями других отделов опорно-двигательного аппарата. По данным Н.Н. Трапезникова с соавт., удельный вес первичных злокачественных опухолей костей таза составляет 15,7% от всех злокачественных опухолей костей. По литературным данным известно, что в костях таза доброкачественные опухоли встречались в 2—3 раза реже, чем злокачественные, а в костях конечностей доброкачественные процессы встречаются чаще. Злокачественные опухоли костей таза имеют худший прогноз, чем при локализации в длинных трубчатых костях. Этот факт связан с несколькими причинами. Во-первых, большинство пациентов обращаются в специализированные учреждения при наличии опухоли уже достаточно больших размеров, особенно при росте ее в полость таза. Во-вторых, кости таза являются сложной зоной для рентгенологического обнаружения опухоли. В-третьих, сложное пространственное строение таза, близость жизненно важных структур (магистральных сосудов, нервов, органов малого таза) часто делают невозможным выполнение радикального оперативного вмешательства. Кроме того, пациентам этого профиля нередко в ортопедических клиниках выполняют неадекватные операции, что также ухудшает прогноз.

К сожалению, большинство пациентов в нашей стране не получают квалифицированной диагностики и ле-

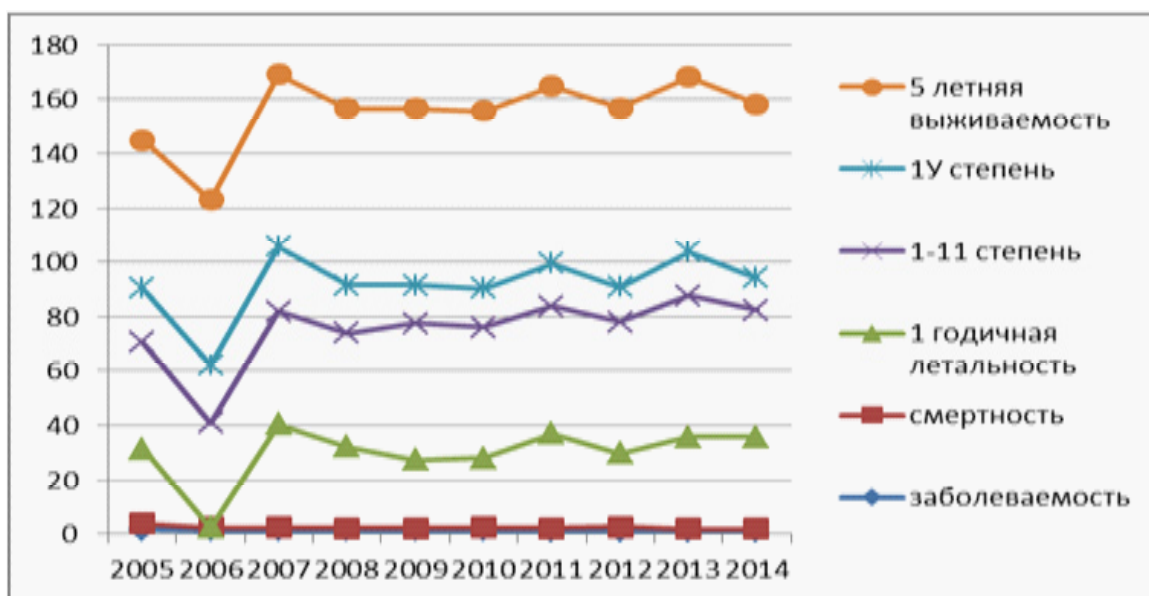


Рисунок 1 - Статистические данные за 10 лет

чения на местах и прибывают с запущенными формами опухолей. Позднее обращение больных в специализированные учреждения значительно усложняет лечение, а зачастую служит отказом от лечения. По данным М.Д. Алиева с соавт. (2006), около 80% пациентов до установления правильного диагноза проходили лечение по поводу других неонкологических заболеваний.

Хирургическое лечение опухолей костей таза отличается высоким риском развития интра- и послеоперационных осложнений, наиболее грозными из которых являются кровотечение и инфицирование раны с последующим развитием сепсиса. Резекции костей таза требуют знания онкологической ортопедии, сосудистой, абдоминальной, пластической хирургии, нейрохирургии. Тем не менее, с развитием анестезиологии, реанимации и трансфузиологии увеличивается количество и объем оперативных вмешательств.

Все эти факторы обуславливают:

- необходимость совершенствования оперативных методик и доступов;
- поиск новых возможностей реконструкции костных и мягкотканых дефектов;
- развитие методик профилактики и лечения осложнений;
- выбор адекватного объема оперативного вмешательства в зависимости от гистологической формы опухоли с целью снижения числа рецидивов.

В данной статье представлены непосредственные результаты хирургического лечения опухолей костей таза у 78 пациентов, в период с 2005 по 2014 год включительно.

В 1978 г. W.F. Enneking и W.K. Dunham опубликовали работу, в которой попытались систематизировать резекции таза. Авторы предложили разделить таз на 4 зоны: I — крыло подвздошной кости, II — периацетабулярная, III — среднее полукольцо таза, IV — крестец (рисунок 2).

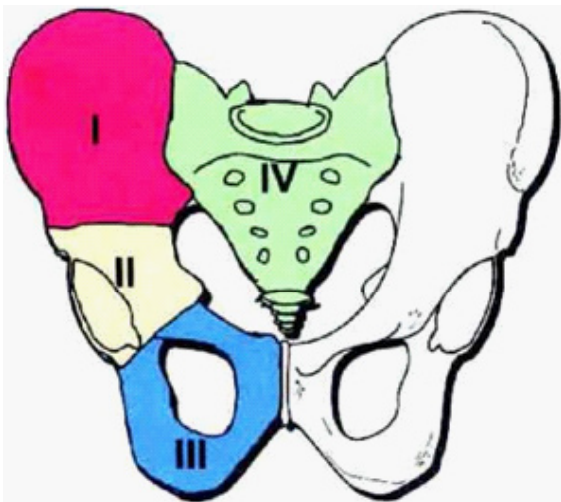


Рисунок 2 – Зоны резекции таза

По нашим данным при локализации опухоли в I зоне хирургическому лечению подверглись 15 (19,2%) пациентов, во II-ой – 36 (46,1%), в III-ей – 7 (8,9%) и в IV-ой – 20 (25,6%) пациентов.

Таблица 1 - Морфологическая структура

Гистологическая форма	Количество	%
Хондросаркома	40	51,2
Злокачественная фиброзная гистиоцитома	6	7,6
Остеосаркома	3	3,8
Саркома Юинга	1	1,2
Фибросаркома	1	1,2
МТС в кости	4	5,1
Саркомы мягких тканей	3	3,8
Гигантоклеточная опухоль	13	16,6
Прочие (эхинококк, тератома, киста, ганглионевринома, хордома)	7	8,9
Всего	78	100

Наибольшее количество больных было с хондросаркомой кости (51,2%) и гигантоклеточной опухолью (16,6%)

Таблица 2 - Различные виды резекции костей таза

Зоны резекции	Количество	Процент
Резекция I-II-III зоны (органосохранная операция + эндопротезирование)	8	10,2
Резекция I зоны (с пластикой)	15	19,2
Резекция II-III зоны (эндопротезирование)	5	6,4
Резекция III зоны	7	8,9
Резекция IV зоны (резекция крестца на уровне S2-S3)	20	25,6
Резекция I-II-III зоны (межподвздошно-брюшная ампутация)	23	29,4
Всего	78	100

Таким образом, хирургическое вмешательство с применением реконструкции выполнено 23 пациентам. Из них реконструкция с применением спиц Киршнера и костного цемента проведена 15 (65,2%) пациентам и эндопротезирование 8 (34,7%).

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли в 8 (10,2%) случаях. В том числе инфекционные осложнения у 2 (2,5%) и неинфекционные у 6 (7,6%). Умерло в раннем послеоперационном периоде 2 (2,5%) пациента. В первом случае причиной явилось острая полиорганная недостаточность, во втором – геморрагиче-

ский шок.

Появление КТ, МРТ и трехмерного моделирования позволило с большой точностью определить истинные границы распространения опухоли и планировать линию резекции и при необходимости возможные варианты реконструкции. Благодаря этому удалось повысить радикальность оперативных вмешательств и таким образом уменьшить количество рецидивов.

Заключение

• Подавляющее большинство больных, с данной патологией, обращается в специализированные учреждения тогда, когда опухоль уже достигает значительных размеров

• Тщательное предоперационное планирование, опирающееся на современное комплексное обследование, совершенствование хирургической техники с применением реконструктивно-пластических этапов операций, анестезиологического пособия, появление биоинертных имплантов для замещения обширных послеоперационных дефектов - позволило расширить показания для оперативных вмешательств у пациентов с опухолевым поражением костей таза.

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

#### Список литературы

1. Арзыкулов Ж.А., Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2005-2014 год. (стат. материалы).-Алматы, 2006-2014.
2. Алиев М.Д. Эндопротезирование как основа онкоортопедии //Поволжский онкологический вестник. -2012.- №2.- С - 14.
3. Алиев М.Д. Инфекционные осложнения эндопротезирования суставов у онкологических больных //Саркомы костей и мягких тканей. Научно-практ. ж. Восточно-Европейской группы по изучению сарком.-2011.№1.- С. - 3.
4. Алиев М.Д., Мусаев Э.Р. Хирургическое лечение первичных опухолей таза //Саркомы костей и мягких тканей. Научно-практ. ж. Восточно-Европейской группы по изучению сарком.- 2011.- №3.-С. - 4.
5. Aliev M.D., Nisichenco D.V., Saravanan S.A. et al. Instability of the endoprosthesis in bone tumors. A retrospective analysis //22th Annual Meeting of the European Musculoskeletal Oncology Society (EMSOS). 13-16 May, 2009.
6. Sokolovskiy V.A., Nisichenco D.V, Orekhov M.N. et al. Use of megaprotheses at total replacement of the femur at oncological patient //23th Annual Meeting of the European Musculoskeletal Oncology Society (EMSOS). 5-7 May, 2010.

#### Тұжырым

Ғ.А.Серікбаев, Ж.О.Мәуленов,  
Ә.Қ.Құрманалиев, Д.А.Төлеуова,  
Г.С.Ахметова, Қ.М.Орманов

Онкология және радиология Қазақ ҒЗИ

#### Summary

G.A.Serikbaev, Zh.O.Maulenov, K.Kurmanaliev,  
D.A.Tuleuova, G.S.Ahmetova, K.M.Ormanov  
Scientific Research Institute of Oncology  
and Radiology

### Қазақстандағы жамбас сүйектері ісіктерінің қазіргі заманғы хирургиялық емдеу әдістері

Жамбас сүйектерінің қатерлі ісіктерін емдеу қазіргі таңдағы клиникалық онкологияның күрделі мәселелерінің бірі болып табылады. Жамбас сүйектерінің ісіктері кезінде жасалынатын оталар тіреу-қимыл аппаратының басқа бөлімдерімен салыстырғанда, көп жетілдірілмеген және әдебиеттерде аз жарықтанған.

1978ж. W.F. Enneking және W.K. Dunham жамбас сүйектерінің резекцияларын жүйлендіруге бағытталған жұмысын жарыққа шығарды. Авторлар жамбасты 4 аймаққа бөлуді ұсынды: I – мықын сүйктің қанаты, II – периацетабулярлы, III – жамбастың ортаңғы жартысақинасы, IV – сегізкөз.

Біздің мәліметтерге сай I аймақтың ісіктері кезінде хирургиялық ем 15 (19,2%), II-ші – 36 (46,1%), III-ші – 7 (8,9%) және IV-ші – 20 (25,6%) науқасқа жүргізілді.

Түйінді сөздер: жамбас сүйегінің ісіктері, хирургиялық емдеу, резекция көлемі, ісіктің морфологиялық құрылысы, ағза-үнемдеші оталар, эндопротездеу.

### Contemporary condition of surgical treatment of pelvic bones` tumors in Kazakhstan

The treatment of malignant tumors of pelvic bones still remains the difficult problem of clinical oncology. Operation of bones` tumors are less developed and insufficiently illuminated in literature compared with diseases of other departments of musculoskeletal system.

In 1978 W.F. Enneking and W.K. Dunham published the article where they tried to systematize pelvic resections. Authors proposed to divide pelvis on 4 zones: zone 1 – wing of iliac, zone 2 – periacetabular, zone 3 – middle semicircle of pelvic, zone 4 – sacrum.

According our data, if tumor located in zone 1, 15 (19%) of patients were undergone of surgical treatment, if in zone 2 – 36 (46,1), zone 3 – 7(8,9%), in zone 4 – 20 (25,6%) patients.

Keywords: tumors of pelvic bones, surgical treatment, volume resection, morphological structure of the tumor, organo-conserving surgery, arthroplasty (the surgical reconstruction or replacement of a joint).

УДК:616.345-006.6-08

Т.А.Абдылдаев, Г.А.Акылбекова

Национальный Центр Онкологии, г. Бишкек

## Результаты лечения больных раком толстой кишки

*Аннотация. В настоящее время наблюдается значительный рост больных трудоспособного возраста РТК, что обуславливает необходимость поиска новых и совершенствования традиционных методов ранней диагностики, лечения и профилактики. Около половины всех пациентов не подлежат радикальному лечению вследствие выявления РТК на поздних стадиях, им выполняются паллиативные операции.*

*В работе проведен анализ заболеваемости и смертности у больных раком толстой кишки, также представлена эффективность и токсичность режима FOLFOX (комбинация 5-фторурацил + лейковорин + оксалиплатин). Приведены собственные результаты исследования данного режима.*

*Ключевые слова: рак толстой кишки, выживаемость, заболеваемость, смертность, метастазы в печень, циторедуктивные операции, оксалиплатин, эффективность, токсичность, резекция метастазов.*

Рак толстой кишки в настоящее время — одно из самых распространенных онкологических заболеваний. Заболеваемость и смертность населения от рака продолжают неуклонно расти. Ежегодно в мире регистрируется более 1 200 000 случаев колоректального рака и более 600 000 обусловленных им летальных исходов. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РТК у мужчин занимает 3-е место и 2-е у женщин. Проблема особенно актуальна для индустриально развитых государств, устойчивый тренд к увеличению частоты РТК в последние годы наблюдается в странах Азии (например, в Японии). В Европе общая выживаемость составляет 43 %, а в Соединенных Штатах — 62 %, однако эти показатели заметно падают, когда опухоль метастазирует в других органах. Риск развития РТК увеличивается с возрастом — в развитых странах более 90 % случаев диагностируются у лиц старше 50 лет. При этом, около 30 % больных умирают в течение первого года наблюдения, а пятилетняя выживаемость при РТК после выполнения клинически радикальных операций составляет в среднем 60 % [1,2,3,4].

В Кыргызстане заболеваемость РТК в 2012 г. составила 2,5 на 100.000 населения, в 2011 г. составила 1,9 на 100.000 населения, соответственно. Смертность составила за 2012 г. 1,3 (49,7%) на 100.000 населения. От РТК смертность остается высокой — до 50% пациентов погибают от прогрессирования заболевания в течение 3-5 лет после радикальной операции [5].

В начале XXI века арсенал лекарственных препаратов для лечения РТК незначительно расширен. Несмотря на успехи хирургии, количество больных, нуждающихся в системной химиотерапии (ХТ) вследствие метастазирования, остается большим.

Принципиально новыми противоопухолевыми препаратами, активными при РТК, оказались производное

платины III поколения оксалиплатин. Комбинации, включающие эти препараты с производными фторпиримидина (комбинации FOLFOX, FOLFIRI, XELOX), обладают противоопухолевой активностью порядка 50-60% при КРР, а последовательное их применение позволяет увеличить медиану выживаемости больных и метастатическим РТК до 20 мес. (при симптоматической терапии этот показатель составляет 8 мес., при использовании фторпроизводных пиримидина — 11,7 мес.). Оксалиплатин — комплекс платины с оксалатом и 1,2-диамино-циклогексаном, обуславливает формирование платиновых внутринитевых «сшивок», блокирующих репликацию ДНК пораженных клеток. Этот препарат стал новой ступенью в ХТ РТК, а его комбинация с ФУ и ЛВ является стандартом адъювантной ХТ при операбельном РТК и вариантом ХТ первой линии при метастатическом РТК. С появлением новых химиопрепаратов открываются возможности их применения в различных вариантах после проведения циторедуктивных операций по поводу РТК [6,7].

Установлено, что от 20 до 50% больных РТК при первичном обращении, а также при выполнении предположительно радикальных операций уже имеют отдаленные метастазы. Среди наиболее часто встречающихся локализаций метастазов, по современным данным занимает печень. К сожалению, лишь 10-15% отдаленных метастазов в печени являются резектабельными. Резекция метастазов в печень без химиотерапии приводит к 5-летней выживаемости в 30%. Общая 5-летняя выживаемость больных с метастазами РТК в печень после химиотерапии по одной из указанных схем (FOLFOX, XELOX, FOLFIRI, FOLFOXIRI) и последующей операции — 40%, медиана выживаемости 36 — 46 месяцев [8].

Материал и методы. В исследование включены 50 больных раком толстой кишки, которые наблюдались в отделении химиотерапии НЦО МЗКР с 2008 по 2014 гг.

Характеристика больных включает возраст, стадии заболевания, морфологию, степень дифференцировки и локализации опухоли, отдаленные метастазы, предшествующее хирургическое лечение и химиотерапии. Среди пациентов преобладали мужчины: 27 (54%) против 23 (42,5%) женщин. Средний возраст больных составляет 57,1 года (возрастной диапазон — от 34 до 78). Из 50 больных раком толстой кишки у 36 (72%) была III стадия, у 14 (28%) IV стадия заболевания.

Преобладающее количество локализации первичной опухоли было в сигмовидной кишке 14 (28%), в ректосигмоидном отделе толстой кишки 14 (28%), далее в слепой кишке 6 (12%) соответственно.



Таблица 1 - Распределение больных в зависимости от локализации первичной опухоли

Локализация больных	Количество	
	n	%
Слепая кишка	6	12
Восходящая кишка	7	14
Поперечно-ободоч.к.	3	6
Нисходящая обод.к.	6	12
Сигмовидная кишка	14	28
Ректосигмоидный отдел	14	28
Всего	50	100

Из 50 больных, радикальные операции произведены 42 (84%) больным и 8 (16%) нерадикальные операции. 10 (20%) больным выполнено операции Гартмана, правосторонняя гемиколэктомия 12 (24%) больным, левосторонняя гемиколэктомия 8 (16%), резекция сигмовидной кишки по Гартману 6 (12%) больным. Остальным 14 (28%) пациентом произведены резекции различных отделов толстой кишки, из них выполнено 6 (12%) комбинированных операций.

Морфологическая верификация опухоли была у 50 (100%) случаях. По морфологическому строению большинство опухолей было представлено умеренно дифференцированной аденокарциномой - 36 (72%), малодифференцированной у 7 (14%) больных, высокодифференцированной опухолью у 5 (10%) больных. Слизистый рак обнаружен у 2 (4%) больных.

Таблица 2 - Распределение по морфологической структуре опухоли

Морфологическая структура опухоли	К-во Б-х	%
аденокарцинома высокодифференцированная	5	10
Аденокарцинома умеренно дифференцированная	36	72
Аденокарцинома малодифференцированная	7	14
Слизистый рак	2	4
Всего	50	100

Обследование и лечение, а также оценка эффективности и токсичности лечения проведена согласно стандартом ВОЗ. Первая линия химиотерапии проведена по схеме FOLFOX-4: Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> 22-часовая инфузия в 1-й день, Лейковорин 200 мг/м<sup>2</sup> в/в, в течение 2 ч с последующим болюсом Фторурацил (ФУ) 400 мг/м<sup>2</sup> и 22-часовой инфузией ФУ 600 мг/м<sup>2</sup>. Во второй день повторяется аналогичное введение ЛВ и ФУ. Интервал 14 дней.

Результаты лечения и обсуждение. Всего было проведено 195 курса химиотерапии по схеме FOLFOX. В среднем проведено 3,9 курса. После адъювантных курсов химиотерапии по режиму FOLFOX в сроки наблюдения составило от 4 мес. до 4 года 8 мес.

Одногодичная выживаемость составила 72% больных. В сроки наблюдения от 4 мес. до 4,8 года умерли 4 (8%) из 50 больных. У остальных больных медиана выживаемости еще не достигнута.

Как видно из таблицы 3. в большинстве случаев метастатическое поражение печени выявлено у 12 (24%), в забрюшинных лимфатических узлах у 7 (14%) пациентов, в легких 6% и яичниках 6%, соответственно.

Таблица 3 - Локализация метастазов

локализация метастазов	Кол-во больных	
	n	%
печень	12	24
забрюшинные лимфоузлы	7	14
легкие	3	6
яичники	3	6
другие органы	6	12
Всего	31	62

У 7 (14%) больных отмечалось прогрессирования заболевания, которым проводилось повторное оперативное лечение. В качестве одного из этапов лечения 2 (4%) пациентам было выполнено 3 резекций печени, в одном случае резекция печени выполнялась в 2 этапа. 2 (4%) больным выполнена паллиативная операция - удаление придатков по поводу метастаза Крукенберга. Гистологически метастазы железистого рака. У 3 (6%) пациентов иссечены метастатическая опухоль в мягких тканях передней брюшной стенки. Им были продолжены лечебные курсы химиотерапии по схеме XELOX, FOLFOX.

Токсичность режима.

Оценена токсичность химиотерапии у 50 (100%) больных. Гематологическая токсичность в частности анемия, была выраженной и носило обратимый характер. Наблюдалась анемия у 23 (46%) I степени, у 9 (18%) II степени, у 3 (6%) больных III степени. Лейкопения II степени у 5 (10%), I степени у 3 (6%) больных соответственно. случаев фебрильной нейтропении и тромбоцитопении не отмечено. Ни один пациент не умер от осложнений химиотерапии. Все побочные эффекты были обратимы и корригированы введением КСФ.

Таблица4 - Гематологическая токсичность

побочные эффекты	Степень токсичности			
	I	II	III	IV
анемия	23(46%)	9 (18%)	3 (6%)	-
лейкопения	3 (6%)	5 (10%)	-	-
тромбоцитопения	-	-	-	-
нейтропения	-	-	-	-

Таблица5 - Негематологическая токсичность

побочные эффекты	Степень токсичности			
	I	II	III	IV
анемия	23(46%)	9 (18%)	3 (6%)	-
лейкопения	3 (6%)	5 (10%)	-	-
тромбоцитопения	-	-	-	-
нейтропения	-	-	-	-

## Список литературы

1. Downing A., Aravani A., Macleod U. et al. Early mortality from colorectal cancer in England: a retrospective observational study of the factors associated with death in the first year after diagnosis //Br.J. Cancer.- 2013.-Vol.108, N3.- P. 681-95.
2. Platell C., Ng S. et al. Changing management and survival in patients with stage IV colorectal cancer //DisColonRectum.- 2011.-Vol. 54.-P. 214-19.
3. Int. J. Cancer.- 2010.-Vol. 127,N12.-P. 2893-917. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf>.
4. Center M.M., Jemal A., Ward E. International trends in colorectal cancer incidence rates // CancerEpidem.Biomark.Prev.- 2009.-Vol.18, N6.-P. 1688-94.
5. Соодонбеков Э.Т., Бейшембаев М.И., Айдарбекова А.А. Некоторые проблемы онкологической службы в Кыргызской Республике //Вестник онкологии Кыргызстана.- 2013.-Т. 3.-С.7-8.
6. Colorectal Cancer Collaborative Group Palliativechemo the rapy for advanced colorectal cancer: systemic review andmeta-analysis //British.Med. J.-2000.-Vol. 321.-P.531-535.
7. Tournigand C., Andre T., Achille E. et al. FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study //J. Clin. Oncol.-2004.-Vol. 22.-P. 229-237.

## Тұжырым

Т.А.Абдылдаев, Г.А.Ақылбекова  
Қырғыз Ұлттық онкология орталығы,  
Бишкек қ.

Тоқ ішек қатерлі ісігімен ауырған  
науқастарға жүргізілген емнің  
нәтижесі

Қазіргі таңда тоқ ішек қатерлі ісігімен еңбекке жарамды жаста ауыратын науқастардың саны өсуде. Сондықтан бұл дертті дер кезінде анықтау, емдеу және алдын алу шаралары қарастырылуда. Анықталған науқастардың жарымынан көбі дертін асқындырып уақытында қаралмағандығынан, радикалды ем түрлері жасалынбай тек паллиативті ота ғана қолданылады.

Бұл жұмыста тоқ ішек рагымен ауырғандардың аурушандық және өлім көрсеткіштері, сонымен қатар FOLFOX химиотерапиясының (5-фторурацил + лейковорин + оксалиплатин) тиімділігі мен уыттылығы талданған. Түйінді сөздер: тоқ ішек рагы, өміршеңдік, аурушандық және өлім көрсеткіштері, оксалиплатин, тиімділігі, уыттылығы.

## Summary

T.Abdylidaev,G.Akylbekova  
The National center of oncology,Bishkek

Outcomes in patients with colon  
cancer

Currently, there is a significant increase in patients of working age RTC, which leads to the need to find new and improved traditional methods of early diagnosis, treatment and prevention. About half of all patients are not subject to radical treatment due to detection of RTK in the later stages, they are performed palliative operations.

The analysis of morbidity and mortality in patients with colon cancer also represented the efficacy and toxicity regime FOLFOX (a combination of 5-fluorouracil + leucovorin plus oxaliplatin). Presented the results of its own investigation of the regime.

Key words: colon cancer, survival, morbidity, mortality, liver metastases, cytoreductive surgery, oxaliplatin, efficacy, toxicity, resection of metastasis.

УДК: 616-6

Р.К.Каракулов, С.Т.Габбасова, Г.А. Сагиндыков., Б.А.Насипов,  
А.С.Джазылтаева, Б.М.Жумадуллаев

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

## Применение Ритуксимаба при лечении больных с первичной Неходжкинской лимфомой желудочно-кишечного тракта

*Аннотация. В работе приведены результаты лечения 16 больных с НХЛ желудочно-кишечного тракта III-IV A и B стадий, из них у 6 детей с НХЛ тонкого и толстого кишечника.*

*У 6 детей с НХЛ ЖКТ после проведенной резекции кишечника впервые использован таргетный препарат - Ритуксимаб, при В-клеточной форме НХЛ ЖКТ. Все пациенты получали 6 курсов ПХТ по режиму R-CHOP, пятилетняя выживаемость составила 100%.*

*У 10 взрослых больных с В-клеточной формой НХЛ ЖКТ использована схема R-CHOP, общая пятилетняя выживаемость составила 90%.*

*Ключевые слова: НХЛ желудочно-кишечного тракта, В-клеточная НХЛ, ритуксимаб, общая пятилетняя выживаемость.*

За последние десятилетия отмечается значительный рост заболеваемости неходжкинскими лимфомами (НХЛ). Она выше в развитых странах, самая высокая заболеваемость (6,8-16,6‰) отмечается в США Канаде, Великобритании и Европе, а низкая (2,9-4,1‰) – в Ю.Америке, Китае, Индии, России и Казахстане [IARC]-2012]. В РК заболеваемость гемобластозами составляет 8,0 на 100 тыс., а смертность 4,4‰ [3,4,9].

Неходжкинские лимфомы представляет собой гетерогенную группу лимфопролиферативных заболеваний, различающихся по морфологическому строению, клинической картине, характеру и результатам проводимой терапии.

В настоящее время отмечается возрастание количества пациентов с экстра nodальными НХЛ, которые наиболее часто поражают желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), центральную нервную систему, ВИЧ-инфицированных пациентов [1,8]. При этом именно ЖКТ является наиболее распространенным проявлением злокачественных лимфом (40%), а его вовлечение в патологический процесс может происходить на любых этапах основного заболевания. Причем, среди первичных НХЛ ЖКТ наиболее часто поражается желудок (55-70%), реже тонкая кишка и илеоцекальная область (20-35%) и толстая кишка – 5-10%, а первичные НХЛ пищевода вообще описаны в единичных клинических наблюдениях.

В России лимфомы составляют 2,8% всех злокачественных опухолей, из которых на НХЛ желудочно-кишечного тракта приходится от 1 до 15% всех ЗН, локализующихся в данной анатомической области [5,10].

В Казахстане еще нет четкой статистики по заболеваемости злокачественных лимфом ЖКТ. Ежегодно в отделении гемобластозов получают около 10 больных с лимфомами ЖКТ.

Современная диагностика НХЛ ЖКТ предусматривает проведение таких клинко-диагностических мероприятий, эндоскопическая ультразвуковое исследование, биопсия, КТ, МРТ, ПЭТ-КТ.

Гистологический диагноз лимфомы ЖКТ верифицируется только при наличии четких морфологических признаков заболевания, а также при использовании методов ИГХ (определение CD45KB, CD 19, CD 20, CD 22, CD29a антигенов) и данных МГИ, структурные или регуляторные изменения генов BCL 1, BCL 2, BCL 10, с t(14q32) p16 [7,15,17]. Для подтверждения положения именно о наличии первичной лимфомы ЖКТ, помимо гистологического подтверждения диагноза еще используется, так называемые, критерий Доусона, которые включают в себя отсутствие пораженных периферических лимфоузлов во время постановки диагноза, отсутствие увеличенных лимфоузлов средостения, нормальные показатели периферической крови, возможно наличие во время лапаротомии видимого поражения кишечника и только регионарных лимфоузлов, а также отсутствие поражения печени и селезенки.

Подводя итоги анализа, имеющихся на сегодняшний день исследований, можно сделать вывод, что, начиная с 2000 г. (с момента внедрения в широкую клиническую практику ритуксимаба – моноклональных антител к CD20(+)) существенно улучшились результаты лечения В-клеточных индолентных и агрессивных лимфом у взрослых. Применение ритуксимаба как в индукции, так и в поддержке, на сегодняшний момент является едва ли не единственным способом добиться максимального эффекта терапии. Ритуксимаб обладает таргетным воздействием на злокачественные В-клетки, благодаря чему позволяет снизить токсичность режима химиотерапии без потери клинического эффекта за счет снижения доз химиопрепаратов.

Однако остается нерешенной проблема, касающаяся комбинированной терапии экстра nodальных лимфом, в частности лимфом ЖКТ.

Цель исследования – улучшение отдаленных результатов лечения больных с лимфомой желудочно-кишечного тракта у взрослых и детей.

Материал и методы. Материалом исследования служили результаты лечения 16 больных, 10 взрослых пациентов и 6 детей с первичной НХЛ желудочно-кишечного тракта III-IV A и B стадий, наблюдавшихся в отделении гемобластозов с 2005 по 2014гг.

Дизайн исследования: - впервые проведено изучение эффективности нового режима ПХТ (R-CHOP 21) с первичной НХЛ ЖКТ у детей: (ритуксимаб по 375 мг/м<sup>2</sup>, циклофосфамид 750 мг/м<sup>2</sup>, доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, вин-

кристин 1,4 мг/м<sup>2</sup>, все в 1 день, преднизолон 60 мг/м<sup>2</sup> с 1-5 дни с учетом фенотипических особенностей, генетических маркеров (1 основная группа).

Вторая основная группа включила больных с первичной формой НХЛ ЖКТ, получавшие лечение по схеме R-CHOEP-21 (ритуксимаб по 375 мг/м<sup>2</sup>, циклофосфамид 750 мг/м<sup>2</sup>, доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, винкристин 1,4 мг/м<sup>2</sup>, все в 1 день, этопозид по 100 мг в/в 3-5 дни), преднизолон 60 мг/м<sup>2</sup> с 1-5 дни).

Исследование будет проводиться в соответствии с протоколом, ориентированными на выполнение правилами GCP и нормативными требованиями.

Основной конечный результат – изучение непосредственной эффективности лечения и общей 5-летней продолжительности жизни больных с НХЛ III-IVA и V стадий в основной и контрольной группах.

Первичные конечные точки - оценка безопасности методов химиотерапии и изучение объективного эффекта применяемых схем и режимов химиотаргетной терапии.

Вторичные конечные точки – изучение безрецидивной и общей выживаемости больных с первичной формой НХЛ ЖКТ IV A и B стадий.

Критерий включения: критериями включения будут служить пациенты (взрослые до 80 лет) и дети с 5 до 15 лет с НХЛ ЖКТ IV A и B стадиями заболевания и различной степени злокачественности.

Критерии исключения:

1. возраст свыше 80 лет;
2. застойная сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия, нарушение ритма и проводимости, острый инфаркт миокарда;
3. почечная недостаточность (уровень сывороточного креатинина более 0.2 ммоль/л); печеночная недостаточность, острый гепатит (уровень сывороточного билирубина более 1.5 норм, АЛТ, АСТ более 3х норм, ПТИ менее 70%);
4. тяжелая пневмония (дыхательная недостаточность, одышка более 30 ДД в минуту, артериальная гипоксемия менее 80 mmHg);
5. Сепсис (септикопиемические очаги, нестабильная гемодинамика);
6. Угрожающие жизни кровотечения;
7. Тяжелые психические нарушения (бред, тяжелый депрессивный синдром и другие проявления продуктивной симптоматики);
8. Физическая несостоятельность, требующая постоянного ухода, кахексия (уровень общего белка ниже 35г/л);
9. Декомпенсированный сахарный диабет (сахар крови выше 15 ммоль/л);
10. Беременность.

Оценка первичных конечных точек (в основных и контрольных группах) включает проведение больному ОАК, биохимического анализа крови, биопсия опухоли с последующим гистологическим, цитогенетическим и ИГХ исследованиям, таковые проводятся всем пациентам до лечения. При верификации НХЛ с экспрессией CD 20(+) антигена больному назначается ПХТ, включающая ритуксимаб (6-8 курсов). Установление стадий заболевания, рентгенологическое исследование органов грудной

клетки, УЗ томография периферических и забрюшинных лимфоузлов, КТ органов брюшной полости и средостения, ЯМРТ и ПЭТ по показаниям скинтиграфия скелета.

Результаты лечения больных и их обсуждение

Результаты лечения детей с первичной неходжкинской лимфомы кишечника III-IVA и V стадий.

В детском отделении КазНИИОиР лечение получали 6 детей с неходжкинской лимфомой толстого кишечника, IV B стадий. У 3-х больных зарегистрирована НХЛ илеоцекального угла толстого кишечника.

Пример: Больной М. 13 лет, клинический диагноз: НХЛ илеоцекального угла толстого кишечника, ст. IV B, состояние после дезинвагинации кишечника, резекция илеоцекального угла, тонко-толстокишечный анастомоз конец в конец. Заключение ИГХ исследования: НХЛ, CD 20 (+). Больной получил 6 курсов ПХТ по схеме R-CHOP21. По данным МРТ и КТ ОГК и ОБП достигнута полная ремиссия процесса, рецидив процесса не зарегистрирован в течение 5 лет. Больной находится под наблюдением онкологов ООД.

Двое больных получали Мабтеру с диагнозом мелкоклеточная лимфома толстого кишечника, ст. IV B, состояние после резекции толстого кишечника, ИГХ заключение: мелкоклеточная лимфома CD 20 (+), больной проведена ПХТ по схеме R-CHOP21 (7 курсов), у одного ребенка достигнута полная ремиссия процесса, у одного - частичная. Рецидив процесса не зарегистрирован в течение 5 лет.

Шестая пациентка Х. 11 лет, наблюдается с диагнозом: лимфома Беркитта илеоцекального угла, ст. IVB, состояние после гемиколэктомии. Гистологическое и ИГХ заключение: лимфома Беркитта. Больной проведен 7 курсов ПХТ по схеме R-CHOP21, также достигнута полная ремиссия процесса. У 1 ребенка с рефрактерной формой НХЛ III B стадий после 4-х курса ПХТ по схеме CHOP зарегистрирован рецидив заболевания, которым было проведено 6 курсов ПХТ по схеме R-CHOP21+ трансплантация аутологичной ГСК и достигнута полная ремиссия процесса. Рецидив заболевания не зарегистрирован в течение 5 лет.

Таким образом, предварительные результаты применения режима R-CHOP21 у детей с рефрактерной формой НХЛ показывает эффективность применяемого режима и его достаточную перспективность применения Ритуксимаба в лечении первичной неходжкинских лимфом желудочно-кишечного тракта у детей.

Применение режима R-CHOEP 21 у больных с первичной НХЛ желудочно-кишечного тракта III - IV A и B стадий.

Проводилось лечение 10 больных с первичной НХЛ ЖКТ III-IV A и B стадий заболевания, из них у 6 пациентов была зарегистрирована MALT лимфома высокой степени злокачественности (диффузная крупноклеточная НХЛ), а у 4-х - MALT лимфома с низкой степени агрессивности.

По данным ИГХ у всех больных в опухоли установлена экспрессия CD 20, CD 30 CD43 антигена. Кроме того, установлена высокая пролиферативная активность опухолевых клеток, Ki 67 в 60,0% случаях варьировал от 40,0 до 80,0%, а в 40,0% - от 80,0 до 100,0%.

Установлено, что основным видом лечения лимфом ЖКТ является хирургический метод. Практически все

пациенты поступают в хирургические клиники с диагнозом рак желудка или толстого кишечника и диагноз НХЛ подтверждает только после гистологического и ИГХ исследования. Во всех случаях была выполнена тотальная резекция желудка и лимфодиссекция D2, в случае толстого кишечника – гемирезекция с лимфодиссекцией D2. Далее всем пациентам проводилось 6-8 курсов адьювантной ПХТ с применением

R-СНОЕР 21 (ритуксимаб по 350 мг/м<sup>2</sup>, циклофосфамид 750 мг/м<sup>2</sup>, доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, винкрестин 1,4 мг/м<sup>2</sup>, эпозид 100 мг/м<sup>2</sup> 1-3 дни, преднизолон 60 мг в/а 1-5 дни).

У 6 пациентов с НХЛ ЖКТ высокой степени злокачественности после 6-8 курсов ПХТ была достигнута положительная динамика. Общая пятилетняя выживаемость составила 80,0%. У 4-х больных с MALT-лимфомой низкой степени злокачественности применение режима R-СНОЕР 21 позволило достичь полной ремиссии у всех больных, а пятилетняя выживаемость составила 90,0%.

По данным Aviles A. [11] в проспективном рандомизированном исследовании изучали результаты лечения больных с ДККЛ желудка с применением одной ПХТ или хирургического лечения с адьювантной ПХТ и пришли к выводу о том, что нет достаточных оснований для включения в схему лечения резекции желудка. Проведение ПХТ, включающий таргетную терапию при первичной НХЛ ЖКТ позволяет достигнуть полную ремиссию у 85-100% пациентов [6]. Аналогичные результаты были получены, которые показали результаты консервативного лечения высоко агрессивных лимфом желудка с применением 6-8 курсов СНОР или 4-6 курсов ПХТ+локальная лучевая терапия, оказалось эффективной у 90% больных и позволило достичь 10-летней БРВ в 82% случаев.

В немецком многоцентровом исследовании по результатам лечения локализованных первичных лимфом желудка были собраны результаты лечения 747 пациентов, из которых 393 получали лучевую терапию и/или ПХТ или только хирургическое лечение [15]. Выживаемость в 42 мес. для больных, перенесших операцию составила 86%, по сравнению с 91%, получавших консервативное

лечение.

По данным Bartlett, David L. и соавт.[12] из 106 больных первичной диффузной лимфомой желудка низкой степени злокачественности у 34 на первом этапе была проведена резекция желудка и регионарных л/узлов, а у остальных проводилась только химиотерапия. 10-летняя актуальная выживаемость всех больных без признаков заболевания составила 91% для стадии I и 82% - для стадии II. Следуя полученными нами данными можно утвердить, что комбинированное лечение (ПХТ+хирургическое) дает лучшие результаты лечения. По данным [14] представили данные о лечении 130 больных первичными агрессивными В-клеточными лимфомами желудка. При этом после хирургического лечения трехлетняя БРВ составила 78%, после комбинации хирургическое лечение с ПХТ – 84%. Трехлетняя общая выживаемость (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ) при проведении только ПХТ и химиолучевой терапии составили 95,2 и 91,8%, соответственно.

Таким образом, в результате полученных нами результатов и обсуждения литературных данных можно сделать заключение о том, что режим R-СНОР после хирургического лечения является наиболее оптимальным. Однако следует отметить, что выбор комбинированного или комплексного методов лечения НХЛ желудочно-кишечного тракта должен зависеть от степени злокачественности и ее клинического течения.

Выводы:

1. Применение хирургического метода лечения и химиотаргетной терапии при НХЛ тонкого и толстого кишечника у детей оказалось наиболее эффективной, где пятилетняя выживаемость составила 100%.
2. При агрессивной форме НХЛ желудочно-кишечного тракта более эффективным является режим R-СНОЕР, где общая пятилетняя выживаемость составила 90,0%.
3. Доказано преимущество ПХТ после хирургического лечения при НХЛ желудочно-кишечного тракта, перед комбинированной терапией (хирургическое лечение+лучевая терапия).

#### Список литературы

1. Богданов А.Н., Максимов А.Г., Саржевский В.А., Аносов Н.А. Особые формы неходжкинских лимфом // Практическая онкология.-2004.-Т.5, №3.-С.217-221.
2. Грачева А.В. Роль лучевой терапии в комбинированном лечении больных экстрадольными неходжкинскими лимфомами.... Автореф.дис.канд.мед.наук.:С-Пб.,2013.-25с.
3. Гранов А.М., Ильин Н.В. В кн. «Лимфомы». - С-П, 2010.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г.- М.: РАМН РОНЦ им. Н.Н.Блохина,- 2002.
5. Ильин Н.В., Виноградова Ю.Н., Николаева Е.Н. и др. Первичные экстрадольные алимфомы//В.кн. «Лимфомы». Научно-прак.издание. Под общей ред. акад. РАМН Гранова и проф. Н.В.Ильина.-С-Пб.2010.-С.171-215.
6. Лорие Ю.Ю. Лимфомы из клеток мантийной зоны //Онкогематология.-2006.- Т.8,№1.-С.1-6.
7. Коксадзе Н.В. MALT-лимфома желудка: морфоиммунологические основы диагноза на материале гастробиопсии.... Автореф. дис.канд.мед.наук.- М., 2005.-25с.
8. Колесник Е.А. Злокачественные лимфомы пищеварительного тракта //Онкология.-2003.-Т.5, №1.-С.63-68.
9. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Махатова Г.Т. Показатели онкослужбы Республики Казахстан за 2011год.- Алматы, 2012.
10. Поддубная И.В., Неред С.Н., Суанова З.А. и др. Неходжкинские лимфомы кишечника-первичное экстрадольное поражение //Современная онкология.-2010.-С.80-84.
11. Aviles A. Nambo M.J., Neri N.et.all. The role of surgery in primary gastric lymphoma:results of a controlled clinical trial // Annals of Surgery.-2004.-Vol.240, N1.-P.44-50.
12. Bartlett David, L.M.D.Long-term Follow-Up After Curative Surgery for Early Gastric Lymphoma //Annals of Surgery.-1996.-

Vol.233.-P.53-62.

13. Freeman C. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas //Cancer.-1972.-N.29.-P.252-260.

14. Kang Y.K.,Chang H.M. Comparison of surgery+chemotherapy+radiation with chemotherapy+radiation for localized aggressive B-cells primary gastric lymphomas //Seoul:The 28th Annual Meeting of the Korean Cancer Ass.-2002.-P.127.

15. Koch P., Probst A.,Berdel W.E. etall. Treatment result in localized primary gastric lymphoma: data of patients registered within the German multicenter study //J. Clin.Oncol.-2005.-N.23.-P.7050-7059.

16. Raderer M. Chemotherapy for management of localised high-grade gastric B-cell lymphoma //Ann Oncol.- 2002.-Vol.13.-P.1094-1098.

17. Reinartz G., Koch P.,Berdel W.E. etall. Radioth.Gastrointest.Non-Hodgkins Lymphoma //// Gastrointest. Oncol.-2012.- Vol.3, N3.-P.209-225.

### Тұжырым

Р.Қ.Қарақұлов, С.Т.Габбасова,  
Г.А.Сағындықов, Б.А.Нәсіпов,  
А.С.Жазылтаева, Б.М. Жұмадуллаев  
Қазақтың онкология жән радиология  
ғылыми-зерртеу институты

### Summary

R.K. Karakulov,S.T. Gabbasova, G.A.  
Sagyndikov, B.A. Nassipov, A.S. Jazylytayeva,  
B.M. Zhumadullaev  
Kazakh Research Institute of Oncology and  
Radiology

## Ритуксимабты балалардың ішек-қарынының біріншілік Ходжкин емес лимфомасын емдеуде қолдану

Жұмыста балалардың ішек-қарынының біріншілік Ходжкин емес лимфомасын емдеуде Ритуксимабтың әсері зерттелді. Балаларға аш және тоқ ішегіндегі ісікті алу отасы жасалып, содан кейін 6 дүркін R-CHOP кестесі бойынша химиялық ем жасалды. Аурулардың 5 жылыдқ өмір сүруі уақыты 100% жетті.

Түйінді сөздер: Ритуксимаб, балалардың ішек-қарынының біріншілік Ходжкин емес лимфомасы, аурулардың 5 жыл өмір сүруі.

## Rituximab in the treatment of the non-Hodgkin's Lymphoma of Gastrointestinal Tract

The results of treatment of 16 patients with NHL gastrointestinal tract III-IV A and B stage, 6 of them are children with NHL of the small and large intestines.

We used effective targeted drug - Rituximab for 6 children with NHL- B cell form of the gastrointestinal tract after bowel resection which was performed first.

All patients received 6 cycles of chemotherapy regime, five-year survival rate was 100%. In 10 adult patients with B cell NHL form GI was used scheme R-CHOP-21 and the overall five-year survival rate was 90%.

Key words: NHL of gastro intestinal tract, B cell lymphoma, Rituximab, five year overall survival

УДК: 616.14-006.6-08

Б.А.Кожомбердиев

Национальный центр онкологии МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

## Анализ вариабельности сердечного ритма при радикальной экстирпации матки с придатками

**Аннотация.** *Различные авторы показали информативность использования статистических и спектрально-волновых характеристик сердечного ритма (HR), чтобы оценить общее состояние организма человека. Но до сих пор не были должным образом изучены возможности использования вариационной ритмографии оценить адаптационные возможности человека, а также его неспецифическую устойчивость к стрессовым условиям, как наличие тяжелой болезни или хирургического вмешательства.*

**Ключевые слова:** *ритмография операция Вергейма.*

**Актуальность.** Различными авторами показана информативность использования статистических и спектрально-волновых характеристик сердечного ритма (СР) для оценки общего состояния организма человека [1-4,6]. Однако до сих пор недостаточно изучены возможности использования вариационной ритмографии для оценки адаптивных возможностей человека, а также его неспецифической резистентности в условиях стресса, каким является наличие тяжелого заболевания или проведение хирургического вмешательства [5,7,8]. В этой связи изучение характеристик СР для оценки общего состояния организма при различных патологических состояниях является весьма актуальным. Существуют данные о том, что в течение определенного периода (возрастные интервалы, появление болезней, стрессовых ситуаций) начинается рассогласование регуляторных систем. Это бесспорно должно отражаться на ведущих регуляторных механизмах организма, а именно на вегетативной нервной системе [1,2]. Тенденции развития современных представлений о здоровье как способности адаптироваться требуют персонализации и профилактической направленности при оценке и прогнозировании индивидуального здоровья. Это возможно реализовать на основе донозологического подхода, наиболее востребованного в медицине. Поэтому изучение характеристик СР для оценки общего состояния организма при

различных патологических состояниях является весьма актуальным.

**Цель исследования** - Изучение возможности использования кардиоритмографии у больных раком шейки матки во время радикальной операции. **Материал и методы исследования.** За период с 2004 по 2008 гг. нами проведено исследование ритма сердца и спектрально-волновых характеристик у 47 женщин, получивших хирургическое вмешательство (операция Вергейма) по поводу рака шейки матки I-IIa стадий. Ритмограмма регистрировалась автоматизированной системой анализа СР, куда входят компьютер IBMPC/ AT, ритмограф RG-02, АЦП (аналогоцифровой преобразователь) и программное обеспечение системы. Кардиосигналы с груди пациента снимались с помощью электродов, подключенных к ритмографу, который подключался к компьютеру через АЦП. Анализировались следующие показатели: характеристика СР, выводы о вегетативной регуляции, анализ нарушений проводимости и ритма сердца. Величины высоких, средних и низких частот выражали в относительных единицах, которые представляют процентный вклад каждой колебательной составляющей в общую мощность спектра. **Результаты исследования.** В соответствии с целью исследования одной из задач было изучить вариабельность сердечного ритма при выполнении расширенных и простых гистерэктомий. В таблице 1 представлены данные средние значения M, Max и Min у больных, получивших радикальное хирургическое вмешательство по поводу злокачественных опухолей матки и яичников в объеме операции Вергейма. При этом было обнаружено, что многие сравниваемые значения статистически были не достоверными, хотя наблюдается тенденция к снижению большинства показателей. В дооперационном периоде минимум средних значений M составил 0,625, а максимум 0,989, т.е. размах был незначительным, Такая же тенденция сохранилась и после. Значительный размах наблюдался при изучении показателя Max (сек) – 0,694 (минимальный) и 2,829 (максимальный).

Таблица 1- Средние значения M, Max и Min у пациенток, перенесших операцию Вергейма

Показатели	M(сек)		Max(сек)		Min(сек)	
	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Среднее	0,78	0,767	0,994	0,864	0,693	0,667
Станд. ошибка	0,023	0,011	0,118	0,023	0,018	0,022
Медиана	0,77	0,758	0,891	0,848	0,694	0,675
Дисперсия выборки	0,0097	0,005	0,2378	0,020	0,006	0,018
Эксцесс	-0,192	1,867	15,03	12,180	0,751	12,98
Асимметричность	0,321	1,172	3,780	2,997	0,056	-3,312
Минимум	0,625	0,653	0,694	0,678	0,534	0,049
Максимум	0,989	0,98	2,829	1,524	0,861	0,824

Примечание: сравниваемые значения средних величин статистически не достоверны

В следующей таблице (№2) представлены показатели регуляции сердечного ритма, отвечающие за парасимпатическое звено. Отмечается статистически достоверное снижение Dх (сек) в послеоперационном периоде. Но снижение стандартного квадратического отклонения оказалось статистически не достоверным.

Таблица 2 - Показатели парасимпатического звена в динамике

Показатели	M(сек)		Max(сек)		Min(сек)	
	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Среднее	0,3001	0,1972	P<0,05	0,041	0,0316	p>0,05
Станд. ошибка	0,1267	0,0282		0,0088	0,0045	

Далее нами были изучены показатели CV и EX, которые также отражали деятельность сердечной регуляции в изучаемом аспекте (таб. 3). При этом было обнаружено, что показатель CV достоверно снизился в послеоперационном периоде – до 3,874.

Таблица 3 - Показатели сердечного ритма до и после операции Вертгейма

Показатели	M(сек)		Max(сек)		Min(сек)	
	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Среднее	5,0835	3,874	P<0,05	-3,023	-3,037	p>0,05
Станд. ошибка	1,401	0,228		0,035	0,0058	

Значение CV в дооперационном периоде составило 5,0835+1,401, тогда как в послеоперационном оно было равно 3,874+0,228. Сравнимые значения были отличимы, причем статистически достоверно. Значение EX практически не изменилось в динамике исследования.

Далее, при изучении таких показателей, как Мода, амплитуда моды и индекс вегетативного равновесия у пациенток до и после операции Вертгейма были обнаружены следующие изменения (таб. 4). Значение Моды до операции было равно 0,752±0,026, после операции отмечено незначительное, статистически не достоверное снижение данного показателя. Однако амплитуда моды изменилась довольно значительно в сторону снижения от 58,9% до 16,7% (P<0,05).

Таблица 4- Мода, амплитуда моды и индекс вегетативного равновесия у пациенток до и после операции Вертгейма

Показатели	M(сек)		Max(сек)		Min(сек)	
	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Среднее	0,752	0,743	58,957	16,76*	553,08	518,619
Станд. ошибка	0,026	0,011	4,31	2,12	21,02	64,02
Примечание: * - P<0,05						

Индекс вегетативного равновесия, указывающий на степень централизации управления по отношению активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы после хирургического вмешательства уменьшился существенно, но это снижение было статистически не достоверным.

Показатель адекватности процессов регуляции, характеризующий соотношение между активностью симпатического отдела и ведущим уровнем функционирования синусового узла в процессе оперативного лечения

практически не изменился. То же самое можно было сказать и о ВПР – вегетативной показатель ритма, позволяющий судить о состоянии уровня регуляции.

Динамика данных показателей представлена на следующей табл. 5. Однако, не все показатели статистически достоверно изменились в ту или иную сторону. Так, вегетативный показатель ритма практически не изменился, что свидетельствует об определенной устойчивости данного показателя к различным экзогенным и эндогенным воздействиям.

Таблица 5 - ВПР, ПАПР и ИН у пациенток в динамике оперативного вмешательства

Показатели	M(сек)		Max(сек)		Min(сек)	
	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Среднее	10,65	10,243	81,23	89,19	242,09	332,85*
Станд. ошибка	2,92	0,982	7,37	4,48	33,77	41,19
Примечание: * - P<0,05						



Заключение. Таким образом, онкологами использовались различные оперативные вмешательства при опухолях репродуктивной сферы женщин. Наиболее тяжёлыми, как в техническом, так и в плане последствий, является расширенная экстирпация матки с придатками, с забрюшинной лимфодиссекцией. При этой операции кроме удаления основной опухоли вместе с поражённым органом выполняется удаление лимфатических узлов по ходу магистральных сосудов. При изучении средних значений  $M$ ,  $Max$  и  $Min$  у больных, получивших радикальное хирургическое вмешательство по поводу злокачественных опухолей матки и яичников в объёме операции Вертгейма наблюдается тенденция к снижению большинства показателей.

Далее было показано также снижение таких показателей, как стандартное квадратическое отклонение

(Dx), CV и EX. Эти показатели также отражают деятельность сердечной регуляции.

При изучении таких показателей, как Мода, амплитуда моды и индекс вегетативного равновесия у пациенток до и после операции Вертгейма были обнаружены определенные изменения: практически все они снизились, причем статистически достоверно.

У изучаемой группы пациенток индекс вегетативного равновесия в динамике хирургического вмешательства изменился весьма незначительно, что возможно свидетельствует об устойчивости данного процесса.

У пациенток, перенесших операцию Вертгейма, получено в целом снижение общей мощности спектра сердечных волн.

#### Список литературы

1. Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития.- М.: Медицина, 1982. – С. 23-30.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний.- М.: Медицина, 1997. – 265 с.
3. Баевский Р.М., Черникова А.Г. Оценка адаптационного риска в системе индивидуального донозологического контроля //Рос.физиолог. ж.-2014.-N10.- С.1180-1194.
5. Варонецкас Г., Жемайтите Д., Эйдукайтис А. Изменение нелинейных характеристик вариабельности сердечного ритма // Физиология человека.- 2006.-N 3.-С.5-12.
6. Денисов Л.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. и др. Донозологический подход в оценке заболеваемости и смертности населения // Гигиена и санитария.- 2009.-N 6.-С.77-80.
7. Ушаков И.Б., Орлов О.И., Баевский Р.М. и др. Новые технологии оценки здоровья у практически здоровых людей //Рос.физиолог.журнал.- 2013.-N 3.-С.313-319.
8. Levy M. N. Sympathetic-parasympathetic interaction in the heart // Circ. Res. – 1971. –Vol.29. – P. 437-45.
9. Mancini R., Cosimelli M., Filippini A., Tedesco M. Nerve-sparing surgery in rectal cancer: feasibility and functional results //J. Exp. Clin. Cancer Res. – 2000. – Vol. 19, N1. – P.35-40

#### Тұжырым

Б.А. Кожомбердиев

ҚР ДСМ Ұлттық онкология орталығы,  
Бішкек қ.

Жатыр берлерінің радикалды  
экстирпациясы кезіндегі жүрек  
ырғағының өзгеруінің зерттеуі

Әртүрлі авторлар адам организмінің жалпы жағдайын бағалауында статистикалық және спектральды-толқынды жүрек ырғағын (HR) қолдануының ақпараттық маңызы зор екенін көрсетті. Бірақ вариационды ритмография әдісін қолданылуы толық зерттелінбеген. Бұл әдіс адамның бейімделу мүмкіндіктерін, сондай-ақ сырқаты бар немесе хирургиялық ем алдындағы адамның стресстік жағдайда спецификалық емес төзімділігін бағалауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: ритмография, Vergeyma операциясы.

#### Summary

B.A. Kozhomberdiyev

National Oncology Center MN of Kyrgyzstan

Analysis of heart rate variability in  
radical hysterectomy with appendages

Various authors have shown the information content of the use of statistical and spectral-wave characteristics of heart rate (HR) to assess the overall state of the human body [1-4, 6]. But so far not been adequately studied the possibility of using variational rhythmography to assess the adaptive capacities of man, as well as its non-specific resistance to stress conditions, as is the presence of severe disease or surgical intervention.

Keywords: rhythmography operation Vergeyma. Urgency.

УДК: 616.146-006-07

R.O. Bolatbekova, A.Zh. Zhylkaidarova, M.R. Kairbayev  
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

## World experience of cervical cancer screening. A review article.

*Annotations. Cervical cancer is the fourth most common cancer in women, and the seventh overall, with an estimated 528,000 new cases in 2012 according to Globocan. A large majority (around 85%) of the global burden occurs in the developing countries, where one-third of all women detected in the advanced stage of the disease. World statistics of morbidity and mortality, which we have now, was not always such. Cervical cancer is the disease that can be prevented. At the present, there is screening program for early detection of cervical cancer. The program in the developing countries is based on cytology for selected groups in most cases in developed countries. PAP smear is accompanied by a DNA test for high-risk HPV. Doctors also use methods of visual assessment (VIA) of the cervix with acetic acid in countries with limited resources. There is a whole history of the formation of screening that we have today. It analyses the growing medical interest in the disease at the beginning of the twentieth century, the development of prevention techniques, and the emergence of screening programs in the 1960s and development of a Cervical Cancer screening in Kazakhstan.*

*Key words: cervical cancer, screening y=Human papilloma virus.*

Cervical cancer refers to socially significant problems of today's world and is one of the leading causes of death of women in the active age in developing countries. Cervical cancer is the fourth most common cancer among women, and the seventh overall, with estimated 528,000 new cases in 2012 according to Globocan. A large majority (around 85%) of the global burden occurs in the developing countries, where one-third of all women detected in the advanced stage of the disease. The regions with the highest rates of cervical cancer, where the discovery of more than 30 cases per 100,000 population are Eastern Africa (42.7), South Africa (31.5) and Latin America (20.0). And the regions with the lowest incidence are North America (10.2), Western Europe (8.0), Australia (5.5), New Zealand (5.5), West Asia (4.4). There were estimated 266,000 deaths from cervical cancer worldwide in 2012, accounting for 7.5% of all female cancer deaths. Almost nine out of ten (87%) cervical cancer deaths occur in the less developed regions. Mortality varies 18-fold between the different regions of the world, with rates ranging from less than 2 per 100,000 in Western Asia, Western Europe and Australia/New Zealand to more than 20 per 100,000 Middle (22.2) and Eastern (27.6) Africa.

World statistics of morbidity and mortality, which we have now, was not always such. This pattern is relatively recent, however; before the introduction of screening programmes in the 1960s and 1970s, the incidence in most of Europe, North America and Japan was similar to that seen in many developing countries today: for example, it was 38.0 per 100 000 in the Second National Cancer Survey of the USA, 37.8 per 100 000 in Hamburg, Germany, in 1960–62, 28.3 per 100 000 in Denmark in 1953–57 and 22.1 per 100 000 in Miyagi, Japan, in 1959–60 [1,2,3]. Indicators of current statistics are

the result of good work of screening program.

Cervical cancer is the disease that can be prevented. At the present, there is screening program for early detection of cervical cancer. The program in the developing countries is based on cytology for selected groups in most cases in developed countries. PAP smear is accompanied by a DNA test for high-risk HPV. Meta-analyses and systematic reviews conducted by the US Agency for HealthCare Policy and Research, have shown that the conventional PAP smear has a sensitivity of 51% and a specificity of 98% in detecting precancerous pathology [4].

Researchers have studied the using of VIA - visual assessment using acetic acid with limited resources. This method is proven to be a simple and cheap, cost-effective method for detecting in less developed countries. Studies, including colposcopy and biopsy, in addition to the VIA determined that the sensitivity of VIA nearly equivalent as using cytological screening [5].

There is a whole history of the formation of screening that we have today. Screening was defined by the United States Commission on Chronic Illness (1957) as "the presumptive identification of unrecognized disease or defect by the application of tests, examinations or other procedures that can be applied rapidly". In the 20s of the last century, European and American scientists started work on the control of cervical cancer. In 1924 German gynecologist Hans Hinselmann created binocular magnifier to inspect the cervix - a colposcope. In 1933, an Australian gynecologist Walter Schiller opened the use of iodine solution (or Lugol) to detect cervical lesions. These research methods used extensively in Germany, Austria and Switzerland in the 30s of XX century. It remains a popular combination of colposcopy and Schiller to this day, which in our country began to be used in the last decade of the twentieth century.

In 1941 George Papanicolaou in collaboration with pathologist Herbert Traut published the first work which describing the technique of staining smears of the cervix, which was a turning point in the history of the development of cytological screening was thrown forward and scientists in the study of cervical cancer [6]. Combining methods such as colposcopy, Schiller and PAP smear Gynecological Society are recognized as non-invasive and inexpensive methods for the detection of cervical cancer. Later it became the starting point for a screening program to identify cervical cancer in European countries and in America. The first national screening program was introduced in the 1960s in the United States. Pan American Health Organization (PAHO) described this as a serious illness, but controlled health issue, in which the main solution is the introduction of screening. Until 1980, the PAP smear was introduced as part of the regular review, but women explores ages has not been defined and that was corrected in 1980.

In the 60s of the twentieth century there was a view

that the development of cervical cancer is closely related to an active sex life. At the same time, it was developing of the theory of viral origin of the disease. In 1968, there was a suggestion that cervical cancer is caused by the Herpes Simplex Virus, this hypothesis existed until 1980, despite the failure to demonstrate the viral DNA into the tissue of the tumor [7,8]. More recently, the finding that koilocytes in tumor tissue were identical to the affected tissue warts, contributed to the discovery of the main etiological factor for cervical cancer - human papilloma virus. Also contributed to this development as the science of virology. With virological methods have been identified different types of HPV. In 1980 Professor Harald zur Hausen was made a great discovery on 16 and 18 HPV types as a high-risk oncogenic by double hybrid capture and PCR that the researcher brought the Nobel Prize in 2008 [9,10]. It were laid in the beginning of the organization of primary prevention of cervical cancer after to this discovery, that is, the creation of vaccines against human papilloma virus high oncogenic risk.

In the USSR the first cytology smears were conducted by Professor S.I. Serebrov in 1953. Cytological laboratory began to function since 1960 in Moscow and Leningrad. Cabinet of preventive examination started in 1964, but it was not successful organization of this program. Since 1977, the Soviet Union began forming centralized cytology laboratories, with the inclusion of cytological screening in the annual mass preventive examinations in antenatal clinics and examination rooms, but with a predominant using of cytological smears by Romanovskogo- Giemsa. Unfortunately, there was not created the correct organization of the program, which showed lack of effectiveness, as there was no adequate full coverage.

Since 1991, after the political and economic changes and of a new independence Kazakhstan, the number of routine inspections and their effectiveness has declined substantially. In Kazakhstan, cervical cancer among the female population ranks second place after the breast cancer. The cancer of the cervix in Kazakhstan every day takes two women in the active age, causing enormous damage to the country.

Our country began to carry out routine inspection in the women's offices since 2005. In 2008, an order was issued by the Ministry of Health of Kazakhstan № 607 "On improvement of routine inspections of certain categories of adult population" in 2009 issued an order №685 «On approval of Rules of carrying out preventive medical examinations of the target population" which amended from 29.12.2014. And since 2008 there is a national screening program for cervical cancer using the Pap test with the evaluation of the classification of Bethesda System [11]. Research is carried out for women from 30 to 60 years with an interval of 5 years. Implementation of this program started in stages, beginning with the training of experts, the organization of women's rooms, equipment rooms colposcopy counseling women [12]. Since 2011, started to be introduced an active liquid-based cytology, which has a several advantages relative to the traditional method. This method of research is a quick and easy method of obtaining a sample also has a greater sensitivity to pathology. Today completed the first round of cervical screening and examined more than 3 million women.

At the moment, the Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology and the Department of medical care of Ministry of Health and Social Development are actively working to improve the quality of screening, developed quality standards, conducted organizational and methodical work, national guidelines and instructions for the organization of screening programs are being developed. Also performs primary prevention of cervical cancer, vaccination of teenage girls aged 11-13 years in 4 regions of Kazakhstan. In the future, we expect the expansion of the target groups for cervical cancer screening and a full coverage of vaccination against high risk human papillomavirus.

Cervical cancer screening is an essential part of the national screening program, which is one of the leading health strategies in Kazakhstan which included in program development issues of Health and is financed by the republican budget.

#### References

1. Gustafsson L., Pontén J., Zack M., Adami H.O. *International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening*//*Cancer Causes Control.*-1997- Vol.8, №5.-P.755-63.
2. Dorn H.F., Cutler S.J. *Morbidity from cancer in the United States* //Public Health Monogr.-1959.- Vol.56.-P.1-207.
3. Katanoda K., Hori M., Matsuda T., Shibata A. *An updated report on the trends in cancer incidence and mortality in Japan, 1958-2013* //Jpn. J. Clin. Oncol. -2015.- Vol.45, №4.-P.390-401.
4. Agency for Health Care Policy and Research. *Evaluation of cervical cytology* //Evidence report. Technology assessment. -1999. №5.
5. Sritipsukho P., Thaweekul Y. *Accuracy of visual inspection with acetic acid (VIA) for cervical cancerscreening: a systematic review* //J. Med. Assoc. Thai.-2010.- Vol.93, №7.-P.254-61.
6. Papanicolaou George, Traut Herbert. *The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus* //Amer. J. of Obstetrics and Gynecology.-1941.-Vol.42.- P.193-206.
7. Terris M., Wilson F., Smith H., Nelson J.H. *Epidemiology of cancer of the cervix. V. The relationship of coitus to carcinoma of the cervix* //Am. J. Public Health Nations Health.-1967.- Vol.57, №5.-P.840-7.
8. Boyd J.T., Doll R. *A study of the aetiology of carcinoma of the cervix uteri.* Br J Cancer.-1964.-Vol.13.-p.419-34.
9. H. zur Hausen, Klein G., Weinhouse S. *The role of viruses in human tumors* // Advances in Cancer Research.-1980.-Vol.33.-P77-107.
10. Grussendorf E.I., H. zur Hausen. *Localization of viral DNA replication in sections of human warts by nucleic acid hybridization with complementary RNA of human papilloma virus type 1* //Arch. Derm Res. -1979.-Vol.264.-P.55-63.
11. Apgar B.S., Zoschnick L., Wright T.C. Jr. *The 2001 Bethesda System terminology* //Am. Fam. Physician.-2003.- Vol.68, №10.-P.1992-8.
12. Rogovskaya, S. I., Shabalova, I. P., Mikheeva, I. V. et al. *Human papillomavirus prevalence and type-distribution, cervical*

*cancer screening practices and current status of vaccination implementation in Russian Federation, the Western countries of the former Soviet Union, Caucasus region and Central Asia //Vaccine.-2013.-Vol.31, №7.-P.46–58.*

#### ТҰЖЫРЫМ

Р.О.Ботабекова, А.Ж.Жылкайдарова, М.Р.Кайрбаев  
Қазақтың онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

## Жатыр мойыны скринингінің әлемдік тәжірибесі

Тұжырым. Globocan 2012 бойынша жатыр мойыны қатерлі ісігі онкологиялық аурулармен ауыратын әйелдер арасында төртінші орынды алса, барлық қатерлі ісіктердің ішінде жетінші орынды құрайды. Тек 2012 жылы ғана жатыр мойыны қатерлі ісігінен 528,000 жаңа жағдай анықталды. Дамушы мемлекеттерде жатыр мойыны қатерлі ісігімен 85% астам жағдай кездеседі, соның үштен бірі барлық әйелдерде аурудың асқынған сатысында анықталады. Дүние жүзілік аурушандылық пен өлім көрсеткіші әрдайым бүгінгі күндегідей болған жоқ. Қазіргі таңда жатыр мойыны қатерлі ісігін ерте сатысында анықтауға арналған скринингтік бағдарлама жұмыс жасауда. Дамушы мемлекеттерде бұл бағдарлама көп жағдайда арнайы топтардан цитологиялық зерттеу негізінде жасалса, дамыған мемлекеттерде адам папиллома вирусы жоғары қауіпі бар ПАП және ДНК тестімен тексеріледі, ресурстары шектеулі мемлекеттерде жатыр мойынын сірке қышқылы арқылы визуальды әдіспен бағалайды. Қазіргі таңда қолданатын скринингтің тарихы көп. Бұл мақалада ХХ ғасырдың басындағы медициналық аурулардың дамуына, 1960 жылғы скрининг бағдарламасының пайда болуына, алдын алу шараларының әдістеріне, сонымен қатар Қазақстандағы скринингтік көмектің дамуына сараптама жүргізіледі.

Түйінді сөздер: жатыр мойыны қатерлі ісігі, скрининг, адам папиллома вирусі.

Р.О.Ботабекова, А.Ж.Жылкайдарова, М.Р.Кайрбаев  
Казахский НИИ онкологии и радиологии

## Мировой опыт скрининга рака шейки матки

Рак шейки матки относится к социально значимым проблемам сегодняшнего мира, является одной из лидирующей причины смертности женщин в самом активном возрасте, в развивающихся странах. Злокачественное новообразование шейки матки по данным Globocan 2012 занимает четвертое место среди онкологических заболеваний у женщин и седьмое место среди всех злокачественных новообразований. Только за 2012 год было выявлено 528,000 новых случаев рака шейки матки. В более чем в 85% случаев рак шейки матки выявляется в развивающихся странах, где треть всех женщин выявляется в запущенной стадии заболевания. Регионами с высокими показателями заболеваемости раком шейки матки, где обнаружение в более чем 30 случаев на 100,000 населения являются страны Восточной Африки (42,7), Южная Африка (31,5) и страны Латинской Америки (20,0). А регионами с самыми низкими показателями заболеваемости являются страны Северной Америки (10,2), Западной Европы (8,0), Австралия (5,5), Новая Зеландия (5,5), страны Западной Азии (4,4). Только за 2012 год, по данным Globocan 2012 смертность от рака шейки матки составила 266,000 случаев, что составляет 7,5 % от всех случаев смерти женщин от рака. Почти 9 из 10 случаев смерти приходится на долю менее развитых стран, что составляет 87 % от всех случаев. Самая высокая смертность от данного заболевания, где показатели составляют более 20 на 100,000 населения в странах Восточной Африки (27,6). Мировая статистика заболеваемости и смертности, которую мы имеем сейчас, не всегда была таковой. Показатели заболеваемости раком шейки матки до введения скрининговой программы в 60-ые и 70-ые годы прошлого столетия показывают, что заболеваемость в большей части Европы, Северной Америке и Японии была идентична

той заболеваемости, что мы имеем на сегодняшний день в развивающихся странах. [1]. Например, 38,0 на 100,000 населения в США, 37,8 в Гамбурге, Германия, 28,3 на 100,000 населения в Дании и 22,1 на 100,000 населения в Японии. [2,3]. Показатели нынешней статистики являются результатом хорошей работы скрининговой программы.

Рак шейки матки является тем заболеванием, которое можно предупредить. На сегодняшний день существует скрининговая программа для раннего выявления рака шейки матки. Данная программа в развивающихся странах в большинстве случаев основана на цитологическом исследовании для отобранной группы, в развитых странах ПАП тест сопровождается ДНК тестом на ВПЧ высокого риска. Мета-анализы и систематические обзоры, проведенные агентством по охране здоровья США (U.S.AgencyforHealthCarePolicyandResearch), показали, что конвенционный ПАП тест обладает чувствительностью в 51% и специфичность составляет 98% в обнаружении предраковой патологии [4]

В условиях ограниченных ресурсов изучено применение VIA - визуальной оценки с применением уксусной кислоты. Этот метод показал себя, как простой и дешевый, экономически выгодный метод детекции в менее развитых странах. Исследования, включающие в себя кольпоскопию и биопсию, в дополнение к VIA определили, что чувствительность VIA в выявлении поражения шейки матки высокого класса почти равносильна как при использовании цитологического скрининга [5].

Существует целая история становления того скрининга, который мы имеем на сегодняшний день. Скрининг был определен в США комиссией по хроническим заболеваниям, как процедура для идентификации непринятых болезней. В 20-х годах прошлого столетия европей-

ские и американские ученые начали работу по контролю заболеваемости раком шейки матки. В 1924 немецкий гинеколог ХансХинсельман создал бинокулярный увеличитель для осмотра шейки матки - кольпоскоп. В 1933 году австралийский гинеколог Уолтер Шиллер открыл применение раствора иодоната (или Люголя) для обнаружения поражения шейки матки. Эти методы исследования активно использовались в Германии, Австрии и Швейцарии в 30-х годах XX века. На сегодняшний день остается популярной комбинация кольпоскопии и пробы Шиллера, которая в нашей стране начала применяться в последнюю декаду XX века.

Джордж Папаниколау совместно с патоморфологом Гербертом Траутом в 1941 году опубликовали первую работу, описывающую технику окраски мазков из шейки матки, что стало поворотным моментом в истории становления цитологического скрининга и отбросило вперед ученых в изучении рака шейки матки[6]. Объединение таких методов, как кольпоскопия, проба Шиллера и теста Папаниколау гинекологическое общество признало как неинвазивный и дешевый методы обнаружения рака шейки матки. В дальнейшем это стало отправной точкой создания скрининговой программы выявления рака шейки матки в европейских странах и в Америке. Первая национальная скрининговая программа была введена в 1960-х годах в США. Панамериканская организация здравоохранения (РАНО) охарактеризовала данную болезнь как серьезную, но контролируруемую проблему здравоохранения, в которой главным решением является внедрение скрининга. До 1980 года ПАП тест был введен как часть регулярной проверки, но не был определен возраст исследуемых женщин, что было исправлено уже в 1980 году.

В 60-х годах XX века появилось мнение о том, что развитие рака шейки матки тесно связано с активностью сексуальной жизни. В это же время развилась теория о вирусном происхождении данной патологии. В 1968 году появилось предположение о том, что рак шейки матки вызывается вирусом простого герпеса, данная гипотеза существовала вплоть до 1980 года, несмотря на неспособность продемонстрировать вирусную ДНК в цитозолиопухоли[7,8]. Позже, обнаружение того факта, что койлоциты в опухолевой ткани были идентичны ткани пораженной кондиломами, способствовало открытию главного этиологического фактора РШМ-вируса папилломы человека. Так же этому способствовало развитие вирусологии как науки. С помощью вирусологических методов были выявлены различные типы ВПЧ. В 1980 году было сделано большое открытие профессором Харальдом цурХаузенем 16 и 18 типов ВПЧ как высокого онкогенного риска методом двойного гибридного захвата и ПЦР, что принесло исследователю в 2008 Нобелевскую премию [9,10]. Благодаря данному открытию было положено начало в организации первичной профилактики рака шейки матки, то есть созданию вакцин против вируса папилломы человека высокого онкогенного риска. В СССР впервые цитологическое исследование по Папаниколау было проведено профессором Серебровым С.И. в 1953 году. С 1960 года начали повсеместно функционировать цитологические лаборатории в Москве и Ленинграде. Начиная с 1964 года стали функционировать кабинеты профилактических осмотров, но не было успешной орга-

низации данной программы. С 1977 г. в СССР началось формирование централизованных цитологических лабораторий, с включением цитологического скрининга в систему ежегодных массовых профилактических осмотров в женских консультациях и смотровых кабинетах, однако с преимущественным использованием окраски цитологических мазков методом Романовского-Гимзе. К сожалению, не была создана правильная организация данной программы, что показала недостаточную эффективность, так как не было должного полного охвата населения.

С 1991 года после политических и экономических изменений и с образованием нового государства в Казахстане количество профилактических осмотров и их эффективность существенно снизилась.

В Казахстане рак шейки матки среди женского населения занимает II место после рака молочной железы. Злокачественная опухоль шейки матки в Казахстане ежедневно уносит 2 женские жизни в самом активном возрасте, нанося колоссальный урон всему государству.

С 2005 года в нашей стране начали проводиться профилактические осмотры в женских кабинетах. В 2008 году был издан приказ МЗ РК № 607 «О совершенствовании профилактических осмотров отдельных категорий взрослого населения», в 2009г был издан приказ №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» с изменениями и дополнениями №361от 29.12.2014г. И, начиная с 2008 года, существует национальная программа скрининга рака шейки матки с использованием ПАП теста с оценкой по классификации Бетезда[11]. Исследование проводится женщинам от 30 до 60 лет с интервалом в 5 лет. Внедрение данной программы началось поэтапно, начиная с обучения специалистов, организации женских кабинетов, оснащения кольпоскопами кабинетов женских консультации[12]. С 2011 года активно начала внедряться жидкостная цитология, которая имеет ряд преимуществ по отношению к традиционному методу. Данный метод исследования является быстрым и легким методом получения образца, также имеет большую чувствительность в отношении патологии легкой и тяжелой степени. На сегодняшний день завершён первый раунд цервикального скрининга и обследовано более 3 миллионов женщин.

В данный момент Казахским научно-исследовательским институтом онкологии и радиологии и Департаментом организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития ведется активная работа по улучшению качества скрининга, разработаны стандарты качества, проводится организационно-методическая работа, ведется разработка национальных руководств и инструкции по организации скрининговых программ. Также проводится первичная профилактика рака шейки матки, вакцинация девочек подростков в возрасте 11-13 лет в 4 регионах Казахстана. В перспективе расширение целевых групп для скрининга рака шейки матки и также полный охват вакцинации против вируса папилломы человека высокого риска.

Скрининг рака шейки матки является неотъемлемой частью Национальной скрининговой программы, которая является одной из ведущих стратегий охраны здоровья населения Казахстана, входит в программные вопросы развития здравоохранения и финансируется за счет республиканского бюджета.

УДК: 616.65-06.6-08

С.Х.Ли, Х.М.Ли, С.В.Ким, Е.С.Ли, С. Дж.Хонг, Ч.С.Ким, Т.В.Канг, Б.Х.Чунг  
Медицинский колледж Государственного университета Чоннам, Корея

## Эффективность использования лейпрорелин ацетата у больных раком простаты азиатского происхождения

*Аннотация. Лейпрорелин – известный агонист лютеинизирующего релизинг гормона. В литературе нет достаточных данных, подтверждающих эффективность и безопасность высокодозированного лейпрорелина ацетата у мужчин азиатского происхождения.*

*Цель исследования - изучить безопасность и эффективность применения лейпрорелин ацетата в дозе 22,5 мг у пациентов раком простаты.*

*Задачи данного исследования: проанализировать эффективность лейпрорелина ацетата в достижении и поддержании кастрационных уровней тестостерона в течение последующего 6-месячного периода наблюдения и определить профиль безопасности препарата.*

*Материалы и методы: Пролечено 47 пациентов с гистологически подтвержденным раком простаты.*

*Результаты: Через 4 недели терапии уровень тестостерона у 42 пациентов опустился до кастрационного диапазона. У одного из 36 пациентов через 8 недель отмечено возрастание уровня тестостерона. Тем не менее, через 12 недель уровень тестостерона данного пациента достиг показателей медикаментозной кастрации. Значимых изменений уровня простатоспецифического антигена (ПСА) или тестостерона в зависимости от клинической стадии или индекса массы тела отмечено не было. За период данного исследования у 15 из 42 пациентов (35,7%) зарегистрировано двадцать нежелательных явлений (НЯ). Наиболее распространенными являются: "приливы" слабо выраженной интенсивности (n=4, 20,0%), боль (n=2, 10,0%) и инфекция (n=2, 10,0%). Выхода пациентов из исследования из-за НЯ не было. Вывод: Лейпрорелин ацетат в дозе 22,5 мг доказал свою эффективность у пациентов раком простаты азиатского происхождения, при снижении половой функции.*

*Ключевые слова: Рак простаты, лейпрорелин ацетат, побочные явления.*

Актуальность. В Корею резко выросло число новых случаев рака простаты, при этом прирост частоты возникновения заболевания очень высок среди всех видов злокачественных опухолей [1]. При скрининге на простатоспецифический антиген (ПСА) было выявлено, что самый высокий рост заболеваемости раком простаты приходится на локализованную форму данного заболевания [2]. ПСА-скрининг упростил выявление числа новых случаев рака и миграцию его стадий [3]. По данным базы данных CaPSURE, несмотря на меры ранней диагностики рака простаты и изменение его стадий в ходе терапии, у значительной части пациентов заболевание продолжает рецидивировать даже после лучевой терапии или радикальной простатэктомии [4].

Впервые антиандрогенная терапия (ААТ) рака простаты была введена в клиническую практику исследова-

телями Huggins и Hodge [5] и продолжает оставаться одним из самых эффективных паллиативных видов лечения рака простаты. Действие агонистов лютеинизирующего гонадотропин релизинг гормона (ЛГРГ) выражается в регулировании гипофиза в сторону снижения его функции, подавляя, таким образом, секрецию яичниками лютеинизирующего гормона и фолликул-стимулирующего гормона [6]. По сравнению с другими агонистами ЛГРГ, лейпрорелин ацетат - подкожная лекарственная форма, предназначенная для высвобождения 22,5 мг лейпрорелина ацетата на протяжении 3 месяцев и снижения уровня тестостерона в сыворотке в течение 3-месячного периода. Тем не менее, нет достаточных данных, подтверждающих эффективность и безопасность высокодозированного лейпрорелина ацетата, особенно у пациентов азиатского происхождения с раком простаты. Поэтому, цель исследования - изучить безопасность и эффективность лейпрорелина ацетата 22,5 мг при введении препарата с интервалом в три месяца у пациентов с раком простаты.

Материал и методы. Это многоцентровое (семь центров) исследование направлено на оценку эффективности открытого, несравнительного введения дозы лейпрорелина ацетата с интервалом три месяца. Протокол исследования был одобрен экспертным советом каждого центра. Перед участием в скрининге от всех потенциальных субъектов получено письменное информированное согласие.

Пациенты. За период с августа 2011г по май 2012 г в исследование было включено 47 пациентов с гистологически подтвержденным раком простаты. Критерии включения пациентов в исследование: мужчины с функциональным статусом по Восточной кооперативной онкологической группе 0, 1 или 2, не подверженные воздействию агонистов ЛГРГ, эстрогенов, антиэстрогенов, антиандрогенов, стероидов или препаратов химиотерапии в течение 3 месяцев участия в исследовании. Критерии не включения пациентов в исследование: операция на половом члене, мочеиспускательном канале или яичках в анамнезе; использование в настоящее время препаратов, оказывающих влияние на фракцию выброса (напр., ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа); психические заболевания или наркотическая и алкогольная зависимость в анамнезе; мужчины с заболеваниями, изменяющими уровень тестостерона; наличие иного первичного злокачественные новообразования; мужчины с установленными или предполагаемыми метастазами в позвоночник с риском сдавления спинного мозга; гиперчувствительность к любому из исследуемых препаратов или агонистам ЛГРГ; и участие в другом клиническом эксперименте в течение 3 месяцев до начала данного исследования.

### Дизайн исследования

Исследование включало скрининг в течение 2 недель и терапию в течение 24 недель. К двухнедельному скринингу были допущены пациенты с гистологически подтвержденным раком простаты, предоставившие информированное согласие. Пациенты, удовлетворяющие критериям участия в исследовании, были добавлены к популяции "начавшие получать лечение" (ИТТ).

За время терапии общей продолжительностью 24 недели пациенты получили две дозы лейпрорелина ацетата (Eligard® 22.5 мг) подкожно с интервалами 12 недель. Эффективность и безопасность препарата оценивали через 4, 8, 12 и 24 недели, при этом качество жизни (КЖ), длину полового члена и объем яичек определяли перед приемом препарата и при каждом посещении исследователя. В частности, измерение длины полового члена и объем яичек производили в трех центрах исследования, в общей сложности проанализированы значения, полученные у 18 пациентов. На протяжении всего периода исследования осуществлялся контроль использования сопутствующих препаратов.

Оценка эффективности, безопасности и качества жизни

Оценка эффективности выполнена путем определения процентного соотношения пациентов, у которых уровни тестостерона в сыворотке за 4 недели опустились ниже кастрационного диапазона ( $\leq 50$  нг/дл) и сохранились на протяжении исследования без превышения порогового значения, определенного как уровень тестостерона  $>50$  нг/дл, встречающегося после кастрации.

Оценка безопасности включала регулярную проверку на наличие возможных нежелательных явлений по классификации ВОЗ; отклонения лабораторных показателей, включая гематологию, коагуляцию и биохимию через 4, 8, 12 и 24 недели; и артериальное давление. Показания пациентов оценивали перед каждой инъекцией препарата, если не предусмотрено иное. Была проанализирована взаимосвязь между терапией и нежелательными явлениями. Оценка жизненно важных функций производилась через 2 и 4 часа после инъекции, спустя 1 день и на 12 неделе после инъекции. Качество жизни оценивалось перед терапией и через 4, 8, 12 и 24 недели путем определения Расширенного индекса рака простаты (EPIC) и половой функции [7]. Самооценка боли в костях, мочеиспускательном канале и симптомы со стороны мочевых путей была выполнена пациентами с использованием визуально-аналоговой шкалы с делениями от 1 балла (нет боли и нет затруднений) до 10 (самая сильная боль или очень затруднительно). Длина полового члена измерялась одним исследователем с помощью бумажной линейки и записывалась с точностью до 0,5 см. Во избежание согласованности заключений различных исследователей, использовали пружинную шкалу с приложением одинаковой силы растяжения (450 г) к каждому измерению с помощью метода, описанного ранее Chen et al.[8]. Измерения производили в тускло освещенном и теплом отдельном кабинете в положении лежа на спине. Длину растянутого полового члена измеряли от живота у основания полового члена до кончика головки путем его растяжения в перпендикулярном направлении. Объем яичек измеряли с помощью ультразвукового ап-

парата. После определения наибольшей длины, ширины и глубины, расчет объема производили по формуле  $V = \frac{1}{6} \times H \times D \times W$ . [9].

Статистика. Анализ данных проведен с использованием программы SPSS (версия 16.0, SPSS Inc., Чикаго, ИЛ, США). Оценка эффективности выполнена на основании популяции ИТТ, включающей всех рандомизированных пациентов, независимо от отклонений от протокола, кроме тех, кто пропустил сдачу крови на тестостерон через 4 недели после начала исследования. Оценка безопасности выполнена на популяции пациентов, кто получил хотя бы одну дозу исследуемого препарата, при условии наличия данных по безопасности.

Таблица 1 – Характеристики пациентов и заболевания

Характеристика	Кол-во, пациенты или процент
Возраст (лет)	71.0±7.6 (52-89)
Рост (см)	165.81±5.84 (154.0-180.0)
Вес (кг)	67.3±10.1 (47.0-86.2)
PSA (ng/mL)	67.9±130.8 (0.31-579.00)
Клиническая стадия T (N)	
≤T2c	14 (33.3)
T3	23 (54.8)
T4	5 (11.9)
Клиническая стадия N (N)	
Nx	1 (2.4)
N0	27 (64.3)
N1	14 (33.3)
Клиническая стадия M (N)	
Mx	5 (11.9)
M0	30 (71.4)
M1	7 (16.7)
Функциональный статус ECOG	
0	32 (76.2)
1	8 (19.0)
2	2 (4.8)
CA - простатоспецифический антиген;	
ECOG - Онкологическая Восточное Партнерство	

В таблице 1 представлены демографические данные пациентов. У 14 из 42 пациентов был клинически локализованный рак простаты, и у 21 и 7 пациентов – местнораспространенный и метастатический рак простаты.

Анализ безопасности и КЖ выполнен на основании популяции ИТТ. Статистические сравнения включали апостериорный анализ влияния исходных параметров на среднее изменение длины полового члена (см) и объем яичек (см<sup>3</sup>) в сравнении с каждой последующей оценкой параметров до 24 недель включительно. Разность между измерениями длины полового члена и объемом яичек

до лечения и после него оценивали с помощью знакового рангового критерия Уилкоксона с поправкой по методу Бонферрони. Результаты статистического анализа считались значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты. Через 4 недели терапии у всех 42 пациентов уровень тестостерона опустился до кастрационного диапазона. У одного из 36 пациентов через 8 недель было отмечено возрастание уровня тестостерона; тем не менее, через 12 недель уровень тестостерона данного пациента достиг показателей медикаментозной кастрации. Медикаментозная кастрация была достигнута у всех пациентов через 12 недель терапии и сохранялась до 24 недель. В таблице 2 представлены средние изменения уровней ПСА и тестостерона после терапии лейпрорелина ацетатом сообразно с клинической стадией. Значимых изменений уровня простатоспецифического антигена (ПСА) или тестостерона сообразно с клинической стадией или индексом массы тела отмечено не было.

Таблица 2 – Уровень тестостерона и ПСА во время введения подкожных инъекций лейпрорелина ацетата

	ПСА (нг/дл)				Тестостерон (нг/дл)			
	Всего	Локализ. рак	Местно распростран.	Локализ. рак	Всего	Локализ. рак	Местно распростран.	Поздняя стадия
распростр.								
N (кол-во)	42	14	21	7	42	14	21	7
Исх. уров	67,9	5,7	41,0	269,0	1370,2	3262,4	388,7	391,4
4 нед.	15,5	3,4	11,0	51,5	15,6	13,6	17,7	13,4
8 нед.	4,1	1,8	4,3	8,1	15,1	20,5	12,0	13,0
12 нед.	3,1	1,5	2,9	6,9	12,8	15,0	12,3	9,8
24 нед.	3,0	1,4	2,3	8,1	7,6	7,6	9,1	7,9
ПСА - простатоспецифический антиген.								
С использованием парного t-критерия или знакового рангового критерия Уилкоксона								

Безопасность. Сообщений о летальных исходах во время исследования не поступало. За период данного исследования у 15 из 42 пациентов (35,7%) зарегистрировано двадцать побочных явлений (ПЯ). (С использованием парного t-критерия или знакового рангового критерия Уилкоксона.)

Безопасность. Сообщений о летальных исходах во время исследования не поступало. За период данного исследования у 15 из 42 пациентов (35,7%) зарегистрировано двадцать побочных явлений (ПЯ). Наиболее распространенными ПЯ были "приливы" (n=4, 20,0%) слабо выраженной интенсивности, боль (n=2, 10,0%) и инфекция (n=2, 10,0%). Выхода пациентов из исследования из-за ПЯ не было (таблица 3).

Таблица 3 – Нежелательные явления, связанные с терапией

Побочные явления	Количество (%)
Приливы	4 (20)
Инфекция	2(10)
Боль	2(10)
Камень мочеиспускательного канала	1(5)
Ночная полиурия	1(5)
Гипертензия	1(5)
Звон в ушах	1(5)
Диспепсия	1(5)
Острый гепатит	1(5)
Перелом	2(10)
Бессонница	1(5)
Кашель	1(5)
Зуд	1(5)
Всего	20(100)



Оценка изменений в размере гениталий и КЖ. Перед терапией средние значения длины растянутого полового члена и объема яичек (правого и левого) составляли  $8.87 \pm 2.79$  см и  $12.65 \pm 4.57$  см<sup>3</sup> (правое) и  $16.52 \pm 23.17$  см<sup>3</sup> (левое), соответственно. После проведения ААТ было отмечено значимое уменьшение длины растянутого полового члена и объема яичек:  $8.14 \pm 2.83$  см и  $7.07 \pm 2.67$  м<sup>3</sup> (правое) и  $6.93 \pm 1.94$  см<sup>3</sup> (левое), соответственно ( $p=0.046$ ,  $0.001$ ). При оценке половой функции по опроснику EPIC был отмечен статистически значимый рост проблем с эрекцией ( $p < 0.01$ ). Затруднения с мочеиспусканием, согласно самооценке пациентов, через 24 недели терапии существенно уменьшились по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0.01$ ,  $-1.07 \pm 1.48$ ).

#### Обсуждение

Элигард - лейпрорелина ацетат, разработан для увеличения процентного соотношения пациентов, чей уровень тестостерона достиг кастрационного диапазона, и снижения его повторного повышения, без усиления побочных эффектов. Количество лейпрорелина в препарате Элигард в два раза выше, чем в других лейпрорелин-содержащих препаратах, при этом Элигард выпускается в трех дозировках: 7.5 мг (0.25 мл), 22.5 мг (0.375 мл), и 45 мг (0.375 мл) [10].

По данным предыдущего клинического исследования [11], Элигард оказался высокоэффективным препаратом в снижении среднего уровня тестостерона ниже кастрационного предела, установленного Управлением США по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) ( $\leq 50$  нг/дл). Как и в нашем исследовании, повторное повышение тестостерона отмечалось не часто и носило временный характер. При этом исследователи Heyns et al. [12] сообщали, что повторный прием более высоких доз препарата, в большинстве случаев, вызывает снижение терапевтического эффекта в результате слабой десенсибилизации гипофизных рецепторов гонадотропин-высвобождающих гормонов (ГнРГ). Эти противоречивые результаты могут быть связаны с этническими различиями. В последующих исследованиях необходимо установить механизмы, лежащие в основе различных клинических реакций на ААТ у людей азиатского и европейского происхождения.

В ходе нашего исследования было установлено, что кастрационные уровни тестостерона могут быть достигнуты после лечения лейпрорелина ацетатом, независимо от исходного уровня тестостерона или клинической стадии. Через 4 недели после лечения лейпрорелина ацетатом средний уровень тестостерона у 14 пациентов с локализованным раком простаты снизился с исходного значения 3262 нг/дл до 13,6 нг/дл. Тем не менее, по данным другого исследования было отмечено замедление снижения более высоких исходных уровней тестостерона до кастрационного диапазона с приемом лейпрорелина [13]. В дополнительном отчете было высказано предположение, что пациенты с более высокими исходными уровнями тестостерона, получающие агонисты ГнРГ, могут иметь повышенный риск стимуляции опухоли и клинического обострения [14]. Тем не менее, результаты данного исследования указывают на то, что высокая доза лейпрорелина может вызвать кастрацию быстрее, чем другие агонисты ГнРГ, возможно из-за различий в

дозировке.

По имеющимся данным, более высокий ИМТ связан с более высоким уровнем общего тестостерона в сыворотке крови во время лечения агонистами ГнРГ, чем нормальный ИМТ [15]. Уровни общего и свободного тестостерона у мужчин с избыточным весом в 1,8-раза и 2,3-раза выше, чем у мужчин с нормальным весом после терапии агонистом ГнРГ в течение 48 недель, соответственно. Другие исследователи отмечают невозможность поддерживать кастрационные уровни тестостерона во время терапии агонистом ГнРГ [16,17]. Тем не менее, по данным нашего исследования в отличие от предыдущих результатов уровень тестостерона в сыворотке крови у мужчин с избыточным весом (ИМТ  $> 25$  кг/м<sup>2</sup>) достиг кастрационного диапазона через 24 недели терапии. Этот результат может быть вызван этническими различиями в более низком ИМТ у азиатских мужчин по сравнению с европейскими. Необходимы дополнительные исследования, которые позволят оценить взаимосвязи между уровнями половых стероидов и выживаемостью во время лечения агонистом ГнРГ и определить улучшают ли клинические исходы вмешательства по дальнейшему снижению уровня половых стероидов.

Высокодозированный агонист ЛГРГ, исследуемый в нашем исследовании, широко используется в западных странах в течение 10 лет, но не применялся у популяции азиатского происхождения. По данным предыдущего исследования [18], у народов стран Азии более высокий уровень тестостерона, но более низкое отношение дигидротестостерона и тестостерона, чем у афроамериканцев или европейцев. При этом, у народов Азии более длинный аминотерминальный тринуклеотидный повтор гена андрогенового рецептора, что ассоциируется с распространенностью и тяжестью рака простаты [19]. Тем не менее, в данном исследовании, лейпрорелина ацетат в дозе 22,5 мг эффективно снизил уровни тестостерона в сыворотке крови несмотря на этические различия, в сравнении с другими заболеваниями [11,20]. Таким образом, этнические различия в уровнях половых гормонов и агрессивная природа рака простаты у корейцев, по-видимому, не оказывают отрицательного влияния на ответ заболевания в ходе ААТ.

Наиболее часто встречающимся ПЯ в нашем исследовании были приливы ( $n=4$ , 20.0%). Частота возникновения ПЯ была относительно ниже по сравнению с явлениями, указанными в другом исследовании [19], даже несмотря на то, что дозировка агониста ЛГРГ в нашем исследовании была в 2 раза выше. Эти результаты показывают, что высокодозированный лейпрорелина ацетат не вызывает более частые ПЯ по сравнению с низкодозированным лейпрорелином.

У данного проспективного исследования был ряд ограничений: относительно короткий период наблюдения и небольшой размер выборки. Кроме того, мы не оценивали ответ опухоли на лечении ААТ в связи с трудностью оценки этой конечной точки у мужчин раком простаты. Необходимо проведение дополнительных исследований для определения взаимосвязи между степенью снижения тестостерона, временем до прогрессирования рака и рак-специфическим выживанием.

В настоящем исследовании медикаментозная кастра-

ция была достигнута у всех пациентов через 12 недель терапии и сохранялась до 24 недель. Лейпрорелина ацетат 22,5 мг доказал свою эффективность и безопасность у пациентов азиатского происхождения с раком простаты, даже несмотря на снижение сексуальной функции в ходе исследования. Для подтверждения наших результатов необходимо проведение длительного наблюдательного исследования.

#### Список литературы

1. Статистика Кореи. [accessed on February 5, 2013]. <http://kostat.go.kr/portal/english/index.action>.
2. Lee D.H., Jung H.B., Chung M.S. et al. The change of prostate cancer treatment in Korea: 5 year analysis of a single institution // *Yonsei Med. J.*- 2013.- Vol.54.-P.87-91.
3. Cookson M.M. Prostate cancer: screening and early detection // *Cancer Control.*- 2001.-N8.-P.133-40.
4. Agarwal P.K., Sadetsky N., Konety B.R. et al. Treatment failure after primary and salvage therapy for prostate cancer: likelihood, patterns of care, and outcomes // *Cancer.*- 2008.-Vol. 112.-P.307-14.
5. Huggins C., Hodges C.V. Studies on prostatic cancer: I. The effect of castration, of estrogen and of androgen injection on serum phosphatases in metastatic carcinoma of the prostate // *J. Urol.*- 2002.-Vol.168.-P.9-12.
6. Tolis G., Ackman D., Stellos A. et al. Tumor growth inhibition in patients with prostatic carcinoma treated with luteinizing hormone-releasing hormone agonists // *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A.*-1982.-Vol.79.-P.1658-62.
7. Chung K.J., Kim J.J., Lim S.H. et al. Development and validation of the Korean version of expanded prostate cancer index composite: questionnaire assessing health-related quality of life after prostate cancer treatment // *Korean J. Urol.*- 2010.-Vol. 51.-P.601-12.
8. Chen J., Gefen A., Greenstein A. et al. Predicting penile size during erection // *Int. J. Impot. Res.*-2000.-N12.-P.328-33.
9. Chipkevitch E., Nishimura R.T., Tu D.G., Galea-Rojas M. Clinical measurement of testicular volume in adolescents: comparison of the reliability of 5 methods // *J. Urol.*- 1996.- Vol.156.-P.2050-3.
10. Berges R., Bello U. Effect of a new leuprolerin formulation on testosterone levels in patients with advanced prostate cancer // *Curr.Med.Res.Opin.*- 2006.-Vol.22.-P.-P.649-55.
11. Chu F.M., Jayson M., Dineen M.K. et al. A clinical study of 22.5 mg. La-2550: a new subcutaneous depot delivery system for leuprolide acetate for the treatment of prostate cancer // *J. Urol.*- 2002.-Vol.168.-P.1199-203.
12. Heyns C.F., Simonin M.P., Groskurin P. et al. South African Triptorelin Study Group. Comparative efficacy of triptorelin pamoate and leuprolide acetate in men with advanced prostate cancer // *BJU Int.*- 2003.-Vol.92.-P.226-31.
13. Damber J.E., Tammela T.L., Iversen P. et al. The effect of baseline testosterone on the efficacy of degarelix and leuprolide: further insights from a 12-month, comparative, phase III study in prostate cancer patients // *Urology.*- 2012.-Vol.80.-P.174-80.
14. Zagars G.K., Pollack A., von Eschenbach A.C. Serum testosterone-a significant determinant of metastatic relapse for irradiated localized prostate cancer // *Urology.*- 1997.-Vol.49.-P.327-34.
15. Smith MR. Obesity and sex steroids during gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for prostate cancer // *Clin. Cancer Res.*- 2007.- Vol.13.-P.241-5.
16. Oefelein M.G., Cornum R. Failure to achieve castrate levels of testosterone during luteinizing hormone releasing hormone agonist therapy: the case for monitoring serum testosterone and a treatment decision algorithm // *J. Urol.*- 2000.-Vol.164, N 3 (Pt 1).-P.726-9.
17. Morote J., Esquena S., Abascal J.M. et al. Failure to maintain a suppressed level of serum testosterone during long-acting depot luteinizing hormone-releasing hormone agonist therapy in patients with advanced prostate cancer // *Urol.Int.*- 2006.-Vol.77.-P.135-8.
18. Wu A.H., Whittemore A.S., Kolonel L.N. et al. Serum androgens and sex hormone-binding globulins in relation to lifestyle factors in older African-American, white, and Asian men in the United States and Canada // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*- 1995.-N4.-P.735-41.
19. Pettaway C.A. Racial differences in the androgen/androgen receptor pathway in prostate cancer // *J. Natl. Med. Assoc.*- 1999.-Vol.91.-P.653-60.
20. You D., Jeong I.G., Kim S.W. et al. Impacts of leuprolide acetate on quality of life in patients with prostate cancer: a prospective multicenter study // *Scand. J. Urol. Nephrol.*- 2010.-Vol.44.-P.399-405.

## Тұжырым

С.Х.Ли, Х.М.Ли, С.В.Ким, Е.С.Ли, С. Дж.Хонг,  
Ч.С.Ким, Т.В.Канг, Б.Х.Чунг  
Чоннам Мемлекеттік университетінің  
медициналық колледжі, Корея

Лейпрорелин ацетатты азиялық  
текті еркектерде қуық асты безінің  
обыры кезінде пайдаланудың  
тиімділігі

Лейпрорелин – лютеинизацияланатын релизинг гормонның белгілі агонисті. Әдебиетте жоғары дозалы лейпрорелин ацетатты азиялық текті еркектерде тиімділігі мен қауіпсіздігін растайтын жеткілікті деректер жоқ

Зерттеудің мақсаты - лейпрорелин ацетатты 22,5 мг дозада қуық асты безінің обыры бар пациенттерде қолданудың қауіпсіздігі мен тиімділігін зерделеу.

Осы зерттеудің міндеттері: лейпрорелин ацетаттың тестостеронның кастрациялық деңгейлеріне жетудегі және келесідегі 6 айлық байқау кезеңінің ішінде сақтаудағы тиімділігіне талду жасау және препараттың қауіпсіздік профилін анықтау.

Материалдар мен әдістер: Гистологиялық расталған қуық асты безінің обыры бар 47 пациентке ем жасалған.

Нәтижелері: 4 апта терапиядан соң 42 пациентте тестостеронның деңгейі кастрациялық диапазонға дейін төмендеді. 36 пациенттің біреуінде 8 аптадан соң тестостерон деңгейінің өсуі байқалды. Солай болғанымен, 12 аптадан соң аталған пациенттің тестостерон деңгейі медикаментоздық кастрация көрсеткіштеріне жетті. Клиникалық кезеңге немесе дене массасының индексіне қарай простатоспецификалық антигеннің (ПСА) немесе тестостеронның деңгейінің айтарлықтай өзгерістері байқалған жоқ. Осы зерттеу кезеңінде 42 пациенттің 15-інде (35,7%) жиырма жағымсыз құбылыс (ЖҚ) тіркелді. Неғұрлым таралғандары осал білінген қарқынмен “көтерілу” (n=4, 20.0%), ауырсыну (n=2, 10.0%) және жұқпа (n=2, 10.0%) болып табылады. Пациенттердің ЖҚ салдарынан зерттеуден шығуы орын алған жоқ. Тұжырым: Лейпрорелин ацетат 22,5 мг қауіпсіз дозада азиялық текті қуық асты безінің обыры бар пациенттерде жыныстық функцияның төмендеуі жағдайында өзінің тиімділігін дәлелдеді.

Түйінді сөздер: Қуық асты безінің обыры, лейпрорелин ацетат, жағымсыз құбылыстар.

## Summary

S.H.Lee, H.M.Lee, S.W.Kim, E.S.Lee, S.J.Hong,  
Ch.S.Kim, T.W.Kang, B.H.Chung  
Medical College of Chonnam National  
University, Korea

Efficiency of use of leuprorelin  
acetate with prostate cancer patients  
for men of Asian origin

Leuprorelin is a well-known agonist of luteinizing releasing hormone. In literature there are no sufficient data confirming efficiency and safety of high-dose leuprorelin acetate for men of Asian origin.

The trial goal is to study safety and efficiency of use of leuprorelin acetate in the dose of 22.5 mg for prostate cancer patients.

The tasks of this trial are to analyze efficiency of leuprorelin acetate in achieving and maintaining castration levels of testosterone during the subsequent 6 month period of observation, and to define the profile of the drug safety.

Materials and methods: 47 patients with histologically proven prostate cancer were treated.

Results: After the 4 week therapy the testosterone level of 42 patients decreased down to the castration range. Increase of the testosterone level was marked with 1 of 36 patients after 8 weeks. Nevertheless, after 12 weeks the testosterone level of that patient came to values of drug castration. Significant changes of the level of prostate specific antigen (PSA) or testosterone depending on the clinical stage or body mass index were not marked. During the period of this trial twenty adverse events (AE) were registered with 15 of 42 patients (35,7%). The most common adverse events were “affluxes” of mild intensity (n=4, 20.0%), pain (n=2, 10.0%), and infection (n=2, 10.0%). There were no withdrawals of patients from the trial because of adverse events. Conclusion: Leuprorelin acetate being safe in the dose of 22.5 mg proved its efficiency for prostate cancer patients of Asian origin with sexual function decrease.

Key words: prostate cancer, leuprorelin acetate, side effects.

УДК: 616/22-006-08

Г.Б. Адильбаев, ДН..Ахметов, Г.Г.Ким, С.А.Аппазов, Ж.Т. Садык, У.М.Адилханова  
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

## Реабилитация голосовой функции после полного удаления гортани с помощью голосовых протезов

*Аннотация. В статье представлены результаты реабилитации голосовой функции у 136 пациентов с раком гортани после ларингэктомии. Трахеопищеводный шунт с голосовым протезом позволил восстановить шумную и звучную речь у 88,3% больных.*

*Ключевые слова: реабилитация, голосовой протез, ларингэктомия, трахеопищеводный шунт.*

Рак гортани составляет около 2% в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями и частота его ежегодно повышается. По отношению к раку ЛОР-органов других локализаций рак гортани составляет 40— 60%, заболевают преимущественно мужчины в возрасте от 40 лет и старше. Злокачественные опухоли гортани относятся к категории визуально доступных. В Казахстане ежегодно регистрируются около 6000 в год в Казахстане регистрируется около 440 больных раком гортани (состоят на учете 2701 пациентов), однако около 60% больных диагностируются при 111-1У стадиях заболевания. В связи с этим традиционным методом лечения больных местнораспространенными формами рака гортани является комбинированное лечение – операция и лучевая терапия в различной последовательности. Основным видом радикального хирургического вмешательства является ларингэктомия. Полное удаление гортани, оправданная с онкологической позиции приводит больного к инвалидности, наносит ему тяжелую психическую травму, лишает его возможности полноценного общения с окружающими. Восстановление голосовой функции является главной задачей реабилитации после полного удаления гортани. Качество жизни у ларингэктомированных больных во многом зависит от того, насколько он успешно прошел процесс голосовой реабилитации. Восстановление голосовой функции позволяет больному вести социально-активный образ жизни, активно продолжить трудовую деятельность. В данное время восстановление голосовой функции проводится несколькими способами: традиционными – с использованием логопедических методов и голосообразующих аппаратов и новыми хирургическими методами с применением голосовых протезов(1,2). По данным различных авторов при логопедическом методе восстановления голоса пищеводным голосом овладевали не более 60% больных. Существенным недостатком пищеводного голоса является его значительное отличие от естественного, менее выразителен, фонация у части больных сопровождается шумом, исходящим из трахеостомы, что ухудшает восприятие речи. При использовании наружных голосовых аппаратов (электронные гортани, транзисторные звукогенераторы) голос получается монотонным, шумным, с металлическим «роботоподобным» оттенком и больные часто отказываются от использования этих устройств.

Таким образом, проблема улучшения качества голосовой функции у ларингэктомированных больных является актуальной.

Цель работы – оценка роли трахеопищеводного шунтирования с голосовым протезированием в реабилитации голосовой функции ларингэктомированных больных.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 136 больных, которым после операции ларингэктомии произведены трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием. Третья стадия заболевания была диагностирована у – 97, IV стадия – у 39 больных. Прооперировано в связи с появлением рецидива и продолженного роста опухоли 37 пациентов после радикального курса лучевой терапии (СОД 60-68 Гр), 29 – после предоперационного курса лучевой терапии – СОД 40 Гр, 17 больным первым этапом были произведены оперативные вмешательства. Интраоперационное протезирование было выполнено у 64 больных, отсроченное (с интервалом от 3 месяцев до 4 лет) – у 72.

В работе были применены голосовые протезы Bloom-Singer и Provox (2,3) для длительного использования. Голосовой протез представляет полую трубу, внутренний диаметр составляет 5мм. Эта часть протеза изготовлена из плотного силикона и препятствует сужению шунта. На концах протеза расположены фланцы, которые плотно фиксируют протез в шунте и не дают выпасть при кашле. В протезе Bloom-Singer передний (трахеальный) фланец более плотный, чем внутренний (пищеводный), так как его вводят со стороны трахеи. В протезе Provox обратное соотношение: более плотный пищеводный фланец. В просвете протеза расположен защитный клапан (из более мягкого силикона), который пропускает воздух из трахеи в пищевод и препятствует аспирации пищи в обратном направлении. Для каждого способа введения протезов имеется перфоратор и набор проводников.

Перед протезированием больные были информированы о существующих методах восстановления голоса, о механизме работы протеза, об операции и уходе за протезом, старались продемонстрировать больным, владеющим голосом после трахеопищеводного шунтирования с протезированием. После этого пациенты сознательно выбрали метод реабилитации. У больного не должно быть тяжелых заболеваний легких, размер трахеостомы не должен быть менее 2,0 см.

Первым этапом выполняли ларингэктомия, формировали широкую бесканальную трахеостому. После этого пунктировали заднюю стенку трахеи и переднюю стенку пищевода. С помощью проводника в образованной фистуле устанавливали голосовой протез. У больных после интраоперационного протезирования голос возникал через 3-5 дней после удаления носопищеводного зонда, после отсроченного протезирования – на сле-

дующий день после операции и существенно улучшался через 1-2 недели. Как правило, больные не занимались с логопедом, выполняли простые упражнения, рекомендованные нами. С помощью голосовых протезов удалось восстановить громкую, разборчивую речь у 88,3% пациентов, при этом качество голоса было значительно выше пищевого.

В процессе операции, из-за массивных рубцов трахеи, во время протягивания через шунт протез оторвался и упал в желудок у одного больного. У 8 больных отмечалась аспирация пищи и жидкости через шунт в трахею вследствие деформации защитного клапана и им были заменены голосовые протезы, после этого прекратилось протекание пищи и жидкости. Протез был неправильно подобран у одного пациента, т.к. был короток и поэтому

потребовалось его замена. Для улучшения качества голоса миотомия констрикторов глотки, при отсроченном протезировании, произведены 5 больным. Средний период использования протезов составил – 10,6 месяцев. Установка протеза не осложняла послеоперационное течение. У 8 больных возникли глоточные свищи, которые самостоятельно зажили, а у 1 - фарингостома, требовавшая последующего ушивания.

Таким образом, трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием может восстановить хороший голос у подавляющего большинства больных, метод безопасен и не ограничивает радикальность онкологического вмешательства и он должен занять ведущее место в реабилитации голосовой функции ларингоэктомированных больных.

#### Список литературы

1. Ольшанский В.О., Решетов И.В., Новожилова Е.Н., Дворниченко В.В. Реабилитация голосовой функции с помощью голосовых протезов после удаления гортани по поводу рака // Вестник оториноларингологии.-2003.- №5.- С.4-7.
2. Ольшанский В.О., Чиссов В.И., Решетов И.В. и др. Ларингоэктомия с трахеопищеводным шунтированием и протезированием при раке гортани.- М., 2004.- 184 с.
3. Terada T., Saeki N., Toh K. et all. Voice rehabilitation with Provox voice prosthesis following total laryngectomy for laryngeal and hypopharyngeal carcinoma // Auris Nasus Larynx.- 2007.-Vol.34, N1.- P.65-71.

#### ТҰЖЫРЫМ

Ғ.Б.Әділбаев, Д.Н.Ахметов, Г.Г.Ким,  
С.А.Аппазов, Ж.Г.Садык, У.М.Адилханова  
Қазақтың онкология және радиология  
ғылыми-зерттеу институті

#### Summary

G.B.Adilbayev, D.N.Akhmetov., G.G.Kim,  
S.A.Appazov, Zh.T.Sadyk, U.M. Adilkhanova  
Kazakh Research Institute of Oncology and  
Radiology

### Көмекейді толық алып тастағаннан кейінгі сөйлеу қабілетін даус пртездері арқылы қалпына келтіру

Мақалада катерлі ісікпен ауырған 136 науқастардың көмекейін алып тастағаннан кейінгі сөйлеу қабілетін қалпына келтіру жұмысының нәтижесі көрсетілген. Өңеш пен кеңірдекті тесіп дауыс пртезін қойған соң 88,3% аурулардың дауысы қалпына келді.

Түйінді сөздер: қалпына келтіру дауыс пртездері, ларингоэктомия, көмекей-өңештік шунт.

### Voice rehabilitation of laryngectomized patients with voicepross the sis

The article presents results of voice rehabilitation in 136 patients with cancer of larynx after laryngectomy. Tracheoesophageal anastomosis with voice prosthesis allowed to recover loud, intelligible speech in 88,3% patients.

Keywords: rehabilitation, voice prosthesis, laryngectomy, tracheoesophageal shunt.

УДК 616.24-006-06

М.И.Бейшембаев, А.А.Фединчик, К.А.Абакиров, Р.И.Лягазов  
Национальный центр онкологии, МЗ Кыргызстан

## Возможности комбинированного и комплексного лечения метастатических плевритов в онкологии

*Аннотация:* Цель исследования - Улучшения результатов лечения метастатических плевритов при использовании комбинированных и комплексных методов местного и системного лечения. В торакальном отделении Национального Центра Онкологии с 2002 по 2014 гг. проведен ретроспективный анализ комбинированного и комплексного лечения у 120 больных с метастатическими плевритами. Показатель 3 - летней выживаемости после проведенного лечения у больных группы «А» составил  $12,5 \pm 3,4\%$ , у больных группы «Б» -  $15 \pm 3,7\%$  и в группе «С» -  $20 \pm 4,2\%$ .

*Ключевые слова:* метастатический плеврит, системная химиотерапия, внутриплевральная терапия.

Актуальность проблемы. Метастатический плеврит – одно из весьма распространенных злокачественных поражений плевральной полости, характеризующийся образованием и накоплением в ней жидкости. Как правило, возникает на более поздних этапах опухолевого процесса, указывая на его распространенность. Интенсивное увеличение частоты выявляемости диссеминированных форм рака молочной железы, легкого, яичников, мезотелиомы плевры и лимфосарком, нередко сопровождающихся метастатическим плевритом, отличаются своеобразными клинико-морфологическими особенностями и крайне непредсказуемым течением, обуславливая актуальную проблему в современной онкологии [6].

Основным методом лечения метастатических плевритов все же остается внутриплевральная терапия, в основе которой лежит эвакуация жидкости из плевральной полости с последующим введением цитостатических и склерозирующих препаратов, использующиеся у большинства данной категории больных [2,5].

В настоящее время в ведущих онкологических центрах в лечении метастатических плевритов широко используются комбинации методов местного и системного воздействия, предусматривающих применение системной химиотерапии с внутриплевральной иммунотерапией, химио- и/или склерозирующей терапией. В основе применения комбинированных и комплексных методов лечения лежит одновременное терапевтическое воздействие и на метастатическое поражение плевры и на опухоль основной локализации. Достижение стабилизации процесса, проявляющегося исчезновением выпота в плевральной полости при улучшении общего состояния больных, позволяет более целенаправленно продолжать планируемое лечение опухоли основной локализации [1,3,4].

Материал и методы. В торакальном отделении Национального центра онкологии проведено ретроспективное исследование комбинированного и комплексного лечения метастатических плевритов у 120 больных за период с 2004 по 2014 гг. Больные были разделены на три группы:

1. Группа «А», включала 40 (33,3) больных, получивших системную химиотерапию + внутриплевральную иммунотерапию, которая проводилась Ронколейкином 250 тыс. МЕ\мл, через день. Всего количество введений составляло 2-4.

2. Группа «Б», состояла из 40 (33,3%) пациентов, которым проводилась системная химиотерапия + внутриплевральная химиотерапия, в качестве которой использовали Этопозид 200 мг, Карбоплатин 450 мг и Фторурацил 750 мг, препараты внутриплеврально вводились через день, всего введений -3-6.

3. Группа «С» - 40 (33,3%): системная химиотерапия + внутриплевральная химио-склерозирующая терапия.

Системная химиотерапия в группах «А», «Б» и «С» проводилась по схемам: CP, CC, CMF, CAF, CAP, CG, EP, EC, ACOP, по 5-6 курсов.

Внутриплевральная химио-склерозирующая терапия у больных группы «С» проводилась Доксциклином 250 мг и Циклофосфаном 600 мг, которые были предварительно растворены в 50 мл плазменной жидкости, полученной из периферической крови больного в результате центрифугирования. Цитостатические и склерозирующие препараты, растворенные в аутоплазме, вводились внутриплеврально после максимальной эвакуации жидкости из плевральной полости через день, всего количество введений составляло от 3 до 5.

Основными методами диагностики метастатических плевритов с установлением характера и степени метастатического поражения плевральной полости являлись клинические, лабораторные, рентгенологические, УЗИ плевральной полости и цитоморфологические исследования.

Из 120 больных включенных в исследования: женщин было 88 ( $73,3 \pm 2,9\%$ ), мужчин – 32 ( $26,6 \pm 4,2\%$ ). По возрастным категориям преобладали в основном пациенты среднего и пожилого возраста.

У 46 ( $38,3 \pm 4,5\%$ ) пациентов метастатический плеврит был обусловлен раком молочной железы, у 32 ( $26,6 \pm 4,2\%$ ) пациентов - рак легкого, у 22 ( $18,3 \pm 3,7\%$ ) пациенток – рак яичников, у 12 ( $10 \pm 8,8\%$ ) пациентов плеврит был вызван мезотелиомой плевры, у 8 больных ( $6,6 \pm 2,4\%$ ) - лимфосаркомой.

У всех исследуемых больных диагноз основного опухолевого заболевания был гистологически верифицирован. При этом у больных раком легкого преобладал плоскоклеточный рак ( $68,7\%$ ), у больных раком молочной железы – протоковый рак ( $60,8\%$ ), у пациентов раком яичников доминировала серозная аденокарцинома ( $59,0\%$ ), у больных лимфосаркомы – лимфоцитарная лимфома ( $75\%$ ), у больных мезотелиомой – злокачественная мезотелиома плевры ( $100\%$ ).

У подавляющего большинства больных симптоматика метастатического плеврита дополняла клинические

проявления основного заболевания. Так одышка, кашель и симптомы интоксикации наблюдались у всех больных (100%), тяжести и боли в грудной клетке на стороне поражения отмечались у 81 (67,5±3,5%) больного, гипертермия – у 46 (38,3±4,5%) пациентов, тахикардия - у 78 (65±3,7%).

У 54 (45±4,5%) больных опухолевый процесс был распространенным, из них у 36 (30±4,3%) больных имелись метастазы в различных органах, у 18 (15±3,5%) пациентов наблюдалось метастатическое поражение периферических лимфатических узлов.

По общему состоянию: удовлетворительное состояние наблюдалось у 66 (55±4,3%) пациентов, состояние средней тяжести – 44 (36,6±4,5%) пациентов, тяжелое состояние отмечалось у 10 (8,3±2,5%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Критерием эффективности после проведенного лечения являлось уменьшение или исчезновение выпота в плевральной полости, сопровождающееся уменьшением клинической симптоматики и улучшением состояния самих больных, которое определялось клинико-лабораторными и рентгенологическими методами исследования. Исходя из этого, улучшение общего состояния после лечения наблюдалось у 92 (76,6±2,4%) больных, ухудшение – у 15 (12,5±3,2%), без изменений (на прежнем уровне) – у 13 (10,8±3,0%) пациентов.

Так, после лечения у большинства исследуемых больных отмечалось уменьшение клинических проявлений метастатического плеврита. При этом одышка, кашель уменьшились у 86 (71,6±3,1%) больных, усилились у 15 (12,5±3,2%) и без изменений у 19 (15,8±3,5%) больных. Боли в грудной клетке уменьшились у 78 (65±7,8%) больных, усилились у 19 (15,8±3,5%) и у 23 (19,1±3,8%) пациентов на прежнем уровне. Симптомы интоксикации, проявляющиеся слабостью, недомоганием, отсутствием аппетита, головокружением уменьшились у 75 (62,3±3,0%) больных, у 25 (20,8±3,9%) без изменений и у 20 (16,6±3,6%) пациентов наблюдалось усиление интоксикации, что требовало проведение адекватного симптоматического лечения.

Таблица 1 - Осложнения лекарственной терапии у 120 больных, после комбинированного и комплексного лечения

Признаки	Группа «А» в %	Группа «Б» в %	Группа «С» в %	Всего
Диспепсические.растройства	22 (55±6,5%)	24 (60±6,7%)	15 (37,5±5,6%)	61(50,8±4,4%)
Анемия и лейкопения	18 (45±5,6%)	16 (40±5,7%)	12 (30±5,1%)	46(38,3±4,5%)
Лихорадка	12 (30±5,1%)	13 (32,5±5,3%)	9 (22,5±4,5%)	34(28,3±4,3%)
Боли в грудной клетке	16 (40±5,7%)	17 (42,5±5,9%)	12 (30±5,1%)	45(37,5±4,5%)
Интоксикация	26 (65±6,9%)	24 (60±6,7%)	20 (50±6,3%)	70(58,3±4,1%)
Прочие	10 (25±4,7%)	12 (30±5,1%)	8 (20±4,2%)	30 (25±4,1%)

Как видно из представленных данных таблицы №1 показано, что у 61 (50,8±4,4%) пациента, из них у 22 (55±6,5%) из группы «А», у 24 (60±6,7%) группы «Б» и у 15 (37,5±5,6%) группы «С» наблюдались диспепсические расстройства в виде тошноты, рвоты, диареи и болей в животе. У 46 (38,3±4,5%) пациентов: из них у 18 (45±5,6%) группы «А», у 16 (40±5,7%) пациентов группы «Б» и у 12 (30±5,1%) группы «С» наблюдались изменение показателей крови (анемия, лейкопения). У 34 (28,3±4,3%) больных из них у 12 (30±5,1%) группы «А», у 13 (32,5±5,3%) пациентов из группы «Б» и у 9 (22,5±4,5%) группы «С» отмечалась субфебрильная лихорадка. У 70 (58,3±4,1%) больных из них у 26 (65±6,9%) из группы «А», у 24 (60±6,7%) группы «Б» и у 20 (50±6,3%) пациентов из группы «С» наблюдались симптомы интоксикации (слабость, недомогания, головокружение, отсутствие аппетита т.д.). У 30 (25±4,1%) больных из них у 10 (25±4,7%) группы «А», у 12 (30±5,1%) пациентов из группы «Б» и у 8 (20±4,2%) из группы «С» отмечались прочие осложнения, основу которых составляли кардио-нефротоксичность, дерматит, костно-суставной синдром.

Таблица 2 - Оценка непосредственных результатов проведенного лечения.

Критерии	Группа «А» в %	Группа «Б» в %	Группа «С» в %	Всего
полная ремиссия	8 (20±4,2%)	10 (25±4,7%)	12 (30±5,1%)	30 (25±4,1%)
частичная ремиссия	13(32,5±5,3%)	15(37,5±4,0%)	17(42,5±5,9%)	45 (37,5±4,5%)
без динамики	7 (17,5±4,0%)	6 (15±3,7%)	5 (12,5±3,4%)	18 (15±3,5%)
прогрессирование	12 (30±5,1%)	9 (22,5±4,5%)	6 (15±3,7%)	27 (22,5±4,0%)

Согласно представленным данным установлено, что у 30 (25±4,1%) пациентов, из них у 8 (20±4,2%) из группы «А», у 10 (25±4,7%) пациентов из группы «Б» и у 12 (30±5,1%) пациентов из группы «С» наблюдалась полная стабилизация процесса, проявляющаяся отсутствием накопления жидкости в плевральной полости продолжительностью 6 месяцев. Частичная стабилизация (ремиссия) – наличие небольшого количества жидкости в плевральной полости, не требующая ее удаления, наблюдалась у 45 (37,5±4,5%) больных: у 13 (32,5±5,3%) из группы «А», у 15 (37,5±4,0%) пациентов из группы «Б» и у 17 (42,5±5,9%) больных из группы «С». У 18 (15±3,5%) больных: у 7 (17,5±4,0%) из группы «А», у 6 (15±3,7%) пациентов из группы «Б» и у 5 (12,5±3,4%) пациентов из группы «С» динамика была прежнем уровне,

как до лечения. У 27 ( $22,5 \pm 4,0\%$ ) больных: у 12 ( $30 \pm 5,1\%$ ) из группы «А», у 9 ( $22,5 \pm 4,5\%$ ) больных из группы «Б» и у 6 ( $15 \pm 3,7\%$ ) пациентов из группы «С» наблюдалось дальнейшее прогрессирование опухолевого процесса.

Ведущими прогностическими факторами, влияющими на выживаемость у данной категории больных после проведенного лечения, являются характер и степень метастатического поражения плевральной полости, распространенность опухолевого процесса, морфологические особенности опухолей основных локализаций.

Показатели смертности у больных с метастатическими плевритами после проведенного лечения представлены на рисунке 1.

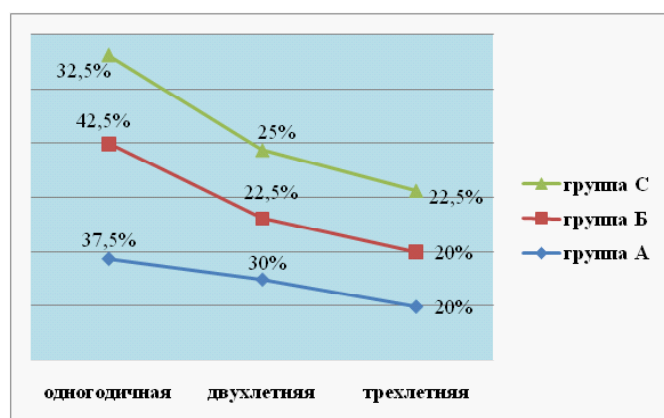


Рисунок 1 - Сравнительные показатели смертности у больных с метастатическими плевритами

Как видно из представленных данных графика №1, одногодичная летальность у больных группы «А» составляла  $37,5 \pm 5,6\%$ , двухгодичная –  $30 \pm 5,1\%$ , трехлетняя составила  $20 \pm 4,2\%$ . У больных группы «Б» показатели одногодичной, двухгодичной и трехгодичной летальности составили  $42,5 \pm 5,9\%$ ;  $22,5 \pm 4,5\%$  и  $20 \pm 4,2\%$  соответственно. У больных группы «С» – одногодичная летальность составила  $32,5 \pm 5,3\%$ , двухгодичная –  $25 \pm 4,7\%$ , трехлетняя –  $22,5 \pm 4,5\%$ .

Показатели сравнительной выживаемости у больных с метастатическими плевритами представлены на рисунке 2.

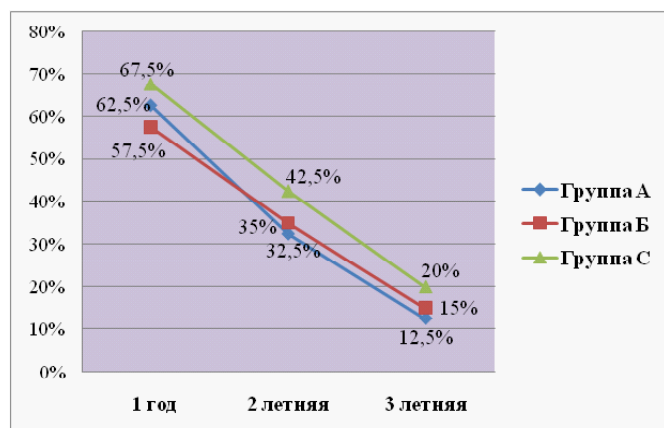


Рисунок 2 - Показатели выживаемости после комбинированного и комплексного лечения

Согласно представленным данным (рисунок 2) следует, что показатель одногодичной выживаемости у больных группы «А» составил  $62,5 \pm 6,8\%$ . Одногодичная выживаемость у больных группы «Б» составила  $57,5 \pm 6,6\%$ , в то время как у пациентов группы «С» - показатель одногодичной выживаемости составил  $67,5 \pm 7,0\%$ .

Двухлетняя и трехлетняя выживаемость у больных группы «А» составляла  $32,5 \pm 5,3\%$  и  $12,5 \pm 3,4\%$  соответственно. У пациентов группы «Б» двухлетняя выживаемость составила  $35 \pm 5,4\%$  и трехлетняя –  $15 \pm 3,7\%$ . У пациентов группы «С» двухлетний рубеж составил  $42,5 \pm 5,9\%$ , показатель трехлетней выживаемости составил  $20 \pm 4,2\%$ .

Необходимо отметить, что трехлетний срок прожили преимущественно те больные, у которых метастатический плеврит был обусловлен раком молочной железы и раком яичников при отсутствии дальнейшего их прогрессирования.

Таким образом, в ходе проведенного ретроспективного исследования было установлено, что применение системной химиотерапии с внутриплевральной химиосклерозирующей терапией с использованием биоразтворителя (аутоплазма) у больных с метастатическими плевритами, увеличивает показатели одногодичной, двухлетней и трехлетней выживаемости на  $67,5 \pm 7,0\%$ ,  $42,5 \pm 5,9\%$  и  $20 \pm 4,2\%$  по сравнению с традиционными комбинированными методами системного и местного лечения. При этом следует подчеркнуть, что растворение цитостатических и склерозирующих препаратов в аутоплазме позволяло уменьшить частоту осложнений, возникающих в процессе терапии, способствуя лучшей переносимости внутриплеврального лечения за счет связывания с белками плазмы лекарственных препаратов, с образованием так называемых ксенобиотиков.



## Список литературы

1. Алексеева Т.Р., Лебедев В.В., Иванова Т.Д., Некрасов А.В. Современные подходы комбинированного и комплексного лечения метастатических плевритов у больных со злокачественными новообразованиями.- РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН.- М., 2008.
2. Ларионова Н.А., Петренко А.Л., Васильева Н.И. Пути улучшения качества жизни онкологических больных с метастатическими плевритами //Мат. 8-й ежегодной Российской онкологической конференции, 16-18 декабря 2007.- С. 34.
3. Поддубная И.В., Горбунова В.А., Летягин В.П. Внутривезикулярная терапия опухолевых плевритов //Мат. МНИОИ им П.А. Герцена, М., 2004.
4. Шубина И. Ж., Волков С.М., Демидов Л. В., Киселевский М. В. Адаптивная иммунотерапия злокачественных новообразований // Вестник РАМН. -2008.- №11.-С. 9-15.
5. Borger D.P., Carlson K.J., Pike M.C. et al. Intrapleural therapy in malignant pleural effusions // ThoraxOncology-Philadelphia; Lippincott, 2004-P. 2729-2744.
6. Henderson B.D., Hatch F.G., Leong S.S. et al. Malignant pleural effusion epidemiology, diagnostic and treatment // European Respiratory Journal.-2010.- Vol.20. Suppl 38. -P. 17-41.

## Тұжырым

М.И.Бейшембаев, А.А. Фединчик,

К.А.Абакиров, Р.И.Лягазов

Қырғызстанның ДСМ Ұлттық онкология  
орталығыОнкологиядағы метастатикалық  
плевриттердің қосарланған және  
біріктірілген емінің мүмкіндіктері

Зерттеудің мақсаты - метастатикалық плевриттерді қосарланған және біріктірілген әдістерінің жергілікті және жүйелі емінің қолдануындағы, ем нәтижелерін жақсарту. Ұлттық онкология орталығында 2002-2014жж. аралығында, торакальды бөлімшеде емделген метастатикалық плевриті бар 120 науқастың қосарланған және біріктірілген емінің ретроспективті сараптамасы жүргізілді. Жүргізілген емнен кейін 3 жылдық өмір сүру көрсеткіші: «А» тобындағы науқастарда  $12,5 \pm 3,4\%$ , «Б» тобындағы науқастарда -  $15 \pm 3,7\%$  және «С» тобындағы науқастарда -  $20 \pm 4,2\%$ -ды құрды.

Түйінді сөздер: метастатикалық плеврит, жүйелі химиотерапия, плевраішілік терапия.

## Summary

M.I.Beychembaev, A.A.Fedinchik,

C.A.Abakirov, R.I.Lyagasov

The National Center of Oncology,  
KyrgyzstanPossibilities of combined and complex  
treatment of metastatic  
pleuritis in oncology

To Improve the results of treatment of metastatic pleuritis with combined and integrated methods of local and systemic treatment. At the thoracic Department of the National Center of Oncology from 2002 to 2014 years retrospective analysis of combined and complex treatment of 120 patients with metastatic pleuritis. 3-year survival rate after treatment in patients with group «A» was  $12.5 \pm 3.4\%$  of patients in Group «B» -  $15 \pm 3.7\%$  and in the group «C» -  $20 \pm 4.2\%$ .

Keywords: metastatic pleural effusion, systemic chemotherapy, intrapleural therapy.

УДК: 616.33-006.6-089

Р.И.Лягазов

Национальный Центр Онкологии, Кыргызстан

## Непосредственные результаты хирургического лечения рецидивов рака желудка

*Аннотация: Цель исследования - улучшение непосредственных результатов лечения больных с рецидивами рака желудка в зависимости от первичного объема оперативного вмешательства. В торакальном отделении Национального центра Онкологии с 2002 по 2014 гг. проведено ретроспективный и проспективный анализ у 97 больных с установленным морфологическим диагнозом рецидив рака желудка.*

*Ключевые слова: рак желудка, рецидив.*

Актуальность. Рак желудка остается одним из основных жизнеугрожающих онкологических заболеваний человека в XXI веке и занимает третье место в структуре онкологических заболеваний после легких, трахеи и бронхов. Ежегодно в мире диагностируется до 800 тыс. новых случаев заболевания, причем аденокарцинома желудка занимает второе место в онкологической патологии, уступая лишь раку легкого.(1,2,3). В ряде стран этот показатель особенно высок – в Японии 114,7 случаев на 100 тыс. населения, в России – 51,5 случаев на 100 тыс населения.

В Кыргызстане рак желудка занимает первое место в структуре онкологической патологии: его распространенность составляет 12,1 случаев на 100 тыс. населения, а смертность 9,6 случаев на 100 тыс населения. Особую роль в борьбе с раком желудка играет разработка вопросов диагностики, лечения, профилактики рецидивов заболевания, являющейся зачастую причинной смерти больных(11,12).

Основным радикальным методом лечения остается хирургический, использующиеся у большинства данной категории больных (4,5,6).

В настоящее время в ведущих онкологических центрах лечения рецидивов уделяется большое внимание(7,8,9,10). Несмотря на достигнутые результаты в плане диагностики и лечения рака желудка, до сих пор нет единого мнения в показаниях противопоказаниях к повторным операциям, что привело нас к более детальному изучению данной проблемы.

Материал и методы. В торакальном отделении Национального центра онкологии проведено ретроспективное и проспективное исследование у 97 больных с рецидивом рака желудка. За период с 2002 по 2014гг. Больные были разделены на три группы в зависимости от вида лечения:

1. Группа «А», включала 37 (38,2%) больных, получивших повторное хирургическое лечение.

2. Группа «Б», состояла из 30 (30,9%) пациентов, которым проводилась системная химиотерапия, в качестве которой использовались Этопозид 200 мг, цисплатин 50 мг и Фторурацил 750 мг, препараты вводились через день, всего курсов 3.

3. Группа «С» - 30 (30,9%): пациентов которые получили только симптоматическое лечение.

В группе «А», Возраст больных варьировал от 50-79 лет. Между мужчинами и женщинами рецидив возник равнозначно. Большинство больных составляют лица молодого и трудоспособного возраста. У всех больных диагноз подтвержден гистологическим исследованием аденокарцинома низкой степени дифференцировки выявлена у 13(35,3%) больных, а у 24(64,7%) больных представлены перстневидно-клеточным раком.

Таблица 1 - Объемы первичного хирургического вмешательства при раке желудка

Тип операции и объем первичной операции	Количество больных
дистальная субтотальная резекция желудка	14(37,8%)
проксимальная субтотальная резекция желудка	16(43,2%)
гастрэктомия	7(18,9%)
всего	37(100%)

Как показано в таблице 1 в зависимости от первично выполненных оперативных вмешательств было выявлено у дистальной субтотальной резекции желудка (ДСРЖ) 14 (37,8%) больных, после проксимальной субтотальной резекции желудка (ПСРЖ) у 16 (43,2%) больных, а у 7-больных (18,9%) после гастрэктомии (ГЭ). Основное количество больных составило после проксимальных и дистальных резекций желудка.

Таблица 2 - Объемы повторных хирургических вмешательств при рецидивах рака желудка

Повторные операции	Количество больных
экстирпация культи желудка	12 (32,4%)
обходные анастомозы	10 (27,0%)
эксплоративная лапаротомия	10 (27,0%)
Гастростомия энтеростомия по майдлю еюнотомии	5 (13,5%)
всего	37 (100%)

Как показано в таблице 2 лишь 12 (32,4%) больным удалось выполнить радикальную операцию в объеме экстирпации культи. В остальных случаях носил паллиативный характер, что в свою очередь помогает улучшить качество жизни больным.

Рецидивы были разделены от момента возникновения на ранние и поздние.

Таблица 3 - Сроки развития рецидивов

Сроки возникновения рецидивов	бмес-3года	3года и более
муж	13(35,3%)	9(24,3%)
жен	11(29,7%)	4(10,8%)
Всего 37(100%)	24(64,8%)	13(35,3%)

Из таблицы 3 видно, что ранний рецидив, возник в первые, 3 года с момента первой операции в количестве 24 (64,8%) больных. А поздний составил 13 (35,5%) больных. При анализе сроков возникновения рецидивов после лечения в ряде литературных источников подвергается сомнению корректность термина «безрецидивный период». В нашем исследовании мы условно считали безрецидивным периодом время, прошедшее с момента операции до появления первых признаков развития рецидива, то есть до возникновения клинических проявлений, либо при отсутствии таковых до выявления рецидива при динамическом обследовании больных. Средняя продолжительность безрецидивного периода во всей исследуемой группе (37 больных) составила  $26,1 \pm 3,2$  мес.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенного исследования, были получены следующие данные. При сравнительной оценке послеоперационных осложнений после повторных вмешательств.

Таблица 4 -Осложнения в хирургической группе

Послеоперационные осложнения	Количество больных	летальность
кровотечения	1(2,7%)	-
пневмонии	2(5,4%)	-
Несостоятельность шва анастомоза	2(5,4%)	2 (5,4)%
нет	31(83,8%)	-
всего	37(100%)	2 (5,4)%

Как показано в таблице 4 у 1 больного развилось послеоперационное кровотечение которое было устранено реторакотомией, у 2 больных пневмонии и самое грозное осложнение несостоятельность швов анастомоза развилось у 2 (5,4%) больных которые имели место летального исхода.

Таблица 5 - Развитие осложнения после химиотерапии

Осложнения после химиотерапии.	Количество больных	3года и более
Диспепсические расстройства	2 (6,66%)	9(24,3%)
анемия	2 (6,67%)	4(10,8%)
аллопеция	3 (10%)	13(35,3%)
Диарея	3 (10%)	
Общая слабость, недомогание	5 (16,6%)	
нет	15 (50)%	
всего	30 (100%)	

Все побочные действия химиотерапии купировались симптоматическим лечением.

Несмотря на все трудности, сопутствующие хирургическому лечению рецидивов рака желудка, попытки повторного оперативного вмешательства полностью оправдывают себя, и непосредственные результаты сопоставимы с таковыми при лечении первичного рака желудка.

Таким образом, в ходе проведенного ретроспективного, проспективного исследования было установлено, что данная категория больных остаётся самой сложной и требующей к себе внимания так и индивидуального подхода в плане дальнейшей тактики обследования и лечения.

## Список литературы

1. Ахметзянов Ф.Ш., Борисов В.П. Профилактика некоторых послеоперационных осложнений после гастрэктомий по поводу рака желудка // Матер. VII съезда онкологов РФ. - М., 2009. - Т. 1.- С. 281.
2. Ахметзянов Ф.Ш., Китаев М.Р. Обоснование объема хирургического вмешательства при раке дистального отдела желудка // Креативная хирургия и онкология. - 2010. - №2. - С. 40-42.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2012 году/Под ред. М.И.Давыдова, Е.М.Аксель; ГУРОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009.– С.95–97, 223–224.
4. Давыдов М.И., Тер–Ованесов. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология.–2008.–Т.2, N1.–С.4–10.
5. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С. и др. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН.–2006.–№1.–С.82–89.
6. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Годжело Э.А. Ранний рак и предопухольевые заболевания желудка. – М.:ИздАТ, 2009.–256 с.
7. Гарин А.М., Базин И.С., Нариманов М.Н. Обзор возможностей химиотерапии рака желудка //Русский мед. журнал.–2011.–Т. 9, №22.–С. 989–991.
8. Van Custem E.J.D., Ajani J., Tjulandin S. et al. Docetaxel in combination with cisplatin with or without 5–fluorouracil in patients with advanced gastric or GE junction adenocarcinoma: preliminary results // ESMO, 2004, Hamburg, ab. 276.
9. Roth A.D., Maibach R., Marinelli G. et al. Taxotere–cisplatin in advanced gastric carcinoma: an active drug combination // Proc. ASCO.– 2005, ab. 1088.
10. Aiko Takashi and Mitsuru Sasako. The General Rules' Committee of the Japanese Gastric Cancer Association. The new Japanese Classification of Gastric Carcinoma: Points to be revised // Gastric. Cancer.–2007.– No. 1.–P. 25–30.
11. Bonenkamp J. J., Hermans J., Sasako M., van de Velde C. J. H. Quality Control of Lymph Node Dissection in the Dutch Randomized Trial of D1 and D2 Lymph Node Dissection for Gastric Cancer // Gastric Cancer.– 2007.– No. 1.–P.152–159.
12. Egashira Yutaro, Tadakazu Shimoda, Masahiro Ikegami. Mucin histochemical analysis of minute gastric differentiated adenocarcinoma // Pathology International.– 2008.–Т. 49.–С. 55–61.

Тұжырым  
Р.И.Лягазов

ҚР ДСМ Ұлттық онкология орталығы,  
Бішкек қ.

### Рецидивті асқазанның қатерлі ісігінің хирургиялық емінің тікелей нәтижелері

Зерттеудің мақсаты - рецидивті асқазанның қатерлі ісігі бар науқастардың біріншілік оперативті емінің көлеміне байланысты, тікелей нәтижелерін жақсарту. Ұлттық онкология орталығында 2002-2014жж. аралығында, торакальды бөлімшеде емделген, рецидивті асқазанның қатерлі ісігі бар 97 науқасқа (морфологиялық диагнозы бар) ретроспективті және проспективті сараптамасы жүргізілді.

Түйінді сөздер: рецидив, асқазанның қатерлі ісігі.

Summary

Lyagazov R.I.

National Oncology Center MN of Kyrgyzstan

### The immediate results of surgical treatment of gastric cancer recurrence

Objective: Improvements to the immediate results of treatment of patients with recurrent gastric cancer, depending on the volume of the primary surgery. In the thoracic department of the National Center of Oncology from 2002 to 2014. A retrospective and prospective analysis of 97 patients with an established diagnosis of morphological relapse of stomach cancer.

Keywords: stomach cancer relapse.

УДК: 616.11/16-006.6-08

Б. А. Кожомбердиев

Национальный центр онкологии МЗ КР, г. Бишкек

## Некоторые аспекты вегетативной регуляции в практике онкогинекологии

*Аннотация. Человеческое тело это функциональная система, в которой механизмы сотрудничества симпатической и парасимпатической нервной деятельности. В некоторых патологических состояниях, эти механизмы начинают принимать к неисправности. Влияние опухоли и лечения, безусловно отражается на ведущих регуляторных механизмах организма, а именно, вегетативной нервной системы.*

*Ключевые слова: вариабельность, рак шейки матки.*

Актуальность. Организм человека это единая функциональная система, в которой согласованно действуют механизмы симпатической и парасимпатической нервной деятельности. При определенных патологических состояниях эти механизмы начинают сдавать сбои в работе. Влияние опухоли и проведенного лечения, бесспорно, отражается на ведущих регуляторных механизмах организма, а именно на вегетативной нервной системе [1,2]. При этом важным показателем является использование статистических и спектрально-волновых характеристик сердечного ритма (СР) для оценки текущего состояния человека, прогнозирования динамики его изменения во времени, в том числе для тестирования функциональной активности вегетативной нервной системы в норме и патологии ВНС [5,7-9]. К сожалению, недостаточно изучены возможности использования вариационной ритмографии для оценки адаптивных возможностей человека, а также его неспецифической резистентности в условиях стресса, каким является наличие тяжелого заболевания или проведение хирургического вмешательства [10]. В этой связи изучение характеристик СР для оценки общего состояния организма при различных патологических состояниях, в частности при раке, является весьма актуальным.

Цель исследования: - Изучить возможность использования кардиоритмографии (кардиоинтервалы) и спектрального анализа у больных с онкогинекологической патологией в процессе хирургического лечения.

Методика исследования. Ритмограмма регистрировалась автоматизированной системой анализа СР, куда входят компьютер IBMPC/ AT, ритмограф RG-02, АЦП (аналого-цифровой преобразователь). Кардиосигналы с груди пациента снимались с помощью электродов, подключенных к ритмографу, последний, подключался к компьютеру через АЦП. Анализировались следующие показатели: характеристика СР, выводы о вегетативной регуляции, анализ нарушений проводимости и ритма сердца. Регуляция СР изучалась методом гистографического и спектрального анализа волновой структуры сердечного ритма по Д. Жемайтите, при котором проводится анализ продолжительности временных пауз

между сердечными сокращениями [6]. Анализировались показатели, косвенно свидетельствующие о симпатическом, парасимпатическом и гуморальном воздействии на ритм.

Оценивали показатели стационарной части РФ: RR – средняя величина RR-интервала,  $\sigma RR$  – среднее квадратичное отклонение, показатель общей дисперсии волн СР,  $\sigma НЧС$ , мс – низкочастотных волн, модулируемых гуморальным действием на СР;  $\sigma СЧС$  – среднечастотных волн, связанных с колебаниями тонуса артерии синусового узла, отражающих симпатическое влияние;  $\sigma ВЧС$  – высокочастотных волн, вызываемых раздражением блуждающего нерва. Это показатель оценивали как парасимпатический признак. Известно, что конечный результат регулирующего воздействия на СР связан с взаимодействием всех компонентов многофакторной регуляции, на уровне симпатического узла четкой детерминированности между симпатическим и парасимпатическим действием не существует. Поэтому оценивают также соотношение частотных характеристик волнового энергетического спектра СР по вкладам в общую дисперсию –  $\sigma НЧС\%$ ,  $\sigma СЧС\%$ ,  $\sigma ВЧС\%$ . А также изучают  $\sigma RR$  – дисперсия  $\sigma СР$ , ДА мс – амплитуда дыхательной аритмии, ДП, л/мин мм рт. ст. – двойное произведение

Величины ВЧС, СЧС и НЧС выражали в относительных единицах, которые представляют процентный вклад каждой колебательной составляющей в общую мощность спектра.

Результаты исследования. Для выяснения взаимоотношений симпатической и парасимпатической нервной систем в регуляции сердечного ритма нами обследовано 75 женщин, больных злокачественными новообразованиями яичников, тела и шейки матки (27 – рак шейки матки, 24 - рак яичников и 24 - рак эндометрия) в качестве основной группы, и 18 женщин с доброкачественными опухолями яичников и тела матки (кисты, кистомы, текомы яичников, миомы матки). Половину обследованных больных, как в группе со злокачественными, так и в группе с доброкачественными опухолями составили женщины в возрасте от 35 до 50 лет. Примерно треть больных составили группу женщин до 35 лет, и около 20 % - старше 50 лет. Исследование было проведено до и после (через 3 суток) после оперативного вмешательства.

По поводу злокачественных новообразований больным был выполнен следующий объем оперативных вмешательств – расширенная экстирпация матки с придатками с иссечением регионарных лимфоузлов (операция Вертгейма), типичная экстирпация матки с придатками, овариоэктомия с сальпингоэктомией. По поводу доброкачественных опухолей выполнялись надвлагалищная

ампутация и овариоэктомия.

Анализ проведенных исследований показал, что у больных, имевших различные опухоли до проведения оперативного вмешательства, не наблюдалось определенных изменений в вегетативной регуляции сердечного ритма.

Проведение хирургической операции сопровождалось определенными изменениями в регуляции СР, что выразилось в некотором преобладании парасимпатической отдела у больных, подвергшихся расширенным оперативным вмешательствам по поводу злокачественных новообразований.

Общая мощность спектра после операции снизилась с 1075,7 до 901,28 ( $p>0,05$ ). Спектр очень низких частот также снизился с 601,22 до 553,1 сек. (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели спектрального анализа сердечного ритма (общая мощность и очень низко частотные волны)

Показатель	Total (Мсек <sup>2</sup> )			VLFMсек <sup>2</sup>		
	До операции	После операции	Досто- верность	До операции	После операции	Досто- верность
Среднее	1075,7	901,28	$p>0,05$	601,22	553,1	$p>0,05$
Станд. ошибка	251,8	190,99		134,4	84,38	

Следующим звеном в нашем исследовании было изучение спектра низкочастотных колебаний или LF Мсек<sup>2</sup>. Низкочастотные колебания эта часть спектра в диапазоне частот 0,04-0,15 Гц. Они имеют смешанное происхождение. На мощность в этом диапазоне оказывают влияние изменения, как симпатической (преимущественно), так и парасимпатической активности. Механизм этих колебаний имеет барорефлекторную природу.

Парасимпатическую активность характеризовал также следующий показатель Lfnorm(%). Это мощность в диапазоне низких частот, выраженная в нормализованных единицах и вычисляется по формуле  $Lfnorm = LF / Total - VLFx 100$ . До операции данный показатель был равен  $51,22 \pm 4,64\%$ , после операции он увеличился до  $53,11 \pm 2,68\%$ . Данное повышение оказалось статистически не достоверным ( $p>0,05$ ).

Высокочастотные колебания (HF(Мсек<sup>2</sup>)) вариабельности сердечного ритма до операции составили  $772,4 \pm 81,47$ , а после операции –  $262,88 \pm 56,13$  Мсек<sup>2</sup>.

Далее нами показаны следующие показатели, а именно нормализованная мощность для высоких частот, соотношение высоких и низких частот, а также Total1Мсек<sup>2</sup> (таблица 2).

Таблица 2 - Спектральные характеристики сердечного ритма в процессе операции Вертгейма

Показатель	Total (Мсек <sup>2</sup> )			VLFMсек <sup>2</sup>		
	До операции	После операции	Досто- верность	До операции	После операции	Досто- верность
Среднее	48,77	46,88	1,576	1,934	2643,0	1193,07*
Станд. ошибка	4,64	2,84	0,45	0,45	157,84	172,98
Примечание: * - $P<0,05$						

Нanorm (%) или нормализованная мощность высоких частот в динамике осталась практически на одном уровне – 47,77% и 46,88%. Однако наблюдалось существенное увеличение симпато-вагального соотношения 1,576 до 1,934. Этот показатель характеризует соотношение или баланс симпатических и парасимпатических влияний на ритм сердца. Т.е. наблюдалось умеренное напряжение регуляторных систем.

В целом, пациентки со злокачественными заболеваниями матки и яичников, подвергшиеся расширенным операциям показали статистически достоверное уменьшение парасимпатической активности, увеличение симпатического влияния, а также увеличение симпатико-парасимпатического баланса ( $P<0,05$ ), по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Таким образом, хирургическое вмешательство с травматизацией нервных стволов сопровождается дисрегуляцией вегетативной нервной системы, более выраженной у больных, получивших расширенные оперативные вмешательства.

## Список литературы

1. Айдаралиев А.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. и др. Комплексная оценка функциональных резервов организма.- Фрунзе: Илим, 1988. – 196 с.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы.- М.: Наука, 1980. – 196 с.
3. Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития.- М.: Медицина, 1982. – С. 23-30.
4. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. – 265 с.
5. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика /Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1998. – 43 с.
6. Жемайтис Д. И., Каукенас И., Кусас В. и др. Система автоматизированного анализа ритмограмм / В кн. Анализ сердечного ритма.-Вильнюс: Моклас, 1982. – С. 5-22.
7. Коркушко О. В., Иванов Л. А. Показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы при максимальной физической нагрузке в различные возрастные периоды // Врач.дело. – 1981. - №3. – С.84-88.
8. Korkushko O. V., Shatilo V. B., Kaukenas J. K. Changes in heart rhythm power spectrum during human aging // Aging. – 1991. – V. 3. – P. 177-179.
9. Levy M. N. Sympathetic-parasympathetic interactions in the heart // Circ Res. – 1971. –V.29. – P. 437-45.
10. Mancini R., Cosimelli M., Filippini A., Tedesco M. Nerve-sparing surgery in rectal cancer: feasibility and functional results //J. Exp. Clin.. Cancer Res. – 2000. – Vol. 19, N1. – P.35-40.

## Тұжырым

Б.А. Кожомбердиев

ҚР ДСМ Ұлттық онкология орталығы,  
Бішкек қ.Онкогинекология тәжірибесіндегі  
вегетативті реттеуінің кейбір  
аспекттері

Адам денесі бір функционалды жүйе, онда симпатикалық және парасимпатикалық жүйке қызметінің қосарланған механизмдері бар. Кейбір патологиялық жағдайларда бұл механизмдер бұзылуы мүмкін. Ісіктің әсері және оның емі, организмдегі жетекші реттілік механизмдерде көрінуі мүмкін, сонын ішінен вегетативті жүйке жүйесінде байқалуы мүмкін.

Түйінді сөздер: өзгерушілік, жатыр мойнынң қатерлі ісігі.

## Summary

B.A. Kozhombardiyev

Some aspects of the autonomic  
regulation of the practice of  
gynecological oncology

National Oncology Center MH of Kyrgyzstan

The human body is a single functional system in which the cooperative mechanisms of the sympathetic and parasympathetic nervous activity. Under certain pathological conditions, these mechanisms are beginning to take to malfunction. Influence of the tumor and the treatment is certainly reflected in the leading regulatory mechanisms of the body, namely, the autonomic nervous system.

Keywords; variability cervical cancer. Urgency.

УДК: 616.6

A.D.Moldashbayeva

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

## Positive thinking as a psychotherapeutic treatment for cancer patients

*Summary.* This article is going to discuss a notion of psychotherapeutic intervention for cancer patients based on positive thinking. Mostly it has beginning from foreign studies and results, and application is in the frame of our country's oncological treatment. However, it is a new way of psychotherapeutic treatment, where the patients are trained to positive thinking and training occurs through psychotherapy. The method is better to apply individually, what helps to understand and train patients better. It's going to choose the patients randomly, no frames, only cancer patients receiving treatment or at least who received treatment in Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology. The article talks about longitudinal study and future research is more qualitative.

*Keywords:* positive psychotherapy, psycho-oncology, psychological intervention

Despite contradictory findings, the belief that psychotherapy promotes survival in people who have been diagnosed with cancer has persisted since the seminal study by D. Spiegel et al. [1]. According to this finding and some affirmative results of different studies, we can preach that psychotherapy has positive effect on cancer patients' treatment flow, however there are studies such as particular one, where they can consider about positive effects of psychotherapy not only on its treatment flow, but even on cancer survival, what really matters. As it is said in the study article, "...an extension of this belief is that improvement in psychological functioning can prolong the survival after a diagnosis of cancer. Were this true, psychotherapy could not only benefit mood and quality of life but increase life expectancy as well..." [1]. This claim helps us to study psychological effect on cancer patients, positive effects on it, also not just the effect on treatment duration, but on recovery and survival of the cancer patients, there are lots of studies searching for the increasing the quality of life of patients, life expectancy of cancer patients and mood benefit, as well. The benefit of mood which is also very point of the psychological help for cancer patients is the start point of any kind of psychological interventions in oncological area. The idea of mood improvement for cancer patients is the main highlight of the area called psycho-oncology, "psychology in oncology", or in other words, in cancer care. Since the idea of cancer being "mind-and-body" disease is held as a strong hypothesis. It has begun 150 years ago, at times of Sigmund Freud and Jean-Martin Charcot's ideas about the effects of subconscious on disease, where Freud and his colleagues claim that unconscious sublimated rage could manifest as physical symptoms shows us the root of the "psychosomatic" (psyche=mind, soma=body) meaning of cancer disease. As Hanne Bom in her study explains the

cancer though the idea of the mind body connection, the psychosomatic therapy theorizing the involvedness of psychological and emotional factors into both the onset and healing of the cancer and other kind of diseases. There is a recent study of psychotherapeutic intervention into cancer healing process made by German medical doctor and cancer surgeon, Dr. Ryke-Geerd Hamer over 20,000 cancer patients, where he started to include psychotherapy as the main part of the treatment process, and his conclusion was the cancer immediately stopped growing at a cellular level, as soon as the specific conflict within the patient was resolved. From Dr. Hamer's sayings, we can see that he worked on the specific idea that the stressful conflicts which extend to experienced emotions such as anger, frustration, grief and etc. lead to an emotional reflex center which is connected to a specific organ will slowly break down. Consequently, the recent researches in Germany, Austria, France, the US and Denmark confirmed the findings of the Dr. Hamer's study, that solving the conflicts in question stops the cancer growth while the cancer is created by emotional conflicts. However, psychotherapy which is used also matters. Here, for instance, in Hamer's study, he and his colleagues used the type of psychotherapy, which is called psychosomatic therapy, which was kind of individual psychotherapy, they tried to make a patient pass from passive patient into active patient, where the patient comes out from a psychological conflict state, as he called it "emotional isolation" and cooperates with treating stuff, starts his own co-treatment, as Dr. Hamer words: "...we become sick in OUR OWN WAY—and we must HEAL in our own way". This kind of psychotherapy seen in lots of medical psychologists works, as the psychotherapy with chronic illness patients most effective one is individual therapy, while group therapy is also appreciated. In individual psychotherapy, a psychologist tries to sort out the main conflicts of the patient, in order to focus on the problem and to have effective result and influence the patient's healing process in the positive way. Here we can see the prosocial aim as Hippocrates dictates "First do no harm" what is the main purpose in our study of using positive thinking as the psychotherapeutic intervention for the positive effect on the healing process of cancer patients. There are studies which doubt if the positive psychotherapy or training a patient to "thinking positively" may actually do more harm than a profit, but the way of training the patient to "think positively" really do matters. Caren S. Fried, PhD, a woman who has experienced and "win over" cancer, in one of her pamphlets which are publishing in healing journals, where she shared her experience with "fighting" against cancer, writes that according to the research people with positive attitude about their cancer treatments tend to do better



overall. Going back to our discussion about benefit or harm of the positive thinking process while healing from cancer, Caren S. Fried in her "Positive thinking-helpful or harmful for cancer patients?" pamphlet, she argues that all emotions must be expressed as soon as they felt. Expressing sadness, anger, and grief about having cancer is not only "normal", it is a necessary part of the process of healing... [2]. She also describes that before she could gain healthy beliefs which will enable person to move forward in his recovery, it is necessary for him to acknowledge his fears. What explains the main point of the mistake that can be made while applying positive thinking training, what shouldn't be done through just embedding the positive thinking trial, what mustn't be done by repressing those emotions, but should be expressed and not just "replaced". To cover up negative emotions with positive thoughts is not going to enhance your beliefs. [3]. As Caren expresses in her writings: "...A turning point occurred for me when I decided to focus on my health instead of my illness. I believe that cancer is an illness of the body, mind, heart, and soul. Therefore, for me being healthy meant dealing with the emotional, psychological, and spiritual issues related to cancer as well as undergoing the physical treatments". What we exactly were looking for the previous parts of this article. That psychosomatic therapy is necessarily discussed somehow, while we will focus on more positive thinking as a psychotherapeutic treatment for cancer patients, who will be chosen randomly patients from different parts of country, different ages, different genders, different kinds of cancer diagnoses, and even at different stages of cancer, what will allow us to understand better the effect of the therapy and what will be mostly applied individually, the cause of our talk for the reasonableness of individual therapies for cancer patients earlier in this article.

According to statistical data from the words of Dariga Nazarbayeva, the leader of the Fund of the first President of the Republic of Kazakhstan, it is about 80 000 people are subject to the cancer diagnosis, and about 18 000-19 000 of them are subject to cancer death rate every year (06.12.2008), and unfortunately, as WHO claims cancer morbidity is about to rise for 1,5-2 % in all over the World in next 6 years. That's how it turned out to be, so the cancer treatment itself is very important and on agenda nowadays. Thus, it is important to make a progress in this area, since our country's Ministry of Health already has a huge control over it and give out financial aids for each and every cancer patient in our country, and has also implementation of the program for development of oncology in RK for 2012-2016, where there is a part for psycho-social development in cancer care services in Kazakhstan. Therefore, we can see that in the governmental standard and at the state level it is accepted and confirmed that the psychological part of the problem is not unimportant, and has to be focused on seriously as well.

In our country, we have 20 cancer care dispensaries in cities of different regions in RK, and also we have one Kazakh National Research Institute of Oncology and Radiology, which is responsible for all those cancer care health centers all over the regions which is located in the city of Almaty. It's about 28573 cancer diagnosed patients are registered in 2006, and it increased till 30299 patients in 2011, and every year about 5% of patients with neoplasms are added

to this statistical data. However, the death rate of malignant neoplasm cancer patients is seems to be decreasing to 11, 9% since 2006 (113, 7/ 100 000 people of population) and became 101, 6/100 000 people of population in 2011, what shows positive impact of strict control and alterations made. One of the main purposes of study is to gain the improvement of life-prolonging process, and according to the earlier studies on positive thinking therapies for cancer patients, it has positive results. As we can see that we have lots of patients of neoplasm cancer diagnosis, although the death rate and life length is prolonged, it is sad news. What it means, is that people are tend to repress unresolved conflicts and later on solving it on physical level, when those conflicts became health problems. [4]. Furthermore, it affects the duration of treatment process, if not dealt with those conflicts, it comes out to be negatively for patient, because the attitude to the disease can be negative and therefore, the whole healing process can turn into "a hell", since it already has lots of hard procedures and unpleasant changes which needs to deal with as well. Here, the main idea of the positive thinking process is simply to "notice advantages of the situation" even if it's hard to believe and seems pathetic to hear, but there are lots of studies on this "simple and pathetic" training, and as we have told before, there are steps and integrated tools in therapy which should be followed. Even if we show it as simple as it is possible, "positive thinking" is not just change of the way of thinking, but make our thoughts actual, what comes from the meaning of the word of "positum" from Latin means "factual", "given", "...among the givens are the capabilities and potentials that each person has, potentials that enable him to find new, different, and perhaps even better solutions" [5], what is the basic point of our psychotherapy within positive thinking. So, positive thinking is an actual thinking, real thinking, in other words. Patients are driven to think negatively as soon as they are diagnosed, they have fears, anxiety, stress, worries "overdose" thinking processes and after they have fatigue, exhaustion, and tiredness, so. It is really very important to "positively charge" the patient, who came for treatment and want to live, what shows us the patients' own capabilities and potentials to overcome from that state and start to solve the actual problems, with actual force. We work on enhancing the patients "already existing" energy and not just make a psychotherapeutic intervention, but train patients to help themselves, and that will help them to regain confidence, what is really important for healing process at the physical level as well. Positive thinking calls for positive emotions, what is also known as helpful at the physiological level, as in the study of Kok, B.E. et al. in the work called "How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone" it is shown: People who experience warm, upbeat emotions live longer and healthier lives. Indeed, prospective evidence connecting positive emotions to physical health and longevity has steadily grown for a decade (for a meta-analysis linking positive emotions to objective health outcomes, see Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007; for one linking positive emotions to mortality, see Chida & Steptoe, 2008). Experiencing frequent positive emotions, for instance, forecasts having fewer colds (Cohen, Alper, Doyle, Treanor, & Turner, 2006), reduced

inflammation (Stephens, O'Donnell, Badrick, Kumari, and Marmot, 2007), and less cardiovascular disease (Boehm & Kubzansky, 2012). Complementing this prospective correlational evidence, a recent longitudinal field experiment designed to test Fredrickson's broaden-and-build theory of positive emotions (1998, in press) found that individuals randomly assigned to self-generate positive emotions reported experiencing fewer headaches and less chest pain, congestion, and weakness (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008). These first causal data lend confidence to the conclusion suggested by prospective correlations: Positive emotions build physical health. [6]. But in our study, positive emotions aren't the basic thing what we are focusing on, but deeply embedding the positive thinking process by training it through psychotherapy. Psychotherapy itself, can't occur without any diagnostic materials, so first of all we need to ask questions about patient's state and other summaries about patient's current state, to evaluate more information about patient's struggles, fear, anxiety, stress, conflicts, and if necessary, level of depression, level of stress and other pathological evaluations if needed. As we pointed it out, we need to find out all of those in order to let them to express it, either by active way or passive, verbal or non-verbal, and other tools are also free to use, since our psychotherapy isn't just following the strictly limited methods. Next is the main and important work with the patient is exactly what we are looking for, positively charging the patients thoughts, or to

be more precise, to train the patient to think in a positive (actual) way, there are lots of ways to do it, it can be Positive Psychotherapy of the founder of it, Nossrat Peseschkian, his "The merchant and the parrot" book consisting of 100 oriental stories, with a deep meanings, what can be exactly for patient who will start immediately to work by himself, already thinking process runs as soon as you will read one of those stories, either read by psychotherapist or by patient himself, also there is a tool following A-B-C steps, which was founded by Antonovskiy, and presented us by German psychologist, Dr. Alena Garber, here the main point is to work on cognitive and cognitive-behavioral level, where person has stimulus-reaction conflict, but psychotherapy focuses on "B" phase of this process, and takes in account, the thought, therefore it is as follows, stimulus-thought-reaction, and the positive thinking thing in the psychotherapy is exactly on the thought level, that's how the conflict of reaction "C" phase changes. Next level of the psychotherapy is helping the patient to resolve his struggles, worries, fears, through these therapies and of course, in the end we need feedback, which can be made either by questionnaires or by summaries.

The positive thinking as psychotherapeutic treatment for cancer patients is offered as a psychological and social aid in cancer care for the 2012-2016 program's enhancing psychosocial services for cancer patients. The results anyways, will help to improve services in that area, and further studies will be needed for sure.

#### References

1. Coyne J.C., Stefanek M., Palmer S.C. *Psychotherapy and Survival in Cancer: The Conflict between Hope and Evidence* // *Psychological Bulletin*.-2007.- Vol.133, N3.-P. 367-394.
2. Fried C.S. *Positive Thinking—Helpful or Harmful for Cancer Patients?* 1998.
3. Simonton O.C., M.D, Henson, R. *The healing journey*. Bantam Books.- New York, 1992.
4. Hamer R.G. *German New Medicine. Principles of Holistic Medicine. Quality of life and health*.1981.
5. Peseschkian N. *The Merchant and the Parrot* /Vantage Press, Inc., New York, 1982.
6. Kok B.E., Coffey A.K., Cohn M.A. et al. *How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone*, 2013.

Тұжырым

А.Д.Молдашбаева

Қазақтың онология және радиология ҒЗИ

### Позитивті ойлау қатерлі ісік науқастарына арналған психотерапиялық көмек ретінде

Бұл мақалада қатерлі ісікті науқастарға арналған позитивті ойлауға негізделген психотерапиялық интервенция туралы баяндалады. Көбінесе, ол шетелдік зерттеулерден және нәтижелерден бастау алады, және біздің мемлекетіміздегі онкологиялық емдеу барысына қолданылады. Дегенмен, бұл психотерапиялық емдеудің жаңа әдісі, мында науқастарды позитивті ойлауға үйрету және бұл үйрету үдерісі психотерапиялық әдіспен іске асырылады. Мұндай әдісті индивидуалды түрде іске асырған жөн, бұл өз кезегінде, науқасты жақсырақ түсіну мен оны осы әдіске үйрету тереңірек жүзеге асырылады. Бұл мақалада айтылған зерттеу жұмысындағы қатысушылар рандомды түрде алынады, еш шектеусіз және шартсыз, тек қатерлі ісікке шалдыққан, емделген немесе әлі де емделіп жатқан Қазақ Онкология және Радиология Ғылыми-Зерттеу Институтының науқастары кіреді. Мақаладағы зерттеу лонгитудтік әрі сапалы зерттеуге жатады.

Түйінді сөздер: позитивті психотерапия, онкопсихология, психологиялық араласу

Аннотация

А.Д.Молдашбаева

Казахский НИИ онкологии и радиологии

### Позитивное мышление в качестве психотерапевтического лечения для пациентов с онкозаболеваниями

В статье говорится о психотерапевтической интервенции, основанной на позитивное мышление для онкологических пациентов. В основном, статья опирается на зарубежные исследования и результаты, используется в рамках онкологического лечения в нашей стране. Однако, это новый метод в психотерапевтическом лечении, в котором пациенты обучаются позитивному мышлению, осуществляется обучение при помощи психотерапии. Метод лучше применять индивидуально, что в свою очередь способствует пониманию и обучению пациента лучше. Выборка пациентов происходит рандомизированным образом, где нет никаких ограничений, только пациенты с онкологическими заболеваниями, которые проходят или проходили лечение на базе Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии. В статье говорится о лонгитудном исследовании, которое оформлено в виде качественного исследования.

Ключевые слова: позитивная психотерапия, онкопсихология, психологическое вмешательство

УДК: 616.6

М.А.Асимов, Ф.А.Багиярова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

## Психотерапия табачной зависимости методом самосовладания по Асимову в профилактике возникновения онкологических заболеваний

*Аннотация. На современном этапе развития психо-социальной помощи населению на уровне ПМСП в РК, становится актуальным оказание качественной медико-психологической помощи населению, в частности в вопросе профилактики и лечения табачной зависимости, предупреждения развития онкологических заболеваний связанных с курением. Медицинские психологи, нуждаются в новых эффективных методиках и подходах психокоррекции никотиновой зависимости. В статье отражены наиболее распространенные подходы лечения табачной зависимости и предложена новая методика «Самосовладание по Асимову», которая может быть использована как инструмент в работе медицинского психолога в психокоррекции или психотерапии табачной зависимости.*

*Ключевые слова: онкопсихология, медицинская психология, психотерапия табачной зависимости, профилактика онкозаболеваний, Самосовладание по Асимову.*

По данным МАИР, в 2000 г. злокачественными опухолями в мире страдало 10 млн человек. По тем же оценкам, в 2000 г. в мире от рака умерли 8 млн человек. Основными факторами риска для развития рака легкого, полости рта и глотки является курение. Курение — главная причина рака легкого (РЛ). По разным данным, 85—95% РЛ у мужчин и 65—80% РЛ у женщин этиологически связаны с курением [1]. РЛ можно отнести к социально значимым болезням, при которой основной причиной возникновения является курение. Соответственно профилактика курения является основным эффективным методом снижения заболеваемости и смертности от этого заболевания.

По данным 5-го Национального исследования 2012 года, проведенного НЦ ПФЗОЖ по заказу МЗ РК, распространенность табакокурения среди опрошенного взрослого населения в РК составила 26,5%, пассивному курению подвергаются 62,2% респондентов, из числа курящих респондентов никогда не бросали курить 25,9%, ежедневно курят сигареты 20,3% опрошенных, курят не каждый день 8,3%. Жертвами табачной эпидемии, как правило, становятся люди трудоспособного возраста — мужчины 18-55 лет и женщины репродуктивного возраста 15-49 лет. Особую тревогу вызывает рост приобщения к табакокурению подростков и молодежи [2].

Одним из эффективных практических механизмов профилактики табакокурения, употребления табачных изделий и оказания помощи при отказе от курения, являются антитабачные центры и социально-психологическая служба на базе региональных центров ФЗОЖ, ФАП и ПМСП РК.

В связи с этим, развитие психо-социальной помощи населению на уровне ПМСП в Республике Казахстан, со-

гласно Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг, становится актуальным [3]. Необходимо совершенствовать качество медико-психологической помощи населению, в частности в вопросе профилактики и лечения табачной зависимости. Медицинским психологам необходимо активно участвовать в профилактике, психогигиене и психокоррекции табачной зависимости. При этом есть необходимость поиска новых и доступных психологических подходов при данной работе на уровне ПМСП.

Современный подход в терапии табачной зависимости — это комплекс мер, направленных на снижение патологического влечения к табаку, предупреждение и лечение синдрома отмены, купирование сопутствующих психологических и соматических проявлений, возникающих в период отказа от курения. Механизм влияния курения табака на здоровье сложен. Хотя табакокурение не является причиной возникновения соматических заболеваний, это — фактор, меняющий течение основных заболеваний и способствующий переходу предболезни в болезнь. Важно, проводить профилактические меры, для предупреждения рецидива курения [2].

Индивидуальный подход в лечении табачной зависимости с учетом дифференцирования клинических проявлений, требует от медицинских психологов сотрудничества с врачами-терапевтами, психиатрами, невропатологами, кардиологами, иглорефлексотерапевтами и другими медицинскими специалистами.

Специалисту, занимающемуся проблемами табакокурения, важно учитывать, что курильщики проходят через несколько фаз подготовки к отказу от курения, что помогает определить готовность пациента бросить курить и использовать фокусные подходы психокоррекции и способов поддержки пациента.

- Первая фаза — предварительная. Пациент окончательно еще не решил бросить курить. В этой стадии чрезмерное настаивание на том, чтобы пациент прекратил курить, чревато обратной реакцией со стороны пациента в виде сопротивления. Врачу следует просто предоставить пациенту информацию о рисках продолжения курения.

- Вторая фаза — размышление. Пациент думает, о том, чтобы бросить курить, но все еще не готов сделать это. На этой стадии курильщик еще договаривается с собой прекратить курение.

- Третья фаза — подготовка, пациент действительно предпринимает попытки бросить курить.

- Четвертая фаза — активная. Это фаза действия: пациент меняет свои действия и действительно не курит.

• Пятая фаза – поддержки. Наконец, после успешного отказа от курения пациент пытается воздерживаться от сигарет [4].

Основные подходы в помощи отказа от курения, направлены на поддержание уверенности в правильности сделанного выбора, установки на отказ от курения, на выработку отвращения к табаку и на снижение абстиненции, то есть уменьшение дискомфорта и негативных симптомов, связанных с отказом от курения.

Процесс психокоррекции табачной зависимости включает 6 этапов:

- Подготовительно-разъяснительная беседа;
- Ослабление (подавление) синдрома отмены;
- Лечение сопутствующих психопатологических расстройств;
- Коррекция патологического стереотипа в поведении курильщика табака;
- Адаптация к некурительному стилю поведения.
- Осознание невозможности («опасности рецидива») возобновления курения (самоконтроль личности).

Одним из традиционных методов, лечения табачной зависимости - позитивная психотерапия. При психокоррекции табачной зависимости, на всех этапах лечения и профилактики, психолог уделяет внимание рациональной, разъяснительной психотерапии, направленной на устранение неправильных представлений о болезни, осознания наличия болезненной зависимости от никотина, усиление возможностей личности контролировать состояние абстиненции. Психотерапия может осуществляться как в директивной, так и недирективной форме. Выбор методического подхода определяется чертами личности курильщика и активного вовлечения самого пациента в процесс лечения [5].

В некоторых случаях эффективнее применение рациональной психотерапии, которая осуществляется в форме целенаправленной беседы с пациентом, при которой у него формируются и закрепляются следующие основные установки: основные доводы и причины для отказа от курения; курение не просто привычка, а зависимость, требующая определенных усилий и приемов для ее преодоления; главное условие успешного преодоления табачной зависимости – наличие у пациента твердо принятого решения бросить курить [6].

Также популярна поведенческая терапия, которая заключается в обучении пациента поведенческим приемам, которые помогают самостоятельно преодолеть табачную зависимость. При этом необходимо: обсудить с пациентом, в каких ситуациях у него возникает наиболее сильное желание закурить и определить, как избегать и преодолевать эти ситуации путем отвлечения на другие занятия или изменения в распорядке дня; следует избегать общения с курильщиками особенно в ситуациях, когда они курят или могут закурить; следует сообщить окружающим и близким, что Вы бросили курить; обсудить и определить приемы для погашения рефлекса со стороны полости рта; рекомендовать активизировать физическую нагрузку; больше пить жидкости, исключая алкоголь и кофе; максимально, занять свободное время, приветствуется любой вид занятия и развлечения; при внезапно возникшем остром желании закурить, следует отвлечь себя любым родом деятельности, сменить об-

становку; делать дыхательные упражнения, с задержкой дыхания на 10-20 секунд и сюда же можно подключить аутогенную тренировку [7, 8].

Несмотря на множество комплексных подходов в терапии табачной зависимости, эффективность методов по некоторым источникам составляет 47%, но к концу года возобновляют курение до 85% пациентов, по данным М. Gmur, A. Fschopp (1989) [6, 9]. Эти данные обосновывают необходимость поиска и использования новых, более адаптивных и эффективных методов лечения табачной зависимости.

В процессе поиска эффективных методов профилактики и психотерапии, кафедрой коммуникативных навыков, психотерапии и психологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, разработан и запатентован новый метод психокоррекции или психотерапии «Самосовладание по Асимову», целью которого является обучение самосовладающему поведению личности, ориентированной на выработку новых форм поведения.

Данная методика состоит из шести последовательных ступеней направленных на активизацию способности самого человека научиться справляться с проблемным поведением. На каждой ступени клиент (пациент) при проведении психокоррекции по данной методике прорабатывает свои проблемные ситуации, внутриличностные конфликты, продолжая обучаться использованию данного метода. Коротко можно представить эту методику, на примере данной проблемы, следующим образом.

Первая ступень предусматривает понимание о психическом состоянии и его составляющих - чувства, ощущение и образы. На примере данной проблемы желание закурить это есть Состояние, которое состоит из чувства тревоги (или волнения или раздражения – зависит от соответствующего образа), ощущения першения в горле и соответствующего образа.

Вторая ступень, это работа с наведенными образами и обучение дифференциации и вербализации психического состояния в режиме работы с наведенными образами. На примере данной проблемы: в образах как, пачка сигарет и других, отображающих процесс курения и соответствующих чувствах, соответствующих ощущениях, пациент прослеживает весь процесс курения, при этом управляя своим состоянием – прослеживая образы, чувства и ощущения, отживая или проживая свои желания курить, виртуально начинает курить.

Третья ступень, клиент осваивает методику работы со свободными образами при закрытых глазах и учится прослеживать психическое состояние через «модель циклической (непрерывной) динамики «Чувство – Ощущение – Образ». На примере данной проблемы: спонтанно прослеживает ситуации когда появляется состояние желания закурить и виртуально курит. Виртуальное курение приводит к угасанию желания, к тому что пациент научается справляться с желанием.

Четвертая ступень, это работа со свободными образами при открытых глазах клиента и умение вербализовать (словесно выразить) чувство и ощущение, соответствующее свободному образу при открытых глазах. Спонтанно прослеживает свои состояния через образы, чувства и ощущения, но при открытых глазах, виртуально курит, но уже может не доходить до состояния жела-

ния закурить, вследствие тренировок предыдущих шагов - угасания.

Пятая ступень, управление психическим состоянием в режиме *invitro*. Клиенту предлагают сигареты и зажигалку и предлагают совершать определенные действия имитирующие процесс курения, при этом прослеживая свои образы, чувства и ощущения. Необходимо вслух проговаривать свои наблюдения отмечая образы, чувства и ощущения.

И шестая, заключительная ступень – Самосовладание: экологическое поведение и творческая самореализация. Эта ступень направлена на выработку в клиенте способности к выражению, а не проявлению, своих чувств и мыслей при взаимодействии с окружением. Таким обра-

зом выработать экологическое поведение [10].

Методика «Самосовладания по Асимову» рассчитана на 6-8 встреч и состоит из прохождения вышеописанных шести ступеней, где курильщик обучается понимать, различать и осознавать свои чувства, мысли-образы и ощущения. Данной методике обучаются курсанты психологи и психотерапевты на курсах повышения квалификации.

В целом успех борьбы с курением будет зависеть не только от того, какое значение придает ему сам медицинский работник, психолог или психотерапевт, но и настроенность и мотивация пациентов. Всесторонняя поддержка значительно увеличивают вероятность успеха.

#### Список литературы

1. Мукерия А. Ф., Заридзе Д. Г. Эпидемиология и профилактика рака легкого // *Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН.* - 2010. - №3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-i-profilaktika-raka-legkogo>.
2. Тулегалиева А.Г., Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Шумилина Л.Н. Организация деятельности антитабачных центров в Казахстане.- Алматы, 2013. - 38 с.
3. КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.04.2012 г.
4. Асимов М.А. Современные подходы к терапии табачной зависимости.- КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 2011. [Http://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2011/09/Особенности-психотерапии-табачной-зависимости.pdf](http://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2011/09/Особенности-психотерапии-табачной-зависимости.pdf).
5. Тулегалиева А.Г., Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Шумилина Л.Н. Организация деятельности антитабачных центров в Казахстане.- Алматы, 2013. - 38 с.
6. Friedman L.S., Fleming N.F., Roberts D.H., Hyman S.E. (eds.). *Source book of substance abuse and addiction.*- Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. - 348 p.
7. Шарахов Ю.А. Психотерапия в комплексном лечении табачной зависимости. М. - 1999. - 226 с.
8. Федоров А.Р., Когнитивно-поведенческая психотерапия, 2012.
9. Tanja C. Rothrauff phd1 and Lillian T. Counselors' Knowledge of the Adoption of Tobacco Cessation Medications in Substance Abuse Treatment Programs // *Eby phd1,2 Article first published online: 12 NOV 2010, DOI: 10.1111/j.1521-0391.2010.00095.x*.
10. Асимов М.А., Мадалиева С.Х., Кожамжарова К.О. и др. Метод личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии: «Самосовладание по Асимову», Алматы, 2012.

#### Тұжырым

М.А.Асимов, Ф.А.Багиярова

**Қазақтың онкология және радиология ҒЗИ Асимов бойынша «Өзін жеңу» әдісінің темекі тәуелділігіне қарсы психотерапияның онкологиялық аурулардың алдын-алу әрекеті ретінде**

ҚР АМСК деңгейінде бүгінгі таңда тұрғындарға психосоциалдық көмек көрсету, сапалы медициналық-психологиялық көмек көрсету ең өзекті мәселе болып отыр. Соның ішінде, темекіге тәуелділікті емдеу және алдын – алу, онкологиялық аурулардың дамуы темекіге тәуелділікке байланысты екенін ескерту. Медициналық психологтар никотинге тәуелділік психокоррекциясының жаңа тиімді әдістері мен тәсілдерін қажет етеді.

Мақалада темекіге тәуелділікті емдеудің біршама кең таратылған тәсілдері көрсетілді және «Асимовтың өзін-өзі жеңу» жаңа әдісі ұсынылды. Бұл әдіс мүмкін темекіге тәуелділік психокоррекциясы және психотерапиясының медициналық психологтар жұмысындағы негізгі құралы ретінде пайдаланылады.

Түйінді сөздер: онкопсихология, медициналық психология, темекі тәуелділігінің психотерапиясы, онкологиялық аурулардың алдын-алу, Асимов бойынша «Өзін жеңу»

#### Summary

M.A.Assimov, F.A.Bagiyarova

**Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology Psychotherapy of tobacco addiction by “Coping by Assimov” as a cancer prevention**

At the present stage of development of psychosocial assistance at the level of primary health care in the Republic of Kazakhstan, the provision of quality medical and psychological assistance to the population becomes relevant, in particular in the prevention and treatment of tobacco dependence, and in the prevention of cancer associated with smoking. Clinical psychologists are in need of new effective methods and approaches in the psycho-correction of nicotine addiction. The article describes the most common approaches for the treatment of tobacco dependence and the proposed new method “Coping by Assimov”, which can be used as a tool for the clinical psychologist in psycho-correction or psychotherapy of tobacco dependence.

Keywords: psycho-oncology, health psychology, psychotherapy of tobacco addiction, cancer prevention, Coping by Assimov

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

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 страницы). Обязательно предоставление материала дополнительно на диске 1,4 Мб - 3,5" (текстовый редактор MSword7,0 в формате \*.doc. шрифт TimesNewRoman Cyr, шрифт 14).

3. На 1 странице указываются инициалы и фамилия автора(ов), полное название отдела, кафедры учреждения, из которого исходит статья, название статьи

4. 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.

5. 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.

6. 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 рукописи. 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.

7. Статьи не должны быть перегружены иллюстративным материалом. Фотографии, рисунки, графики и чертежи могут быть представлены в виде контрастных фотографий (или в редакторах word7,0 excel7,0). В месте расположения иллюстрации по тексту, на левом поле статьи помещают указание о наличии иллюстрации и ее название. Рисунки все в Wordc 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.

8. 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.

9. Статья должна иметь реферат на русском, казахском и английском языках с указанием инициалов и фамилий авторов, учреждения, на базе которого проведено исследование и названия статьи, а в конце - ключевые слова. Реферат должен иметь следующие разделы: цель исследования, организация исследования (перспективное, ретроспективное, рандомизированное и т.д.), 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).

10. 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, в обзорах - 30.

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

12. 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»;

- не цитировать диссертации и вторефераты.

13. 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.

14. 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.

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

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

17. За достоверность рекламных материалов редакция ответственности не несет.

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