

Онкология и радиология Казахстана

Т 13 № 2 (40) 2016

Қазақстан онкология және радиология журналы

Главный редактор
Д.Р.Кайдарова, д.м.н
Заместитель главного редактора
Ж.Ж.Жолдыбай, д.м.н., профессор

Редакционный совет

Dr. Michael Silberman, PhD Palliative care, Israil,	Р.В. Орлова, д.м.н., проф. Медицинская онкология,
Dr. Ingacio Azinovic, MD Radiation Oncology, Spain,	Россия,
Prof. Kailash Narayan, Radiation Oncology, Australia	Стилиди И.С., д.м.н., профессор Россия,
Dr. Murat Gultekin, MD, PhD Cancer Control,	Красный С.А. – д.м.н. Онкоуролог, Беларусь,
Turkey,	Джанжале М. д.м.н., Грузия,
Е.Н. Имянитов, д.м.н., проф. Молекулярная	Тананян А.О. д.м.н., Армения,
онкология, Россия,	Хусейнов З.Х. д.м.н., Таджикистан,
В.Ф. Семиглазов, д.м.н., проф. Маммология, Россия,	Наврузов С.Н., д.м.н., проф. Узбекистан,
В.М. Моисеенко, д.м.н., проф. Медицинская	Султангазиева Б.Б., д.м.н., проф. Киргизия
онкология, Россия,	

Редакционная коллегия

М.Р. Кайрбаев, д.м.н. Онкогинекология. Казахстан (Административный редактор) ,
Ж.К. Чингисова, д.м.н. Организация здравоохранения, Онкоонкология, Казахстан
И.Н. Омарова, д.м.н., профессор Медицинская онкология Ю. Казахстан
Т.А. Адылханов, д.м.н., профессор Хирургическая онкология, Казахстан
Р.К. Каракулов, д.м.н., профессор Онкогематология, Казахстан
А. Досаханов, д.м.н., профессор Радиационная онкология, Казахстан
А.А. Байназарова, д.м.н. Онкогинекология, Казахстан
Л.Б. Джансугурова, д.м.н., профессор Генетик, Казахстан
Т.Г. Гончарова, д.б.н. Экспериментальная онкология, Казахстан
Н.Т. Балтабеков, д.м.н. Хирургическая онкология, Казахстан
Ш.Ж. Талаева, д.м.н. Маммология, Казахстан
В.Б. Ким, д.м.н. Радиационная онкология, Нейроонкология, Казахстан
М.А. Кузиков, д.м.н. Хирургическая онкология, Казахстан
Д.Г. Адильбаев, к.м.н. Опухоли головы и шеи, Казахстан
А.Ж. Жылкайдарова, к.м.н., Онкоэпидемиология, Казахстан

Редакторы переводов М. Садык (английский язык) С. Менбаев (казахский язык)

Адрес редакции

г. Алматы, 050022, пр. Абая, 91 Тел. (327) 292 10 63
Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗСР РК
«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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Е.И.Ишкинин, А.Ж.Жылкайдарова, Н.С.Нургалиев. Изменение эпидемиологической картины рака предстательной железы в Казахстане за период 2004-2013 годы (с.2-14)

ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Э.В.Исхакова, И.Р.Хусаинова. Психологические особенности песочной терапии в экзистенциальном подходе онкопсихической службы (с.15-23)

М.С.Самарханова, Б.У.Пахратдинова. Онконауқастармен жұмыс жасау барысында суггестивті психотерапия (с.24-28)

ДИАГНОСТИКА

Ж.Ж. Жолдыбай, Ж.К. Жакенова, Н.И. Иноземцева, Г. Мырзабаева, К. Абибуллаева, 1Е.Кушманов, 1С.Е.Ауганбаева. Возможности маммографии в оценке эффективности неоадъювантной химиотерапии рака молочной железы (с.29-36)

М.С.Садыков. О диагностических критериях и алгоритме обследований периферического шаровидного образования легкого (с.37-42)

ЛЕЧЕНИЕ

Н.А.Чичуа, Р.З. Абдрахманов, К.К. Смагулова. Эффективность капецитабина (кселоды), оксалиплатина и бевацизумаба во второй линии распространенных форм колоректального рака (с.43-54)

Г.Б. Адильбаев, В.В. Шпилова, Г.Ж. Кыдырбаева, Ж.Т. Садық, Адильбай Д.Г. Результаты исследования распространенности ВПЧ индуцированного рака полости рта и ротоглотки в Казахстане (с.55-63)

Н.А.Чичуа, Р.З.Абдрахманов, К.К.Смагулова. Эффективность аранеспа в лечении анемии у онкологических больных (с.64-72)

А.С.Джазылтаева, Р.К.Каракулов, С.Т.Габбасова, Р.М.Рамазанова, Б.А.Насипов, А.Сагиндыков, Р.Б.Раймбеков. Результаты лечения первичных лимфом головного мозга (с.73-81)

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

М.С.Садыков, К.М.Нурумбетов, Н.Г.Мусаев. К вопросу об актуальных проблемах подготовки рентгенологов (с.83-90)

ЮБИЛЯРЫ

Серикбаев Нани Амангельдиевич (с.91-93)
Култаев Асхат Сейтханович (с.94-95)



Уважаемый читатель!

Мы продолжаем работу по улучшению журнала «Онкология и радиология Казахстана». С очередным номером мы обновляем состав редакционного Совета и Коллегии. Мы пригласили к сотрудничеству новых, всемирно известных специалистов в области онкологии и радиологии, которые мы верим, позволят вывести наш журнал на новый, международный уровень.

Онкологическая служба Республики Казахстан, ее развитие находится на постоянном контроле у Правительства. Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан включило онкологию в разряд приоритетных программ развития здравоохранения. Основной упор в развитии онкологической службы будет сделан на раннюю диагностику и профилактику онкологических заболеваний в стране, укрепление кадрового состава и материально технической базы во всех регионах Казахстана.

Журнал «Онкология и радиология Казахстана» издается с 2001 года, прошел экспертизу на соответствие критериям для включения в перечень изданий, рекомендованных ВАК Республики Казахстан. Идет активная работа по обновлению электронного сайта журнала, который доступен по адресу: <http://www.oncojournal.kz/>

Приглашаем Вас принять активное участие в работе нашего журнала.

Главный редактор,
Член корр. НАН РК,
Доктор медицинских наук Д.Р.Кайдарова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК:616-036.-65

Е.И.Ишкинин, А.Ж.Жылкайдарова, .С.Нургалиев

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Изменение эпидемиологической картины рака предстательной железы в Казахстане за период 2004-2013 годы

Аннотация: Анализ эпидемиологии рака предстательной железы в отдельных странах мира, заболеваемости, смертности и их соотношения. Для населения Казахстана за 2004 – 2013 годы показатели: динамика интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости, смертности, возрастные показатели заболеваемости, по возрастные стандартизованные показатели смертности. Территориальные уровни заболеваемости в разрезе областей и город/село. Информация о распределении впервые выявленных пациентов по стадиям. Динамика находящихся под наблюдением, 5 летней выживаемости и одногодичной летальности пациентов.

Ключевые слова: рак предстательной железы, эпидемиология, стандартизованные показатели заболеваемости.

Актуальность. Согласно базе данных GLOBOCAN [1] в 2012 году, у 1,1 миллиона мужчин впервые выявлено злокачественное новообразование предстательной железы, умерло 307 000 больных. Среднемировая заболеваемость составила 31,1‰, 2 место в структуре онкозаболеваемости (13,6%), смертность 7,8‰, 2 место в структуре онкосмертности (6,6%). Среднемировой показатель отношения смертности к заболеваемости составляет 25,1%. Уровни заболеваемости (на 100 000 жителей, приведенных по возрастной структуре к мировому стандарту World) по странам (таблица 1) колеблются от 2,0‰ в Узбекистане и 5,3‰ в Китае, до 127,3‰ во Франции, 119,0‰ в Швеции и 115,2‰ в Австралии. Однако в этих странах «отношение смертности к заболеваемости» одно из самых низких в мире. Показатель «отношение смертности к заболеваемости», характери-

зующий уровень развития онкологической помощи в той или иной стране составляет 25,1%. Данный показатель является высоким в развивающихся странах, что свидетельствует о серьезности проблемы радикального лечения злокачественных новообразований предстательной железы и необходимости их раннего выявления. Низкие показатели отношения смертности к заболеваемости отмечаются преимущественно в развитых странах мира: во Франции 7,9%, в США – 10%, в Канаде 10,6%, в Австралии 11,2%, в Швеции 15,0%. В Узбекистане, несмотря на невысокий уровень смертности 1,5‰, этот показатель равен 75%, что говорит об имеющихся проблемах в ранней диагностике и лечении. Важно отметить, что по сведениям GLOBOCAN 2012 отношение указанных показателей для Казахстана выглядит значительно хуже (57,7%), чем по уточненным сведениям канцер-регистра (43,6% при расчете интенсивных (грубых) показателей и 43,7 при расчете стандартизованных показателей).

Эти различия служат подтверждением определенного прогресса в ранней диагностике и лечении этой локализации в нашей стране. Казахстан входит в группу стран с низким уровнем заболеваемости, при этом в последние годы в связи с началом скрининга рака предстательной тенденция к увеличению впервые выявленных случаев с ранними стадиями, что приводит к своевременному и более радикальному лечению и снижению смертности. Оценочные показатели ВОЗ, GLOBOCAN 2012 несколько превышают реальные показатели Электронного регистра онкологических больных Республики Казахстан, что свидетельствует о более быстром улучшении ситуации, чем ожидалось по прогнозу. С 2013 года, осуществляется внедрение скрининга РПЖ в РК [3].

Таблица 1 - Заболеваемость злокачественными новообразованиями предстательной железы и смертность от них в отдельных странах мира в 2012 году (на 100 000 мужского населения, мировой стандарт, данные GLOBOCAN 2012)

Страна	Заболеваемость	Смертность	Отношение смертности к заболеваемости, %
Казахстан*	14,9	8,6	57,7
Казахстан**	11,7	5,1	43,6
Казахстан***	16,7	7,3	43,7
Кыргызстан	7,3	4,8	65,8
Российская Федерация	30,1	12,4	41,2
Узбекистан	2,0	1,5	75,0
Украина	20,3	10	49,3
Великобритания	73,2	13,1	17,9

Германия	77,3	10,4	13,5
Дания	91,3	19,5	21,4
Латвия	82,7	18,0	21,8
Литва	60,9	21,4	35,1
Нидерланды	83,4	13,5	16,2
Польша	35,9	12,2	34,0
Словакия	50,0	13,1	26,2
Украина	20,3	10,0	49,3
Финляндия	96,6	12,0	12,4
Франция	127,3	10,0	7,9
Швейцария	107,2	12,2	11,4
Швеция	119,0	17,8	15,0
Эстония	94,4	19,3	20,4
Китай	5,3	2,5	47,2
Корея	30,3	4,6	15,2
Япония	30,4	5,0	16,4
Австралия	115,2	12,9	11,2
Бразилия	76,2	16,6	21,8
Канада	88,9	9,4	10,6
США	98,2	9,8	10,0
все страны мира по данным GLOBOCAN 2012	31,1	7,8	25,1
Примечание: по данным ВОЗ, GLOBOCAN 2012			
** по данным ЭРОБ РК, интенсивные (грубые) показатели			
*** по данным ЭРОБ РК, стандартизованные показатели			

Несмотря на различия интенсивных и стандартизованных показателей отмечаются идентичные закономерности показателей заболеваемости (рисунок 1), $R^2 = 0,716$ и $0,723$ для интенсивных и стандартизованных показателей соответственно. Разница коэффициентов регрессии равна $0,007$. Также отмечаются идентичные

показатели смертности (рисунок 2), $R^2 = 0,097$ и $0,0298$ для интенсивных и стандартизованных показателей соответственно. Разница коэффициентов регрессии также равна $0,007$. Это говорит об отсутствии влияния на рост заболеваемости постарения населения.

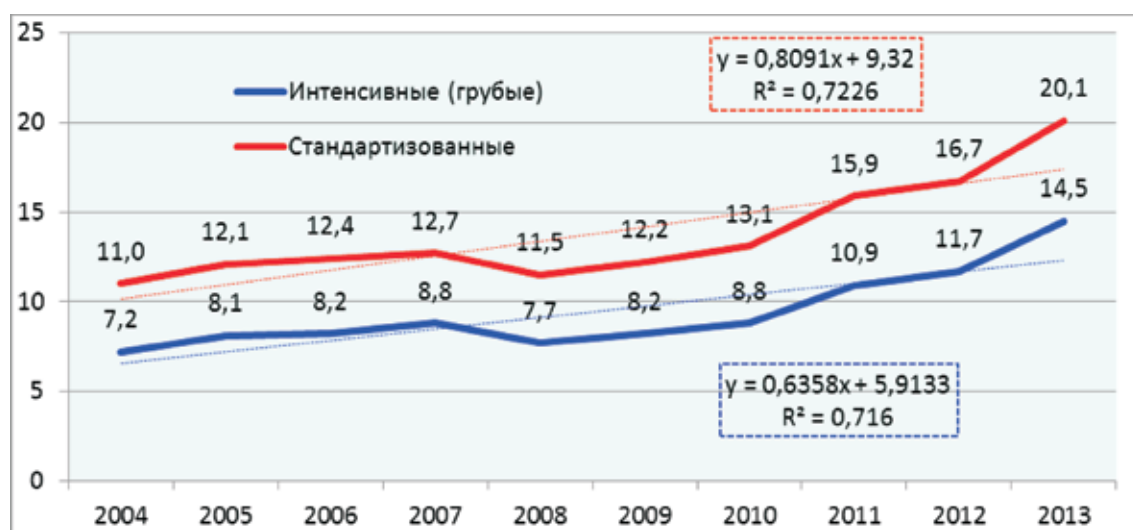


Рисунок 1 - Динамика показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями предстательной железы, на 100 000 мужского населения Республики Казахстан за 2004-2013 годы

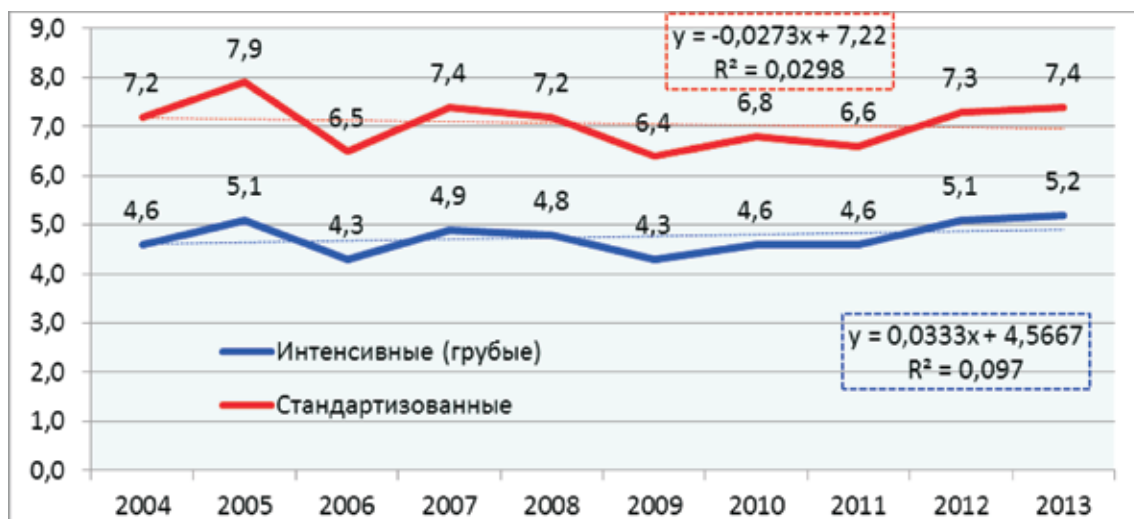


Рисунок 2 - Динамика показателей смертности от злокачественных новообразований предстательной железы, на 100 000 мужского населения Республики Казахстан за 2004-2013 годы

Анализ возрастного распределения интенсивных показателей заболеваемости рака предстательной железы показывает единичные случаи до 40 лет, увеличение данного показателя с 45-49 лет, с неуклонным ростом и максимальными показателями в возрасте 70 лет и старше. При этом в годы проведения скрининга (2012 и 2013)

отмечается нарастание этих показателей для возрастов целевых групп скрининга (рисунок 3).

Отмечается увеличение заболеваемости на 3,8‰ в среднем с 8,0‰ за 2004-2008 гг до 11,8‰ за 2009-2014 гг.

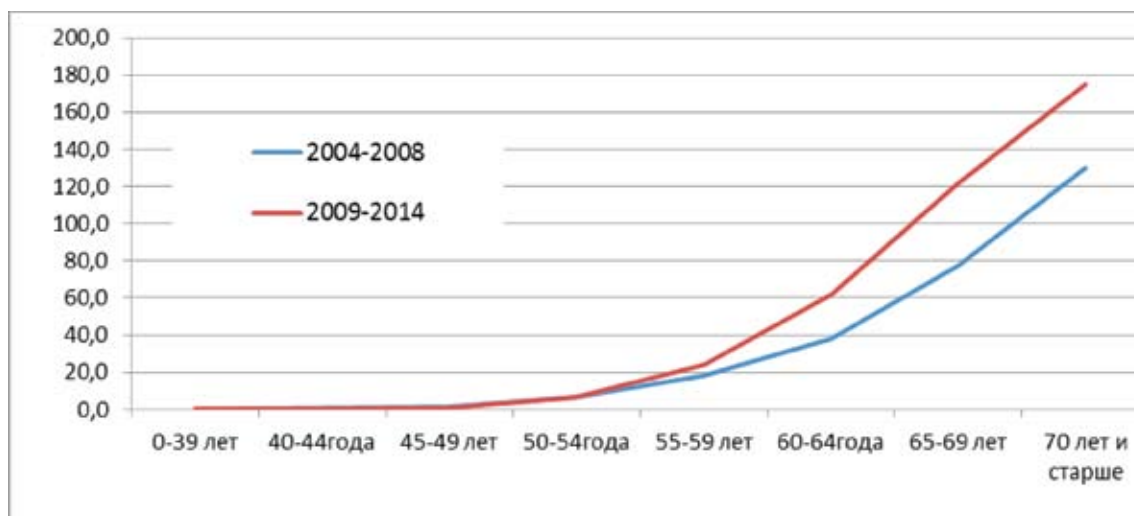


Рисунок 3 - Возрастные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями предстательной железы населения Республики Казахстан (средние показатели на 100 000 женского населения соответствующего возраста за 2004-2008 и 2009-2014 годы)

Анализ возрастного распределения стандартизованных показателей заболеваемости РПЖ (рисунок 4) показывает единичные случаи РПЖ до 40 лет, увеличение данного показателя с 45-49 лет, с неуклонным ростом и максимальными показателями в возрасте 70 лет и старше. При этом в годы проведения скрининга (2012 и 2013гг) отмечается нарастание этих показателей для возрастов целевых групп скрининга.

При анализе стандартизованных показателей от-

мечается увеличение заболеваемости на 3,7‰ в двух соседних пятилетках в среднем с 11,9‰ за 2004-2008 годы до 15,6‰ за 2009-2013 гг.

Анализ возрастного распределения смертности РПЖ с нарастанием возраста увеличиваются случаи смерти в возрасте 70 лет и старше (таблица 2). При этом в годы проведения скрининга (2012 и 2013 годы) отмечается уменьшение этих показателей для возрастов целевых групп скрининга.

Таблица 2 - Повозрастные стандартизованные показатели смертности ЗН предстательной железы мужчин РК (средние показатели на 100 000 мужского населения соответствующего возраста 2004- 2013 годы)

Возраст, лет	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	средние
0-39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
45-49	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
50-54	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
55-59	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
60-64	0,7	1,1	0,8	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
65-69	0,9	1,2	1,2	1,3	1,3	1,1	1,3	1,1	1,3	1,3	1,2
70 +	5,0	4,8	3,9	4,7	4,5	4,2	4,2	4,2	4,4	4,8	4,5
итого	7,2	7,9	6,5	7,4	7,2	6,4	6,8	6,6	7,3	7,4	7,1

При оценке в разрезе регионов отмечается увеличение стандартизованных показателей заболеваемости в регионах проведения скрининга.

Анализ двух пятилетних периодов (рисунок 4) показал увеличение стандартизованных показателей заболеваемости в городах Астана и Алматы, Акмолинской, Актюбинской, ВКО, Алматинской, Костанайской, Павло-

дарской областях. В городах Астана и Алматы ВКО, ЗКО. Карагандинской, Костанайской, Павлодарской областях показатели были выше среднереспубликанских показателей, а самые низкие показатели в южных и западных регионах Казахстана: в Южно-Казахстанской, Жамбылской и Кызылординской, Актюбинской, Атырауской, Мангистауской областях.

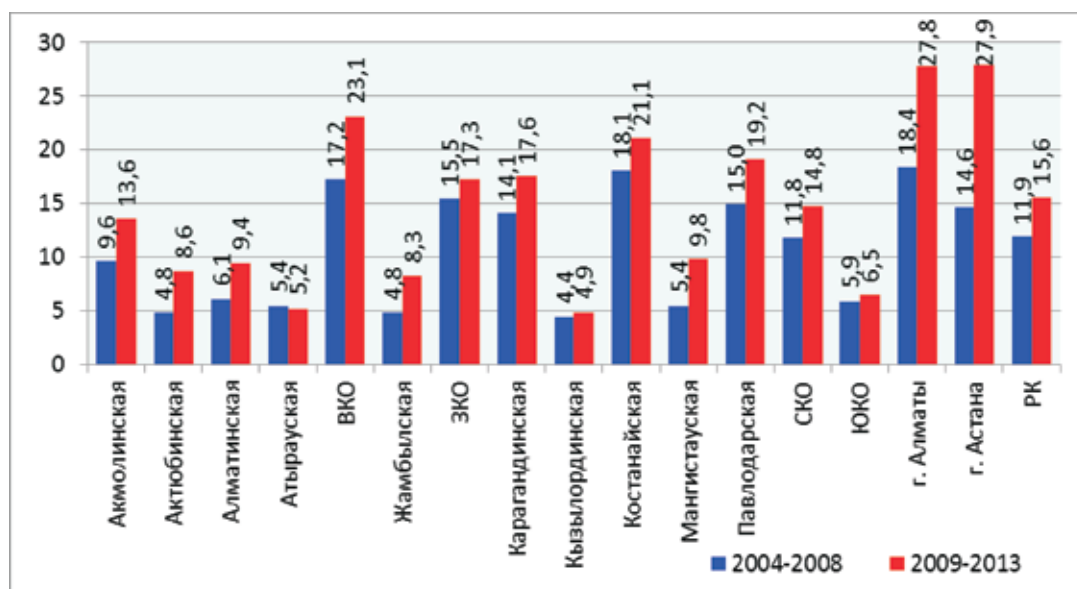


Рисунок 4 - Территориальные уровни заболеваемости населения Республики Казахстан злокачественными новообразованиями предстательной железы (стандартизованные показатели WHO World на 100 000 мужского населения, за 2004-2013 годы)

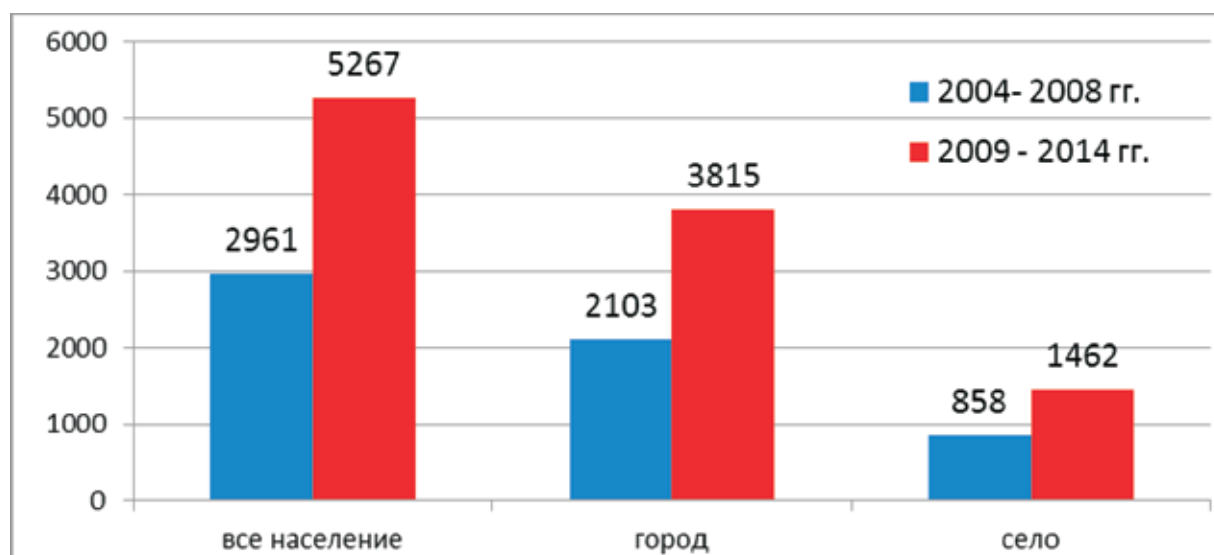


Рисунок 5 – Число впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями предстательной железы за 2004-2014 годы

При оценке динамики интенсивных показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований предстательной железы за период 2004-2013

годы у мужчин Республики Казахстан (рисунок 6), отмечается уменьшение отношения смертности к заболеваемости в 1,8 раз (с 63,9% 2004 года до 35,9% в 2013 году).



Рисунок 6 - Злокачественные новообразования предстательной железы: заболеваемость, смертность (грубые интенсивные показатели), отношение показателей смертности к заболеваемости (%) за 2004-2013 годы

При анализе впервые выявленных случаев по стадиям (рисунок 7), выясняется, что отмечается высокая запущенность при впервые установленном диагнозе с тенденцией к улучшению ранней диагностики на I- II стадиях, если в 2001г в III-IV стадии выявилось 76,1% больных РПЖ, то в 2014 году 46,3%. Из этого становится совершенно очевидным факт, что заболеваемость злокачественное новообразование предстательной железы

в нашей стране была намного выше за счет не выявленного локализованного рака. Можно отметить, что доля пациентов с I-II стадией в 2014 году увеличилась на 2,7% по сравнению с 2013 годом. Однако выявляемость злокачественных новообразований предстательной железы осталась на прежнем уровне, что говорит о необходимости повышении результатов диагностики рака предстательной железы.

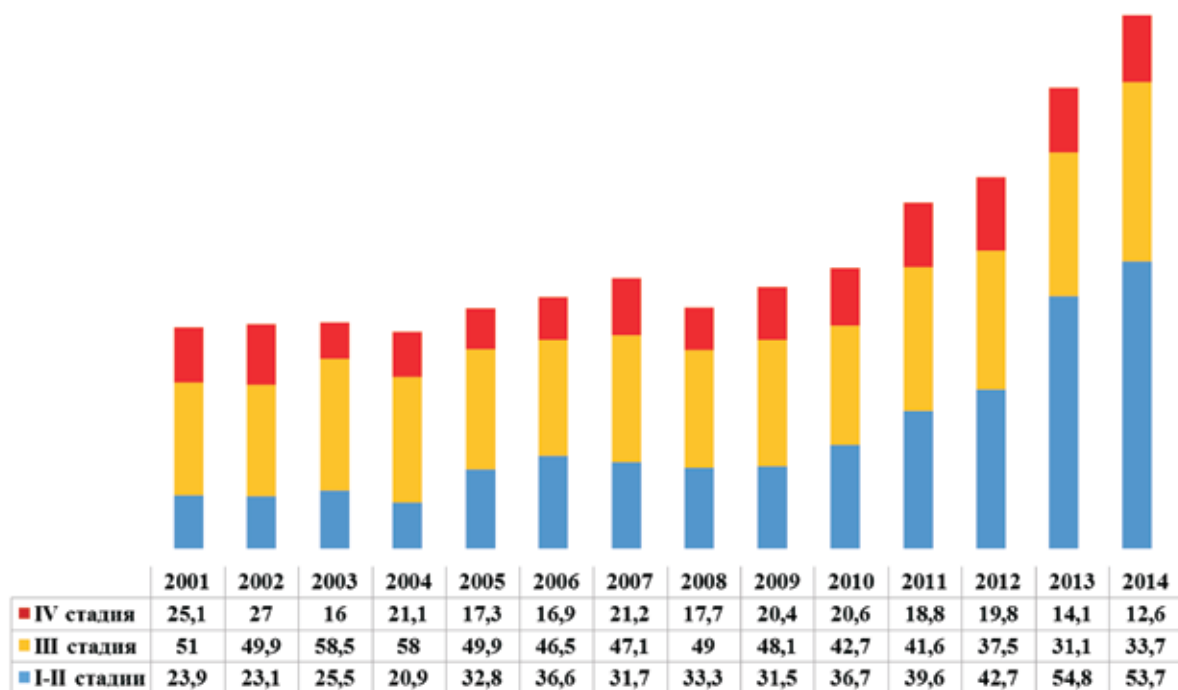


Рисунок 7 - Распределение по стадиям впервые выявленных больных ЗН предстательной железы Республики Казахстан за 2004-2014 годы



Рисунок 8 – Динамика больных ЗН предстательной железы находящихся под наблюдением в Республике Казахстан за 2004-2013 годы)

При этом на протяжении последних 10 лет наблюдения (рисунок 8) выросло число пациентов состоящих на

учете с этим диагнозом более 2-х раз в абсолютном и относительном выражении.



Рисунок 9 - Динамика 5 летней выживаемости и одногодичной летальности пациентов РПЖ, %

Несмотря на то, что доля пациентов, живущих 5 и более лет возросла (темп прироста – 9%), а доля пациентов умирающих в первый год установления диагноза (одногодичная летальность) уменьшилось (темп убыли 27,2%). При злокачественном новообразовании предстательной железы по прежнему самый низкий показатель 5 летней

выживаемости среди всех злокачественных новообразований.

Выводы. С 2004 года по 2013 год произошло кардинальное изменение эпидемиологической картины РПЖ в Казахстане (таблица 3).

Таблица 3 - Основные статистические показатели

Показатель	2004 год	2013 год	темп изменения, %
Интенсивные (грубые) показатели, простата на 100 000 мужчин	14,9	8,6	57,7
Заболеваемость	7,2	14,5	101,4
Смертность	4,6	5,2	13,0
отношение смертности к заболеваемости в %	63,9	35,9	-43,8
Стандартизованные показатели, простата на 100 000 мужчин	30,1	12,4	41,2
Заболеваемость	11,0	20,1	82,7
Смертность	7,2	7,4	2,8
отношение смертности к заболеваемости в %	65,5	36,8	-43,8
впервые установлен диагноз, абс.	523	1111	112,4
I-II стадии	20,9	54,8	162,2
III стадия	58,0	31,1	-46,4
IV стадия	21,1	14,1	-33,2
5 летняя выживаемость пациентов, %	23,4	25,5	9,0
одногодичная летальность, %	23,2	16,9	-27,2
контингент пациентов, абс.	1495	3254	117,7
контингент пациентов, на 100 000 населения	9,9	25,5	157,6

Список литературы

1. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 / The International Agency for Research on Cancer, Lyons, France // <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.

2. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Ж., Байпеусов Д.М. и соавт. Показатели онкологической службы РК за 2001-2013 гг. (статистические материалы). - Алматы, 2002-2014 гг.

3. Нурғалиев Н.С., Жылқайдарова А.Ж., Ишкинин Е.И. Руководство по проведению скрининга целевых групп мужского населения на раннее выявление рака предстательной железы и обеспечению его качества / Под редакцией д.м.н. Нургазиева К.Ш. — Алматы, 2013. - 71 с.

Тұжырым

Е.И.Ишкинин, А.Ж.Жылқайдарова, Н.С.Нурғалиев
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу
институты

**Қазақстандағы 2004 – 2013 жылдар аралығындағы
қуық асты безі қатерлі ісігінің эпидемиялық
көріністерінің өзгерістері**

Бөлек елдердегі қуық асты безі қатерлі ісігінің эпидемиологиясының анализі, аурушандығының, өлім көрсеткіштерінің және өзара салыстырмалылығы. Қазақстан халқының 2004 – 2013 жылдар аралығындағы көрсеткіштері: аурушандықтың қарқынды және стандартизацияланған динамикасы, өлім-жітімі, аурушандықтың жас бойынша көрсеткіштері, жас бойынша өлім-жітімінің стандартизацияланған көрсеткіштері. Облыс және қала/ауыл кесіндісіндегі аурушандықтың аймақтық деңгейлері. Саты бойынша алғаш анықталған науқастарды бөлуі жөніндегі ақпарат. Бақылауда болғандардың динамикасы, 5-жылдық өмір жітімі және науқастардың 1-жылдық өлім-жітімі.

Түйінді сөздер: қуық асты безінің қатерлі ісігі, эпидемиология, аурудың стандартизацияланған көрсеткіштері.

Summary

E.I.Ishkinin, A.Zh.Zhylkaidarova, N.S.Nurgaliyev
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

**Shift in epidemiology of prostate cancer in Kazakhstan
2004- 2013 years**

Prostate cancer epidemiology analysis in some countries, incidence, mortality, and their relations. For the population of Kazakhstan for 2004 - 2013 years indicators: the dynamics of intensive and standardized incidence, mortality, age-incidence rate, age-specific standardized mortality rates. Local incidence rates by regions and urban / rural population. Information about distribution of newly diagnosed patients by stages. Trends patients under observation, 5 year survival rate and one-year mortality of patients.

Key words: prostate cancer, epidemiology, age-standardized incidence.

ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

УДК: 616.851-053.2

Э.В.Исхакова, И.Р.Хусаинова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

**Психологические особенности песочной терапии
в экзистенциальном подходе онкопсихической службы**

Аннотация. В статье раскрывается применение песочной терапии в экзистенциальном подходе онкопсихической службы. Рассматривается феноменология «Я-Ты отношений» в ходе экзистенциального консультирования клиентов и пациентов разного возраста, а также достоинства и ресурсные возможности метода.

Ключевые слова: песочная терапия, экзистенциальный подход, консультирование, онкопациент, онкопсихология, ресурсы.

Сегодня в арсенале онкопсихологов имеется огромное количество высокоэффективных методик, которые являются усиливающими, вспомогательными, поддерживающими средствами для основного лечения и реабилитации онкологических больных.

Для осуществления этой цели разрабатываются и успешно применяются в клинической практике психокоррекционные программы, основным принципом которых являются гармоничное сочетание различных методов, успешно используемых в психотерапии для лечения и реабилитации онкологических больных.

Процесс «игры в песок» высвобождает заблокированную энергию и «активизирует возможности самоисцеления, заложенные в человеческой психике» (К.Г.Юнг).



Рисунок 1 - Иллюстрация песочной картины

К сегодняшнему дню песочная терапия является признанным психотерапевтическим методом, позволяющим детям и взрослым выражать трудно осознаваемые чувства, совладать с травматическими переживаниями, прояснять насущные жизненные проблемы (рис.1). К несомненным достоинствам метода можно отнести: индирективность терапевтической позиции, мягкое терапевтическое воздействие на психику пациента, широкий спектр показаний для применения. Исследователи отмечают, что песочная терапия оказывает существенное влияние на протекание процесса психологической коррекции у клиентов с алекситимическими нарушениями,

с аутистическими сложностями характера, с синдромом ПТСР [1]. В ходе длительной экзистенциальной терапии - истории в песке могут становиться дополнительным и очень живым способом понимания собственных переживаний клиента. Пониманию предшествует чистое описание. А оно, в свою очередь, строится на принципах феноменологического подхода, разработанных учителем М.Хайдеггера - Э. Гуссерлем [2]. Это означает на практике, что явления описываются такими, какими они осознаются; признаётся субъективность и множественность перспективы переживаний (т.е. при рассказе человеком о себе и своей жизни - терапевт слушает, спрашивает и никак не оценивает, не осуждает и не одобряет). Терапевт выступает в позиции включённого созерцателя, который отходит от общепринятых знаний. При этом содержание для описания берётся из повседневной жизни; в центре внимания - человек во всей его целостности и неповторимости. И в ходе песочной терапии феноменологическая установка становится весьма уместной [1].

Теперь несколько слов о понятии «экзистенция», являющимся родовым для слова экзистенциальное (консультирование). О. Больнов в «Философии экзистенциализма» пишет: «Эссенция, как известно, выражает то, что есть нечто ...» [3]. Это означает, что есть два подхода к человеку, к его жизни: эссенциальный и экзистенциальный. Эссенциальный подход предполагает, что человеку даются всевозможные характеристики, оценки, предъявляются требования.

Эссенциальный подход или опыт, как бы отвечает на вопрос: что или кто есть данный человек. Экзистенциальный подход, по меткому выражению М. Хайдеггера, требует не рассчитывать, а считаться с человеком [4]. Для экзистенциального терапевта это звучит как призыв - считаться с фактом единичного, реального существования другого. Относиться к человеку так, как будто стоишь перед чем-то большим, чем просто человек, уважая непостижимую тайну его бытия и при-бытия в этот мир.

В практике консультирования существуют определённые установки консультанта, позволяющие рассматривать опыт клиента экзистенциально. Одной из важнейших установок является готовность консультанта к переживанию Я-Ты отношений по М.Буберу [5]. И в ходе сессий с использованием ресурса песочной терапии естественным образом создаются условия для диалога между терапевтом и клиентом. Хотя большая часть сессии проходит в тишине, включённое присутствие терапевта позволяет клиенту переживать опыт экзистенциальной коммуникации. В предлагаемой ниже таблице, иллюстрирующей исследования феноменологии Я-Ты отношений в ходе консультирования, обобщён опыт автора в качестве практикующего экзистенциального терапевта.

Таблица 1 - Феноменология «Я-Ты отношений» в ходе экзистенциального консультирования

Категории опыта	Переживания клиента	Переживания консультанта
Принятие	1) Никто не оценивает (принятие по К. Роджерсу);	1) Позволение быть тому, что есть (очень напоминает понятие <i>Gelassenheit</i> - по М. Боссу);
Границы	2) Безопасность сеттинга (уважение границ); чувство доверия к консультанту;	2) Чувство ответственности за способ строить отношения с клиентом, уважая его границы.
Со-переживание	3) Твои чувства понимают и разделяют (эмпатия по К. Роджерсу);	3) Приверженность правде отношений в утверждении бытия другого (перефразируя известный афоризм: «Платон - мне друг и истины дороже...»);
Аутентичность	4) Человек, находящийся рядом - искренен и открыт (аутентичность и конгруэнтность);	4) Переживания резонанса с клиентом (в том числе и телесного);
Каузальность или интенциональность, вектор темпорального движения в ходе консультирования	5) Фокус на возможностях в большей степени, нежели на причинах;	5) Интенциональность (важнее не причины, а намерения); предпочтение вопросу: «Зачем?», а не «Почему?»
Некий результат или появление убеждённости	6) Укрепление веры в себя, появление решимости быть, а не казаться	6) Вера в возможности клиента, понимание того, что перед тобой больше, чем просто человек. Путь, ведущий дальше цели...
Влияние	7) Переживание взаимного влияния на мысли и чувства друг друга.	7) Переживание процесса экзистенциального консультирования как особого вида духовной практики

Таким образом, мы рассматриваем экзистенциальный подход в практике консультирования как Я-Ты переживания, что непосредственно приближает нас к практике песочной терапии.

Рассмотрим взгляды практических песочных терапевтов методе песочной терапии. Н.В. Зиздо отмечает достоинства метода песочной терапии:

1. Возможность посмотреть на себя со стороны. Собственные внутренние процессы сложны для понимания и осознания человека. Нередко нам приходится слышать: «Ты бы посмотрел на себя со стороны!» Это действительно полезно. Но вот вопрос – как это сделать? Записать себя на видео или аудио, регулярно смотреть на себя в зеркало? Но это будет взгляд на «видимое». А как быть с «невидимыми» внутренними процессами? И здесь на помощь приходит песочница с миниатюрными фигурками. В контексте песочной терапии возможность посмотреть на себя, на свой внутренний мир, со стороны становится доступной, ибо песочные картины являются отражением нашего внутреннего состояния.

2. Возможность созидательных изменений событий и взаимоотношений. Преобразуя ситуацию в песочнице, человек получает опыт самостоятельного разрешения трудностей как внутреннего, так и внешнего плана. Накопленный опыт самостоятельных конструктивных изменений человек переносит в реальность.

3. Возможность раскрытия и осознания Тайн бытия. Знакомая с детства картина: ребёнок создаёт из песка замок, некоторое время любит его, а потом волна или он сам разрушает творение. Один сюжет жизни завершается, уступая место следующему. И так бесконечно. Именно это простое действие хранит уникальную Тайну бытия: всё приходит и уходит, нет ничего такого, что было бы непоправимо разрушено — просто старое уступает место новому. Многократно проживая эту Тайну, человек достигает состояния равновесия, при этом в его внутреннем пространстве существенно уменьшается доля суеты и обыденности.

4. Проявление творческих возможностей. В результате «диалога» рук с песком и водой происходит творческое самовыражение человека, благодаря которому на бессознательно-символическом уровне становится возможным «отреагирование» внутреннего напряжения и поиск путей развития.

5. Безопасность и экологичность в использовании данного метода. Создание песочных композиций в отличие, например, от рисунка не требует особых умений. Сделать что-то не так невозможно, что особенно важно для тех, кто привык строго оценивать себя. Песочные игры подходят тем, кому трудно облечь свои переживания в слова — например, потому, что они очень остры и болезненны или просто потому, что человек не обладает даром красноречия.

Итак, взаимодействуя с песком и миниатюрными фигурками, подчёркивает автор, независимо от возраста, приближаем к себе наш внутренний мир, чтобы внимательнее рассмотреть его: понять свои желания, разобраться с воспоминаниями, открыть источники внутренней силы, найти уязвимые места, увидеть лучшее решение сложной ситуации. И, научившись находить гармонию в песочной картине, мы получаем опыт владения собой и способ конструктивного взаимодействия с окружающим миром [6].

Л.М. Овсяник в своих исследованиях отмечает, что, анализируя песочные картины, можно диагностировать следующие феномены:

1. Наличие внутренних конфликтов. Если в песочнице идут бои, добро борется со злом, но зло побеждает, если песочная страна находится на стадии разрушения или запустения.

2. Уровень и направленность агрессии. Если в песочнице разворачиваются баталии или имеет место персонаж, к которому проявляются агрессивные действия. Гетероагрессия проявляется через противоборство армий, аутоагрессия – в разрушительных действиях по отношению к главному герою, в неприятностях, которым подвергает его автор.

3. Конфликты со значимыми и близкими людьми. В этом случае имеет место противоборство героев, играющих реальных членов окружения автора.

4. Потенциальные, ресурсные возможности. Проявляются как чудесные предметы, несущие избавление и счастливое разрешение ситуации. Впоследствии мы можем к ним обращаться для усиления своего «Я».

Отличие песочной терапии от остальных методов в том, что она позволяет человеку создавать мир, который обеспечивает ему путь к его сокровенным мыслям и чувствам. Этот мир можно рассматривать, ощущать, испытывать, изменять, обсуждать и фотографировать.



Рисунок 2 - Пример индивидуальной работы с клиентом в песочной терапии

Песочная терапия активизирует ресурсы самоисцеления человека и обеспечивает возможность для даль-

нейшего его продвижения к психологическому здоровью [7].

Наша практика песочной терапии в онкологическом стационаре не ограничивается работой с детьми. Песочная терапия является психодиагностическим и терапевтическим инструментом в работе с родителями детей, взрослыми пациентами. Песочная терапия используется как в индивидуальном подходе, так и в групповой работе.

На практических семинарах для психологов и социальных работников мы раскрываем основы практического применения песочницы в медицинских стационарах с пациентами и медперсоналом, обращающимся за психологической помощью (рисунок 3).



Рисунок 3 - Мастер-класс по песочной терапии для психологов и социальных работников онкологической сферы в КазНИИОиР

Применяемый метод можно назвать универсальным. В пространстве песочницы о себе говорит все, какой выбран символ, в какой части он располагается, какая цветовая палитра подобрана, как объекты обращены в отношении друг друга. В песочницу не попадают случайные образы, бессознательное тщательно подбирает предметы, через которые человек сможет его понять.



Рисунок 4 - Мастер-класс по песочной терапии для психологов и социальных работников (пример групповой работы)

Песочная терапия, является исцеляющим методом, активизирующим психическую энергию для позитивных перемен. Она затрагивает очень глубокие психические

конструкты, поэтому очень важно, чтобы психолог уважал созданный мир, так как ему открывается душа человека, а это одно из ценнейших сокровищ.

Список литературы

1. Орликова Н.В. Возможности песочной терапии в экзистенциальном консультировании // Вестник ПГЛУ. Спецвыпуск.- Пятигорск, 2008. - С.97-102.

2. Бусыгина Н.П. Кризис классической эпистемологии и проблема оценки валидности психологического исследования // Гуманитарные исследования в психотерапии./ Под общ.ред. Ф.Е. Василюка. - М.: МГППУ, ПИ РАО, 2007. - С. 11-28.

3. Больнов О. Философия экзистенциализма. - СПб: «Лань», 1999. - 224 с.

4. Хайдеггер М. Бытие и время // Пер. с нем. В.В.Бибихина. - Харьков: «Фолио», 2003. - 503с.

5. Бубер М. Я и Ты // Два образа веры. - М.: Изд-во АСТ, 1999. - С. 24-121.

6. Зиздо Н.В. Песочная терапия для взрослых [Электронный ресурс]. <http://www.b17.ru> – Опубликовано в 2014 г.

7. Овсяник Л.М. Песочная терапия (Sandtray) для взрослых [Электронный ресурс]. <http://www.b17.ru> – Опубликовано в 2010 г.

Тұжырым

Э.В. Исхакова, И.Р.Хусаинова

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Онкологиялық қызметте экзистенциалды амалда құм терапиясындағы психологиялық ерекшеліктер

Бұл мақалада онкологиялық қызметте экзистенциалды амалда құм терапиясын қолдану қарастырылған. Әр түрлі жастағы науқастар мен клиенттерді экзистенциалды кеңес беру барысында «Мен-Сен қарым-қатынас» феноменологиясы қарастырылған.

Түйінді сөздер: құм терапиясы, экзистенциалды амал, кеңес беру, онконауқас, онкопсихология, ресурстар.

Summary

E.V.Iskhakova, I.R.Khussainova

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Psychological features of sand therapy in existential approach of onco psychological services

The article discloses the use of sand therapy in the existential approach onco psychological service. We consider the phenomenology of "I-Thou relationship" in the existential counseling clients and patients of all ages, as well as the advantages and resource potential of the method.

Keywords: sand therapy, existential approach, counseling, cancer patients, onkopsihologiya, resources.

УДК:616.581-053.2

М.С.Самарханова, Б.У.Пахратдинова
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты
**Онконауқастармен жұмыс жасау барысында суггестивті
психотерапия**

Тұжырым. Берілген мақалада психотерапияның бағыттары қарастырылған, оның бірі суггестивті терапия болып табылады. Берілген бағыт өзін-өзі иландыру мен иландыру топтық әдістің кіруімен сипатталады. Суггестивті терапияны қолдану стационарда ем қабылдап жатқан онконауқастардың өмір сапасын жақсартуға көмектеседі.

Түйінді сөздер: Психотерапия, суггестивті терапия, иландыру, өзін-өзі иландыру, аутожаттығу.

Психотерапия - психикаға әсер ететін емдік жүйе, ал психика арқылы бүкіл ағза мен жүріс-тұрысқа толықтай әсер етеді [1].

Психотерапияда көптеген бағыттар бар, әрбірі техникалық арсенал мен әдістерге ие. Сол бағыттардың бірі суггестивті терапия деп аталады. Берілген бағыт өзін-өзі иландыру мен иландыру топтық әдістің кіруімен сипатталады.

Иландыру (латын сөзінен suggestio) соматикалық процесс және жүйелік-психикалық ағысқа әсер ететін және сынсыз бағалауды қабылдайтын ақпарат беру ретінде анықталады. Иландыру арқылы түйсіну, бейнелеу, эмоционалды күй және әрекет шақырылады.

Ем-шара басталуынан, аяқталуына дейін науқастарға және отбасы мүшелеріне психологиялық көмек көрсету барысында ҚазОЖРҒЗИ-да психологиялық жеңілдету бөлмесі - «сенсорлық бөлме» ашылды.

Сенсорлық бөлме - бұл сыртқы әлемдегі әртүрлі нейтралды және негативті әсерден бөліну, толық қауіпсіздік атмосфераға жағымды мульти-сенсорлы ортаны қалыптастыру үшін арнайы құралдармен жабдықталған бөлме. Негізгі сезімдер арқылы ми белсенеді - ол, көру, есту, иіс сезу, түйсіну, сезім мүшелері және басқа рецепторлар, сонымен қатар, өзін-өзі басқаратын тежелу мен қоздыру процестері дамиды.

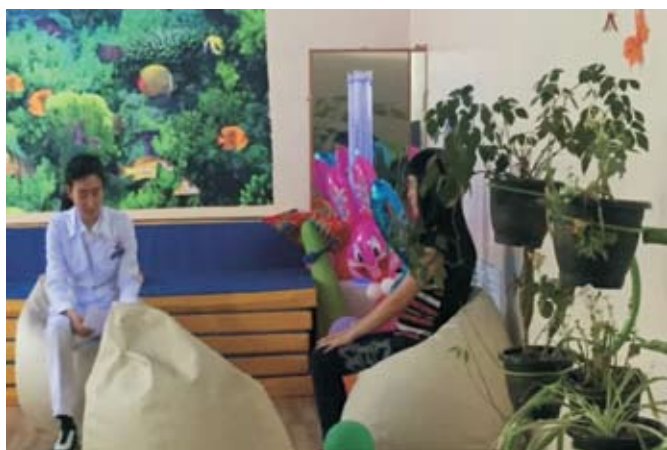


Рисунок 1 - Сенсорлық бөлмеде науқастармен суггестивті терапия

Қатерлі ісікпен ауратын науқастарда қатерлі ісікті анықтағаннан кейін өмір «дейін» және «кейін» деп бөлінеді және олар өздерін қоғамға қажет емес деп санайды. Сыртқы кейіпінің өзгеруіне және сырқатқа байланысты тұлғааралық қарым-қатынасқа және отбасылық қарым-қатынастың бұзылуынан мазасыз күтулер пайда болады. Бұл күйді жеңу үшін: суггестив (Р.Тукаев бойынша гипнотерапия, аутогенді жаттығу, Джекобсон бойынша релаксация) және рационал (когнитивті терапия, қысқа мерзімді білім беру бағдарламасы). Әр түрлі ем қабылдап болғансын, науқастың өмір сапасының жоғарлауы бақыланады [2].

Иландырудың негізгі құралы суггестордың сөйлеуі, сөзі болып табылады. Сөйлемсіз факторлар (жесттер, мимика, әрекет) қосымша әсер береді. Иландырудың әртүрлі классификациясы ұсынылады: иландыру және өзін-өзі иландыру, тікелей немесе ашық иландыру, жабық немесе жанама; контактты және дистанттық иландыру [3].

Өзін-өзі иландыру немесе аутосуггестия өзіне бағытталған иландыру процессі. Өзін-өзі иландыру субъектке ес, зейін, эмоционалды және соматикалық реакцияларды басқаруға шақырады.

Өзін-өзі иландырудың бір нұсқасы ол- аутогенді жаттығу. Оның көмегімен адам ағзаға маңызды

психикалық және вегетативті әсер етеді.

Аутожаттығуға арналған алғашқы отандық фундаменталды монографияның авторы А.С.Роменның ойынша, аутогенді жаттығу үш топқа бөлді [4].

1. Постгипнотикалық тапсырма ретінде кезекті орындау гипнотикалық жағдайда өзін-өзі иландыру.

2. Физикалық және тыныс алу жаттығуларда өзін-өзі иландыру.

3. «Таза» өзін-өзі иландыру, ол деген өзін-өзі иландыру процесінде қосымша әсермен қолданбауы.

Стреске себеп болған, дененің тығыздылығы және күш салуынан аутогенді жаттығу артылтады. Суггестивті терапияны қолданудың тиімділігі, науқастың позициясын белсенді және тез сауығып кетуге мотивациясын жоғарлатады.

Сонымен қатар, А.В.Гнездиловтың ойы бойынша, суггестивті терапия паллиативті ем қабылдап жатқан онконауқастардың өмір сапасын жақсартуға көмектеседі [4].

Сонымен, суггестивті терапия қатерлі ісікпен ауырғаннан бастап, барлық кезеңдерде маңызды екенін көрсету қажет. Берілген терпия медициналық емге негіз болып табылады, эффективті ауруды жеңу, осы процеске қатысып жүрген мультидисциплинарлы күшпен бірге өмір сапасын жақсартуға көмектеседі.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Гурвич И.Я. *Суггестивная психотерапия, гипноз*. - СПб., 2009.
2. Смирнов С. *Наука и жизнь, Есть такая профессия: онкопсихолог*. <https://m.nkj.ru/news/23396/>.
3. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия // Учебник для*

студентов медицинских ВУЗов, 2010

4. Щербатых Ю.В. *«Психология стресса и методы коррекции» / учебное пособие*. - СПб, 2008.

5. Гнездилов А.В. *Психические изменения у онкологических больных Хоспис № 1*. - СПб, 2001.

Аннотация

М.С.Самарханова, Б.У.Пахратдинова
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Суггестивная психотерапия в работе с онкологическими больными

В данной статье рассмотрены направления психотерапии, одним из таких направлений является суггестивная психотерапия. Оно характеризуется тем, что несет в себе группу методов, в основе которого лежат внушение и самовнушение. Применение методов суггестивной терапии способствует улучшению качества жизни онкологических больных в стационарах.

Ключевые слова: психотерапия, суггестивная терапия, внушение, самовнушение, аутогенная тренировка.

Summary

M.S.Samarkhanova, B.U.Pakhratdinova
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Suggestive psychotherapy in work with cancer patients

This article describes the direction of psychotherapy, one of these areas is suggestive therapy. It is characterized by the fact that brings a group of methods, which is based on suggestion and self-hypnosis. The use of suggestive therapies helps to improve the quality of life of cancer patients in hospitals.

Keywords: psychotherapy, suggestive therapy, suggestion, self-hypnosis, autogenously training.

ДИАГНОСТИКА

УДК 618.19-006.6

^{1,2} Ж.Ж.Жолдыбай, ¹Ж.К.Жакенова, ²Н.И.Иноземцева, ¹Г.Мырзабаева, ¹К.Абибуллаева,
¹Е.Кушманов, ¹С.Е.Ауганбаева

¹Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

²Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Возможности маммографии в оценке эффективности неoadъювантной химиотерапии рака молочной железы

Аннотация. В работе представлены возможности маммографии в оценке эффективности неoadъювантной химиотерапии рака молочной железы. Проведена оценка эффективности неoadъювантной химиотерапии рака молочной железы по данным маммографии и данным патоморфологического исследования. Проведен корреляционный анализ динамики средней максимального размера опухоли и патоморфоза. Коэффициент корреляции для маммографии составил $r=0,76$ ($p<0,05$).

Ключевые слова: рак молочной железы, неoadъювантная химиотерапия, маммография.

По данным ВОЗ, рак молочной железы (РМЖ) является самым распространенным заболеванием в мире среди женщин, составляя 16% всех случаев злокачественных опухолей [1]. В Казахстане РМЖ занимает первое место в общей структуре онкологических заболеваний, начиная с 2011 года [2]. Заболеваемость РМЖ в РК в 2014 году составила 21,9%, с темпом прироста $T_{пр}=5,6\%$ [3,4]. Пятилетняя выживаемость больных раком молочной железы в РК (2014) составила всего 51,3% [4]. Неoadъювантная химиотерапия при РМЖ решает три важные задачи. Во-первых, это уменьшение объема первичной опухоли при операбельных формах рака для увеличения возможности выполнения органосохранных операций и проведение индукционной терапии при местнораспространенных процессах с целью их перевода в операбельное состояние. Во-вторых, определение чувствительности первичной опухоли к проводимой химиотерапии *in vivo* и по результатам оценки эффективности получение возможности адекватного планирования адъювантного лечения. В-третьих, улучшение отдаленных результатов лечения [5,6,7].

Цель исследования - определение возможности маммографии в оценке эффективности лечения рака молочной железы.

Материалы и методы. Маммография проведена 34 женщинам с РМЖ до и после курсов неoadъювантной химиотерапии. Исследования проведены на цифровом маммографе Senographe Essential (GE). Маммография проведена всем пациенткам до и после неoadъювантной химиотерапии. Этим пациенткам первым этапом в плане комплексного лечения проводились 4 курса неoadъювантной химиотерапии по схеме: таксотер+паклитаксел. Возраст пациенток варьировал от 34 до 65 лет. Средний возраст пациенток составил 47,5 лет. Результаты сопоставлялись с результатами гистологического исследования ткани молочной железы, полученной после опера-

тивного вмешательства. Изучен химиотерапевтический патоморфоз опухоли. Проведена оценка максимального размера опухоли до лечения, и в конце курса лечения – перед оперативным вмешательством. Вычислено среднее значение регресса максимального размера опухоли молочной железы на маммограммах до и после неoadъювантной химиотерапии, согласно классификации RECIST, проведен корреляционный анализ динамики среднего значения максимального размера и патоморфоза опухоли. Полученные данные обрабатывали с использованием программ Excel Microsoft.

Результаты. Проведен анализ результатов маммографии до и после неoadъювантной химиотерапии и оценена динамика размеров опухоли молочной железы, согласно классификации RECIST, что представлено на рисунке 1.

Оценка динамики рака молочной железы по данным маммографии, согласно классификации RECIST

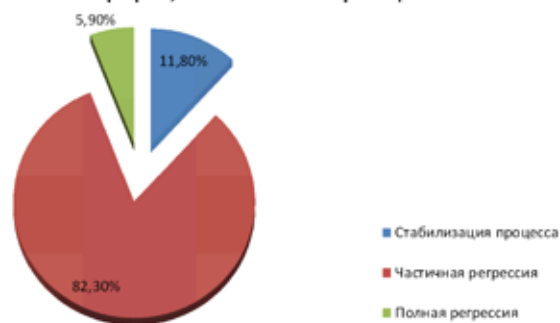
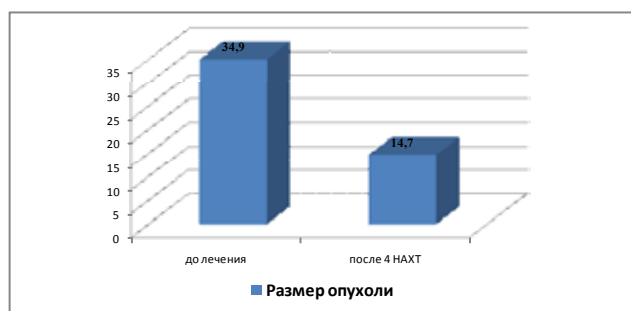


Рисунок 1- Оценка динамики рака молочной железы по данным маммографии, согласно классификации RECIST

Как видно на рисунке 2, из 34 (100%) наблюдений в наибольшем числе случаев встречалась частичная регрессия процесса, составив 82,3% (28 наблюдений). Наименьшее число наблюдений было полных регрессий, которые составили 5,9% (2 наблюдения). Стабилизация процесса встречалась в 11,8% (4 наблюдения) случаев рака молочной железы. Таким образом, частичная регрессия составила большинство наблюдений (28 – 82,3%) в нашем исследовании.

Проведен анализ изменения максимального размера опухоли молочной железы на маммограммах в процессе проведения неoadъювантной химиотерапии (рисунок 2).



Примечание – Разница между показателями до лечения и после 4 курсов достоверна, $p < 0,01$

Рисунок 2 – Изменение среднего значения максимального размера опухоли молочной железы в процессе проведения неоадъювантной химиотерапии по данным маммографии, мм

Как видно из рисунка 2, на маммограммах среднее значение максимального размера опухоли до лечения составило $34,9 \pm 3,9$ мм. В процессе проведения неоадъювантной химиотерапии наблюдалось уменьшение среднего показателя максимального размера опухоли до $14,7 \pm 2,3$ мм. Так, после проведенных 4 курсов неоадъювантной химиотерапии отмечается статистически значимое уменьшение среднего максимального размера опухоли до $14,7 \pm 2,3$ мм, ($p < 0,01$).

Был проведен корреляционный анализ между изменением объема опухоли молочной железы в процессе лечения перед оперативным вмешательством и степенью патоморфоза. Для этого было сопоставлено изменение средних значений максимального размера опухоли (то есть процентное уменьшение размера опухоли от первоначального) в процессе неоадъювантной химиотерапии со степенью патоморфоза опухоли, что представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Уменьшение размера опухоли в процессе лечения и степень патоморфоза

Степень патоморфоза опухоли	Уменьшение среднего максимального размера опухоли на маммограммах, %
0-1	53,4
2	62,6
3	72,3
4	91,1

Как видно из таблицы 1, при степени патоморфоза 0-1 уменьшение среднего максимального размера опухоли на маммограммах в процессе лечения составило 53,4%, при патоморфозе 2 степени уменьшение среднего максимального размера опухоли на маммограммах в процессе лечения составило 62,6%, при патоморфозе 3 степени – 72,3%, при патоморфозе 4 степени – 91,1%. Выявлено, чем больше уменьшается размер опухоли в процессе лечения по данным маммографии, тем выше

степень химиотерапевтического патоморфоза, то есть лечебное повреждение опухолевых клеток.

Проведен корреляционный анализ динамики средней максимальной размера опухоли и патоморфоза. Коэффициент корреляции для маммографии составил $r = 0,76$ ($p < 0,05$). Наиболее наглядно это представлено на рисунке 3.

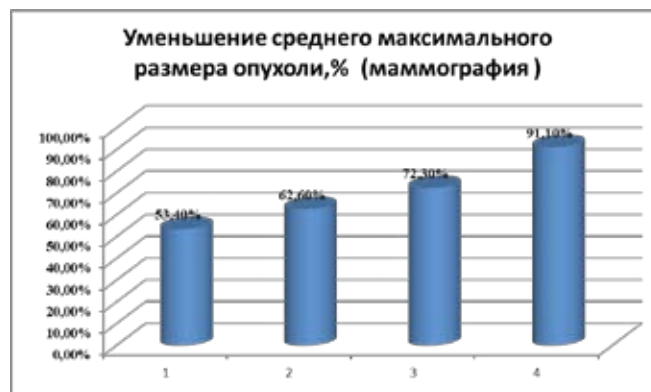


Рисунок 3 - Уменьшение размера опухоли от первоначального в зависимости от степени патоморфоза ($r = 0,76$, $p < 0,05$)

Выводы. По данным маммографии предсказательным критерием оценки эффективности неоадъювантной химиотерапии может быть изменение размера опухоли, который достоверно снижается в процессе неоадъювантного лечения и коррелирует со степенью патоморфоза опухоли ($p < 0,05$).

Список литературы

1. Jemal A., Bray F., Center M.M. et al. Global cancer statistics // *CA Cancer Journal for Clinicians*. – 2011. – Vol. 61. – С. 69–90.
2. Сейтказина Г.Д., Байпеусов Д.М. и соавт. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2011 год.: статистические материалы. – Алматы, 2012. – 52 с.
3. Нургазиев К.Ш., Байпеусов Д.М. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2013 год.: статистические материалы. – Алматы, 2014. – 127 с.
4. Нургазиев К.Ш., Байпеусов Д.М., и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2014 год.: статистические материалы. – Алматы, 2015. – 138 с.
5. Blum K.S., Rubbert C., Mathys B. et al. Use of contrast-enhanced spectral mammography for intramammary cancer staging: preliminary results // *Acad. Radiol.*-2014.- Vol. 21.-S.1363–1369.
6. Luczyńska E., Heinze-Paluchowska S., Dyczek S. et al. Contrast-enhanced spectral mammography: comparison with conventional mammography and histopathology in 152 women // *Korean J. Radiol.*- 2014.- Vol.15.-S.689–696.
7. Lalji U.C., Jeukens C.R., Houben I. et al. Evaluation of low-energy contrast-enhanced spectral mammography images by comparing them to full-field digital mammography using EUREF image quality criteria // *Eur. Radiol.*- 2015.- Vol. 25.-S.2813–2820.

Тұжырым

- ^{1,2} Ж.Ж. Жолдыбай, ¹Ж.К. Жакенова,
²Н.И. Иноземцова, ¹Г. Мырзабаева, ¹К. Абибуллаева,
¹Е. Кушманов, С.Е. Ауганбаева
¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлптық
 Медицина Университеті
²Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу
 институты

**Сүт безі қатерлі ісігінің неоадьювантты
 химиотерапиясының эффективтілігін бағалауда
 маммография мүмкіндіктері**

Жұмыста сүт безі қатерлі ісігінің неоадьювантты химиотерапиясының эффективтілігін бағалауда маммография мүмкіндіктері көрсетілген. Сүт безі қатерлі ісігінің неоадьювантты химиотерапиясының эффективтілігін бағалау маммография және патоморфологиялық зерттеу нәтижелерінің мәлеметтерімен жүргізілген. Ісіктің және патоморфоздың орташа максимальды көлемінің динамикасына корреляционды талдама жүргізілді. Маммография үшін корреляция коэффициенті $r=0,76$ ($p<0,05$) құрады.

Түйінді сөздер: Сүт безінің қатерлі ісігі, неоадьювантты химиотерапия, маммография.

Summary

- ^{1,2}Zh. Zholdybai, ¹Zh. Zhakenova, ²N.I. Inozemtsova, ¹G. Myrzabayeva, ¹K. Abibullaeva, ¹E. Kushmanov, S.E. Auganbaeva
¹Kazakh National Medical University after S.D. Asfendiyarova
²Kazakh Scientific Research Institute of Oncology and Radiology

**Possibility of mammography to evaluate the efficacy of
 neoadjuvant chemotherapy breast cancer**

The paper presents the possibilities of mammography to evaluate the efficacy of neoadjuvant chemotherapy for breast cancer. The efficacy of neoadjuvant chemotherapy of breast cancer according to mammography and pathologic data of cancer research. The correlation analysis of the dynamics of the average maximum size of the tumor and pathomorphism. The correlation coefficient for mammography was $r = 0,76$ ($p < 0,05$).

Key words: breast cancer, neoadjuvant chemotherapy, mammography.

УДК 616.24-006:616-073.75

М.С.Садыков

Казахский научно - исследовательский институт онкологии и радиологии
Казахский Национальный Медицинский Университет
им. С.Д. Асфендиярова

О диагностических критериях и алгоритме обследований периферического шаровидного образования легкого

Аннотация. Для разработки рационального алгоритма лучевого обследования анализированы с учетом легочного фона 103 больных с шаровидными образованиями в легких. На основе комплексного лучевого обследования были установлены диагностические критерии и алгоритм обследования периферического шаровидного образования легкого.

Ключевые слова: Алгоритм, легочной фон, МРТ, рентгенодиагностика.

С целью разработки рационального алгоритма лучевого обследования анализированы данные 103 больных с шаровидными образованиями в легких. При обследовании указанных больных применены лучевые методы исследования: рентгенография (у 103 больных), линейная томография (103), рентгеновская компьютерная томография (КТ – 87 больным), магнитно-резонансная томография (МРТ – 7 больным).

На основе комплексного лучевого обследования установлен окончательный диагноз: периферического рака легкого у 42 больных, очаговой пневмонии – у 14, туберкуломы – у 13, доброкачественной опухоли – у 9, очагового пневмосклероза – у 8, кисты – у 8, ретенционной кисты – у 3, паразитарной кисты – у 3, очага Гона – у 2, аспергиллеза – у 1.

Данные лучевых методов исследования анализированы с учетом легочного фона [1]. Неизменный легочной фон имели 38 больных (рак – 24, киста-8, доброкачественная опухоль – 6), усиленный легочной рисунок за счет сосудистого компонента отмечен у 24 больных (рак – 5, очаговая пневмония – 13, ретенционная киста – 3, доброкачественная опухоль – 3), а усиленный и деформированный легочной рисунок за счет интерстициальных уплотнений сопровождал процесс в легких у 41 больного (рак – 13, туберкулома – 13, очаговый пневмосклероз – 8, паразитарная киста – 3, очаг Гона – 2, очаговая пневмония – 1, аспергиллез – 1).

При периферическом раке легкого на рентгенограммах и линейных томограммах выявлены следующие симптомы: контуры тени были бугристыми, четкими (у 12 и 3 – на рентгенограмме и томограмме соответственно), бугристыми с «нежным венчиком» (17 и 26), бугристыми с «грубыми шипами» (13 и 13), тень с «дорожкой» к корню (6 и 9), тень с многоузловой структурой (3 и 17) [2].

На КТ (исследование зоны интереса с увеличением) – «злокачественная корона» (34), многоузловая структура тени (24), «дорожка» к корню (15), симптом обрыва

бронха (10), симптом «вхождения сосуда» в тень опухоли левого узла без выхода из него (13).

На МРТ при субплевральном расположении опухоли – «дорожка» к плевре (7), локальные утолщения плевры (6). Отмечена определенная зависимость формы от размера тени [1]. Так, при размере до 1 см (у 3 больных) форма тени была полигональной или облаковидной, до 2 см (у 6 больных) – неправильно округлой, до 3 см (у 13 больных) – шаровидной или близко к шаровидной, до 5 см (у 15 больных) – неправильно овоидной или овоидной, более 7 см (у 5 больных) – неправильной. При раках, диагностируемых на фоне сосудистого усиления легочного рисунка, дополнительных симптомов не выявлено, отмечалась лишь гиперваскуляризация легкого.

При выраженном интерстициальном рисунке легкого у тени злокачественного процесса «злокачественная корона» была грубой, радиальной, «дорожка» к корню, симптом «обрыва» бронха и симптом «вхождения» сосуда были нечетко выраженными из-за тени фиброзных тяжей.

При туберкуломе на рентгенограммах и томограммах: округлая (7) или овальная (6) тень, неоднородной структуры (3 и 6), с равной степенью четкости контуров (5 и 9), с очагами обсеменения в легком вокруг основной тени (3 и 7), обызвествления в очаге (1 и 2), очаг распада в зоне входящего бронха (1 и 2), «парная полоска» дренирующего бронха (1 и 3).

На КТ – неоднородная структура тени (8), разная степень четкости контуров (9), очаги мелкого обсеменения в прилежащей легочной ткани (10), «парная полоска» дренирующего бронха (5), микроочаги распада (3), интерстициальные уплотнения вокруг (13) [3].

При доброкачественных опухолях (9) и заполненных кистах (8) на рентгенограммах и томограммах: контуры тени четкие, ровные (14 и 14), структура однородная (14 и 14), форма округлая (8 и 8) или ближе к овоиду (6 и 6), изменение формы тени (при форсированном дыхании или перемене положения больного) отмечено у 7 больных. На КТ жидкостное содержимое кисты (8), тканевая плотность опухоли (9). В 14 наблюдениях выявлен неизменный легочной фон. В 3 случаях доброкачественные опухоли диагностированы на фоне гиперваскуляризации опухоли, при этом отмечено «огибание» сосудистых ветвей вокруг тени опухоли.

При паразитарной кисте на рентгенограммах и томограммах: форма овоидная (2 и 2), «дорожка» к корню (1

и 1), симптом «дубликатуры контура» (0 и 1), изменения формы (1), уплотненный интерстициальный фон вокруг тени. На КТ – «признак деконфигурации» (3), симптом «дубликатуры контура» (1), жидкостное содержимое (3), повышение плотности тени к периферии (2), интерстициальные уплотнения вокруг (3) [4].

При очаговой пневмонии на рентгенограммах и томограммах отмечены: усиление легочного рисунка (13 и 13) на стороне воспаления за счет сосудистого компонента, контуры тени были нечеткими, неровными (10-14), структура тени была неоднородной (9-12), малой или средней интенсивности (14-14), тень контура легкого часто имела нечеткие контуры (8-12), умеренное расширение тени корня легкого (11-11). В одном случае воспалительный процесс сопровождался интерстициальными уплотнениями вокруг патологического участка [3]. КТ проведено у 4-х больных, при этом дополнительной информации не получено.

При очаговом пневмосклерозе на рентгенограммах и томограммах: тень неоднородной структуры (3-8), относительно четкие, но не ровные контуры (5-8), выраженные интерстициальные уплотнения вокруг (8-8). На КТ исследовании (4) четко выявляется неоднородность структуры, «переход» интерстициальных уплотнений в очаг склероза, прослеживаются деформированные мелкие сосудистые ветви в очаге, выявляется просвет деформированного левого бронха в толще очага (2) [4].

Единичные наблюдения относящиеся к ретенционной кисте (3), очагу Гона (2), аспергиллезу (1) не вызвали особых затруднений, при них оказались достаточными данные обычных рентгенограмм и многопроекционных линейных томограмм (решающими были – форма тени, наличие обызвествлений, форма распада).

Заключение. При периферическом раке, возникшем на неизменном легочном фоне, достаточны данные рентгенограмм и линейных томограмм, КТ показана в случаях опухолей менее 2см в диаметре и при опухолях, расположенных на фоне интерстициальных изменений, а МРТ показана у больных с субплевральной локализацией процесса.

При туберкуломе КТ показана при отсутствии на рентгенотомограммах очагов отсева вокруг образования.

При доброкачественных опухолях и заполненных кистах, возникших на неизменном легочном фоне, достаточны данные рентгенотомограмм.

При паразитарных кистах необходимо дополнительное КТ исследование.

При очаговом пневмосклерозе КТ исследование помогает решить диагностические затруднения.

При очаговой пневмонии, ретенционной кисте, очаге Гона, аспергиллезе оказались достаточными данные обычных рентгенограмм и многопроекционных линейных томограмм.

Список литературы

1. Розенштраух Л.С., Винер М.Г. Дифференциальная диагностика заболеваний органов дыхания и средостения / Руководство для врачей в 2-х томах. - М.: Медицина, 1991.

2. Тюрин И.Е. Компьютерная томография органов грудной полости. - СПб: ООО.-ЭЛБИ, 2003.

3. Власов П.В. Лучевая диагностика заболеваний органов дыхания. - М.: Издательский дом Видар, 2006. - 312 с.

4. Линденбратен Л.Д., И.П. Королук. // Медицинская радиология. - М- 2000.

Тұжырым
М.С.Садықов

Қазақ онкология және радиология ғылыми- зерттеу
институты
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлттық медицина
университеті

Өкпенің шеткі шар тәрізді түзілісін анықтаудың критерий мен алгоритмі

Сәулелік зерттеудің тиімді алгоритмін талдау үшін, өкпелік фонындағы 103 науқастардың өкпесінде шар тәрізді түзіліс бар екендігі есепке алынған. Өзгермеген өкпелік фон 38 науқаста, 24 науқаста қан тамырлық компонент салдарынан өкпелік сурет күшейген болса, 41 науқаста өкпе суреті интерстициалдық тығыздану үрдісінен күшейген және деформацияланған.

Өзгермеген өкпе фонында пайда болған перифериялық обырды анықтауға рентгенограмма және сызықтық томограмма жеткілікті. КТ ісік диаметрі 2 см-ге дейін орналасқан интерстициалды өзгеріс фонында, МРТ плеврасында орналасқан ісікті жақсы көрсетеді. Рентгенограммада туберкулома ошағының аймағында дақтар көрінбеген жағдайда КТ-ны жасау керек. Өзгермеген өкпе фонында қатерлі емес ісіктен және толық кисталарды анықтауға рентгенограмма жеткілікті. Паразитты кисталарды анықтағанда қосымша КТ зерттеулер өткізілу керек. Пневмосклероздық ошақты анықтауға КТ зерттеулер қолданылады. Жай рентгенограмма және көппроекциялық сызықтық томограмма–ошақтық пневмониясы ретенциондық кисталарды, Гон ошағын, аспергиллезді анықтауға жеткілікті.

Түйінді сөздер: алгоритм, өкпелік фон, МРТ, сәулелік зерттеу.

Summary
M.S.Sadykov

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology
Kazakh National Medical University after S.D.Asfendiyarova

About diagnostic criteria and algorithm of inspection of peripheral spherical formation of lung

For development of rational algorithm of radial inspection of analyzes taking into account a lung background 103 patients with spherical educations in lights. Unchanged lung background in 38 patients, the picture increased by pulmonary due to a vascular component is marked at 24 patients, and the picture increased and deformed by pulmonary due to interstitial compressions accompanied a process in lights at 41 patient.

It was set on the basis of complex radial inspection about diagnostic criteria and algorithm of inspection of peripheral spherical formation of lung.

Keywords: algorithm, lung background, MRI, X-ray diagnostics

ЛЕЧЕНИЕ

УДК:616.351-006.08

Н.А.Чичуа, Р.З. Абдрахманов, К.К. Смагулова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Эффективность капецитабина (кселоды), оксалиплатина и бевацизумаба во второй линии распространенных форм колоректального рака

Аннотация. Представлены результаты лечения 16 больных с распространенными формами колоректального рака рефрактерных к иринотекану и 5-ФУ. Химиотерапия в качестве 2 линии проводилась по схеме: оксалиплатин 100 мг/м² – 1 день + кселода 2000 мг/м² 2 раза в день с 1 по 14 день + бевацизумаб 5 мг/кг один раз в 14 дней. Основная оценка терапевтического эффекта производилась после 3-х курсов химиотерапии. Объективный эффект отмечен в 56,3% случаев, т.е. у каждого второго пациента, с длительностью ремиссии в среднем до 8,4 месяца. Безопасность изучаемой комбинации препаратов является приемлемой. Побочные эффекты были сравнимы с таковыми для каждого из препаратов в отдельности. Синергизм побочных эффектов не наблюдался.

Ключевые слова: колоректальный рак, химиотерапия, терапевтический эффект.

В последние десятилетия во многих странах мира происходит рост заболеваемости колоректальным раком (КРР). Данная патология занимает 3-е место по распространенности и является 2-й основной причиной смертности от рака в Европе и США. Ежегодно в мире диагностируется свыше 900 тыс. новых случаев КРР и около 500 тыс. пациентов ежегодно погибают от данной патологии [1,2]. Следует отметить, что показатель заболеваемости из года в год неуклонно растет.

Если в Республике Казахстан в 2007г раком ободочной кишки заболело 1180 человек, а раком прямой – 1185, то в 2014г эти показатели возросли и составили 1637 и 1449, соответственно. Данная патология, суммируя эти цифры и объединив указанные локализации в диагноз «колоректальный рак», заняла 5-е ранговое место в структуре онкологической заболеваемости [3,4].

Известно, что выживаемость больных КРР напрямую коррелирует со степенью распространенности процесса. При I стадии уровень 5-летней выживаемости составляет 93,2%, однако по мере роста и метастазирования опухоли наблюдается резкое снижение данного показателя, при IV стадии заболевания, при наличии отделенных метастазов, уровень 5-летней выживаемости не превышает 8% [5].

В настоящее время основным методом терапии КРР является радикальное хирургическое удаление опухоли, однако, несмотря на улучшение качества диагностики за последние годы, более 70% больных поступают с распространенными формами данного заболевания, что ограничивает возможности хирургического лечения. Поэтому основным методом лечения у данного контингента больных остается химиотерапия.

После десятилетий медленного прогресса в лечении КРР происходят стремительные перемены. Постоянные инфузии 5-фторурацила в комбинации с оксалиплатином или иринотеканом (FOIFOX, FOLFIRI), став новыми стандартами при проведении химиотерапии у больных с метастазами колоректального рака достоверно увеличили частоту объективных эффектов и продолжительность жизни больных, частоту выполнения резекции печени у больных с поражением только этого органа [6,7,8,9].

Производные фторпиримидинов, первую очередь 5-фторурацил в течение длительного времени оставшиеся основой противоопухолевой химиотерапии КРР, не потеряли своего значения и в наши дни. Появился препарат этого же класса, селективно активируемый опухолью, в частности, капецитабин (кселода), обладающий противоопухолевой активностью при КРР порядка 25%, удобный в связи пероральным путем введения. Кселода (капецитабин) на сегодняшний день постепенно вытесняет 5-фторурацил из режимов, в которых он применялся традиционно и утверждается в качестве одного из основных препаратов в лечении КРР [9]. С учетом широкого спектра побочных эффектов, характерных для терапии фторурацилом, создание препарата капецитабин (кселода) для перорального применения имело революционное значение для преобразования существующих методик лечения. Кселода обладает уникальным механизмом действия - активацией в клетках опухоли, превращаясь в 5-фторурацил непосредственно в опухолевых клетках под действием определенных ферментов. Препарат практически не проникает в здоровые ткани, его концентрация в крови также очень невелика, в связи с чем проявления его токсичных свойств резко снижены [10]. Проводящие в настоящее время исследования должны ответить на вопрос о возможности замены инфузии 5-фторурацила на более удобный пероральный прием кселоды при КРР [8].

Последние годы отмечено, что, к сожалению, многие из существующих режимов химиотерапии КРР позволяют длительное время контролировать течение болезни. Неудовлетворительные результаты химиотерапии заставляют исследователей искать новые подходы к лечению этого заболевания. Успехи молекулярной биологии и широкое внедрение в практику таргетной терапии позволили улучшить результаты лечения и значительно повлиять на общую выживаемость больных. Одним из наиболее изученных и перспективных направлений является антиангиогенная терапия [12].

Бевацизумаб (авастин) – препарат моноклональных антител к фактору роста эндотелия сосудов (VEGF). По-

казано, что высокая плотность микрососудов в опухоли, напрямую коррелирующая с активностью VEGF, имеет несомненное прогностическое значение и влияет на общую выживаемость при колоректальном раке [12,13]. Среди разных факторов, стимулирующих рост сосудов, VEGF считается наиболее удобной мишенью для таргетной терапии, направленной на подавление ангиогенеза при КРР. В результате I-II фазы разработаны два режима применения бевацизумаба при КРР 5 мг\кг 1 раз в 14 дней или 7,5 мг\кг в виде инфузии 1 раз в 21 день. Исследования II фазы продемонстрировали высокую эффективность комбинации бевацизумаб+FOLFIRI в рамках 1 линии лечения метастатического колоректального рака [14]. Кроме того, накопленные за последние годы, данные многочисленных исследований убедительно свидетельствуют о весьма важном вкладе бевацизумаба в лечении больных метастатическим КРР, значимо улучшая общую эффективность лечения, увеличивая время до прогрессирования и общую выживаемость по сравнению с одной химиотерапией при этом не усиливая токсичность химиотерапии [15,16].

Целью нашего исследования явилось улучшение эффективности лечения распространенных форм КРР, резистентных к иринотекану и 5-ФУ.

Материал исследования. В исследование были включены 16 пациентов КРР, из них мужчин- 10 и женщин- 6. Средний возраст пациентов составил 56 лет. Рак прямой кишки диагностирован у 6 больных, рак ректосигмоидного отдела – у 6 и рак ободочной кишки – у 4. По стадиям заболевания пациенты распределялись следующим образом: T3N0M0–2, T3N1–2M0 – 7 и T3–4N1–2 M1 – 7 больных. Из указанных пациентов комбинированное лечение проведено у 9 (операция+химиотерапия), у которых в разные сроки после его окончания появились метастазы в висцеральные органы (легкие, печень) и кости. Остальные 6 больных поступали в стационар с метастатическим раком, т.е. неоперабельными формами КРР. Всем больным предшествующее лечение включали режимы химиотерапии на основе или иринотекана, 5-FU с лейковорином, у которых наступило прогрессирование заболевания или во время химиотерапии, или на протяжении 5-6 недель после получения последней дозы препарата. Прогрессирование заболевания было определено как увеличение измеряемого или оцениваемого опухолевого очага либо появление любого нового очага, которое свидетельствовало о неэффективности лечения.

Диагноз у всех был верифицирован гистологический, по морфологической структуре это были аденокарциномы различной степени дифференцировки. Общее состояние всех пациентов было относительно удовлет-

ворительным, качество жизни оценивалось по шкале Карновского и было не менее 70%.

На момент начала лечения ряд больных предъявляли жалобы на боли в правом подреберье легкой и средней интенсивности. По данным КТ и УЗИ поражение печени МТС процессом выявлено у 14 больных и объем ее не превышал 60%, с сохранением ее функциональных возможностей согласно биохимическим исследованиям. Наиболее часто встречалось билобарное поражение органа и, как правило, метастазы были множественными (таблица 1). У 3 пациентов поражение печени сочеталось с метастазами в кости скелета и у 3 – с метастазами в легкие. В 2-х случаях имело место сочетанное поражение метастазами костей скелета и легких. Локализация болей в костях зависело пораженного участка.

Методика лечения. Всем больным проводилась химиотерапия по схеме: оксалиплатин 100 мг\кв.м – 1 день+кселода 2000 мг\кв.м 2 раза в день с 1 по 14 день + бевацизумаб 5 мг\кг один раз в 14 дней. Курсы химиотерапии повторяли через 7-10 дней после окончания приема кселоды. Основная оценка терапевтического эффекта проводилась после 3-х курсов химиотерапии, для чего использовались клинические данные, компьютерная томография, ультразвуковая диагностика.

Как известно, больные с метастазами колоректального рака в печень являются пациентами с резистентными к химиотерапии опухолями. В связи с этим при оценке результатов лечения многими зарубежными исследователями за объективный эффект принимаются показатели полной, частичной регрессии и стабилизации процесса (согласно критериям ВОЗ). Тем не менее, объективный эффект нами оценивался в соответствии критериями Response Evaluation Criteria in Solid Tumors Group (RECIST), где за полный ответ принимается исчезновение всех очагов поражения на срок не менее 4 недели; частичный ответ – уменьшение измеряемых очагов на 30% или более; прогрессирование – увеличение на 20% наименьшей суммы очагов поражения или появления новых очагов; стабилизация – нет уменьшения достаточного для оценки как частичного эффекта, или увеличения, которое можно оценить как прогрессирование.

Результаты исследования. После 3-курсов химиотерапии у 14 (87,5%) из 16 больных был получен субъективный эффект, выражающийся в уменьшении или полном купировании болевого синдрома в области печени, улучшении самочувствия. Как видно из таблицы 1, после окончания лечения общее состояние у 14 (87,5%) больных, о чем судили по динамике шкалы Карновского до лечения и после завершения курсов химиотерапии, улучшилось.

Таблица 1 - Распределение больных по основным прогностическим признакам

Признаки	До лечения	После лечения
Пол: Муж - 10, Жен - 6		
Средний возраст	56 лет	
Состояние по шкале Карновского	70% - 8	70% - 5
	80% - 6	80% - 8
	90% - 2	90% - 3
Болевой синдром в обл. печени, в костях	12	8
	5	3
Количество МТС в печени	множеств. - 10	6
	единичное - 4	8
Увеличение печени (выступает из-под реберной дуги)	4-5 см - 3	1
	1,5 – 3 см - 7	5
	0 см - 4	8

Пациентов с качеством жизни, оцененным в 80 - 90% до лечения было 8 (50%), а после химиотерапии стало 11 (68,7%), т.е. они стали более активными, трудоспособными и большую часть дневного времени проводить вне постели.

При оценке клинического эффекта полная регрессия метастатических образований со стороны печени и легких не была выявлена, частичное восстановление размеров печени и уменьшение размеров МТС в печени и легких отмечено у 9 (56,3%) из 16 пациентов. У 5 (31,2%) больных к концу 3- курса зафиксирована стабилизация процесса, хотя эти пациенты отмечали отчетливые клинические улучшения (таблица 2).

Нами проведен анализ частоты и тяжести побочных эффектов химиотерапии (таблица 3). Расчет велся из общего числа проведенных курсов (48). Как показали исследования, наиболее чаще встречалась периферическая нейропатия. Основным ее проявлением была «холодовая» дистезия, в 24(56,2%) случаях, симптомы которой уменьшались в промежутках между курсами химиотерапии. Токсичность была прогнозируемой, быстро купируемой при введении КМА и не требовала ни отсрочки лечения, ни редукции доз. Характерными побочными эффектам были тошнота с редкими эпизодами рвоты. Несмотря на участие в исследовании уже леченных ири- нотеканом больных, диарея (I-II степени) наступила лишь

Таблица 2 - Показатели объективного эффекта лечения больных КРР

Степень регрессии	Кол-во больных
Полная регрессия	-
Частичная	9 (56,3±12,4)%
Стабилизация	5 (31,2±11,5)%
Прогрессирование	2 (12,5±8,2)%

в 6 (12,5%) случаях после окончания химиотерапии. Что характерно, у больных исследуемой группы мы не встретили случаев серьезной ни гематологической токсичности или «ладонно-подошвенного синдрома». Следует отметить, что нежелательные явления, специфические для терапии бевацизумабом (артериальная гипертензия, носовые кровотечения и др.) встретились лишь в 4(8,3%) случаях и не приводили к отмене лечения.

Нами прослежены сроки ремиссии. Продолжительность времени до прогрессирования отсчитывалась от начала первого курса химиотерапии. Результаты наших исследований показали, что длительность ремиссии находилась в пределах от 5,2 мес. до 11,4 мес., в среднем она составила 8,4 месяца.

Обобщая полученные данные можно отметить, что у больных с метастатическими формами КРР, рефрактер-

Таблица 3 - Показатели побочных эффектов химиотерапии (оксалиплатин+кселода+бевацизумаб) больных колоректальным раком

Токсичность		Степень	Показатели
Гематологическая	анемия	I-II	2 (12,5%)
		III-IV	
	нейтропения	I-II	10 (20,8%)
		III-IV	
	тромбоцитопения	I-II	4 (8,3%)
		III-IV	
Желудочно-кишечная	Тошнота с эпизодами рвоты	I-II	12 (25%)
		III-IV	
	диарея	I-II	6 (12,5%)
		III-IV	
	токсический гепатит	I-II	2 (4,1%)
		III-IV	
Неврологическая	дистезии	I-II	20(41,6%)
		III-IV	4 (8,3%)
Сосудистые осложнения	гипертензия, носовые кровотечения	I-II	4 (8,3%)

ных к иринотекану и 5-ФУ проводимая химиотерапия по схеме оксалиплатин+кселода+бевацизумаб в качестве 2 линии приводит к объективному эффекту в 56,3% случаев, т.е. у каждого второго пациента с длительностью ремиссии в среднем до 8,4 месяца. Безопасность изучаемой комбинации препаратов является приемлемой. Побочные эффекты, которые были зарегистрированы сравнимы с таковыми для каждого из препаратов в

отдельности. Явного синергизма побочных эффектов мы не наблюдали.

Таким образом, схема химиотерапии оксалиплатин + кселода + бевацизумаб продемонстрировала достаточную активность в лечении распространенных форм КРР и может быть широко использовано в онкологической практике.

Список литературы

1. Parkin D.M, Bray F., Ferlay I. et al. Global cancer statistics, 2002 // CA Cancer J. Clin.- 2005.-Vol. 55, N 2.-P. 74-108.
2. Landis S.H., Murray T., Bolden S. et al : Global cancer statistics, 1999 // CA Cancer J. Clin.-1999.-Vol. 49, N 1.-P. 8-31.
3. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И. с соавт. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2007 году (статистические материалы).- Алматы, 2008.
4. Нургазиев К.Ш., Байпеусов Д.М., Аuezова Э.Т., Жылкайдарова А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан (статистические материалы).- Алматы, 2015.
5. O Connell et al. // J. Natl. Cancer Inst.- 2004.
6. Saltz L.B., Cox J.Y., Blanke C. et al: Irinotecan plus fluorouracil and leucovorin for metastatic colorectal cancer // N. Engl. J. Med.-2000.-Vol. 343.-P. 905-914.
7. Douillard J.Y., Cunningham D., Roth A.D. et al. Irinotecan combined with fluorouracil and leucovorin compared with fluorouracil alone as first line treatment for metastatic colorectal cancer: A multicentre randomized trial // Lancet.-2000.-Vol. 355.-P.1041-1047.
8. de Gramont A., Figer A., Seymour M. et al. Leucovorin and fluorouracil with or without oxaliplatin as first - line treatment in advanced colorectal cancer // J. Clin. Oncol.-2000.-Vol.18.-C.2938-2947.
9. А. Де Грамонт. Системная терапия колоректального рака // Тр. VIII Российского онколог. конгр. – М., 2000. –С.116-117.
10. Семенов Н.Н. Кселода: Новые исследования, эффективные комбинации с другими противоопухолевыми препаратами // Фарматека. Онкология ASCO.-2007.-С.42-47.
11. Тришкина Е.А. Роль кселоды в адъювантном лечении рака толстой кишки: клинический опыт применения // Фарматека/ Онкология. Специальный выпуск, 2008.-С. 44-49.
12. Луд А.Н., Ганьшина И.П. Применение авастина в лечении злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта // Фарматека.-2008.-№18.-С. 29-33.
13. Choi H.J., Hyun M.S., Jung G.J. et al. Tumor

angiogenesis as a prognostic predictor in colorectal carcinoma with special reference to mode of metastasis and recurrence // Oncology. – 1998.- Vol 55.- P.575-581.

14. Frank R.E., Saclarides T.J., Leurgans S. et al. Tumor angiogenesis as a predictor of recurrence and survival in patients with node-negative colon cancer // *Ann. Surg.* 1995.- Vol.222.- P.695-699.

15. Kopetz A., Abbruzzese J.L., Eng C. et al: Preliminary results from a phase II study of infusional 5-FU, leucovorin, and irinotecan (FOLFIRI) plus bevacizumab as first-line

treatment for metastatic colorectal cancer (mCRC) // J. Clin. Oncol. – 2006.- Vol. 24, N 18S.- Abstr.3579.

16. Hochster H., Welles L. Safety and efficacy of bevacizumab when added to oxaliplatin/fluoropyrimidine regimens as first-line treatment for metastatic colorectal cancer // *J. Clin. Oncol.* 2005.- Vol. 23.-P.165: abstr.3515.

17. Fernando N.Yu D. A phase II study of oxaliplatin, capecitabine and bevacizumab in the treatment of metastatic colorectal cancer // *J. Clin. Oncol.* 2005.- Vol. 23.-P.165I: abstr.3556.

Тұжырым

Н.А.Чичуа, Р.З. Абдрахманов, К.К. Смагулова
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу
институты

Колоректальды қатерлі ісіктің жайылған түріндегі екінші реттегі ПЕТТЕГІ капецитабин кселода), оксалиплатин және иуацизумаб препараттарын қолдануының тиімділігі

Иринотекан мен 5-ФУ-ге рефрактірлігі бар, жайылған түрдегі колоректальды қатерлі ісігі бар 16 науқастың нәтижелері көрсетілген. Екінші ретті химиотерапия; оксалиплатин - 100 мг\кв.м – 1 кун+ кселода 2000 мг\кв.м күніне 2 рет, 1-ші куннен 14 күнге дейін + бевацизумаб 5 мг\кг күніне 1 рет, 14 күн бойы. Терапиялық тиімділікті бағалау 3 курс химиотерапиядан кейін жүргізілді. Объективті тиімділік 56,3% жағдайында байқалған, яғни әрбір екінші науқаста, ремиссия мерзімі орта шамада 8,4 айға созылды. Зерттелінген препараттарды қолдануының қолайлы екенін көз жеткізіп отырмыз. Жағымсыз әсерлер салыстырмалы әр препаратқа жеке түрде байқалды. Жағымсыз әсерлердің синергизмі байқалған жоқ.

Түйінді сөздер: колоректальды қатерлі ісік, химиотерапия, терапиялық тиімділік.

Summary

N.A.Chichua, R.Z. Abdrakhmanov, K.K. Smagulova
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Efficiency capecitabine (xeloda), oxaliplatin and bevacizumab in the second line common forms of colorectal cancer

Results of treatment of 16 patients with common forms of colorectal cancer refractory to irinotecan and 5-FU. Chemotherapy as 2 lines held by the scheme: oxaliplatin 100 mg\m² - 1 day + Xeloda 2000 mg\m² 2 times a day 1 to day 14 + bevacizumab 5 mg\kg once every 14 days. Main assessment of therapeutic effect was made after 3 cycles of chemotherapy. An objective effect was observed in 56.3% of cases, i.e. every second patient with an average duration of remission to 8.4 months. Safety study drug combination is acceptable. Side effects were comparable to those of each of the drugs individually. The synergy of side effects were observed.

Keywords: colorectal cancer, chemotherapy, therapeutic effect.

УДК: 616.31-006-08

Г.Б. Адильбаев, В.В. Шипилова, Г.Ж. Кыдырбаева, Ж.Т. Садык, Д.Г. Адильбай
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Результаты исследования распространенности ВПЧ индуцированного рака полости рта и ротоглотки в Казахстане

Аннотация. Цель исследования: изучение распространенности и роли различных типов вируса папилломы человека (ВПЧ), а так же его влияние на результаты лечения и выживаемость у больных с раком полости рта и ротоглотки в РК.

В исследование включено 45 пациентов раком полости рта и ротоглотки получивших конкурентное химиолучевое или комплексное лечение в зависимости от стадии заболевания. Всем больным проведены ПЦР, ИГХ и ИЦХ исследования для выявления ВПЧ носительства, уровня экспрессии Ki 67 в опухоли и архивном материале.

Все пациенты раком ротоглотки (21) получили конкурентное химиолучевое лечение согласно запланированной схеме. Из них с II ст. – 3, III ст. – 13, IVст. – 5. Полная регрессия опухоли зарегистрирована у 66,6%. Частичная регрессия у 32,5%, из них у двоих больных с третьей стадией отмечена полная регрессия основного очага и частичная метастазов на шее. Лечение без эффекта прошло у 1 больного.

Из 24 пациентов с раком полости рта с II ст. – 9, III ст. – 11, IVст. – 4. Из них хирургическое лечение с последующей ДГТ проведено 16 больным, они включены в группу с полным эффектом. Конкурентное химиолучевое лечение получили 8 человек. Полная регрессия опухоли получена у 4 человек, что составило 50% от числа получивших химиолучевое лечение (8), частичная – 37,5%, и лечение без эффекта – 12,5%.

В результате проведенного ПЦР исследования материала 45 пациентов раком полости рта и ротоглотки у 9 выявлен положительный результат, из них геном ВПЧ 16 типа у 6 больных, и в 3 случаях положительный геном ВПЧ 56 типа.

Анализ уровня Ki 67 при ИГХ показал больший удельный вес (60%) опухолей с умеренной пролиферативной активностью во всех группах исследуемых пациентов, в том числе у 9 больных с ВПЧ положительным результатом. При сравнении результатов, полученных на архивном и текущем материале, достоверной разницы в уровне экспрессии Ki 67 не установлено.

Так же, при проведении ИЦХ исследований пролиферативной активности показало преобладание опухолей с умеренной пролиферативной активностью (68%) в том числе и у пациентов с ВПЧ ассоциированной формой.

Таким образом, при сравнительном анализе клинических результатов с данными ПЦР, ИГХ и ИЦХ отмечено, что у пациентов с положительным клиническим эффектом (полная и частичная регрессия опухоли) получивших лечение, выявлена умеренная или низкая пролиферативная активность уровня Ki-67, в том числе и у пациентов с ВПЧ положительным результатом, что может явиться в дальнейшем прогностическим фактором.

Ключевые слова: рак полости рта, рак ротоглотки, ВПЧ.

Рак полости рта и ротоглотки является актуальной мировой проблемой и наиболее распространенной формой опухолей головы и шеи. В Мире этими опухолями ежегодно заболевают около 300000 мужчин и 130000 женщин, а смертность составляет примерно 160000 и 68000, соответственно [Пачес А.И., 2013].

Принято считать, что основными факторами возникновения данных типов рака являются курение и злоупотребление алкогольных напитков.

Однако, увеличение количества больных раком полости рта и ротоглотки за последнее десятилетие почти вдвое, дало предпосылки к проведению многочисленных мировых исследований в этой области, и выявило прямую зависимость с распространением папилломавируса человека (ВПЧ) среди населения.

Дополнительно к этому, более чем у 60% пациентов с диагностированным раком полости рта и ротоглотки обнаружены антитела к ВПЧ-16 L1, E6 и E7 белкам [D'Souza G. et all. 2007, 2014]. В дальнейшем появились новые экспериментальные доказательства влияния ВПЧ, так сайленсинг онкогенов E6 и E7 вызывает апоптоз и восстановление функции супрессоров TP53 и pRB в клетках рака ротоглотки [Rampias T., Boutati E., Pectasides E. et all. 2010]. Ученые, пришли к выводу, что результаты исследования «подтверждают гипотезу о том, что ВПЧ-положительный и ВПЧ-отрицательный виды плоскоклеточного рака ротоглотки являются двумя отдельными заболеваниями, имеют разные причины, факторы риска и прогнозы выживаемости» [Oguejiofor K.K., et all. 2013, Adams A.K., et all. 2014]. Степень обнаружения ДНК-ВПЧ при опухолях головы и шеи крайне вариабельна. Большая вариабельность в обнаружения вируса различными исследовательскими группами может быть связана с группировкой нескольких анатомических локализаций (полость рта, ротоглотка, гортань и др), с маленьким набором пациентов, с этно-географической разницей исследуемых лиц, а также разницей в подготовке биопсийного материала (замороженные, фиксированные формалином или парафином, соскоб или смыв из полости рта). На сегодняшний день доказано, что ВПЧ является важным этиологическим фактором в развитии рака ротоглотки, однако не известна его роль в развитии рака ОГиШ других локализаций. ДНК-ВПЧ обнаруживается в 23% рака полости рта и в 24% рака гортани, однако это гораздо ниже, чем при раке ротоглотки, где в разных исследованиях вирус обнаружен от 50 до 60% случаев. Обнаружено что ВПЧ ассоциированных рак ротоглотки имеет уникальные гистологические особенности. Эти опухоли часто представляют собой не ороговевающий базолоидной морфологии рак с выраженной экспрессией p16 и Ki67. В противоположность рак ротоглотки не связанный с ВПЧ чаще ороговевающий и состоит из полигональных клеток.

Всем больным начавшим лечение с химиолучевой терапии произведен забор биопсионного материала из опухоли для проведения ПЦР, ИГХ и ИЦХ. У прооперированных пациентов данные исследования проводились в

Результаты. На базе центра опухолей головы и шеи КазНИИОиР пролечено 45 пациентов, из них 21 с раком ротоглотки и 24 с раком полости рта.

Таблица -1 Непосредственные клинические результаты лечения больных раком ротоглотки

Вид лечения	Эффективность лечения (%)											
	Полная			Частичная			Без эффекта			Прогрессирование		
	II	III	IV	II	III	IV	II	III	IV	II	III	IV
Оперативное +ДГТ												
Химиолучевая терапия	3	8	3		4	2		1				
Итого	14 (66,6%)			6 (32,5%)			1(4,8%)					
Всего	21											

Таблица -2 Непосредственные клинические результаты лечения больных раком полости рта

Вид лечения	Эффективность лечения (%)											
	Полная			Частичная			Без эффекта			Прогрессирование		
	II	III	IV	II	III	IV	II	III	IV	II	III	IV
Оперативное +ДГТ	9	5	2									
Химиолучевая терапия		4			2	1			1			
Итого	20(83,3%)			3(12,5%)			1(4,2%)					
Всего	24											

Все пациенты раком ротоглотки (21) получили конкурентное химиолучевое лечение согласно запланированной схеме. Из них с II ст. – 3, III ст. – 13, IV ст. – 5. Полная регрессия опухоли зарегистрирована у 66,6%. Частичная регрессия у 32,5%, из них у двоих больных с третьей стадией отмечена полная регрессия основного очага и частичная метастазов на шее. Лечение без эффекта прошло у 1 больного.

Из 24 пациентов с раком полости рта с II ст. – 9, III ст. – 11, IV ст. – 4. Из них хирургическое лечение с последующей ДГТ проведено 16 больным, они включены в группу

с полным эффектом. Конкурентное химиолучевое лечение получили 8 человек. Полная регрессия опухоли получена у 4 человек, что составило 50% от числа получивших химиолучевое лечение (8), частичная – 37,5%, и лечение без эффекта – 12,5%.

В результате проведенного ПЦР исследования материала 45 пациентов раком полости рта и ротоглотки у 9 выявлен положительный результат, из них геном ВПЧ 16 типа у 6 больных, и в 3 случаях положительный геном ВПЧ 56 типа.

Таблица 3 – Характеристики пациентов с ВПЧ положительным результатом

Характеристики пациентов	Рак ротоглотки	Рак полости рта
Мужской пол	3	2
Женский пол	3	1
Химиолучевое лечение	6	3
Операция +ДГТ	0	0
Полная регрессия	5	2
Частичная регрессия	1	1
Без эффекта	0	0

Анализ уровня Ki 67 при ИГХ показал больший удельный вес (60%) опухолей с умеренной пролиферативной активностью во всех группах исследуемых пациентов, в том числе у 9 больных с ВПЧ положительным результатом. При сравнении результатов, полученных на архивном и текущем материале, достоверной разницы в уровне экспрессии Ki 67 не установлено.

Также проведение ИЦХ исследований пролиферативной активности показало преобладание опухолей с умеренной пролиферативной активностью (68%) в том

числе и у пациентов с ВПЧ ассоциированной формой.

Таким образом, при сравнительном анализе клинических результатов с данными ПЦР, ИГХ и ИЦХ отмечено, что у пациентов с положительным клиническим эффектом (полная и частичная регрессия опухоли), получивших лечение, выявлена умеренная или низкая пролиферативная активность уровня Ki-67, в том числе и у пациентов с ВПЧ положительным результатом, что может явиться в дальнейшем прогностическим фактором.

Тұжырым

Г.Б. Адильбаев, В.В. Шипилова, Г.Ж. Кыдырбаева, Ж.Т. Садык, Д.Г. Адильбай
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Қазақстандағы АПВ шақыратын ауыз қуысының және ауыз жұтқыншақтың қатерлі ісіктің таралуының зерттеу нәтижелері

Зерттеудің мақсаты: таралудың зерттеуі және адам папиллома вирусының (АПВ) көп түрлерінің маңызы, сонымен қатар ҚР ауыз қуысы мен ауыз жұтқыншағының қатерлі ісігімен ауыратын науқастардың еміне және өмір сүру қабілетіне ықпалы.

Зерттеуде ауыз қуысы және ауыз жұтқыншағының қатерлі ісігімен ауыратын аурудың сатысына байланысты химиосәулелік немесе комплексті ем алған 45 науқас қосылған. Науқастардың барлығына АПВ бар, архивті материалдар және ісіктегі Ki 67 экспрессиясының деңгейін білу үшін ПЦР, ИГХ және ИЦХ зерттеулер жүргізілген.

Ауыз жұтқаншақ ісігімен ауыратын барлық науқас (21) жоспарланған химиосәулелік емдеу алды. Олардың ішінде II сатысымен – 3 науқас, III сатысымен – 13 науқас, IV сатысымен – 5 науқас. Ісіктің толық регрессиясы 66,6% табылған. Жартылай регрессия 32,5%, олардың ішінде үшінші сатысымен ауыратын науқастардың екеуінде негізгі очагтің толық регрессиясы және мойындағы метастаздардың жартылай регрессиясы анықталды. Емнің әсері 1 науқаста болған жоқ.

Ауыз қуысының қатерлі ісігімен ауыратын 24 науқастың 9 – II сатысымен, 11 – III сатысымен, 4 – IV сатысымен. Олардың ішіндегі 16 науқасқа хирургиялық еммен қоса кейінгі ДГТ жүргізілді, осы науқастар толық әсер алған науқастар тобына қосылды. 8 науқас химиосәулелік ем алды. Толық регрессия 4 науқаста байқалды, осы нәтиже 50% болды, жартылай регрессия – 37,5%, емнен әсер алмағандар саны -12,5%.

ПЦР зерттеу жүргізген ауыз қуысы және ауыз жұтқыншағының қатерлі ісігімен ауыратын 45 науқастың 9 оң нәтиже болды, олардың ішінде 6 науқаста АПВ генінің 16 түрі табылды, 3 науқаста АПВ генінің 56 түрі табылды.

ИГХ зерттеуінде Ki67 деңгейінің анализі ісіктің орташа пролиферативті белсенділігі бар зерттеу жүргізіліп жатқан науқастардың барлық топтарындағы үлесі көп екендігін көрсетті (60%), осыған АПВ оң нәтижесі бар 9 науқас кіреді. Салыстырмалы түрде архивті материалдар мен науқастардың материалдарында Ki67 экспрессиясының деңгейі анықталмады.

Сонымен қатар, ИЦХ зерттеу кезінде ісіктің орташа пролиферативті белсенділігінің көбірек екенін (68%) көрсетті, осыған АПВ оң нәтижесі бар 9 науқас кіреді.

Сонымен, салыстырмалы түрде өткізілген клиникалық нәтижелер мен ПЦР, ИГХ және ИЦХ зерттеулерде, оң нәтижемен ем алған науқастарда Ki 67нің деңгейі орташа немесе төмен пролиферативті белсенділігі анықталды, соның ішінде АПВ оң нәтижесі бар науқастар бар. Осының барлығы кейін бір болжау болуы мүмкін.

Түйінді сөздер: ауыз қуысының қатерлі ісігі, ауыз жұтқыншақтың қатерлі ісігі, АПВ.

Summary

G. Adilbayev, V. Shipilova, G. Kydyrbayeva, Zh. Sadyk, D. Adilbay
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Results research of HPV induced cancer of the oral cavity and oropharynx in Kazakhstan

Objective: To study the prevalence and the role of different types of human papillomavirus (HPV), as well as its impact on results of treatment and survival in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx in Kazakhstan.

The study included 45 patients with cancer of the oral cavity and oropharynx gain a competitive chemoradiotherapy or complex treatment depending on the stage of the disease. All patients performed PCR, IHC and ICC investigations to identify carriers of HPV, Ki 67 expression levels in tumors and archival material.

All patients with cancer of the oropharynx (21) to gain a competitive chemoradiotherapy according to the planned scheme. Of those with Stage II - 3, III - 13 IV. - 5. Complete tumor regression was registered at 66.6%. Partial regression of 32.5%, of which two patients from the third stage is marked complete regression of primary focus and partial metastasis in the neck. Treatment without effect passed in 1 patient.

Of the 24 patients with cancer of the oral cavity with stage II - 9, III - 11, IV - 4. Of these surgery followed Radiotherapy conducted in 16 patients, they are included in a group with a full effect. Competitive chemoradiotherapy received 8 people. Complete tumor regression was obtained in 4 people, accounting for 50% of those who received chemoradiotherapy (8), partly - 37.5%, and treatment without effect - 12.5%.

As a result of PCR research material of 45 patients with cancer of the oral cavity and oropharynx in 9 revealed a positive result, one HPV type 16 genome in 6 patients, and in 3 cases a positive genome of HPV 56 type.

Analysis Ki 67 level with IHC showed a larger proportion (60%) with moderate proliferative activity of tumors in all groups of patients studied, including 9 patients with HPV positive. When comparing the results obtained for the current and archival material, significant differences in the level of Ki 67 expression is not established.

Also, during the ICC proliferative activity studies showed dominance moderate tumor proliferative activity (68%), including patients with HPV-associated form.

Thus, the comparative analysis of clinical results with the PCR data, IHC and ICC noted that patients with a positive clinical effect (complete and partial tumor regression) receiving treatment revealed moderate or low proliferative activity level of Ki-67, including at patients with HPV-positive results that can be a predictor of later.

Key words: oral cancer, oropharyngeal cancer, HPV.

УДК: 616-006-08

Н.А.Чичуа, Р.З.Абдрахманов, К.К.Смагулова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Эффективность аранеспа в лечении анемии у онкологических больных

Аннотация. Цель исследования: оценить эффективность гемостимулирующего препарата Аранесп у больных различными локализациями рака в процессе химиотерапии.

Нами проанализированы истории 45 больных с различными злокачественными новообразованиями: рак легкого - 5, рак молочной железы - 8, рак пищевода - 5, рак желудка - 4, рак поджелудочной железы - 3, рак тела матки - 3, рак яичников - 6, рак мочевого пузыря - 2, колоректальный рак - 6, рак гортани - 3.

Мужчин было - 17, женщин - 28. Возраст больных находился в пределах 28-72 лет.

Количество предшествующих курсов до развития анемии колебалось от 2 до 8 и в среднем составило - 5 курсов. Параллельно химиотерапии вводился Аранесп 500мкг подкожно 1 раз в 3 недели. Каждый больной получил от 4 до 6 инъекции препарата (в среднем - 5)

Средний уровень гемоглобина до химиотерапии у мужчин составил 98 г/л и у женщин - 97 г/л. В основном больные имели I (n=4) и II (n=41) степени тяжести анемии.

Больные получали различные схемы и режимы химиотерапии, которая проводилась каждые 3 недели, после 4-6 курсов оценивалась эффективность лечения и динамика уровня гемоглобина.

При оценке результатов лечения установлено, что качество жизни у 40(88,8%) пациентов улучшилось, у 36 (80%) пациентов с объективным эффектом достигнут целевой уровень гемоглобина (120-140г/л). У 2 пациентов с прогрессированием процесса с токсико-анемический синдромом и у 7 больных со стабилизацией процесса на фоне химиотерапии, уровень гемоглобина продолжал оставаться прежним (90-100г/л).

Каких-либо серьезных побочных эффектов при получении Аранеспа не наблюдалось.

Ключевые слова: анемия, онкологические больные, химиотерапия,

Анемия одно из наиболее частых последствий лечения онкологических заболеваний. Как показывает практика, анемия появляется у 63% пациентов, проходивших курс химиотерапии, и у 20% больных - после курса лучевой терапии. Это объясняется различными факторами развития опухоли, нарушением метаболизма железа, противоопухолевой химиотерапией и пр.

Изменения кроветворения при злокачественных опухолях могут быть установлены как при начальных стадиях, так и при распространенных формах заболевания [1,2]. Кроме того, выявлены снижение функциональных свойств нейтрофилов при опухолях различных локализации, например, раке молочной железы, раке яичка, рака пищевода [3,4]. Патогенетической причиной этих изменений, вероятно, является продукция опухолевыми клетками комплекса биологически активных веществ, которые реагируют с иммунной системой пациента, сти-

мулируя макрофагальный росток гемопоэза. В активированных макрофагах повышается продукция ряда цитокинов (интерферона-гамма, интерлейкина-1, фактора некроза опухоли), что приводит к дисбалансу в системе кроветворения [5].

Известно, что снижение гемоглобина в крови отрицательно влияет на состояние больных. Чаще всего первым его появлением является общая слабость, снижение толерантности к физической и умственной нагрузке с закономерным ухудшением качества жизни. Анемия, и как следствие, тканевая гипоксия может сказаться и на эффективности лекарственного и лучевого лечения рака [6,7]. Гипоксия способна изменять биологию опухоли, может менять пути метаболизма и включать механизмы приспособления.

Причины анемии у онкологических больных разнообразны. У пациентов с карциномами желудочно-кишечного тракта часто наблюдаются кровотечения, дефицит нутритивных факторов эритропоэза. Многие опухоли в связи с их метастазированием в костный мозг способствуют угнетению костномозгового кроветворения. Назначение цитостатической терапии, особенно с включением препаратов платины, приводит к анемизации [8], в то же время у значительной части в связи с развитием токсико-анемического синдрома происходит снижение уровня гемоглобина, что вызывается гиперпродукцией, как указывалось выше, цитокинов [9]. Не менее важным фактором, отвечающим за развитие анемии у пациентов с опухолевой патологией, является относительный или абсолютный дефицит эритропоэтина [10], который является ключевым регулятором эритропоэза. С развитием рекомбинантного эритропоэтина, белка, стимулирующего производство несущих кислород эритроцитов, появились новые возможности лечения анемии. Данный гормон стимулирует пролиферацию и дифференцировку эритроидных предшественников в костном мозге и одновременно подавляет их апоптоз [11]. Непосредственные причины снижения продукции эритропоэтина при опухолевой патологии изучены недостаточно.

Патогенетическим методом коррекции анемии является введение эритропоэтина. При назначении данного полипептида увеличивается продукция эритроцитов костным мозгом [12]. Интенсивное исследование эффективности эритропоэтина при лечении и уменьшении потребности в гемотрансфузиях у онкологических больных стало возможным в конце 1980-х годов после создания его рекомбинантных форм (эритропоэтин-стимулирующие полипептиды, или ЭСП) идентичных человеческому цитокину, повышая уровень гемоглобина в 60-70% случаев [13]. При этом применение эритропоэтинов сопровождается двукратным сокращением потребности в заместительных гемотрансфузиях и улучшением

качества жизни онкологических больных.

Последние годы были разработаны улучшенные лекарственные формы ЭСП, такие как дарбопоедин-альфа. Основываясь на этом Amgen™ разработал аранесп, уникальный эритропоэтино-стимулирующий белок, который можно принимать реже. Aranesp® был одобрен американским управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) в сентябре 2001 года для лечения анемии, связанной с хронической почечной недостаточностью, для пациентов на диализе и пациентов не на диализе. В 2002 году аранесп был разрешен для лечения анемии у онкологических больных, вызванной химиотерапией. Сегодня аранесп - эритропоэтино-стимулирующий белок, еженедельным приемом и приемом каждые три недели, которые позволяют врачам синхронизировать лечение анемии с большинством графиков химиотерапии.

Начиная с его введения в клиническую практику с 2001 года более чем 1,7 миллиона пациентов с хронической болезнью почек и пациентов с анемией после химиотерапии прошли лечение аранеспом.

В соответствии с существующими рекомендациями NCCN, ESMO, ASCO, анемия - снижение содержания эритроцитов и гемоглобина в крови по отношению к физиологическому уровню, необходимому для удовлетворения потребностей тканей в кислороде. Степень тяжести анемии по NCI (v2.2011) определяется уровнем гемоглобина:

1. легкая - до 10 г/дл,
2. умеренная - от 8 до 10 г/дл,

3. тяжелая) от 6.5 до 8 г/дл,
4. жизнеугрожающая менее 6.5 г/дл,
5. фатальная

Таким образом, распространенность анемии у онкологических больных, диктует необходимость активных лечебных мероприятий, направленных на устранение этого нежелательного явления.

Целью нашего исследования было оценить эффективность Аранеспа у больных различными локализациями рака в процессе химиотерапии.

Нами проанализированы истории 45 больных с различными злокачественными новообразованиями: рак легкого - 5, рак молочной железы - 8, рак пищевода - 5, рак желудка - 4, рак поджелудочной железы - 3, рак тела матки - 3, рак яичников - 6, рак мочевого пузыря - 2, колоректальный рак - 6, рак гортани - 3.

Мужчин было - 17(37,8%), женщин - 28(62,2%). Возраст больных колебался от 28 до 72 лет.

Количество предшествующих курсов до развития анемии колебалось от 2 до 8 и в среднем составило - 5 курсов.

Метастазы в легкие были у 12 пациентов, в кости - 8, печень - 7, забрюшинные лимфатические узлы - 8, канцероматоз - 3, в лимфатические узлы: подмышечные, над- и подключичные - 4, средостение - 4.

Уровень общего белка у всех пациентов был в пределах нормы и колебался в пределах 60-80 г/л.

Распределение больных по уровню гемоглобина, возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1- Показатели уровня гемоглобина у больных до химиотерапии

Мужчины Возраст (лет)			Женщины Возраст (лет)		
28-40	41-60	61-81	28-40	41-60	61-81
Количество больных			Количество больных		
3	4	10	5	14	9
Уровень гемоглобина г/л			Уровень гемоглобина г/л		
92-100	91-105	92-108	90-100	92-103	96-105

Средний уровень гемоглобина до химиотерапии у мужчин составил 98 г/л и у женщин - 97 г/л.

В таблице 2 представлено распределение больных по степени тяжести анемии. Как видно, в основном больные имели I(4) и II(41) степени тяжести анемии. Более тяжелые формы анемии мы не наблюдали.

Таблица 2- Распределение больных по степени тяжести анемии (шкала NCI 2010)

Препарат	I степень (до 10г/л)	II степень (9-10 г/дл)	III степень (6.5-8 г/дл)	IV степень (менее 6.5 г/дл)	V степень
Аранесп	4	41	0	0	0

Больные получали различные схемы и режимы химиотерапии с включением таких цитостатиков, как производные платины, таксаны, фторпиримидины, противоопухолевые антибиотики, винкаалколоиды, ингибиторы топоизомеразы и другие. Параллельно химиотерапии вводился Аранесп 500мкг подкожно 1 раз в 3 недели. Каждый больной получил от 4 до 6 инъекции аранеспа (в

среднем - 5). Химиотерапия так же проводилась каждые 3 недели, после 4-6 курсов оценивалась эффективность лечения и динамика уровня гемоглобина.

До химиотерапии у всех пациентов изучено качества жизни: из 45 больных I-II степень имели 37(82,2%) больных, III степень - 8(17,8%) (таблица 3).

Таблица 3 - Качество жизни больных до химиотерапии по ВОЗ (в баллах)

Этап лечения	Оценка качества жизни				
	0	1	2	3	4
До химиотерапии, n-45	-	7(15,5±5,3%)	30(66,7±7,0%)	8(17,8±5,7%)	-
После химиотерапии, n-45	3(6,7±2,8%)	16(35,6±4,8%)	22(48,8±6,4%)	3(6,7±2,2%)	1(2,2±1,6%)

При оценке результатов лечения установлено, что качество жизни у 40(88,8%) пациентов улучшилось, уменьшилась общая слабость, улучшился аппетит, работоспособность, большую часть времени пациенты стали проводить вне постели.

Из 45 больных с различными локализациями рака в результате проведенных 4-6 курсов химиотерапии у 2(4,4±3,0%) достигнута полная регрессия опухолевого процесса, у 11(24,5±6,4%) - регрессия более чем на 50%, у 30(66,7±7,0%) - стабилизация и у 2(4,4±3,0%) - прогрессирование на фоне проводимого лечения.

Изучение уровня гемоглобина через 12-18 недель показало, что из 45 пациентов, получающих Аранесп, у

36(80%) достигнут целевой уровень гемоглобина (120-140г/л). У 2(20%) пациентов с прогрессированием процесса с токсико-анемическим синдромом и у 7 больных со стабилизацией процесса на фоне химиотерапии, уровень гемоглобина продолжал оставаться прежним (90-100г/л).

Каких-либо серьезных побочных эффектов при получении Аранеспа не наблюдалось.

Таким образом, применение Аранеспа у больных с исходно низкими показателями гемоглобина, индуцированными химиотерапией, позволяет добиться повышения его уровня у 80% больных с улучшением качества жизни (88,8%) без выраженных побочных эффектов.

Список литературы:

1. Зубрихина Г.Н. Изменение гемопоэза при лучевой терапии в зависимости от объема облучаемой кроветворной ткани: дис ... канд.мед. наук. - М., 1971. - 199 с.
2. Павлов А.Д., Морщакова У.Ф., Румянцев А.Г. Анемии при злокачественных новообразованиях: патогенез и лечение рекомбинантным человеческим эритропоэтином // Детская онкол. и гематол. - 2000. - Т. 4, № 2. - С. 50-54.
3. Крохина О.В. Микрометастазы рака молочной железы в костный мозг. Иммуноморфологическая диагностика: Дис... канд.мед. наук. - М., - 2003. - 170 с.
4. Стенина М.Б. Роль колониестимулирующих факторов в снижении миелотоксичности при интенсивных режимах химиотерапии опухолей: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., - 1993. - 22 с.
5. Roodman G.D. Mechanisms of bone metastasis // N. Engl. J. Med. - 2004. - Vol. 350, N 16. - P. 1655-1664.
6. Teicher B.A., Holden S.A., al-Achi A. et al. Classification of antineoplastic treatments by their differential toxicity toward putative oxygenated and hypoxic tumor subpopulations in vivo in the FSallC murine fibrosarcoma // Cancer Res. - 1990. - Vol. 50. - P.3339-44.
7. Beverly A., Teicher B.A., Dupuis N. et al. Antiangiogenic agents can increase tumor oxygenation and response to radiation therapy // Radiation OncolInvestigat.- 1994.- Volю 2, № 6.-P. 269-76.
8. Dzharsen U., Augener W., Zwingers T., Brittinger G. Spectrum and frequency of autoimmune derangements in lymphoproliferative disorders: analysis of 637 cases and comparison with myeloproliferative diseases // Br. J Haematol.- 1987.- Vol. 67, № 2.-P. 235-9.
9. De Rienzo D.P., Saleem A. Anemia of chronic disease: a review of pathogenesis // Tex Med 1990; 86: 80-3.
10. Wood P.A., Hrushesky W.J. Cisplatin-associated anemia: an erythropoietin deficiency syndrome. J Clin Invest 1995; 95 (4): 1650-9.
11. Jacobs K. et al. Isolation and characterization of genomic and cDNA clones of human erythropoietin. Nature 1985; 313:806-10.
12. Nishii K. et al. Successful treatment of aplastic anemia with G-CSF and high dose erythropoietin. Leuk Lymphoma 1998; 30:211 -4.
13. Agency for Healthcare Research and Quality 2006.

Тужырым

Н.А.Чичуа, Р.З.Абдрахманов, К.К.Смагулова
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу
институты

Қатерлі ісігі бар науқастарда анемияны емдеу кезіндегі аранесп эффектісі

Зерттеу мақсаты: Әртүрлі қатерлі ісігі бар науқастардағы химиотерапия кезіндегі аранесп препаратының эффективтілігін бағалау.

Біз әртүрлі қатерлі ісігі бар 45 науқастың ауру тарихын зерттедік: өкпе қатерлі ісігі-5? сүт безінің қатерлі ісігі-8, өңеш қатерлі ісігі-5, асқазан қатерлі ісігі-4, ұйқы без қатерлі ісігі-3, жатыр денесінің қатерлі ісігі- 3, аналық безінің қатерлі ісігі-6, қуық безінің қатерлі ісігі-2, тоқ ішек қатерлі ісігі-6, көмей қатерлі ісігі- 3.

Ерлер- 17, әйелдер-28. Науқастардың жас аралығы – 28-72 жас.

Анемия дамығанға дейін курстар саны 2 ден 8ге дейін болған, орташа саны-5 курс. Химиотерапиямен қосарлана тері астына Аранесп 500 мкг 3 аптада 1 рет енгізіліп отырды. Әр науқас 4 тен 6 инъекция препаратын (орташа-5) алды.

Химиотерапия дейінгі гемоглобиннің орташа өлшемі ерлерде -98 г/л, әйелдерде-97 г/л. Науқастарда негізінде- I (n=4) и II(n=41) көлемінде ауырлық анемия бар. Әр үш апта сайын науқастар әртүрлі схемадағы және режимдегі химиотерапия қабылдаған, 4-6 курстан кейін емдеу эффективтілігі және гемоглобин деңгейін динамикада бақыланып отырды.

Қорытындылай келе, емдеу барысында, 40(88,8) науқастардың жағдайы жақсарған 36 (80) науқастарда объективті гемоглобин деңгейіне жетті (120-140г/л). 2 науқаста токсико-анемиялық синдромы өрістенсе, 7 науқастарда химиотерапия фонында стабилизация процессі, гемоглобин деңгейі бұрынғыдай қала берді (90-100г/л).

Аранесп қабылдағанда ешқандай жанама әсері байқалмады.

Түйінді сөздер: анемия, науқастар, химиотерапия.

Summary

N.A.Chichua, R.Z.Abdrahmanov, K.K.Smagulova
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Aranesp is effective in treating anemia in cancer patients

To evaluate the effectiveness of hemostimulating drug Aranesp in patients with various cancer is in the process of chemotherapy.

We have analyzed the history of 45 patients with various malignancies: lung cancer - 5, breast cancer - 8, esophageal cancer - 5, gastric cancer - 4 pancreatic cancer - 3, uterine body cancer - 3 ovarian cancer - 6, bladder cancer - 2, colorectal cancer - 6, cancer of the larynx - 3.

Men were - 17, women - 28. The age of patients ranged 28-72 years.

Number of previous courses to the development of anemia ranged from 2 to 8 and averaged - 5 courses. Parallel chemotherapy Aranesp was administered subcutaneously 500mkg 1 every 3 weeks. Each patient received 4 to 6 injections of the drug (average - 5).

Average hemoglobin levels prior to chemotherapy in men was 98 g/l and women - 97 g/l. Basically, patients were I (n = 4) and II (n = 41), severity of anemia.

Patients received various schemes and modes of chemotherapy, which is held every 3 weeks, after 4-6 courses of treatment evaluated the effectiveness and dynamics of hemoglobin levels.

In assessing treatment outcomes found that the quality of life in 40 (88.8%) patients improved in 36 (80%) of patients with an objective effect achieved target hemoglobin level (120-140g / L). In 2 patients with progressive process with toxic-anemic syndrome and 7 patients with stabilization process of chemotherapy, hemoglobin levels remained unchanged (90-100g/L).

There were no serious side effects when receiving Aranesp was observed.

Keywords: anemia, cancer patients, chemotherapy.

УДК:616.441-006-08

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

Ка-

захский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Результаты лечения первичных лимфом головного мозга

Аннотация. В статье приведены литературные данные по лечению первичных лимфом головного мозга с применением высоких доз метотрексата. По литературным данным доказана высокая эффективность тотального облучения головного мозга в комбинации с высокодозным метотрексатом и цитарабином. Предварительные результаты, полученные нами по применению высокой дозы метотрексата в комбинации с цитарабином с последующим тотальным облучением головного мозга при первичной лимфоме головного мозга показало достаточно высокую эффективность, полная ремиссия зарегистрирована у 4 пациентов, у 1 пациента - частичная регрессия процесса.

Ключевые слова: первичная лимфома головного мозга, метотрексат, цитарабин, лучевая терапия, частичная ремиссия.

Установлено, что первичные неходжкинские лимфомы занимают 3% от всех онкологических заболеваний головного мозга. Это достаточно редкая агрессивная форма неходжкинской лимфомы, в основном поражение головного мозга, оболочек, спинного мозга, глаз. Заболеваемость связана с возрастом и в последние 20 лет отмечается тенденция к росту с 0.15 до 0.48 на 100 000 [1].

Лимфома центральной нервной системы это ангиоцентрическое новообразование, состоящее из моноклональной пролиферации лимфоцитов, чаще встречается диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВККЛ). Паренхима головного мозга в основном поражается в 90% случаев, и опухоль может обладать мультифокальным ростом в 50% случаев. В связи с мультифокальным ростом опухоли у пациентов наблюдается различная симптоматика. В ретроспективном анализе 248 пациентов: у 43% пациентов наблюдалось ментальное изменение личности, у 33% были проявления внутричерепного давления, у 14% пациентов наблюдались припадки, и у 4% были галлюцинации [2]. Хирургическая цель при лимфомах ЦНС является только верификация диагноза с минимализацией рисков для пациента. И в основном выбором является стереотаксическая биопсия.

Доказано, что метотрексат антиметаболит из группы структурных аналогов фолиевой кислоты, является основным препаратом выбора для лечения лимфомы ЦНС, в монорежиме или с включением препаратов прокарбазин, цитарабин, ритуксимаб. Высокие дозы метотрексата необходимы для проникновения достаточной концентрации препарата через ГЭБ. Введение метотрексата интратекально в качестве профилактики распространения опухолевого процесса на спинной мозг не показало клинического преимущества [3]. Метотрексат показал достаточную эффективность в терапии, было проведено рандомизированное исследование в 24 центрах мира, инициированное Восточной Онкологической

группой (ВОГ) у 79 пациентов с неходжкинской лимфомой головного мозга. В первой группе применялся метотрексат в моно режиме по 3,5 г/м², во второй группе - метотрексат 3.5 г/м² в 1 день, цитарабин 2 г/м² во 2-3 дни. У 7 пациентов в первой группе и 18 пациентов во второй группе достигнута полная ремиссия, у 9 пациентов из обеих групп достигнута частичная ремиссия процесса, полный ответ зарегистрирован в 40% и 69% случаев, соответственно. Гематологическая токсичность 3-4 стадии была выше во второй группе с применением цитарабина с метотрексатом (92%). Пять пациента погибли от цитостатической болезни (четыре в первой группе, один во второй группе) [4].

Проведение химиотерапии вначале было основано на нескольких теоретических гипотезах. Химиотерапия, проведенная до лучевой терапии является менее нейротоксичной. Проникновение химиопрепаратов через ГЭБ значительно лучше, так как еще не наблюдается его максимального повреждения опухолевым процессом. И конечно можно наблюдать эффективность от проведенной терапии без применения лучевой терапии.

Исторически, тотальное облучение головного мозга являлось стандартом в связи с мультифокальным ростом опухолевого процесса. Большинство исследований показало, что преимуществом является лучевая терапия в дозе от 24 до 36 Гр, фракция 1.8-2 Гр на весь головной мозг без его усиления. Применение только лучевой терапии в лечении лимфомы ЦНС не показал достаточно хороших результатов, наблюдался агрессивный рост опухоли, быстрое развитие рецидива заболевания, которое привело к низкой общей выживаемости от 12 до 17 месяцев [5,6]. Эти результаты сподвигли для добавления химиотерапии с включением высокодозного метотрексата, что привело к увеличению общей выживаемости 33-60 месяцев [7]. Лучевая терапия являлась достаточно нейротоксичной, и связи с этим, была выдвинута гипотеза о ее необходимости.

Результаты исследования. Thiel и соавторы, которые доказали важность тотального облучения головного мозга в комбинации с высокодозным метотрексатом и ифосфомидом, у 318 пациентов, медиана общей выживаемости составила 32,4 месяца у 95% пациентов, которые получили тотальное облучение головного мозга (n=154), и 37,1 месяцев которые получили неполное облучение головного мозга (n=164). Медиана выживаемости без прогрессирования заболевания было 18,3 месяцев (95%) у пациентов из первой группы и 11,9 месяцев у пациентов из второй группы (73%). Нейротоксичность была более выраженной у пациентов, была более выраженной у пациентов, которые достигли полного ответа на лучевую терапию (45, 49% по клинической оценке; 35,71% по данным рентгенологических исследований) [8].

Роль аутологичной трансплантации в лечении лимфом центральной нервной системы, еще остаётся спорной. Было проведено исследование у 43 больных с лимфомой ЦНС, которые получили 2 курса терапии с включением высокодозного метотрексата с последующей аутологичной ТГСК±тотальное облучение головного мозга. Полная ремиссия процесса была достигнута у 34 пациентов из них у 12 пациентов был зафиксирован рецидив заболевания, у 6 пациентов рецидив заболевания был зафиксирован через 5 лет от дебюта заболевания [9].

Таким образом, анализ литературных данных показал актуальность лечения больных с первичной лимфомой ЦНС и целесообразность применения высокой дозы метотрексата в сочетании с гемцитабином и тотальной лучевой терапии при первично лимфоме головного мозга.

Научная новизна работы – нами впервые при лечении первичной лимфомы головного мозга использовалась высокодозная химиотерапия, включающая метотрексат и цитарабин с тотальным облучением головного мозга.

Цель исследования - улучшение непосредственных и ближайших результатов лечения пациентов с первичной лимфомой головного мозга.

Материалы и методы. Материалом служили истории болезней 6 пациентов с первичной лимфомой головного мозга. Медиана среднего возраста (с 22 до 66 лет) 52,6 лет. Гистологические варианты представлены в виде диффузной В-крупноклеточной лимфомой (5 пациентов), в-клеточной лимфомой не уточненного типа (1 пациент). Локализации опухолевого процесса: лобная доля и вовлечение валика мозолистого тела -3 пациента, теменная доля-1 пациент, височная область-1 пациент, лобная доля-1 пациент.

Всем пациентам было проведено 4 курса химиотерапии: метотрексат 3,5 мг/м² 1 день, цитарабин 2 г/м² 2-3 дни с интервалом 21 день и последующей тотальной лучевой терапией на головной мозг до СОД 36 Гр.

Первичные точки включают: размеры первичной опухоли и ее локализации, данные рентгеномографических исследований, КТ органов брюшной полости и грудной клетки, ЯМРТ головного мозга, УЗИ периферических и забрюшинных лимфатических узлов, ОАК, биохимический анализ крови (ЛДГ и щелочная фосфатаза), ИГХ субстрата опухоли, миелограмму, цитогенетические данные, иммунологические исследования и активность больного по шкале EGOС.

Вторичные конечные точки включают степень регрессии опухолей (полная, частичная регрессия) на основе данных уменьшения размеров опухоли, купирования симптомов интоксикации, улучшения данных рентгенологических, КТ, ЯМРТ головного мозга, УЗИ, показателей ОАК и биохимических исследований, данных миелограммы после 4-6 курсов ПХТ и степень активности по шкале EGOС, а также 2-летнюю безрецидивную выживаемость больных.

Критерии включения: пациенты с рецидивирующей или рефракторной CD30+ ЛХ, а также возраст 18 лет и старше, функциональный статус по шкале ECOG с количеством баллов 0 или 1.

Другими критериями включения будут: абсолютное количество нейтрофилов, количество тромбоцитов, уро-

вень креатинина в сыворотке крови, а также АЛТ и АСТ.

Критерии исключения: возраст свыше 80 лет, застойная сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия, нарушение ритма и проводимости, острый инфаркт миокарда, почечная недостаточность (уровень сывороточного креатинина более 0,2 ммоль/л), печеночная недостаточность, острый гепатит, тяжелая пневмония, сепсис, тяжелые психические нарушения, кахексия (уровень общего белка ниже 35 г/л), декомпенсированный сахарный диабет.

Оценка первичных конечных точек: проведение больному ОАК, биохимического анализа крови, биопсии опухоли с последующим гистологическим исследованием, FISH исследования, ИГХ исследования.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результат, полученный у 6 пациентов с первичной лимфомой головного мозга при применении высокой дозы метотрексата и цитарабина в сочетании с тотальным облучением головного мозга показал эффективность применяемого метода лечения. Так, у 4 пациентов была достигнута полная ремиссия процесса, у 1 пациента - частичная регрессия процесса, 1 пациент умер от прогрессирования процесса. Медиана выживаемости без прогрессирования заболевания 21 месяц.

Гематологическая токсичность 3-4 степени зарегистрирована у 6 пациентов. Инфекционных осложнений у пациентов не наблюдалось. Неврологическая токсичность наблюдалась у 1 пациента, в виде головных болей, раздражительности и нарушения сна.

Пример 1. Пациент О., 1952 г. рожд. Клинический диагноз - первичная лимфома образования валика мозолистого тела, левой лобной доли с перифокальным отеком, ст IVB, который был установлен на основании данных МРТ: признаки объемного образования валика мозолистого тела, левой лобной доли с перифокальным отеком, незначительным смещением срединных структур справа налево (первично множественная глиобластома?), умеренно открытой наружной гидроцефалией. МР признаки - снижения кровотока по левой передней мозговой артерии в сегменте А2, добавочной срединной ПМА, задней трифуркации внутренней сонной артерии справа, варианта развития венозной системы со снижением кровотока по левому поперечному синусу (рисунок 1).

Пациент поступил в национальный Центр нейрохирургии г. Астана, где было проведена стереотаксическая биопсия объемного образования. Гистологическое заключение: иммунофенотип соответствует лимфоме. (CD45-очаговая позитивная реакция, CD20, CD79a-позитивная реакция).

Пересмотр стеклопрепаратов и ИГХ в КазНИИОиР: столбики опухолевых клеток представленными диффузным ростом средних и крупных лимфоидных клеток центробластов. Отмечается большое количество митозов, в том числе патологических. При ИГХ исследовании CD20, BCL6, MUM1-положительно на крупных клетках; CD10, TDT-отрицательно, CD3 положительно на дискретных Т лимфоцитах. Ki-67-80%. Заключение: Морфологическая картина и иммунофенотип соответствует неходжкинской В-клеточной диффузной крупноклеточной лимфоме головного мозга. Активированный тип.

Больному было проведено 4 курса ПХТ по режиму ме-

метотрексат в дозе 3,5г/м² 1 день, цитарабин 2 г/м² 2-3 дни с интервалом 21 день и последующей тотальной лучевой терапией на головной мозг до СОД 36 Гр

По данным МРТ головного мозга установлена частичная регрессия процесса. На МРТ: в проекции валика мозолистого тела определяется зона изменения МР сигнала в виде гиперинтенсивного в T2ВИ, FLAIR, DWI и гипоинтенсивного в T1 ВИ размерами 2.1*1.0см в проекции левой теменной доли размерами 1.9*1.1см с умеренно выраженным перифокальным отеком (рисунок 2).



Рисунок 1 - МРТ картина до лечения

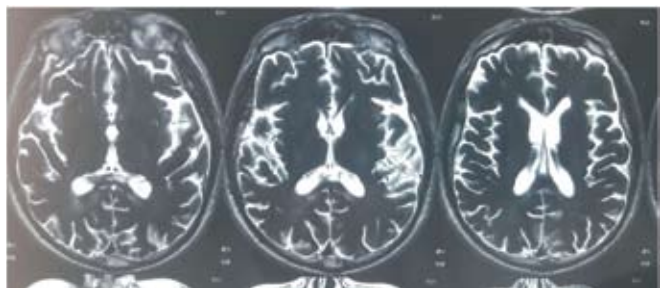


Рисунок 2 - МРТ картина после лечения

Пример 2. Пациентка С. 1948 года с диагнозом: первичная лимфома ЦНС обеих теменных долей/валика мозолистого тела. Состояние стереотаксической биопсии, 4 курса ПХТ и лучевой терапии.

Дебют заболевания с нарушением памяти и головной боли. По данным МРТ было выявлено образование с демонстрацией усиления контрастности в области обеих теменных долей/валика мозолистого тела, которое соответствовало лимфоме высокой степени злока-

чественности. В начале октября отмечался левосторонний центральный паралич лицевого нерва и нарушения ориентации. Была обследована в Первом медицинском центре г.Тель-Авив, где произведена правосторонняя парietальная краниоэктомия, стереотаксическая биопсия. ИГХ Заключение гистопатологического исследования: крупноклеточная В-клеточная лимфома, CD20 и CD79a – положительно. CD3 – положительно в реактивных Т-лимфоцитах. Ki67 – положительно в 50% клеток. GFAP – отрицательно. П

Лечение - проведено 4 курса ПХТ по схеме метотрексат в дозе 3,5г/м² 1 день, цитарабин 2 г/м² 2-3 дни с интервалом 21 день и последующей тотальной лучевой терапией на головной мозг до СОД 36 Гр. По данным МРТ головного мозга с контрастным усилением отмечается полная регрессия процесса с уменьшением перифокального отека.

Показатели общего анализа крови, ЛДГ и ЩФ были в пределах допустимых величин.

Следует подчеркнуть, что аналогичные результаты (частичная регрессия опухоли) были получены и другими исследователями при применении высокой дозы метотрексата в комбинации с тотальным облучением головного мозга при первичной лимфоме ЦНС (Olson J.E. et al., 2002; Thiel E. et al., 2010). Однако применение только лучевой терапии при первичной лимфоме ЦНС без компонента высокодозной ПХТ оказалось малоэффективным, что оправдывает целесообразность применения высокодозной ПХТ с тотальным облучением головного мозга (Nelson D.F. et al., 1992; Fine H.A. et al., 1993)

Заключение. Таким образом, литературные данные и предварительные данные нашего исследования показывают высокую эффективность применяемого метода с использованием высокодозной химиотерапии, включающей метотрексат и цитарабин с последующим тотальным облучением головного мозга в дозе 36 Гр (СОД) при первичной лимфоме головного мозга. Так, у 4 пациентов достигнута полная регрессия процесса, у 1 – частичная регрессия процесса и 1 пациент умер от прогрессирования процесса. Анный протокол показал высокую эффективность в терапии лимфом ЦНС, вопрос о возможности проведения аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток у данной категории пациентов в качестве консолидации.

Список литературы

1. Olson J.E., Janney C.A., Rao R.D. et al. The continuing increase in the incidence of primary central nervous system non-Hodgkin lymphoma: a surveillance, epidemiology, and end results analysis // *Cancer*.- 2002.- Vol.95.- P.1504-1510.
2. Battaille B., Delwail V., Menet E. et al. Primary intracerebral malignant lymphoma: report of 248 cases // *J. Neurosurg*.- 2000.- Vol.92.- P.261-266.
3. Khan R.B., Shi W., Thaler H. et al. Is intrathecal methotrexate necessary in the treatment of primary CNS lymphoma? // *J. Neurooncol*.- 2002.- Vol.58.- P.175-178.
4. Ferreri A.J., Reni M., Foppoli M. et al. High -dose cytarabine plus high-dose methotrexate versus methotrexate alone in the patients with primary CNS lymphoma: a randomized phase 2 trial // *Lancet*.- 2009.- Vol.374.- P.1512-1520.
5. Fine H.A., Mayer R.J. Primary central nervous system lymphoma // *Ann. Intern. Med*.- 1993.- Vol.119.- P.1093-1104.
6. Nelson D.F., Martz K.L., Booner H. et al. Non-Hodgkin's Lymphoma of the brain: can high dose, large volume radiation therapy improve survival? Report on a prospective trial by the radiation Therapy Oncology Group (RTOG): RTOG 8315. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys*.- 1992.- Vol.23.- P.9-17.
7. DeAngelis L.M., Seiferheld W., Schold S.C. et al. Combination chemotherapy and radiotherapy for primary central nervous system lymphoma: Radiation Therapy Oncology Group study 93-10 // *J. Clin. Oncol*.- 2002.- Vol.20.- P. 4643-4648.
8. Thiel E., Korfel A., Martus P. et al. High -dose methotrexate with or without whole brain radiotherapy for primary CNS lymphoma (G-PCNSL-SG-1): a phase 3, randomised, non-inferiority trial // *Lancet Oncol*.- 2010.- Vol.11.- P.1036-1047.
9. Colombat P., Lemevel A., Bertrand P. et al. High dose chemotherapy with autologous stem cell transplantation as first line therapy for primary CNS lymphoma in patients younger than 60 years: a multicentral phase II study of the GOELAMS group // *Bone marrow Transplant*.- 2006.- Vol.38.- P.417-420.

Тұжырым

А.С.Джазылтаева, Р.К.Қарақұлов, С.Т.Ғаббасова, Р.М. Рамазанова,
Б.А.Нәсіпов, Ғ.А.Сағындықов, Р.Б. Раймбеков
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Summary

A.S.Jazyltaeva, R.K.Karakulov, S.T.Gabbasova, R.M. Ramazanova, B.A. Nasipov,
G.A. Sagindykov, R.B.Raimbekov.
Kazakh Scientific Research Institute of Oncology and Radiology

Бас миының біріншілік лимфомасын емдеу нәтижесі

Мақалада әдеби деректер бойынша бас миының біріншілік лимфомасында метотрексаттың жоғарғы мөлшердегі дозасын қолданғандағы ем нәтижесі келтірілген.

Сонымен қатар біздің зерттеу бойынша бас миының біріншілік лимфомасында метотрексаттың жоғарғы мөлшердегі дозасын цитарабин мен үйлестіріп және басты толық сәулемен емдегендегі нәтижесі көрсетілген. Толық ремиссия (ТР) 6 науқастың ішінде 4 науқаста, жартылай ремиссия (ЖР) – 1 науқаста байқалды.

Түйімді сөздер: бас миының біріншілік лимфомасы, метотрексат, цитарабин, сәуле емдеу, жартылай ремиссия.

Results of treatment of primary central nervous Lymphoma

The article presents data from the literature on the treatment of primary brain lymphoma with high-dose methotrexate. According to the literature proved high efficiency of total brain irradiation in combination with high-dose methotrexate and cytarabine. Preliminary results obtained by using high-dose methotrexate in combination with cytarabine followed by total irradiation of the brain in the primary brain lymphoma has shown high enough efficiency, complete remission was recorded in 4 patients, 1 patient-partial regression.

Key words: Primary central nervous lymphoma, methotrexate, cytarabine, radiation therapy, partial regression.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

УДК 616-073.75:658.336.3

М.С.Садыков, К.М.Нурумбетов, Н.Г.Мусаев

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

К вопросу об актуальных проблемах подготовки рентгенологов

Аннотация. Анализ причин ошибок и затруднений врачей, по данным направительных диагнозов показывает, что они имеют общий характер. Они связаны: недостаточной полнотой обследования- 26%, технически низким качеством полученных данных (рентгенограмм, томограмм, сканограмм)- 14%, неправильной трактовкой полученного результата-19%, незнанием симптомов и синдромов данного процесса -24%, неадекватным применением методов исследования – 17%.

Ключевые слова: Квалификация, рентгенолог, МРТ, качество, подготовка.

С целью уточнения вопросов требующих углубленного изучения при подготовке кадров лучевой диагностики, анализированы сопоставительные данные по направительным и окончательным диагнозам, на основе консультативной работы в КазНИИОиР, за последние 5 лет (2010-2015г.г.). Консультативная помощь оказана, в основном, амбулаторно (96%) обратившимся больным г. Алматы, Алматинской области и частично больным из южных регионов РК. Следовательно, работа в определенной мере, отражает состояние службы (подготовленности кадров) лучевой диагностики юга РК. За а указанный период проконсультированы 799 больных. Подавляющее большинство больных были направлены из поликлиник с предварительным диагнозом рак или саркома того или иного органа, системы; немало больных были направлены для исключения метастатического поражения того или иного органа. В общей сложности анализированы 1230 рентгенограмм, 552 томограмм, 630 КТ и 388 МРТ серий сканограмм, данные 377 УЗИ.

Наибольшее количество больных (247) направлено на консультацию с диагнозом рак легкого (112) или подозрение на рак легкого (135). При этом диагноз рака легкого подтвержден у 51 больного (центральный рак – 21, периферический рак - 30), по одному случаю диагностированы саркома легкого и сочетание рака легкого с туберкулезным процессом. На первом месте по частоте были воспалительные процессы в легких (79): подострая нижнедолевая пневмония (25), хроническая пневмония (17), плевропневмония (10), ограниченный пневмосклероз (10), среднедолевой синдром воспалительной природы (6), аллергические летучие инфильтраты (3), бронхоэктатическая болезнь (3), двусторонняя стафилококковая пневмония (2), левосторонний гидроторакс (1), грибковое поражение легких (2) [1].

Умногих больных (74) диагностированы туберкулезные процессы: очаговый туберкулез легких (34), инфильтративный туберкулез легких (19), подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких (9), туберкулома (6), двусторонний очаговый туберкулез, осложненный плевритом (3), кавернозный туберкулез (2), ретенционная киста на почве эндобронхиального туберкулеза (1).

В некоторых случаях диагностированы доброкачественные опухоли легких: внутрибронхиальная аденома (3), гамартома (1), невринома (1), хондрома кольца трахеи (1). Диагностированы единичные случаи других процессов: множественные метастазы в легких (10), легочное проявление гемобластоza (2), метастаз в ребро (2), расслаивающая аневризма грудного отдела аорты (1), секвестрация легкого (1), релаксация купола диафрагмы (1), системное поражение лимфоузлов средостения (8) и даже легкие без патологических изменений (4), фиброзирующий альвеолит (1), инкрустация плевры (1), дермоидная киста средостения (1), тимомы (1), тимосаркома (1).

На втором месте по частоте консультации находились больные с патологией молочной железы (224 больных) [2]. Диагноз рака молочной железы у этой группы больных был установлен у 42 больных: узловые и диффузные формы рака (38), внутрипротоковый рак (3), папиллярный (1) и у двух больных отмечены лимфостаз верхней конечности на почве мастэктомии по поводу рака молочной железы. В остальных наблюдениях установлены диагнозы доброкачественных процессов: фиброзно-кистозная мастопатия (39), аденоматоз (24), фиброаденома (28), железисто-кистозная мастопатия (8), железистая мастопатия (14), железисто-фиброзная мастопатия (13), диффузный аденоз (9), инволютивные изменения (15), фиброзная мастопатия (12), внутрипротоковая папиллома (5), галлактоэктазия (5), внутрипротоковые кисты (5), цистаденома (3).

Направление на консультацию при костной патологии (140) были двоякого рода: опухоль костей, исключить метастазы опухолей в кости [3]. Доброкачественная опухоль кости диагностирована у двух больных – ГКО верхней трети правой плечевой кости, остеомы локтевой кости. В остальных случаях это были метастатические процессы или дегенеративные изменения: метастазы в позвоночник, чаще поясничный отдел – 24, дегенеративные изменения (21) и грыжи (12) дисков, деформирующий остеохондроз пояснично-крестцового отделов позвоночника (42), вертебральная декальцинация (15), дегенеративные изменения тел позвонков (8), костно-хрящевой экзостоз (7), гетерогенное окостенение в ребре, в плечевой кости (5), Лооzerовская зона перестройки в пальцах стоп (2), хондрит правого ребра (1), метастатическое поражение б/берцовой и таранной костей (1).

На четвертом месте по частоте диагностических затруднений у коллег стоит патология малого таза: заболевания яичников (49), матки (23), простаты (13) [4]. У консультированных больных с заболеваниями яичников установлены: киста яичника (23), рак яичника (9), сальпингофорит (9), аднексит (4), многокамерная цистаденома (3) и правосторонний tuboовариальный абсцесс (1). При патологии матки диагностированы: рак эндометрия

(2), рак канала шейки матки (1), рецидив в культе шейки матки (1), рецидив в Дугласовом пространстве (1), миома матки (17), перфорация мукозы при гистерографии (1).

При патологии простаты выявлены – рак простаты (4), в одном случае из них диагностировано прорастание опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку и наличие метастазов в лимфатических узлах таза; аденома простаты (4), у одного из них диагностированы – мочекаменная болезнь, камни мочевого пузыря, поликистоз обеих почек, простатит (2), гиперплазия простаты (3).

Группа больных была прислана на консультацию с целью исключить или подтвердить наличие метастатических поражений при выявленном первичном очаге (19). Анализ данных подтвердил наличие метастазов: в мозжечок, легкие и печень при внеорганных опухолях таза с прорастанием в мочевой пузырь (1); в кости позвонков (грудных – 3, поясничных – 1), лопатку (1), ключицу (1), головку плечевой кости (1), кости таза (1), тело грудины (1) при раке простаты или раке молочной железы. Выявлены органные метастазы: в легкие, лимфоузлы средостения, в плевру, печень, поджелудочную железу, в почку. Причинами были – рак яичника, рак простаты, рак молочной железы, рак желудка.

На основании анализа данных при патологии средостения установлены следующие диагнозы: нейросаркома заднего средостения (3), киста (2), «ныряющий» (1) и загрудинный зоб (2), энтерогенная киста (1), аневризма аорты (1), саркома мягких тканей средостения (1), атеросклероз аорты (1), расширение брахицефальных сосудов (1).

Консультированы рентгенологические (болюсная КТ) и МРТ данные больных с патологией паренхиматозных органов (40): поджелудочная железа (15) – рак железы (7), псевдотуморозный панкреатит (5), киста головки поджелудочной железы (3); печень – гемангиома (1), гематома в ложе оперированного желчного пузыря (1), метастазы (6), киста (3), гепатоспленомегалия (1); надпочечник – аденома (1).

Рентгенологические и МРТ данные больных с патологией головы и шеи позволили установить следующие диагнозы: астроцитомы лобно-височной области справа (1), метастазы в мозжечок (1), метастазы в другие структуры мозга (5), продолженный рост рака носоглотки в область турецкого седла (1), гайморит (2), хронический отит (1), узловой зоб (1), воспаление гортани (1), рак глотки и шейного отдела пищевода (1). Единичные случаи консультации приходится на патологию кожи, мягких тканей, плевры. При этом диагностированы: доброкачественная опухоль мягких тканей левой голени (1), отсутствие прорастания кости при меланоме кожи правой стопы (1), узловатая форма мезотелиомы плевры (5), осумкованный плеврит (1), агрессивный фиброматоз передней брюшной стенки (1).

Диагностические затруднения при патологии желудочно-кишечного тракта низки, эти больные редко попадают на консультацию. Причина в возможности и необходимости фиброэндоскопических исследований при наличии сомнений в диагнозе патологии желудочно-кишечного тракта. На стадии эндоскопических исследований окончательно уточняются диагнозы [5]. Из обратившихся диагностированы: рак желудка (2), гастрит (1), рак толстого кишечника, спастический колит и баугинит (1), что составили незначительную долю нашей работы.

Совпадение направительного с окончательным диагнозом отмечено: при патологии легких – в 31,6%, при патологии молочных желез – в 26,8%, при патологии костей – в 24,3%, при патологии органов малого таза – в 27,1%.

Анализ причин ошибок и затруднений врачей, по данным направительных диагнозов, показывает, что они имеют общий характер. Они связаны: недостаточной полнотой обследования – 26%, технически низким качеством полученных данных (рентгенограмм, томограмм, сканограмм) – 14%, неправильной трактовкой полученного результата – 19%, незнанием симптомов и синдромов данного процесса – 24%, неадекватным применением методов исследования – 17%.

Выводы:

1. Наибольшее количество диагностических консультативных случаев

относятся к больным с патологией легких, молочной железы, костей и органов малого таза.

2. Следовательно, усовершенствование врачей-рентгенологов, врачей ультразвуковой диагностики, МРТ-специалистов следует проводить по онкопатологии вышеуказанных локализаций.

3. Отмечается слабое знание врачами вопросов дифференциальной диагностики опухоли легких, легочного туберкулеза и воспалительных заболеваний легких. Неоправданно увлечение КТ и МРТ легких без предварительного полноценного рентгенологического исследования. КТ и МРТ легких осуществляется трафаретно – стандартно, вместо исследования «зон интереса».

4. Отсутствие подготовленных маммологов, наличие малоквалифицированных рентгеномаммологов порождают очень частую гипер- и гиподиагностику при наличии патологии в молочных железах. Необходима срочная переподготовка рентгеномаммологов.

5. Диагностические затруднения при остеонкологии связаны с плохим знанием классической рентгеноостеологии (которому альтернативы нет!) и увлечением КТ, МРТ. Эти исследования нужны при костной патологии для решения ограниченных задач.

6. Исследования патологии органов малого таза должны начинаться с УЗИ и заканчиваться МРТ.

Список литературы

1. Власов П.В. Лучевая диагностика заболеваний органов дыхания. - М.: Издательский дом Видар, 2006. - 312 с.

2. Сандыбаев Д.Р., Адылханов Т.А., Мусинов Д.Р., Муканов К.Т. Эходоплерографические признаки рака молочной железы // Онкология и радиология Казахстана. - 2005. - №3 (12). - С.28-31.

3. Рентгенодиагностика первичных и опухолеподобных заболеваний позвоночника / Под ред. Миронова С.П. - М., 2004.

4. Линденбратен Л.Д., И.П. Корольюк // Медицинская радиология. - М- 2000.

5. Михайлов М.К., Тухбатуллин М.Г. Комплексная лучевая диагностика новообразований желудка. - Казань: Фэн, 2001.

Тұжырым

М.С.Садықов, К.М.Нурымбетов, Н.Г.Мусаев

Қазақ онкология және радиология ғылыми зерттеу институты

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлттық медицина университеті

Summary

M.S.Sadykov, K. M. Nyrymbetov, N. G. Mysaev

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology
Kazakh National Medical University after S.D.Asfendiyarova**Рентгенолог мамандарды дайындаудағы өзекті мәселелер**

Соңғы 5 жылда Қазақ Онкология және Радиология Ғылыми Зерттеу Институтында рентгенологиялық кеңестен өткен 799 науқастың, жіберілген диагнозы мен ең соңғы диагноздарын салыстыра отырып, рентгенолог мамандығын дайындауда қандай маңызды мәселелерге көңіл бөлу керектігі зерттелген. Жалпы анықтауда 1230 рентгенограмма, 552 томограмма, 630 КТ және 388 МРТ сериялы сканограмма, 377 науқасқа ультрадыбысты зерттеу жасалынған.

Жіберілген диагноздың қателігін зерттеу негізінде төмендегідей қателіктер тіркелген: толық зерттеуден өтпегендіктен – 26%, төмен техникалық сапамен (рентгенограмма, томограмма, сканограмма) – 14%, алынған нәтижесін дұрыс емес анықтаған – 19%, синдром мен симптомдарды білмегендіктен жіберген қатесі 24%, Адекватты емес (өзгеше, басқа) әдістерді қолданудан жіберген қатесі – 17%.

Түйінді сөздер: мамандық, рентгенолог, МРТ, сапа, дайындау.

To the question about the issues of the day of training of radiology's

With the purpose of clarification of questions requiring a deep study at training of personnel's of radial diagnostics, analyses comparable information on direct and final diagnoses, on the basis of advise work for the last 5 years. For indicated period 799 are advised patients. In general complication analysis 1230 sciagrams, 552 tomogram, 630 KT of series of skanogram and 388 MRT of series of skanogram, information is 377 ULTRASONIC.

The analysis of reasons of errors and difficulties of doctors, from data of direct diagnoses, shows that they have general character. They are constrained: by insufficient plenitude of inspections- 26%, by low quality of findings (sciagrams, tomogram, skanogram)- 14%, by irregulars interpretation of got rezul'tata-19%, ignorance's symptoms and syndromes of this process -24%, by inadequate application of research methods – 17%.

Keywords: qualification, radiologist, MRI, quality, preparation.

ЮБИЛЯРЫ

ПОЗДРАВЛЯЕМ С 50 ЛЕТИЕМ



СЕРИКБАЕВА
ГАНИ
АМАНГЕЛЬДЫЕВИЧА

Серикбаев Гани Амангельдыевич – кандидат медицинских наук, хирург-онколог высшей категории, руководитель центра опухолей костей, мягких тканей и меланом Казахского НИИ онкологии и радиологии.

Родился 12 марта 1966 года в г. Шымкент, Южно-Казахстанской области в семье интеллигентов. Отец инженер-строитель, мама-химик-технолог.

После окончания средней школы в 1983 году, поступил в Актыбинский государственный медицинский институт (Западно-Казахстанская медицинская академия им. Марата Оспанова), на факультет лечебного дела.

После окончания института в 1989 году, направлен в интернатуру по хирургии в городскую клиническую больницу г. Актыбинска (Актобе). И после окончания которой, в 1990, году был принят на работу в Актыбинское межобластное онкологическое научно-практическое объединение, в качестве врача-онколога. За время работы прошел все ступени практического врача. От врача приемно-консультативного отделения, до врача маммологического и торако-абдоминального отделения.

В 1993 году накопив большой опыт работы возвращается на родину, в Шымкентский областной онкологический диспансер. До 1999 года работал заведующим поликлиникой, врачом хирургического отделения, заведующим торакальным отделением. Параллельно занимался научной и преподавательской деятельностью. Был заочным аспирантом Южно-Казахстанского медицинского института. За время работы в диспансере рекомендовал себя талантливым руководителем и хирургом.

После успешной защиты кандидатской диссертации в 1999 году остался работать в Казахском НИИ онкологии и радиологии. В 2000 году переводится в отделение опухолей костей и мягких тканей, и с этого момента для него начинается новый виток в профессиональной деятельности – это лечение больных с опухолями опорно-двигательного аппарата и кожи.

С его приходом в отделение стали внедряться сложные операции при опухолях трубчатых костей, костей таза, кожи. В 2009 году он назначается заведующим отделением.

В практику отделения внедряются такие операции как резекции костей с эндопротезированием крупных суставов, резекции костей таза различных объемов, обширные операции с применением пластики дефекта при опухолях грудной стенки, кожи, мягких тканей.

В 2012 году происходит реструктуризация отделения. Открывается центр опухолей костей, мягких тканей и меланом,

куда он назначается руководителем центра. В штат которого входит дополнительно химиотерапевт и радиолог. С этого момента все пациенты данной локализации проходят диагностику и лечение только в этом центре.

Основными направлениями научной и лечебной работы центра являются:

- Комплексное лечение сарком костей
- Комбинированное и комплексное лечение сарком мягких тканей
- Эндопротезирование крупных суставов
- Реконструктивно-пластические операции при опухолях опорно-двигательного аппарата
- Реконструктивно-пластические операции при опухолях кожи, губы
- Высокодозная химио- и иммунотерапия.

Под его руководством в центре впервые в Республике Казахстан внедрены такие операции, как тотальное эндопротезирование бедренной кости, плечевой кости, эндопротезирование плечевого, локтевого и лучезапястного сустава. Тотальное удаление тазовой кости с протезированием. Удаление опухолей мягких тканей с протезированием сосудов. Широкие иссечение опухолей кожи с пластикой обширных дефектов. Внес большой вклад в развитие детской онко-ортопедии.

Результаты лечения ежегодно докладываются на крупных онкологических форумах, форумах травматологов-ортопедов как в Республике, так и за рубежом.

В 2009 году по инициативе академика Алиева М.Д. (РОНЦ, Москва) создается Восточно – Европейская Группа по Изучению Сарком (East-European Sarcoma Group). С 2012 года Серикбаев Г.А. ежегодно участвует в заседании экспертного совета. Результатом плодотворной работы в 2015 году он избирается членом экспертной группы EESG, а Казахстан становится одним из передовых центров в СНГ по диагностике и лечению сарком.

Желаем здоровья и дальнейшей плодотворной деятельности на благо здоровья людей!

Коллектив Казахского НИИ онкологии и радиологии поздравляет юбиляра – Гани Амангельдыевича и желает ему крепкого здоровья, успехов в труде и долгих лет жизни.

ЮБИЛЯРЫ

ПОЗДРАВЛЯЕМ С 50 ЛЕТИЕМ



КУЛТАЕВА
АСХАТА
СЕЙТХАНОВИЧА

Култаев Асхат Сейтханович родился 27 апреля 1966 года, в семье служащих, в городе Шымкент.

В 1992 году закончил Алматинский государственный медицинский институт им. С. Д. Асфендиярова. Работал терапевтом, затем начальником медицинской службы, в медицинской службе УДВ Южно-Казахстанской области. В 1997 году поступил в аспирантуру кафедры лучевой диагностики Южно-Казахстанской государственной медицинской академии. Целевую аспирантуру проходил на базе Казахского НИИ онкологии и радиологии. По окончании аспирантуры в 2000 году был оставлен в институте в должности врача отделения ультразвуковой диагностики. В 2001 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Ультразвуковая компьютерная томография в диагностике объемных образований печени. Количественные и качественные характеристики» по специальности 14.00.19 - «Лучевая диагностика, лучевая терапия».

С 2003 по 2008 годы старший научный сотрудник; с 2010 по 2011 гг. заведующий отделением ультразвуковой и радионуклидной диагностики; с 2010 года - зав курсом подготовки специалистов УЗИ в онкологии РК.

Асхат Сейтханович один из признанных специалистов ультразвуковой диагностики в онкологии Казахстана. Один из первых начал внедрять тонко- и толстоигольные пункционные биопсии внутренних органов и органов грудной клетки.

В 2010 году награжден знаком «Отличник здравоохранения МЗ РК».

А.С.Култаевым опубликовано более 50 научных работ. Является соавтором Клинической онкологии (из 2-х томов). Член Российской Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине.

Асхат Сейтханович Култаев – специалист высокой квалификации, наставник молодых специалистов, доброжелательный и чуткий товарищ, пользующийся уважением среди коллег.

Коллектив Казахского НИИ онкологии и радиологии поздравляет юбиляра – А. С Култаева и желает ему крепкого здоровья, успехов в труде и долгих лет жизни.

