ОНКОЛОГИЯ И РАДИОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА

№3 (45) 2017

KazIOR
KAZAKH INSTITUTE OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY

СТАТИСТИКА
ДИАГНОСТИКА
ЛЕЧЕНИЕ
ОБЗОРЫ
ЛЕКЦИИ
МАСТЕР-КЛАССЫ

Материалы Международного Конгресса
«ПРОГРЕСС И ПРОТИВОРЕЧИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ И МАММОЛОГИИ»
под эгидой CGH/IGCS/EURAMA
(В ПРИЛОЖЕНИИ)

Kazakhstan Cancer Society

Ал сіз қауымдастыққа кірдіңіз бе?

KazIOR
KAZAKH INSTITUTE OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY

ОНКОЛОГИЯ И РАДИОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА

№3 (45) 2017

Научно-практический журнал Казахского НИИ онкологии и радиологии

Редакционный совет:

Silbermann M. – MD, PhD, Prof., Middle East Cancer Consortium (Israel)
Azinovic I. – MD, A/Prof., IMOncology (Spain)
Narayan K. – MD, PhD, A/Prof., Peter MacCallum Cancer Center (Australia)
Gültekin M. – MD, Associate Prof., Turkish Ministry of Health (Turkey)
Имянитов Е.Н. – д-р мед. наук, чл.-кор. РАН, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия)
Семиглазов В.Ф. – д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия)
Моисеенко В.М. – д-р мед. наук, проф., СПб ГБУЗ «Онкологический центр» (Россия)
Орлова Р.В. – д-р мед. наук, проф., Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова (Россия)
Алиев М.Д. – д-р мед. наук, проф., акад. РАН, НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина (Россия)
Стилиди И.С. – д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН и РАМН, РОНЦ им. Н.Н. Блохина (Россия)
Красный С.А. – д-р мед. наук, проф., чл.-кор. НАНБ, РНПЦОиМР им. Н.Н. Александрова (Беларусь)
Джанжалия М.Т. – д-р мед. наук, проф., Онкологический центр г. Тбилиси (Грузия)
Тананян А.О. – д-р мед. наук, акад. РАМТН, АОЗТ НЦО им. В.А.Фанарджяна МЗ (Армения)
Хусейнов З.Х. – д-р мед. наук, РОНЦ (Таджикистан)
Тилляшайхов М.Н. – д-р мед. наук, РОНЦ МЗ (Узбекистан)
Султангазиева Б.Б. – д-р мед. наук, проф., НЦО (Кыргызстан)
Джансугурова Л.Б. – канд. мед. наук, ассоц. проф., Институт общей генетики и цитологии (Казахстан)
Омарова И.М. – д-р мед. наук, проф., Карагандинский ООД (Казахстан)

Редакционная коллегия:

Главный редактор -
Кайдарова Д.Р. – д-р мед. наук, акад. НАН РК, КазНИИОиР, г. Алматы

Зам. главного редактора -
Жолдыбай Ж.Ж. – д-р мед. наук, проф., КазНИИОиР, Алматы

Административный редактор -
Ким В.Б. – д-р мед. наук КазНИИОиР, Алматы

Ответственный секретарь -
Искакова У.Н. – КазНИИОиР, Алматы

Внештатный редактор-корректор -
Васильева Т.В.

Редакторы перевода -
Махметова А.Ж. (казахский язык)
Васильева Т.В. (английский язык)

Члены редколлегии:
Чингисова Ж.К. – д-р мед. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Адылханов Т.А. – д-р мед. наук, проф., ГМУ г. Семей, г. Семей
Каракулов Р.К. – д-р мед. наук, проф., КазНИИОиР, г. Алматы
Досаханов А.Х. – д-р мед. наук, проф., ННМЦ, г. Астана
Адильбаев Г.Б. – д-р мед. наук, проф., КазНИИОиР, г. Алматы
Байназарова А.А. – д-р мед. наук, проф., МЦ «Сункар», г. Алматы
Гончарова Т.Г. – д-р биол. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Балтабеков Н.Т. – д-р мед. наук, КазНМУ, г. Алматы
Талаева Ш.Ж. – д-р мед. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Кузикеев М.А. – д-р мед. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Серикбаев Г.А. – канд. мед. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Нургалиев Н.С. – канд. мед. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Адилбай Д.Г. – канд. мед. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Жылкайдарова А.Ж. – канд. мед. наук, КазНИИОиР, г. Алматы
Хусаинова И.Р. – канд. психол. наук, КазНИИОиР, г. Алматы

Адрес редакции:

Республика Казахстан, г. Алматы, 050022, пр. Абая, 91, каб. 308,
РГП на ПХВ «Казахский НИИ онкологии и радиологии» МЗ РК,
журнал «Онкология и радиология Казахстана»
тел. (727) 292 10 63, эл. почта: *info@oncojurnal.kz,*
http://www.oncojornal.kz

ISSN -1684-937X. МРНТИ: 76.29.49
Свидетельство о регистрации - №13574-Ж от 22.04.2013 г.
Подписной индекс: 74684
Тип. ТОО «Art-Depo»
Зак. № 17532. Тираж 500 экз.
Журнал выпускается 1 раз в квартал

©КазНИИОиР

Содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

D.R. Kaidarova. The national integrated model of cancer care in Kazakhstan 4

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Г.Н. Исмаилова, Б.С. Дуйсенбаева, А.А. Жарипова, Е.И. Жаппаров, М.Е. Тулеутаев. Низкодозная компьютерная томография в диагностике рака легкого 8

Г.Н. Исмаилова, Б.С. Дуйсенбаева, А.А. Жарипова, Е.И. Жаппаров, М.Е. Тулеутаев. Основные моменты протокола I-ELCAP – международной программы действия раннего рака легкого 10

ДИАГНОСТИКА

В.Г. Дарий, И.О. Ковчегов, Н.Б. Анарбаев, С.А. Любко. Десмопластическая мелкокруглоклеточная опухоль: случай из практики 14

М.В. Савостикова, Е.Ю. Фурминская, Ж.Б. Елеубаева. Современный подход в цитологической диагностике опухолей легких 18

И. Тажединов, Ж.М. Аманкулов, Ш.Ж. Талаева, Ш.К. Хусаин, У.К. Жалмукаш. Возможности ядерной медицины в диагностике и лечении костных метастазов рака молочной железы 25

Н.М. Тулемисов, Л.М. Якупова, Л.С. Уналбаева. Сравнительный анализ результатов скрининга и профилактического осмотра на раннее выявление рака шейки матки по Западно-Казахстанской области за 2015-2016 гг. Предложения по дальнейшему совершенствованию профилактического осмотра 27

ЛЕЧЕНИЕ

Р.И. Баянкулов. Онкологиялық науқастардың диагноз қабылдау кезеңіндегі психологиялық кеңес беруінің негізгі қиындықтары 31

К.И. Долженко. Результаты лечения больных с рецидивом рака грудного отдела пищевода после хирургического лечения 33

С. Есентаева, З. Ильянова, Д. Арыбжанов, К. Баринов, Ю. Рагулин, О. Липатов, О. Иванчук, И. Дробнер. Демографические и клинико-морфологические особенности больных метастатическим раком молочной железы с гиперэкспрессией рецепторов Her-2/neu по результатам исследования PH+oeBE 35

ЮБИЛЕИ

Поздравление юбиляров 40

СОБЫТИЯ

Международный цитологический туториал 42

Обучающий семинар по лучевой диагностике 43

Конференция ICSN 2017 biennial meeting: LOOKING BACK, MOVING FORWARD 44

12-ая Научно-практическая конференция Европейского общества колопроктологов - ESCP Berlin 2017 44

Конгресс ESMO 2017 44

ПРАВИЛА

Руководство для авторов по оформлению рукописи 45

ПРИЛОЖЕНИЕ

Материалы Международного Конгресса «ПРОГРЕСС И ПРОТИВОРЕЧИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ И МАММОЛОГИИ»
Materals of the International Congress «PROGRESS AND CONTROVERSIES IN GYNECOLOGICAL ONCOLOGY & BREAST CANCER» under the auspicies of CGH/IGCS/EURAMA 49

Құрметті әріптестер!

Сіздерді «Қазақстан онкология және радиологиясы» атты ғылыми-практикалық резенциялайтын журналдың беттерінде қайтадан қарсы алуға қуаныштымыз.

8-12 қыркүйек күндері Мадрид қаласында (Испания) ESMO онкологтардың жыл сайынғы конгрессі өтті. Конгрестің жұмысына республикамыздың онкологтар делегациясы белсенді қатысты. Конгресте «Ғаламдық саясатқа онкологтардың үлесі: қалай ұлттық онкологиялық жоспарларды жақсартуға болады» тақырыбына баяндама жасадым. Конгрестің шеңберінде әртүрлі елдердің ұлттық онкологиялық жоспарлар бойынша талқылауы жүргізілді. ESMO, WHO мүшелері Қазақ онкология және радиология ҒЗИ-дің өкілдерінің кездесуі өтті. Ұлттық хаттамаларды қайта қарастыру мәселелері, дәлелді медицинаны ескере отырып, химиотерапияның неғұрлым тиімді схемаларын анықтауы талқыланды. Онкологиядағы Ғаламдық мәселелердің шешуі ESMO, WHO, онкологиялық оратлықтарының директорлардың қатысуымен отырысы жүргізілді.

2017 жылы 15-17 қыркүйек күндері ҚазОжРҒЗИ және ҚР Клиникалық цитологтар қауымдастығы, Халықаралық цитологтар академиясымен бірлесіп, Халықаралық цитологиялық туториалы өткізілді.

2017 жылы 25-29 қыркүйек күндері RAD-AID (АҚШ) қолдауымен сәулелік диагностика бойынша халықаралық оқыту семинары өтті.

2017 жылы 25-29 қыркүйек күндері институт базасында Ресейдің жетекші мамандардың қатысуымен эндоскопия бойынша шебер-класы жүргізілді.

Барлық іс-шаралар халықаралық қатысуымен өтті, бұл мамандарымызға қатерлі ісіктердің диагностикасында, емдеу және алдын алуда заманауи бағыттар бойынша білім алуға мүмкіндік берді.

4-6 қазан күндері институттың базасында CGH/IGCS/EURAMA қамқорлығымен «Онкогинекология және маммологиядағы прогресс пен қайшылықтар» атты Халықаралық Конгресі өтеді.

Барлық әріптестерді белсенді қатысқаны үшін алғысымызды айтамыз және білім мен инновациялық технологияларының интеграциясы республикамыздың онкологиялық қызметін жақсартуға мүмкіндік беретініне сенеміз.

Журналдың бұл нөмірінде онкология саласындағы ғылыми зерттеулердің нәтижелері, әдеби шолулары, тәжірибеден жағдайлары жарияланды.

Осы ақпарат мамандардың жұмысында пайдалы болатынына шын жүректен үміттенеміз.

Құрметпен,
Қазақ онкология және радиология ҒЗИ директоры
Диляра Қайдарова

Уважаемые коллеги!

Мы снова рады приветствовать вас на страницах научно-практического рецензируемого журнала «Онкология и радиология Казахстана».

С 8 по 12 сентября в Мадриде (Испания) проходил ежегодный конгресс онкологов ESMO. В работе конгресса активное участие приняла делегация онкологов нашей республики. На конгрессе мною был сделан доклад на тему: «Вклад онкологов в глобальную политику: как улучшить национальные онкологические планы». В рамках конгресса состоялась дискуссия по национальным онкологическим планам из различных стран. Состоялась встреча с членами ESMO, WHO с представителями Казахского НИИ онкологии и радиологии. Обсуждались вопросы пересмотра национальных протоколов, определение более эффективных схем химиотерапии с учетом доказательной медицины. Решению Глобальных проблем в онкологии было посвящено заседание с участием ESMO, WHO, директоров онкологических центров.

15-17 сентября 2017 года нами совместно с Ассоциацией клинических цитологов РК и Международной академией цитологов был проведен Международный цитологический туториал.

С 25 по 29 сентября 2017 года проведен международный обучающий семинар по лучевой диагностике при поддержке RAD-AID (США).

С 25 по 29 сентября на базе института проведен мастер класс по эндоскопии с участием ведущих специалистов из России.

Все мероприятия проводились с международным участием, что позволило нашим специалистам получить знания по современным направлениям в диагностике, лечении и профилактике злокачественных опухолей.

С 4 по 6 октября на базе нашего института будет проведен Международный Конгресс «Прогресс и противоречия в онкогинекологии и маммологии» под эгидой CGH/IGCS/EURAMA.

Всех коллег хотим поблагодарить за активное участие и надеемся, что интеграция знаний и инновационных технологий позволят улучшить онкологическую службу нашей республики.

В этом номере журнала опубликованы результаты научных исследований в области онкологии, литературные обзоры, случаи из практики, а также материалы Международного Конгресса «Прогресс и противоречия в онкогинекологии и маммологии».

Искренне надеемся, что данная информация будет полезна в работе специалистов.

С уважением,
Директор Казахского НИИ онкологии и радиологии,
Диляра Кайдарова

УДК: 615-036.8

***D.R. KAIDAROVA*[1]**

[1]Kazakh Institute of Oncology and Radiology, Almaty, the Republic of Kazakhstan

The national integrated model of cancer care in Kazakhstan

As we all know, one of the main indicators in cancer care is cancer morbidity. In 2016, it was established about 37 thousand of the new cases of cancer. For further improvement of the quality of cancer care in Kazakhstan the national integrated model of cancer care was developed . Our integrated model is divided to three levels according to its functionality in each level of cancer care. Additionally, further improvement of Highly Specialized Centers for Radiation Oncology was also determined . Moreover , one of strategic goals of KazIOR is coordination of evolving of cancer care in the regions.

Key words: *national integrated model of cancer care, Highly Specialized Centers for Radiation Oncology . strategic goals of KazIOR*

Kazakhstan Cancer Incidence and Mortality Data 1999-2016. As we all know, one of the main indicators in cancer care is cancer incidence. In 2016, 37 thousand new cases have been diagnosed and the total number of cancer patients according to Cancer Registry was over 163 thousand people [1]. This trend is increasing steadily in the country. Nevertheless, the incidence rate is lower compared to other OECD countries. Additionally, the mortality rate is decreasing gradually, nearly two times between 1999-2016 (135,5 and 84,9 respectively). For further improvement of the quality of our registry data, we are modifying the methodology of data entrance according to IARC recommendations [2]. It should be noted that breast cancer is the most common cancer in Kazakhstan, but the main cause of cancer deaths are attributed to lung cancer.

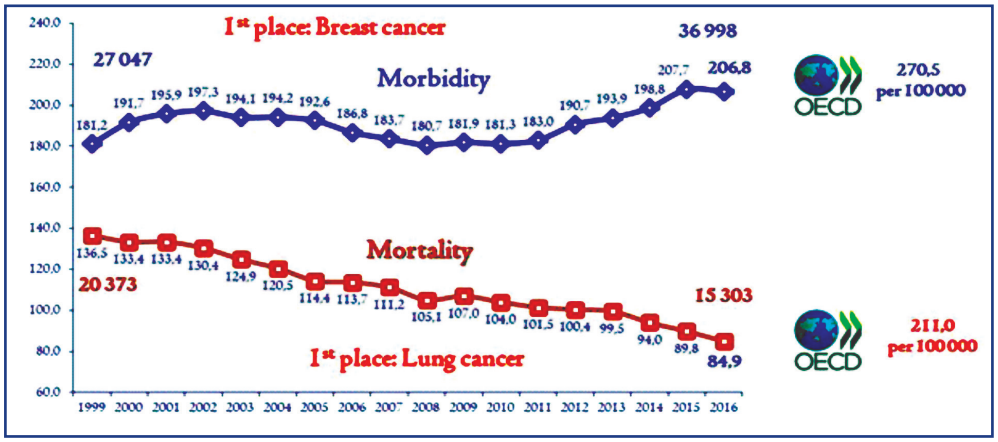


Figure 1 - Kazakhstan cancer morbidity and mortality data 1999-2016

In the context of age-specific cancer mortality - 70% of cancer patients were people of employment age and 43% of this group die the same year, it equals to nearly 7.000 people.

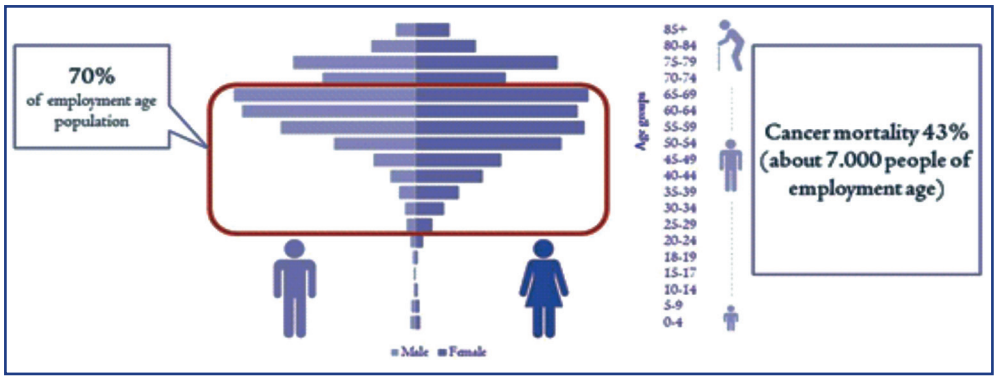


Figure 2 - Age-specific cancer mortality structure Kazakhstan, 2016

The Integrated Model of Cancer Care in Kazakhstan. According to our integrated model of cancer care, cancer care is divided into three levels, where the first level is represented by examination rooms and oncology cabinets in each primary care facility across the country (1 287 rooms). On the second level, we have 18 oncology centers in each region of Kazakhstan; these centers provide specialized cancer care and follow-up. KazIOR – the Kazakh Institute of Oncology, as well as five high-tech diagnostic and radiology centers together with three pathology centers are providers of tertiary cancer care.

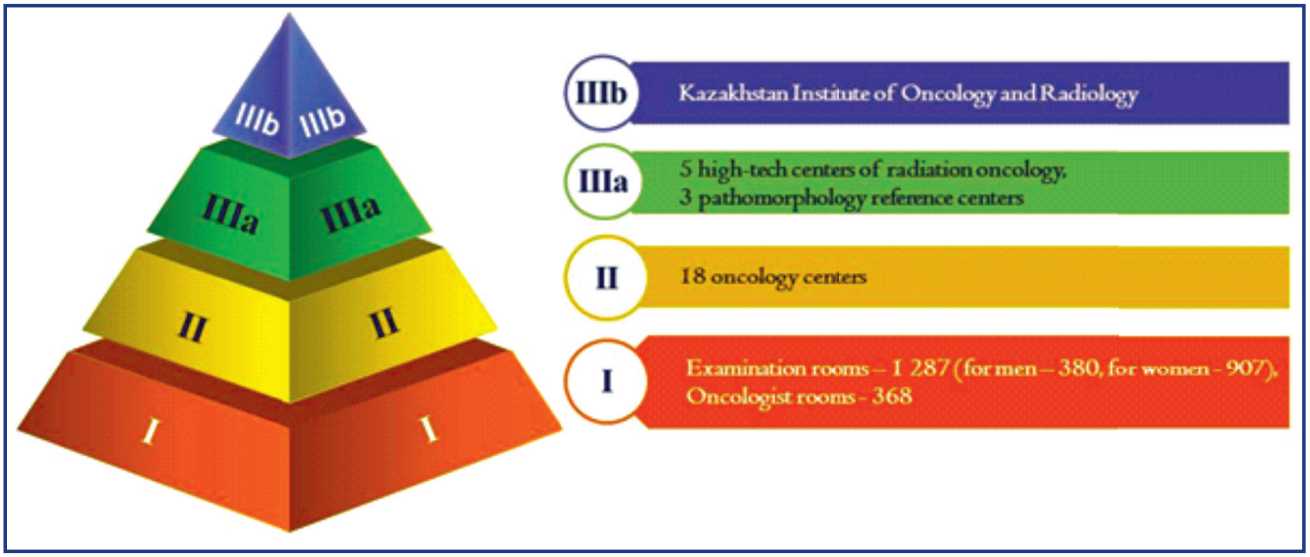


Figure 3 - Integrated model of cancer in Kazakhstan

The total number of primary care oncologists and examination rooms are 368, and 1287 accordingly, the total number of exam rooms for men 380, for women 907.

The key performance indicators for the quality assessment of cancer care has been modified and developed for each level of cancer care in Kazakhstan. In detail,the key performance indicators are following: for the 1st level settings the percantage of patients with cancer of visual sites, with stages III-IV (target - 17.1%) and with stage I (target - 23.7%); for the second level settings, mortality(target - 93.5 per 100 thousand) and 5 years overal survival (target is 48.1%). Finally, for the tertiary level settings are – coverage with specialized cancer treatment (target is 87.6%) [3].

The structure of cancer care settings, which are being monitored and administered from Almaty (KazIOR) is presented in the picture-2.

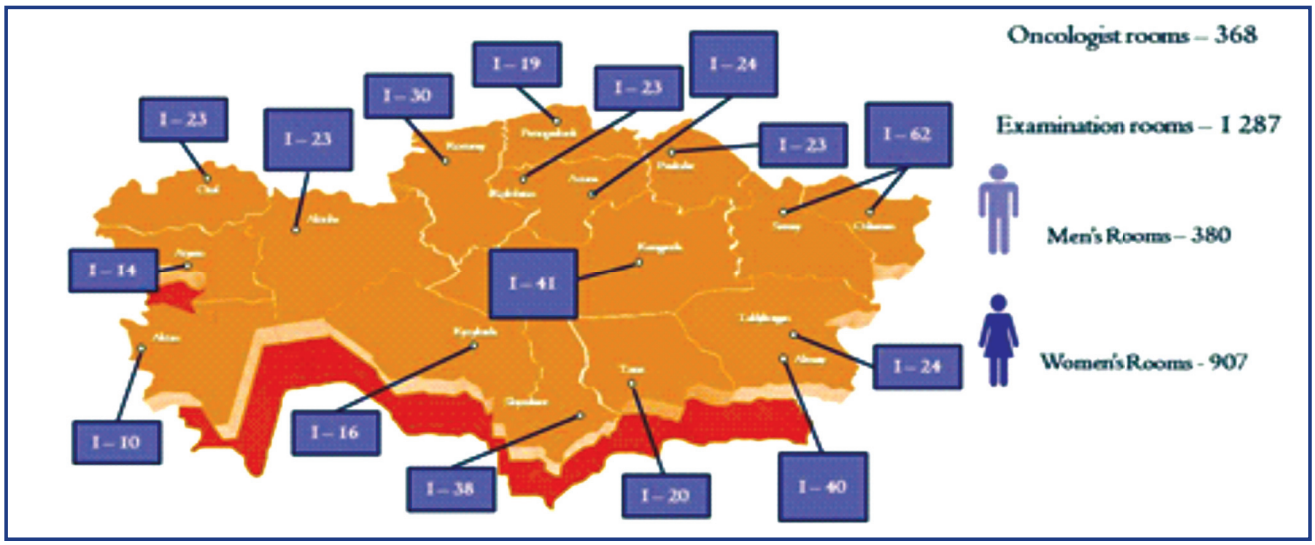


Figure 4 - First level of cancer care in Kazakhstan

Highly Specialized Centers for Radiation Oncology. Highly Specialized Centers for Radiation Oncology are created five major cities in Almaty, Astana, Karaganda, Semey, Aktobe. Moreover, as this centers are not enough to cover the demand in high-tech radiotherapy, the new centers will be launched in upcoming years [1].

Figure 5 - Hidhly specialized centers for radiation oncology in Kazakhstan

Strategic and operational goals of KazIOR. As the KazIOR responsible for all cancer care delivered in Kazakhstan, it has the following Strategic and operational goals to improve cancer state in the country:

- The organization, coordination, monitoring, and evaluation of cancer care in the region.
- The development and implementing of high-tech methods of cancer diagnosis and treatment.
- The science development programs.
- Strengthening and development of human resources.
- Development of palliative and rehabilitation care.

Science Development Programs in KazIOR. As any major institution in the world, one of main KazIORs goals is to develop scientific programs and increase the overall competence of our physicians. For that purpose, we expand the involvement of young oncologists in multicenter trials and encourage publications in international journals. In detail, between 2016-2017 we have been enrolled in several international clinical trials which are listed below:

- ROCHE - BO25114 Jacob – Clinical study of the efficacy and safety of Pertuzumab
- Implementation of diagnostic test of BRAF V600 mutation in patients with skin melanoma
- NOBEL – Study of patients diagnosed with chronic myelogenous leukemia under the Protocol Immun
- ATGen, Korea – NK Vue. And others.

Improvement of Prevention and Early Diagnosis.

There are available several diagnostic and treatment methods for all Kazakhstan citizens. For instance, cancer patients have access to palliative care and psycho-social support in all oncology centers. Currently, government funds six cancer screening programs to all citizens (breast, colorectal, prostate, cervical, gastric, esophagus cancers). Additionally, one of the important topics is personalized medicine – which helps to avoid unnecessary high-cost treatment and gives the possibility to deliver highly effective treatment to the exact patient [4].

Palliative care in Kazakhstan is being developed in collaboration with the Kazakhstan association for Palliative Care and Ministry of Health. Currently, we are working on the Strategic plan of Palliative Care. In detail, we possess total palliative beds – about 1,500 and trained specialists – around 6,700.

Figure 6 - Hidhly specialized centers for radiation oncology in Kazakhstan

It is obvious that we cannot change the situation in cancer care without the support of our society. It is a great challenge to increase the involvement of all population of Kazakhstan, science, schools, institutes, cultural, economic and business partners and others. We must admit that changing mindset of the general community to increase cancer awareness, early detection, and prevention –is the key mainstream in the future development of cancer care in Kazakhstan.

References

1. Госпрограмма развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы

2. Forman D., Bray F., Brewster D.H., et al. Cancer incidence in five continents, Volume X. Lyon; Geneva: International Agency for Research on Cancer; Distributed by WHO Press, World Health Organization, 2014.

3. Кайдарова Д.Р., Ауезова Э.Т., Чингисова Ж.К., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е., Жылкайдарова А.Ж. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2015 год (статистические материалы), Алматы, 2016. – 168с.

4. Жылкайдарова А.Ж. Оценка динамики показателей заболеваемости и смертности от рака желудка в Казахстане за 2004-2014 годы // Онкология и радиология Казахстана 2017, 43 (1), 12-18.

ТҰЖЫРЫМ

***Д.Р. Қайдарова*[1]**

[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ.,
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Онкологиялық аурулар кезінде медициналық көмек көрсетудің біріктірілген үлгісі

Онкологиялық қызметтің негізгі индикаторлардың бірі қатерлі ісіктің сырқаттанушылығы болып табылады. 2016 жылы қатерлі ісіктің шамамен 37 мың жаңа жағдайлары анықталды. Қазақстанда онкологиялық қызметтің сапасын ары қарай жақсарту үшін онкологиялық қызметтің ұлттық біріктірілген үлгісі әзірленді. Біріктірілген үлгі онкологиялық қызметтің әрбір кезеңде функционалдылығына байланысты үш деңгейге бөлінді. Сонымен қатар, радиациялық онкологияның жоғары мамандандырылған орталықтардың ары қарай жетілдіруі анықталды. Аймақтарда онкологиялық қызметті жақсартудың үйлестіруі ҚазОРҒЗИ негізгі басымдықтарының бірі болып табылатынын атап өту керек.

Түйінді сөздер: *онкологиялық қызметтің ұлттық біріктірілген үлгі, радиациялық онкологияның жоғары мамандандырылған орталықтары, ҚазОРҒЗИ стратегиялық мақсаттары.*

АННОТАЦИЯ

***Д.Р. Қайдарова*[1]**

[1]Казахский научно-исследовательский институт онкологии
и радиологии, г. Алматы , Республика Казахстан

Интегрированная модель оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях

Одним из основных индикаторов онкослужбы является заболеваемость раком. В 2016 году установлено около 37 тысяч новых случаев рака. Для дальнейшего улучшения качества онкослужбы в Казахстане , разработана национальная интегрированная модель онкослужбы. Интегрированная модель разделена на три уровня в зависимости от ее функциональности на каждом этапе онкослужбы. Также определено дальнейшее совершенствование высокоспециализированных центров радиационной онкологии. Важно отметить что, координирование улучшения онкослужбы в регионах является одним из основных приоритетов КазНИИОиР.

Keywords: *национальная интегрированная модель онкослужбы, высокоспециализированные центры радиационной онкологии, стратегические цели КазНИИОиР.*

УДК: 61.616-006.04

Г.Н. ИСМАИЛОВА[1], Б.С. ДУЙСЕНБАЕВА[3], А.А. ЖАРИПОВА[2], Е.И. ЖАППАРОВ[2], М.Е. ТУЛЕУТАЕВ[2]

[1]АО «Национальный научный центр хирургии» имени А.Н.Сызганова, г. Алматы, Казахстан
[2]Онкологический центр Астаны, г. Астана, Казахстан
[3]АО «Национальный центр кардиохирургии», г. Астана, Казахстан

Низкодозная компьютерная томография в диагностике рака легкого

Внедрение низкодозной компьютерной томографии грудной клетки для диагностики раннего рака легкого в целевой популяции позволит повысить выявляемость рака легкого на ранней стадии и выживаемость больных раком.

Ключевые слова: *рак легкого, заболеваемость, факторы риска*

Введение. Американская Ассоциация Торакальных Хирургов и Американская Противораковая Ассоциация рекомендуют ежегодный скрининг с применением низкодозной компьютерной томографии (НД-КТ) лицам, курящим на данный момент, и бывшие курильщикам в возрасте 55-80 лет с анамнезом курения 30 пачек/год в течение последующих 15 лет. Ежегодный скрининг также рекомендуется проходить пациентам в возрасте 50-79 лет с анамнезом курения 20 пачек/год, если имеют место дополнительные сопутствующие факторы риска. Кроме того, рекомендуется проводить ежегодный скрининг в возрасте 55-79 лет для пациентов, длительно живущих с диагнозом «рак легких» (РЛ) [1].

Метод НД-КТ грудной клетки рекомендуется в нескольких клинических руководствах как первоочередной метод в диагностике РЛ, и лежит в основе Национального скринингового исследования легких (NLST) в США. Критериями включения являются: возраст 55-74 лет; анамнез курения ≥30 пачек\год; давность прекращение употребления табака – в течение предыдущих 15 лет для бывших курильщиков [1-5].

В 2016 году NLST опубликовало результаты сравнительного испытания НД-КТ и рентгенографии (РГ) грудной клетки, согласно которым аденокарциномы и плоскоклеточные карциномы легких на ранней стадии чаще выявляются методом НД/-КТ, чем РГ грудной клетки. Мелкоклеточный рак легких, который является наиболее агрессивным РЛ, редко обнаруживается на ранних стадиях обоими указанными методами [6]. Результаты NLST выявили, что скрининг на основе только NLST-критериев может упустить значительное количество случаев РЛ – до 39% случаев. Сочетание NLST-критериев и КТ-признаков эмфиземы позволяет повысить выявляемость РЛ до 95% и уменьшить количество упущенных случаев РЛ [7].

Анализ результатов многочисленных исследований по выявлению раннего РЛ подтверждает рентабельность затрат на скрининг методом НД-КТ с повторным ежегодным обследованием пациентов группы высокого риска в возрасте 50-64 лет. Установлено, что предлагаемые меры по прекращению курения в рамках скрининговой программы повышают экономическую эффективность скрининга рака легких с 20% до 45% [8].

Таким образом, метод НД-КТ является наиболее эффективным методом диагностики рака легкого в целевой популяции.

Международная программа действия раннего рака легкого I-ELCAP

Отчёт I-ELCAP относительно нового дизайна исследования содержит количественную информацию о результатах ежегодного КТ-исследования легких. Согласно данным I-ELCAP и NLST, имеются существенные аргументы в пользу рассмотрения проектов на основе государственного финансирования, направленных на оценку эффективности скрининга РЛ [9].

Протоколы I-ELCAP и NLST США основаны на методе НД-КТ. Частота выявляемости РЛ на I стадии согласно I-ELCAP составляет 82% против 67% по данным NLST ($p<0,0001$); частота хирургических резекций опухоли составляет 86% и 76%, соответственно ($p<0,0001$); выявление опухолей маленьких размеров, которое приводит к значительно более высокой 5-летней выживаемости, составляет 83% и 62%, соответственно ($p<0,0001$). Эти различия убедительно поддерживают важность специфического режима скрининга рака легкого методом НД-КТ [10].

Переход от NLST скрининга (1993-2005 годы) к I-ELCAP скринингу (2006-2011 годы) в США позволил свести к минимуму частоту и степень хирургических вмешательств по поводу незлокачественных заболеваний. Обеспечена высокая скорость излечения для пациентов с диагнозом РЛ, подвергшихся хирургической резекции методами видео-ассистирующей торакоскопии и суб-лобарной резекции – от 10% до 34% ($P<0,0001$) и от 22% до 34% ($P=0,01$) соответственно [9,10].

I-ELCAP Канады в период 2003-2005 годы обследовал 1000 курильщиков в возрасте 55 лет и старше, с высокой степенью риска РЛ, с анамнезом курения 10 лет и частотой курения 1 пачка в день. Выявляемость РЛ в популяции высокого риска базовым НД-КТ скринингом составила 2,2%, среди них, у 15(78%) определили резектабельные раковые узлы в легких небольших размеров на ранней стадии [21]. По данным другого I-ELCAP исследования, у женщин ($n=25$) РЛ на ранней стадии имеет более медленный рост (среднее время удвоения – 313 дней), чем у мужчин ($n=11$, среднее время удвоения – 137 дней). Большинство раковых образований легкого 62(73%), обнаруженных скринингом, являются хирургически резектабельными [11, 12].

Эксперты I-ELCAP, полагают, что РЛ, выявленный ежегодным повторным скринингом, часто можно было опре-

делить на предыдущем раунде КТ-исследования. Рак был виден на предыдущем КТ-скрининге у 56 (54%) участников скрининга. У 10 (18%) пациентов к моменту повторного скрининга рак продвинулся на I стадию, что связано с высокой скоростью роста РЛ у 54% (p=0,01) [12,13].

Эксперты I-ELCAP рекомендуют до начала скрининга выполнять предварительный анализ пользы от его участия в скрининге пациента из группы высокого риска относительно его выживаемости. Анализ необходимо проводить для конкретного человека и конкретного раунда скрининга. Вероятность повышения выживаемости оценивается относительно возраста, анамнеза курения и других дополнительных факторов [14].

Биопсия легочного узла в рамках скрининга I-ELCAP рекомендуется в зависимости от размера и процента роста узла, что позволяет обнаружить и дифференцировать подозрительные легочные узлы и снизить на 16% частоту вмешательств на доброкачественных образованиях [15].

Правильное рентгенологическое толкование КТ-снимка может свести к минимуму ненужные обследования и вмешательства. Придерживаясь протокола I-ELCAP и постоянно проводя образовательные программы среди медицинского персонала, можно уменьшить число ложно-положительных результатов [16].

Заключение. Внедрение протокола I-ELCAP позволит снизить процент ложно-положительных заключений, избежать ненужных оперативных вмешательств на доброкачественных образованиях, а также снизить процент ложно-отрицательных заключений, уменьшив число упущенных случаев рака.

Список использованных источников

1. Michael T. Jaklitsch, Francine L. Jacobson, John H. M. Austin, John K. Field, James R. Jett, Shaf Keshavjee, Heber MacMahon, James L. Mulshine, Reginald F. Munden, Ravi Salgia, Gary M. Strauss, Scott J. Swanson, William D. Travis, and David J. Sugarbaker / The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups // J Thorac Cardiovasc Surg 2012;144:33-8

2. Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS., International Early Lung Cancer Action Program Investigators / Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. // N Engl J Med. 2006;355:1763–1771.

3. Sagawa M, Usuda K, Aikawa H, Tanaka M, Machida Y, et al Screening for lung cancer: present and future Gan To Kagaku Ryoho. 2012;39(1):19-22.

4. Larke FJ, Kruger RL, Cagnon CH, Flynn MJ, McNitt-Gray MM, Wu X, Judy PF, Cody DD. Estimated radiation dose associated with low-dose chest CT of average-size participants in the National Lung Screening Trial. // AJR. American Journal of Roentgenology. 2011 Nov;197(5):1165-9.

5. G.Ismailova, R.Rakhimzhanova Screening for early lung cancer detection with the low-dose computer tomography J Clin Med Kaz 2014;2(32):21-25.

6. Dajac J, Kamdar J, Moats A, Nguyen B / To Screen or not to Screen: Low Dose Computed Tomography in Comparison to Chest Radiography or Usual Care in Reducing Morbidity and Mortality from Lung Cancer. // Cureus. 2016 Apr 27;8(4):e589.

7. Sanchez-Salcedo P, Wilson DO, de-Torres JP, Weissfeld JL, Berto J, Campo A, Alcaide AB, Pueyo J, Bastarrika G, Seijo LM, Pajares MJ, Pio R, Montuenga LM, Zulueta JJ. / Improving selection criteria for lung cancer screening. The potential role of emphysema. // Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(8):924-31.

8. Villanti AC, Jiang Y, Abrams DB, Pyenson BS. A cost-utility analysis of lung cancer screening and the additional benefits of incorporating smoking cessation interventions. PLoS One. 2013;8(8):e71379.

9. Henschke CI, Boffetta P, Yankelevitz DF, Altorki N / Computed tomography screening: the international early lung cancer action program experience. // Thorac Surg Clin. 2015;25(2):129-43.

10. Yip R, Henschke CI, Yankelevitz DF, Boffetta P, Smith JP; International Early Lung Cancer Investigators. / The impact of the regimen of screening on lung cancer cure: a comparison of I-ELCAP and NLST. // Eur J Cancer Prev. 2015;24(3):201-8.

11. Menezes RJ, Roberts HC, Paul NS, McGregor M, Chung TB, Patsios D, Weisbrod G, Herman S, Pereira A, McGregor A, Dong Z, Sitartchouk I, Boerner S, Tsao MS, Keshavjee S, Shepherd FA. / Lung cancer screening using low-dose computed tomography in at-risk individuals: the Toronto experience. // Lung Cancer. 2010;67(2):177-83.

12. Roberts HC, Patsios D, Paul NS, McGregor M, Weisbrod G, Chung T, Herman S, Boerner S, Waddell T, Keshavjee S, Darling G, Pereira A, Kale A, Bayanati H, Sitartchouk I, Tsao M, Shepherd FA. / Lung cancer screening with low-dose computed tomography: Canadian experience. // Can Assoc Radiol J. 2007;58(4):225-35

13. Dhopeshwarkar MR, Roberts HC, Paul NS, Dong Z, Tsao M, Menezes RJ. / Screen-detected lung cancer: a retrospective analysis of CT appearance. // Acad Radiol. 2011;18(10):1270-6.

14. International Early Lung Cancer Action Program Investigators // Computed tomographic screening for lung cancer: individualising the benefit of the screening. // Eur Respir J. 2007;30(5):843-7.

15. Wagnetz U, Menezes RJ, Boerner S, Paul NS, Wagnetz D, Keshavjee S, Roberts HC. / CT screening for lung cancer: implication of lung biopsy recommendations. // AJR Am J Roentgenol. 2012;198(2):351-8.

16. Xu DM, Lee IJ, Zhao S, Rowena Y, Farooqi A, Cheung EH, Connery CP, Frumiento C, Glassberg RM, Herzog G, Peeke J, Scheinberg P, Shah P, Taylor J, Welch L, Widmann M, Yoder M, Yankelevitz DF, Henschke CI. / CT screening for lung cancer: value of expert review of initial baseline screenings. // AJR Am J Roentgenol. 2015;204(2):281-6.

ТҰЖЫРЫМ

Г.Н. Исмаилова[1], Б.С. Дуйсенбаева[3], А.А. Жарипова[2], Е.И. Жаппаров[2], М.Е. Төлеутаев[2]

[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ., «А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ
[2]Қазақстан Республикасы, Астана қ., Астана қалаларының онкологиялық орталығы
[3]Қазақстан Республикасы, Астана қ., «Ұлттық кардиохирургия орталығы» АҚ

Өкпе қатерлі ісігінің диагностикасында төменгі мөлшерлі компьютерлік томография (әдеби шолу)

Нысаналы популяцияда өкпенің ерте қатерлі ісігінің диагностикасы үшін кеуденің төменгі мөлшерлі компьютерлік томографияның енгізуі ерте сатыдағы өкпе қатерлі ісігін анықтауды және қатерлі ісігі бар науқастардың өміршеңдігін арттыруға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: *өкпенің қатерлі ісігі, сырқаттанушылық, тәуекел факторлары.*

SUMMARY

G.N. Ismailova[1], B.S. Duysenbayeva[3], A.A. Zharipova[2], E.I. Zhapparov[2], M. E. Tuleutaev[2]

[1]AN Syzganov "National Scientific Center of Surgery" JSC, Almaty, the Republic of Kazakhstan
[2]Oncology Center of Astana, Astana, the Republic of Kazakhstan
[3]JSC «National Center of Cardiac Surgery», Astana, the Republic of Kazakhstan

Low-dose computer tomography in lung cancer diagnostics (literature review)

Introduction of low-dose chest computer tomography for early lung cancer diagnostics in target population will increase lung cancer detection at an early stage and the cancer survival rate.

Keywords: *lung cancer, incidence, risk factors*

УДК: 61.616-006.04

Г.Н. ИСМАИЛОВА[1], Б.С. ДУЙСЕНБАЕВА[3], А.А. ЖАРИПОВА[2], Е.И. ЖАППАРОВ[2], М.Е. ТУЛЕУТАЕВ[2]

[1]АО «Национальный научный центр хирургии» имени А.Н.Сызганова, г. Алматы, Казахстан
[2]Онкологический центр Астаны, г. Астана, Казахстан
[3]АО «Национальный центр кардиохирургии», г. Астана, Казахстан

Основные моменты протокола I-ELCAP – международной программы действия раннего рака легкого

Международная Программа действия для выявления раннего рака легких (I-ELCAP) нацелена на продвижение знаний по ранней диагностике и лечению рака легкого. Международный протокол I-ELCAP, который лежит в основе всех национальных скрининговых программ по всему миру.

Ключевые слова: *ранний рак легкого, Международная Программа действия раннего рака легких, I-ELCAP*

Международная Программа действия для выявления раннего рака легких (I-ELCAP) разработала и внедрила протокол выявления раннего рака легкого, одобренный Управлением по исследованиям в области укрепления здоровья (Office of Health Promotion Research), США. Протокол разработан одним из основоположников I-ELCAP, профессором Клаудией Хенске [1,2,3]. География программы I-ELCAP очень обширна, и сегодня данный протокол лежит в основе национальных скрининговых программ во всем мире.

Научные коллективы - участники программы I-ELCAP должны строго придерживаться протокола I-ELCAP, который включает в себя первичный или базовый скрининг и периодичность повторного скрининга, который зависит от характера легочного узла, выявленного во время первичного базового скрининга. Рост легочного узла оценивается в динамике в процентах. Основное требование – необходимо выполнить первичное НД-КТ сканирование грудной клетки и по крайней мере один повторный скрининг [4,5]. Вопрос участия казахстанских ученых в данной программе и внедрения протокола должен быть согласован с администраторами Программы.

Кроме того, политика I-ELCAP направлена на продолжение наблюдения, по крайней мере, в течение 10 последующих лет всех узел-положительных пациентов с подтвержденным диагнозом «рак легкого». Для большей достоверности, I-ELCAP формирует базу данных по каждой организации-участнице, в которой полностью документируются результаты базового и всех последующих скринингов. Также очень важно идентифицировать и зарегистрировать все случаи временной постановки диагноза «рак легкого» у всех подвергшихся скринингу, с указанием причины в случае прекращения скрининга [4].

Протокол ELCAP проводит усовершенствование протокола больше десяти лет [5, 6]. Модернизация протокола проводится в рамках Международных конференций, которые организуются группой ELCAP 2 раза в год. Программа исследований I-ELCAP управляется общим протоколом [7], и его подход направлен на долгосрочную перспективу продолжающегося скрининга. Последняя обновленная версия протокола описана выше и разработана с глубоким пониманием всех аспектов заболевания [7, 8].

В структуре протокола I-ELCAP есть возможность для проведения взаимосвязанных вспомогательных исследований: различные не-КТ исследования (например, слюны, крови, мочи) могут быть развернуты параллельно с НД-КТ. Это обеспечивает возможность изучения их относительных достоинств и стоимости скрининга: стоимости отдельно КТ исследования и в сочетании с дополнительными методами исследования [1-6].

Протокол раннего рака легкого KZ-ELCAP одобрен экспертами I-ELCAP и Office of Health Promotion Research (США) для внедрения и реализации данного протокола в РК. Кроме того протокол ELCAP одобрен Локальной комиссией по научной этике АО «Национальный научный кардиохирургический центр».

Протокол KZ-ELCAP успешно внедрен в Казахстане в рамках реализации грантового исследования «Диагностика раннего рака легкого» совместно научным коллективом АО «Национальный научный кардиохирургический центр» и РГП на ПХВ Онкологический центр Астаны.

Результаты исследования опубликованы в казахстанских и международных рецензируемых изданиях, доложены на ежегодной конференции I-ELCAP «33я Международная Конференция по скринингу рака лёгких и 1я Международная Конференция по раннему лечению рака лёгких», которая состоялась 4-5 декабря в Клинике Маунт Синай Медицинской Школы Яхан, Нью-Йорк, США.

В данной статье приведен анализ основных моментов, адаптированного для работы в казахстанских клиниках последнего варианта протокола. Сам протокол – очень содержательный и детальный и описывает работу всех участников исследования.

Основные моменты протокола I-ELCAP

Во время чтения КТ-изображения на всех этапах базового и/или повторного скрининга в первую очередь оценивают изображения первичного НД-КТ сканирования для идентификации всех видимых некальцифицированных узлов.

Центральный непрозрачный узел нелинейного характера может быть «солидным», «частично солидным» или «несолидным» (последние два имеют прозрачность «матового стекла»), располагается в паренхиме или эндобронхиальной области.

Узел классифицируется как «некальцифицированный», если он не соответствует обычным критериям кальцифицированого доброкачественного узла.

Узел менее 5 мм в диаметре считается некальцифицированным, если его плотность меньше плотности ребра.

Узел 5-20 мм в диаметре является некальцифицированным, если большая его часть не кальцифицирована и/или кальцифицирована, но не соответствует классической картине кальцифицированного доброкачественного образования, и/или имеет «игольчатые» края.

Узел более 20 мм в диаметре является некальцифицированным, если какая-либо часть не кальцифицирована (согласно критериям, указанным выше) [6-8].

Диаметром узла считается средний размер длины и ширины. Длина измеряется на одном КТ-изображении, где определяется максимальная длина узла; ширина определяется как самый длинный перпендикуляр к длине уза, измеренный на том же КТ-изображении.

Документируются также изменения в других органах грудной клетки, включая средостение, сердце, мягкие ткани и кости.

Опухолями средостения считаются опухоли, происходящие из средостения, включая тимус, сердце и пищевод, а также опухоли щитовидной железы, которые простираются в средостение. Опухоли средостения и мягких тканей регистрируются относительно местоположения и размера. Радиолог также документирует визуализацию верхнего отдела живота относительно местоположения и размера.

Идентифицируется каждая коронарная артерия: main (главная), left anterior descending (левая передняя нисходящая), circumflex (огибающая) и right (правая). Подтвержденные кальцификации в каждой артерии регистрируются как «отсутствие кальцификата», или «минимальная», «умеренная» или «выраженная». Кальцификация градируется по шкале от 0 до 3. «Минимальная» градация определяется, если кальцифицировано менее 1/3 длины всей артерии, умеренная – если кальцифицирована 1/3-2/3 длины всей артерии, и выраженная – если кальцифицировано более 2/3 длины всей артерии.

Протокол включает идентификацию степени эмфиземы, которая может быть определена как «отсутствие эмфиземы», «минимальная», «умеренная» или «выраженная». Каждой степени присваивается градация от 0 до 3 [4, 6, 7].

Частота скрининга определяется результатом базового КТ скрининга: если КТ скрининг не выявил раковый процесс, рекомендуется повторный скрининг через 1 год.

Если диагностирован РЛ на I, II или IIIA стадиях, данный больной должен продолжить участвовать в скрининге согласно установленному графику, после интервенционного вмешательства.

Исследователи призваны следовать протоколу ежегодного скрининга. Не рекомендуются вносить изменения в заданный интервал, так как для обобщения результатов мультицентрового исследования необходима единая частота скрининга [4, 7, 8, 9].

Базовый (первоначальный) скрининг: КТ-исследование считается положительным, если идентифицирован, по крайней мере, один «солидный» узел, «частично солидный» узел или эндобронхиальный узел размером 5,0 мм или больше в диаметре.

Если идентифицированы некальцифицированные узлы, но все они слишком малы, чтобы подозревать положительный результат, включая несолидный узел любого размера, результат является полу-положительным, и пациент должен пройти НД-КТ через 12 месяцев после первоначального.

Если узел не идентифицирован и тест отрицательный, пациент должен пройти повторную КТ через 12 месяцев.

В случае «солидного» и «частично солидного узла» размером от 5 до 15 мм, пациент должен пройти повторную НД-КТ через 3 месяца.

Если узел показал малигнизированный рост (по шкале оценки роста), назначается биопсия.

Если нет никакого роста, или узел частично или полностью разрешился, исследование прекращают.

Если результат биопсии отрицательный или неопределенный, назначается НД-КТ через 3 месяца.

Если имеют место множество узлов и подозрение на скрытую инфекцию или воспламенение, назначается курс антибиотика широкого спектра действия с анаэробным воздействием, с последующей НД-КТ через 3 месяца.

Для солидных и частично солидных узлов размером 15 мм и более в диаметре и если узел говорит о раковом характере, назначается биопсия узла.

При наличии подозрения на скрытую инфекцию, назначается курс антибиотикотерапии с анаэробным воздействием, с последующей НД-КТ через 1 месяц.

Если повторная НД-КТ не обнаружила разрешение узла или сохраняется уровень малигнизированности, назначается биопсия узла.

Если биопсия не обнаружила рак легкого, повторную КТ выполняют через 12 месяцев после первого базового КТ-скрининга [7, 9].

Повторный (ежегодный) скрининг обязательно включает чтение первоначального КТ-снимка, который должен идентифицировать все некальцифицированные узлы независимо от размера, обращая особое внимание на узел (узлы).

Фокус направлен на те узлы, которые показывают рост, начиная с предыдущего скрининга, всего размера или размера солидного компонента, обнаруженного ранее, или в случае появления солидного компонента в ранее несолидном узле.

На повторном скрининге результаты НД-КТ считаются положительными, если идентифицирован по крайней мере один некальцифицированный солидный или частично-солидный узел размером от 3 мм или эндобронхиальный узел размером от 5,0 мм в диаметре с временным ростом. Если обнаружен новый твердый солидный или частично солидный узел менее 3 мм или несолидный компонент узла любого размера, результат считают полу-положительным и повторяют КТ-скрининг через 12 месяцев. Если тест отрицательный, назначается повторный КТ-скрининг через 12 месяцев.

Если идентифицированы некальцифицированные узлы, но все они слишком малы, чтобы подозревать положительный результат, включая несолидный узел любого размера, результат является полу-положительным, и назначается НД-КТ через 12 месяцев после первоначального. Если узел не идентифицирован, тест считается отрицательным, и назначается повторное КТ через 12 месяцев.

В случае солидного и частично солидного узла размером от 5 до 15мм, назначается повторная НД-КТ через 3 месяца. Если узел показал малигнизированный рост (по шкале оценки роста), назначается биопсия. Если нет никакого роста или узел частично или полностью разрешился, исследование прекращают.

Если имеют место множество узлов и подозрение на скрытую инфекцию или воспламенение, назначается курс антибиотика широкого спектра действия с анаэробным воздействием с последующей НД-КТ через 3 месяца.

Для солидных и частично солидных узлов размером от 15мм в диаметре, назначается биопсия узла.

При наличии подозрения на скрытую инфекцию, назначается курс антибиотикотерапии с анаэробным воздействием и последующее НД-КТ через 1 месяц.

Если повторная НД-КТ не обнаружила разрешение узла или сохраняется уровень малигнизированности, назначается биопсия узла.

Если биопсия не обнаружила рак легкого, повторную КТ выполняют через 12 месяцев после первого базового КТ-скрининга.

Для всех субъектов исследования, которым диагностический алгоритм прекращен или биопсия не диагностировала рак легкого, повторный КТ-скрининг проводят через 12 месяцев после первоначального базового скрининга [4, 7, 9, 10].

Оценка роста узла: а) Рост узла определяется увеличением или расширением размера узла и/или солидного компонента, частично солидного узла и/или развития солидного компонента в несолидном узле на последующем КТ после базового ежегодного повторного КТ; б) Оцениваются темпы удвоения объема, основанного на измерении объема узла от двух отделенных просмотров. Время между этими двумя просмотрами должно быть достаточным, чтобы могли произойти существенные обнаруживаемые изменения в объеме узла.

Критерии для существенного процентного изменения в диаметре узла или росте солидного компонента в частично солидном узле: а) для узла <5 мм в диаметре – по крайней мере, 50%; б) для узла 5-9 мм в диаметре – по крайней мере, 30%; в) для узла> 10 мм в диаметре – по крайней мере, 20% [4, 6, 8, 10].

Игловая транс-торакальная тонкоигольная биопсия (ТТТБ) выполняется пациентам с узлами > 8 мм. Процедура ТТТБ проводится под КТ-контролем в амбулаторных условиях под местной анестезией одним проколом иглы.

Образцы, полученные путем ТТТБ, изучаются цитологически для диагностического подтверждения РЛ на основе гистоморфологической идентификации формы рака. Изображения образцов цитологического исследования вводятся в компьютерную систему для дальнейшего описания и классифицирования [7, 10, 11].

Экземпляры образцов биопсии описываются и классифицируются стандартными диагностическими категориями.

Если КТ-биопсия не выполнима, рекомендуется биопсия под контролем ультразвука или бронхоскопическая биопсия.

Диагноз «рак легкого» считается основанным на скрининг-диагностике, если получены положительные результаты на базовом КТ, независимо от того, когда фактически был поставлен диагноз. Диагноз классифицируется как «рак легкого» в случае, если базовый скрининг выявил «полу-положительный» результат, а повторная КТ через 12 месяцев выявила по крайней мере один некальцифицированный узел. Если результат первоначального КТ-скрининга был отрицательным, но диагностические исследования вызывают подозрения до запланированного базового ежегодного скрининга, диагноз классифицируется как «временный диагноз РЛ» [12,13].

Заключение. Многолетние исследования международной команды I-ELCAP показали применимость протокола I-ELCAP в широкой клинической практике.

Список использованных источников

1. Henschke CI, McCauley DI, Yankelevitz DF, Naidich DP, McGuinness G, Miettinen OS, Libby DM, Pasmantier MW, Koizumi J, Altorki NK, Smith JP. / Early Lung Cancer Action Project: overall design and findings from baseline screening. // Lancet. 1999 Jul 10;354(9173):99-105.

2. Henschke CI; International Early Lung Cancer Action Program Investigators. / Survival of patients with clinical stage I lung cancer diagnosed by computed tomography screening for lung cancer. // Clin Cancer Res. 2007;13(17):4949-50.

3. Henschke CI, Yankelevitz DF, McCauley DI, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP. / Guidelines for the use of spiral computed tomography in screening for lung cancer. // Eur Respir J Suppl. 2003 Jan;39:45s-51s. Review.

4. Lynch TJ, Bogart JA, Curran WJ Jr, DeCamp MM, Gandara DR, Goss G, Henschke CI, Jett JR, Johnson BE, Kelly KL, Le Chevalier T, Mulshine JL, Scagliotti GV, Schiller JH, Shaw A, Thatcher N, Vokes EE, Wood DE, Hart C. / Early stage lung cancer--new approaches to evaluation and treatment: conference summary statement. // Clin Cancer Res. 2005;11(13 Pt 2):4981s-4983s.

5. Henschke CI, Wisnivesky JP, Yankelevitz DF, Miettinen OS. Screen-diagnosed small Stage I cancers of the lung: Genuineness and Curability. Lung Cancer 2003;39:327-30.

6. Henschke CI, Naidich DP, Yankelevitz DF, McGuinness G, McCauley DI, Smith JP, Libby D, Pasmantier M, Koizumi J, Flieder D, Vazquez M, Altorki N, Miettinen OS. Early Lung Cancer Action Project: Initial results of annual repeat screening. Cancer 2001;92:153-159.

7. Program and Consensus statements. Protocol International Conferences on Screening for Lung Cancer. Website: www.IELCAP.org.

8. Henschke CI, Yankelevitz DF, Smith JP, Miettinen OS. Screening for lung cancer: the Early Lung Cancer Action Approach. Lung Cancer 2002;35:143-148.

9. Xu DM, Lee IJ, Zhao S, Rowena Y, Farooqi A, Cheung EH, Connery CP, Frumiento C, Glassberg RM, Herzog G, Peeke J, Scheinberg P, Shah P, Taylor J, Welch L, Widmann M, Yoder M, Yankelevitz DF, Henschke CI. / CT screening for lung cancer: value of expert review of initial baseline screenings. // AJR Am J Roentgenol. 2015;204(2):281-6.

10. Vazquez M, Flieder D, Travis W, Carter D, Yankelevitz D, Miettinen OSM, Henschke CI. Early Lung Cancer Action Project Pathology Protocol. Lung Cancer 2003; 39:231-232.

11. Henschke CI, Boffetta P, Yankelevitz DF, Altorki N / Pathologic findings of lung tumors diagnosed on baseline CT screening. // Am J Surg Pathol. 2006;30(5):606-13

12. Flieder DB, Vazquez M, Carter D, Brambilla E, Gazdar A, Noguchi M, Travis WD, Kramer A, Yankelevitz DF, Henschke CI. / Screening for lung cancer: the Early Lung Cancer Action Approach. // Lung Cancer 2002;35:143-148.

13. Xu DM, Yip R, Smith JP, Yankelevitz DF, Henschke CI. / I-ELCAP Investigators. Retrospective review of lung cancers diagnosed in annual rounds of CT screening. // AJR Am J Roentgenol. 2014;203(5):965-72.

ТҰЖЫРЫМ

Г.Н. Исмаилова[1], Б.С. Дуйсенбаева[3], А.А. Жарипова[2], Е.И. Жаппаров[2], М.Е. Төлеутаев[2]

[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ., «А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ
[2]Қазақстан Республикасы, Астана қ., Астана қалаларының онкологиялық орталығы
[3]Қазақстан Республикасы, Астана қ., «Ұлттық кардиохирургия орталығы» АҚ

I-ELCAP хаттамасының негізгі ұғымдары - Ерте өкпе обырының халықаралық іс-қимыл бағдарламасы (әдеби шолу)

Ерте өкпе обырын анықтау жөніндегі Халықаралық іс-қимыл бағдарламасы (I-ELCAP) өкпенің қатерлі ісігінің ерте зертеу мен емделуге көмектеседі. I-ELCAP Халықаралық хаттама, бүкіл әлем бойынша ұлттық скринингтік бағдарламалар негізінде жатыр.

Түйінді сөздер: *ерте өкпе обыры, Ерте өкпе обырының халықаралық іс-қимыл бағдарламасы, I-ELCAP*

SUMMARY

G.N. Ismailova[1], B.S. Duysenbayeva[3], A.A. Zharipova[2], E.I. Zhapparov[2], M. E. Tuleutaev[2]

[1]AN Syzganov "National Scientific Center of Surgery" JSC, Almaty, the Republic of Kazakhstan
[2]Oncology Center of Astana, Astana, the Republic of Kazakhstan
[3]JSC «National Center of Cardiac Surgery», Astana, the Republic of Kazakhstan

The main issues of I-ELCAP protocol - international early lung cancer action program (literature review)

The International Early Lung Cancer Action Program (I-ELCAP) aims to promote early diagnosis and treatment of lung cancer. I-ELCAP international protocol underlies all national screening programs around the world.

Keywords: *early lung cancer, International Early Lung Cancer Action Program, I-ELCAP.*

УДК: 616-006.6-078-08

В.Г. ДАРИЙ[1], И.О. КОВЧЕГОВ[1], Н.Б. АНАРБАЕВ[1] ,С.А. ЛЮБКО[1]

[1]Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы, Республика Казахстан

Десмопластическая мелкокруглоклеточная опухоль: случай из практики

Десмопластическая мелкокруглоклеточная опухоль (ДМКО) — редкая и высокоагрессивная злокачественная опухоль брюшной полости. Прогноз при наличии такой опухоли особенно неблагоприятен, диапазон выживаемости — от 17 до 25 месяцев. В статье представлено клиническое наблюдение двух мужчин в возрасте 28-29 лет с поражением ДМКО малого таза, бронхов и легкого. Нами подробно изучена морфологическая патология опухоли, проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследования. Общепринятых протоколов лечения ДМКО на сегодняшний день не существует. В ходе предложенной терапий отмечено прогрессирование патологического процесса в обоих случаях с летальным исходом одного из пациентов.

Ключевые слова: *Десмопластическая мелкокруглоклеточная опухоль (ДМКО), нарушение экспрессии генов EWSR1 и WT1, наличие транслокации t (11:22) (p13, q12), редкая патология.*

Введение. Десмопластическая мелкокруглоклеточная опухоль (ДМКО) относится к редким и высокоагрессивным злокачественным образованиям с неблагоприятным прогнозом и полифенотипической дифференцировкой. Опухоль чаще возникает у детей и молодых мужчин с характерной локализацией в брюшной полости, реже – в грудной полости, полости таза или мошонке [1]. Диагноз ДМКО основывается на гистологическом исследовании материала и оценке экспрессии иммуногистохимических маркеров. Клетки опухоли могут одновременно экспрессировать эпителиальные (цитокератин, эпителиальный мембранный антиген), нейрон-специфические (нейрон-специфическая энолаза) и миогенные (десмин) маркеры. При микроскопическом исследовании в образцах опухоли между фрагментами коллагеновых волокон определяется скопление мелких круглых голубых клеток с гиперхромными ядрами. При иммуногистохимическом исследовании в 23% случаев опухолевые клетки экспрессируют антиген CD99, что также характерно и для саркомы Юинга. Дифференциальный диагноз ДМКО необходимо проводить с альвеолярной рабдомиосаркомой, саркомой Юинга, нейробластомой, злокачественной лимфомой. ДМКО ассоциируется с наличием транслокации t (11:22) (p13, q12), что приводит к нарушению экспрессии генов EWSR1 и WT1 [2]. Прогноз при наличии такой опухоли особенно неблагоприятен, диапазон выживаемости — от 17 до 25 мес. Не более чем у 20% пациентов отмечают 5-летнюю выживаемость при использовании агрессивных мультимодальных схем химиотерапии (ХТ). Данный фактор обусловлен поздней диагностикой заболевания [3]. Ввиду редкости данной патологии и трудности диагностирования опухоли, отсутствуют общепринятые критерии стадирования заболевания и стандарты лечения. Цель данного исследования: показать особенности ДМКО.

Мы наблюдали 2 случая с ДМКО за 6 месяцев 2016 года. В первом случае, диагноз ДМКО грудной полости поставлен мужчине 29 лет на аутопсии. Во втором случае, опухоль была локализована в районе малого таза у мужчины 28 лет. Приводим собственные наблюдения данной патологии.

Информация о пациенте №1:

Больной Б.Д.,1987г.р., поступил 05.10.16 года в торакальный центр КазНИИОиР в среднетяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры тела до 38 С°, кашель с трудно отделяемой мокротой с прожилками крови, боли в левой половине грудной клетки. Из анамнеза: считает себя больным с 29.04.16 года, когда обратился к терапевту в ГП №3 с жалобами на сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки. Получал неспецифическую противовоспалительную терапию по поводу: внебольничной нижнедолевой пневмонии слева. В конце июля отмечается появление вышеуказанных жалоб. На обзорной рентгенограмме грудной клетки от 30.07.2016 года выявлена левосторонняя полисегметная пневмония, осложненная экссудативным плевритом. На скорой помощи был доставлен в АОБ, где находился на лечении в период с 30.07 по 11.08.2016 года.

Был консультирован торакальным хирургом, рекомендована операция в объеме левосторонняя диагностическая видеоторакоскопия (ЛДВТС) слева с биопсией плевры. 29.08.16 года произведена операция ЛДВТС, торакотомия, пневмолизис, декортикация, биопсия. Гистология № 18473-75 от 08.09.2016 года: экссудативный плеврит с неспецифическим воспалением, с очагами кровоизлияния. 15.09.2016 года у пациента нарастает сердечная недостаточность, повышается температура, в связи с чем, бригадой скорой помощи был направлен в АОБ (госпитализирован в терапевтическое отделение). 21.09.2016 года была проведена плевральная пункция слева, по которой выставлен предположительный диагноз: осумкованный плеврит слева. Туберкулез?

С 3 по 5 октября 2016 года получил стационарное лечение в ННЦХ А.Н. Сызганова, где был произведен пересмотр стеклопрепаратов и стеклоблоков. По заключению гистологии № 14254 - 265 от 05.10.2016 года определена Диффузная злокачественная мезотелиома (эпителиоидный вариант ICD – O code 9052/3). Для дальнейшего лечения направлен в КазНИИОиР.

Диагностические и клинические данные пациента №1: Заключительный клинический диагноз: Мезотелиома плевры слева. St IV T4N2M1a. Канцерогенный

плеврит слева. Состояние после торакоскопии, дренирование плевральной полости слева. Не исключается центральный рак левого легкого.

Состояние после торакоскопии. На момент поступления в торакальный центр общее состояние средней степени тяжести за счет основного заболевания. В течение 5 дней пребывания в стационаре больной находился в тяжелом состоянии. 10.10.2016 года в 06 часов 35 минут был вызван дежурный реаниматолог, который в ходе осмотра и продолжающихся реанимационных мероприятий констатировал биологическую смерть.

Краткие данные из протокола вскрытия: На вскрытии в левой плевральной полости была обнаружена опухоль, инфильтрирующая межреберные мышцы, перикард, эпикард сердца, с муфтообразным охватыванием аорты и легочного ствола. Опухоль прорастала в ткань левого легкого и левый бронх с полной обтурацией его просвета, а также в диафрагму слева, вовлечением в опухолевый процесс левого надпочечника. Прогрессирующая сердечная недостаточность, обусловленная фибринозным перикардитом и атрофическими изменениями миокарда, привела к формированию тромба смешанного характера в просвете правого желудочка, легочного ствола и его ветвей с резким сужением их просвета; развитию дыхательной недостаточности, проявившейся в левосторонней тотальной пневмонии с формированием множественных геморрагических инфарктов легкого. Сформировавшийся тромбоэмбол обтурировал ствол легочной артерии, что явилось непосредственной причиной смерти. На рисунке 1 представлены данные гистологического исследования.

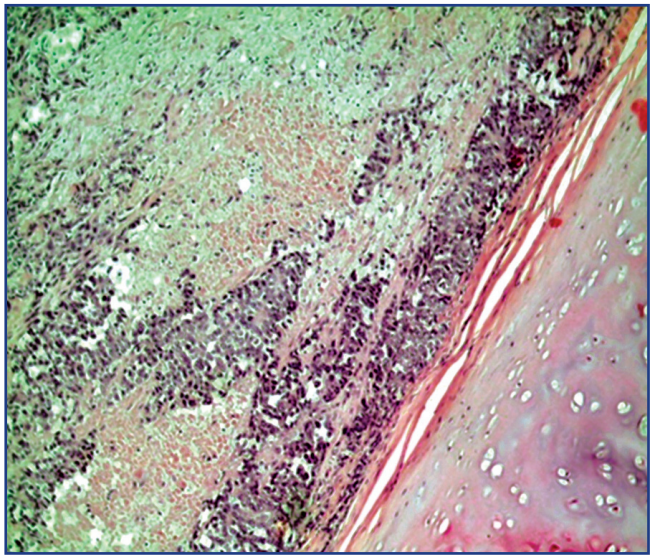


Рисунок 1 – Гистопрепарат стенки бронха с мелкоклеточной опухолью, состоящей из десмоплазированной стромы, с заключенными в ней гнездами и трабекулами округлых клеток, с обширными очагами некроза

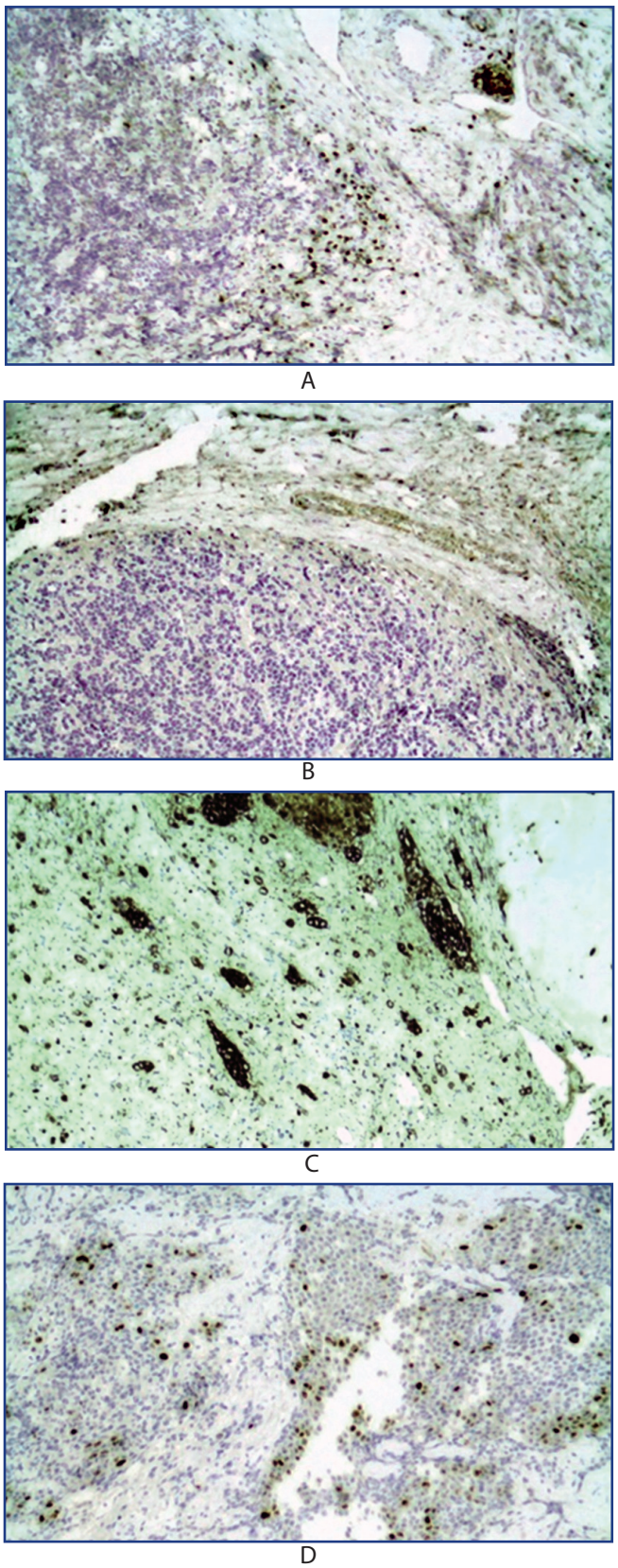


Рисунок 2 – ИГХ маркеры CD99, CD45, Desmin, Ki67

Данные иммуногистохимического исследования: Результаты иммуногистохимии (ИГХ) представлены на рисунке 2: Cytokeratin AE1/AE3 положителен на клетках опухоли. CD99 (рисунок 2a), CD45 (рисунок 2b), CalretininTTF1,WT1, Desmin (рисунок 2c) – отрицательны. Ki67 – 35% («по горячему пятну») (рисунок 2d).

Морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют десмопластической мелкокруглоклеточной опухоли плевры с перибронхиальным ростом (ICD - O Code 8806/3). Согласно гистологическому и иммуногистологическому анализам, был выставлен патологоанатомический диагноз, отличный от клинического

диагноза: Мелкокруглоклеточная опухоль плевры с прорастанием в перикард, эпикард, главный левый бронх, ткань легкого, купол диафрагмы слева (секционный материал № 9/16, иммунногистохимическое исследование № 337/16). Осложнения: хроническая сердечная недостаточность, дистрофические изменения миокарда, тромбоз центральных вен печени с центролобулярными некрозами гепатоцитов. Фибринозный перикардит. Прогрессирующая легочная недостаточность: левосторонняя тотальная бронхопневмония, множественные геморрагические инфаркты левого легкого.

Имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию: по I категории в связи с тяжелым состоянием пациента, трудностью диагностики данного заболевания, пребыванием пациента в стационаре 5 суток, полифенотипическими особенностями в виде коэкспрессии эпителиальных и мезенхимальных маркеров.

Информация о пациенте №2:

Пациент Е.Б. 1988г.р., был госпитализирован 16.08.16 года в центр абдоминальной онкологии КазНИИОиР с жалобами на чувство тяжести и дискомфорта в гипогастрии. Был осмотрен руководителем центра д.м.н. Кузикеевым М.О., предложено специализированное лечение. Из анамнеза: больным считает себя с июня 2016 года, когда появились вышеуказанные жалобы. Обратился в АО Национальный Научный Центр Хирургии им. А.Н. Сызганова, где прошёл обследование в объеме: 1) УЗИ ОБП от 04.08.16 года: Образование паренхимы печени – mts. Полипы стенки желчного пузыря. Объемное образование в брюшной полости и в малом тазу. Следы жидкости в брюшной полости. 2) КТ ОБП от 05.08.2016 года: Мезенхимальная опухоль брюшной полости неясного генеза (эмбрионально - клеточная саркома) с mts в печени. Асцит. Цитологическое исследование №10123-10135 от 09.08.16 года: Образование печени. Образование малого таза – забрюшинное. Заключение: нейробластома, симпатобластома. На основании выше изложенного выставляется клинический диагноз: рак брюшной полости St (T4NXM1) с метастазом в печени.

Диагностические и клинические данные пациента №2: При поступлении в КазНИИОиР пациенту первым этапом рекомендовано проведение циторедуктивного оперативного лечения по удалению основного очага с дальнейшим проведением курсов ПХТ. 26.08.16 года больному была произведена операция: Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, частичное удаление опухоли брюшной полости с направлением послеоперационного материала на гистологическое исследование (рисунок 3), наложение обходного илеотрансверзоанастомоза, выведение колостомы и дренирование брюшной полости.

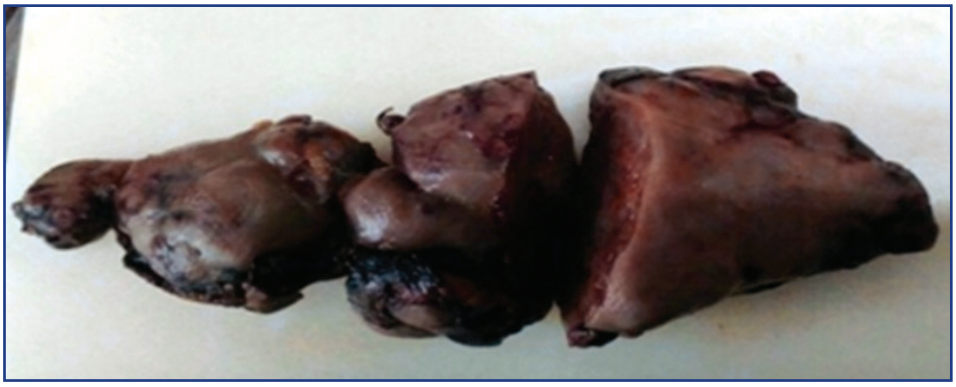


Рисунок 3 –Послеоперационный материал из забрюшинного пространства

Послеоперационный период протекал относительно гладко, без осложнений. 07.09.16 года, пациент был выписан с соответствующим противоопухолевым лечением.

Данные гистологического исследования: Микроскопия № 49834-38/16 года: Среди фиброзной стромы определяются множественные трабекулярные структуры из мелких округлых и овальных клеток с умеренно полиморфными округлыми и овальными ядрами, с формированием розеткоподобных структур; имеются очаги миксоматоза (рисунок 4). Заключение: морфологическая картина характерна для десмопластической мелкокруглоклеточной опухоли.

Данные ИГХ исследования: ИГХ исследование № 3268-70/16: PanCK, Desmin диффузно позитивны на опухолевых клетках (рисунок 5А, В). WT1 – негативен на

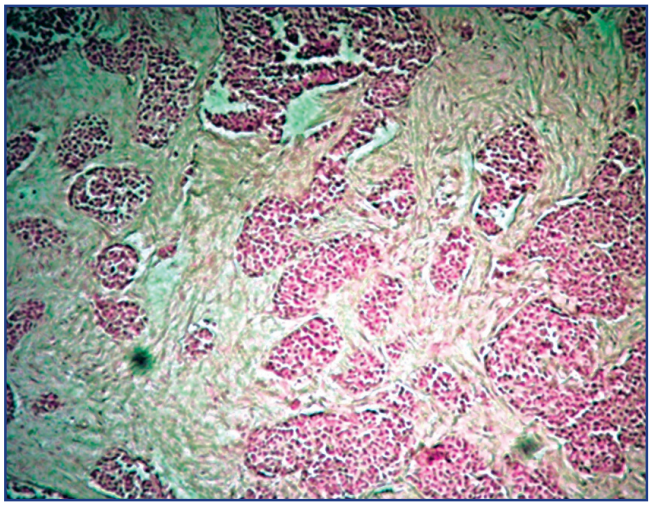
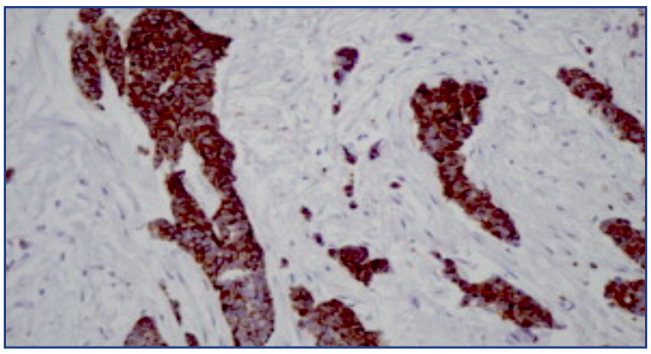
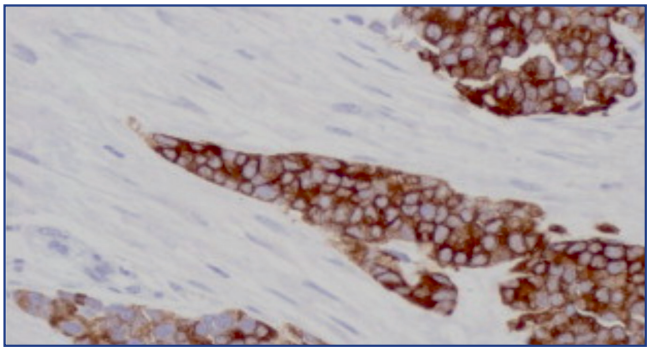


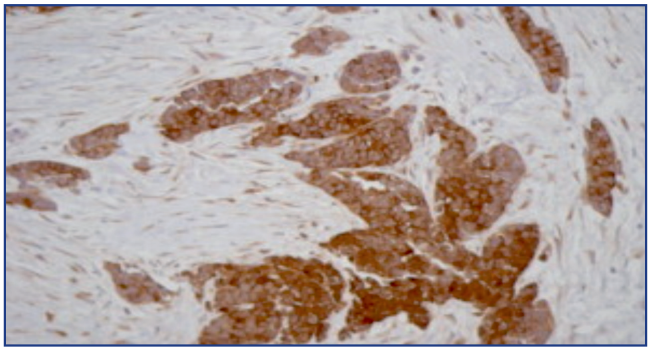
Рисунок 4 – Гистологический препарат опухоли забрюшинного пространства



A



B



C

Рисунок 5 – Результаты иммуногистохимического исследования опухоли с определением ДМКО

опухолевых клетках (рисунок 5С). Заключение: Иммунофенотип соответствует десмопластической мелкокруглоклеточной опухоли.

В результате гистологического и иммунохимического исследования был выставлен патоморфологический диагноз: ДМКО.

Обсуждение и выводы:

Наблюдаемые нами случаи имеют большую практическую значимость, так как встречаются крайне редко в патологоанатомической практике. Диагностика данных опухолей оказалась весьма затруднительной для клиницистов в связи с труднораспознаваемой симптоматикой [3]. В лечении пациентов с этой патологией ведущее место занимают мультидисциплинарный подход и индивидуализация лечения. Необходимо четко определить локализацию данной опухоли, морфологически доказать ее принадлежность к данному типу опухолей, определить роль хирургического лечения, химиолучевой терапии, а также преимущества новых методов лечения (интенсивно-модуляционной лучевой терапии и гипертермической интраперитонеальной ХТ). Что касается изучения генетических изменений, связанных с развитием данного вида опухоли, в будущем это может дать возможность установить патогенез и открыть новые терапевтические мишени в лечении ДМКО.

Список использованных источников

1. Christopher D.M. Fletcher., Julia A. Bridge., Pancras C.W. Hogendoorn. World Health Organization Classification of Tumours. – International Agency for Research on Cancer. – Lyon, 2013.

2. Kim J, Lee K, Pelletier J. The desmoplastic small round cell tumor t (11;22) translocation produces EWS/WT1 isoforms with differing oncogenic properties. // Oncogene. – 1998. – 16 (15). – P. 1973–1979.

3. Крячок И.А., Степанишина Я.А., Кущевой Е.В. и др. Десмопластическая мелкоклеточная опухоль: трудности и перспективы в диагностике и лечении // Онкология. – 2014. – 16(4). – С.288–293.

ТҰЖЫРЫМ

В.Г. Дарий[1], И.О. Ковчегов[1], Н.Б. Анарбаев[1], С.А.Любко[1]

[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Қазақ онкология және радиология ҒЗИ

Десмопластикалық кіші-дөңгелек жасушалық ісік: тәжірибеден алынған

Десмопластикалық кішідөңгелекжасушалы ісік (ДКДІ) - іш қуысының аз кездесетін және жоғары агрессивті қатерлі ісігі болып табылады. Бұл ісік түрінің болжамы өте нашар, өміршеңдік диапазоны 17-25 ай. Бұл мақалада 28 және 29 жастағы екі ер кісінің, іш қуысында, бронхта және өкпеде дамыған клиникалық байқауы көрсетілген. Біз бұл ісік түрінің морфологиясын гистологиялық және иммуногистохимиялық тәсілдермен толық зерттедік. ДКДІ-нің бүгінгі күнде жалпыға ортақ ем протоколдары жоқ. Екі жағдайда да ем барысында патологиялық үдеріс өршіп, бір науқас қайтыс болды.

Түйінді сөздер: *Десмопластикалық кішідөңгелекжасушалы ісік (ДКДІ), EWSR1 және WT1 гендер экспрессияның бұзылуы, t (11:22) (p13, q12) транслокацияның болуы, сирек кездесетін патология.*

SUMMARY

V.G. Dariy[1], I.O. Kovchegov[1], N.B. Anarbaev[1], S.A. Lyubko[1]

[1]Kazakh Scientific Research Institute of Oncology and Radiology, Almaty, the Republic of Kazakhstan

Desmoplastic small round cell tumor: cases from practice

Desmoplastic small-cell tumor (DMC) is a rare and highly aggressive malignant tumor of the abdominal cavity. The prognosis for such a tumor is especially unfavorable; the survival range is 17 to 25 months. The article presents a clinical observation of two men aged 28-29 years with a lesion of small pelvis, bronchus and lung. We have studied in detail the morphological pathology, histology and immunohistochemistry of the tumor. Currently, there are no generally accepted DMC treatment protocols. During the treatment, the pathological process progressed in both cases, with one fatal outcome..

Keywords: *eDesmoplastic small-cell tumor (DMC), EWSR1 & WT1 gene expression disorder, presence of t translocation (11:22) (p13, q12), rare pathology.*

УДК: 606-006.03/616.24-006-079.1

М.В. САВОСТИКОВА[1], Е.Ю. ФУРМИНСКАЯ[1], Ж.Б. ЕЛЕУБАЕВА[2]

[1]ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина», г. Москва, Российская Федерация
[2]КазНИИОиР, г. Алматы, Республика Казахстан

Современный подход в цитологической диагностике опухолей легких

Оценка возможностей цитологического метода в диагностике опухолей легких с использованием жидкостной технологии. Использование иммуноцитохимических исследований в диагностике опухолей легких позволяет расширить возможности современных цитоморфологических методов и на дооперационном этапе диагностировать первично-множественные новообразования, степень распространения патологического процесса и верифицировать диагноз.

Ключевые слова: *цитологическая диагностика, опухоли легкого, иммуноцитохимический метод.*

Рак легкого (РЛ) – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований. В 2012 году в России и Казахстане выявлено 59111 новых случаев этого заболевания. За последние 5 лет абсолютное число заболевших мужчин снизилось на 4,4%, а женщин – увеличилось на 3,8%. Доля РЛ в структуре онкологической заболеваемости мужского населения варьировала от 10,5% до 17-26%; у женщин – от 2,5% до 5,2% [4] .

Среди комплексных методов предоперационной диагностики опухолей легких, цитологический метод занимает одно из ведущих мест. Чувствительность цитологического метода диагностики высока и составляет 89,4-97,3%, специфичность – 79-98%. Диагноз карциномы удается подтвердить в 83%: при локализации опухоли в прикорневой зоне – у 62% пациентов, в средней – у 79% и в плащевой – у 88% больных. При диаметре новообразования до 3 см (Т1) результативность метода составляет около 70%, более 3 см (Т2-Т3) – 85-90%. Цитологическое исследование материала, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), позволяет определить гистологическую форму в 65% исследований и установить степень ее дифференцировки – в 40% случаев [1, 6, 7, 12]. Такие осложнения, как гемоторакс, гидроторакс и имплантационное метастазирование, крайне редки [5].

Распределение больных в зависимости от формы заболевания легких (в том числе, доброкачественные и инфекционные) следующее: эпителиальные злокачественные опухоли составляют 27,9%, метастатические опухоли – 0,9%, саркомы – 0,5% [8]. Клинически РЛ классифицируется как немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) и мелкоклеточный (МРЛ) [14]. Из всех злокачественных новообразований легкого, карциномы составляют 95%. При этом, плоскоклеточный рак (ПРЛ) чаще наблюдается у мужчин – 44% всех случаев, чем у женщин - 25% случаев, тогда как аденокарцинома (АКЛ), наоборот, чаще встречается у женщин – 42% случаев, чем у мужчин – 28% случаев. Мелкоклеточная и крупноклеточная карциномы выявляются в 20% случаев, недифференцированный рак – в 9% случаев [14].

Использование морфологических критериев с учетом классификации новообразований легких позволяет цитологам и гистологам поставить точный диагноз для дальнейшего проведения лечения по протоколу. Учитывая тот факт, что цитологический метод является первичным морфологическим диагностическим исследованием, результаты его во многом определяют дальнейшую лечебную тактику. Однако возникают трудности диагностики при идентификации низкодифференцированных карцином, анапластических, диморфных раков, метастатических новообразований, в связи с чем возникает необходимость в применении новых дополнительных уточняющих методов, таких как иммуноцитохимическое исследование (ИЦХ) [2]. В этом контексте, метод ИЦХ является одним из инструментов, который позволяет различить данные типы опухолей и на дооперационном этапе уточнить гистогенез, диагностировать первично-множественные поражения, степень распространения и оценить некоторые показатели прогноза и чувствительность опухоли к химиогормонотерапии [1]. Значимыми маркерами для первичной диагностики опухолей легких являются: CK7, CK20, тиреоидный фактор транскрипции TTF-1, хромогранин А, синаптофизин, CD56; белки сурфактанта; p63, CK5/6. [10, 17, 18, 19]. По данным литературы, уровень экспрессии TTF1 в АКЛ колеблется от 73-92% [9, 11, 13, 15, 17]. Данный антиген не является непосредственной мишенью для таргетной терапии, но может являться предсказательным фактором – маркером чувствительности при выборе терапии пеметрекседом. Maoxin Wu, Beverly Wang и др. (2003) в своей работе на небольшом материале изучили и показали целесообразность использования ИЦХ-маркеров p63 и TTF-1 для дифференциальной диагностики низкодифференцированного ПРЛ и МРЛ. Авторы отмечают, что ядерное TTF-1 окрашивание было положительным и чаще выраженным в 20 (87%) из 23 случаев наблюдения МРЛ (14/17 гистологических срезов, 6/6 цитоблоков). В своей работе они подтверждают, что TTF-1 является фактором, определяющим дифференциацию клеток легких, щитовидной железы. Его экспрессия выявляется в 81%-100% наблюдений МРЛ, и только редкие случаи ПРЛ показывают положительное окрашивание антигена-TTF-1 – всего 7-9%.[16]. Помимо TTF-1 экспрессии, МРЛ подтверждается положительной реакцией на синаптофизин (сильной, диффузной), хромогранин А (фокусно) и NSE (фокусно, слабо). Белок p63 играет важную роль в поддержании целостности и дифференциации плоского эпителия, поддерживая

баланс между базалоидными и недифференцированными стволовыми клетками. В работе показано, что чувствительность и специфичность иммуногистохимического определения белка p63 в качестве маркера для выявления плоскоклеточной карциномы составили 100%; положительная и отрицательная прогностическая ценность и общая точность теста (правильной классификации) также равны 100%. Являясь ядерными белками, TTF-1 и p63 позволяют избежать проблем, связанных с обнаружением цитоплазматических антигенов в опухолевых клетках со скудной цитоплазмой. Использование CK7 и CK20 дает возможность установить, является ли опухоль легкого первичной АК (CK7+ и CK20-), АК со слизеобразованием (CK7+ и CK20+) или метастазом опухоли желудочно-кишечного тракта (CK7- и CK20+) [16,17, 19].

Цель исследования. Оценка возможностей иммуноцитохимического метода в цитологической диагностике первичных и метастатических образований легкого с использованием жидкостной технологии Cytospin.

Материалы и методы. В лаборатории клинической цитологии ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина в 2014-2015 году выполнено 955 иммуноцитохимических исследований на материале 291 пациента с различной онкопатологией. Из них, для уточнения гистологической формы новообразования легкого (первичного или метастатического) проведено 440 ИЦХ исследований 118 пациентам (77 мужчин и 41 женщина). Средний возраст пациентов составил 63,6 года (23-84 года). Большинство пациентов имело клинический диагноз «Рак легкого», в трети случаев врач не исключал и вторичное поражение легкого метастазом другой опухоли.

Цитологический материал был получен при трансторакальной пункции у 105 пациентов (89%), при бронхоскопическом исследовании – у 7 (5,9%) пациентов, при аспирации содержимого бронхов – у 4 (3,4%) пациентов. В одном исследовании проводился ИЦХ-анализ мокроты (0,85%), и ещё в 1 исследовался отпечаток кусочка образования главного бронха (0,85%).

ИЦХ-исследования проводились на иммуногистостейнере Вентана (BenchMark ULTRA). Для ИЦХ-анализа применяли МКАТ фирмы Dako к общим цитокератинам (клон MNF116, разведение 1:50–1:100), цитокератину 20 (клон KS20.8, разведение 1:25-1:50), цитокератину 5/6 (клон D5/16 B4, разведение 1:50), TTF-1 (клон 8G7G3/1, разведение 1:200), хромогранину А (клон DAK-A3, разведение 1:100-1:200), синаптофизину (клонSY38, разведение 1:10-1:20), Cdx2 (клон DAK Cdx2, 1:50), RCC (клон SPM3/4, разведение 1:50), Melan A (клон A103, разведение 1:25), HMB 45 (клон HMB45, разведение 1:50), ER α (клон 1D5, разведение 1:60), PR (клон RgR 636, разведение 1:50), тироглобулину (клон DAK-Tg6, разведение 1:100), CA125 (клон M11, разведение 1:20), CD45 (клон 2B11+PP7/26), белку S100 (поликлональные кроличьи антитела Anti-S100, разведение 1:400), Vimentin (клон V9, разведение 1:100); моноклональным кроличьим антителам Cell Marque: к CD56 (MRQ-42, разведение 1:250), цитокератину 7 (OV-TL 12/30, разведение 1:400). Цитопрепараты докрашивали гематоксилином Майера и заключали под покровное стекло с помощью канадского бальзама. Реакции проводились на цитологических монослойных мазках, полученных при накоплении пунктатов в специальной питательной среде с последующим центрифугированием на системе Cytospin – 3 в режиме 1000 g/мин. в течение 5 минут (Cytospin-технология).

С учетом формулировок цитологических заключений, материал был распределен на несколько групп:

- уверено поставленный диагноз первичной аденокарциномы лёгких (АКЛ),
- предположительное заключение об АКЛ,
- низкодифференцированный рак, возможно, немелкоклеточный ,
- дифференциальная диагностика первичной АКЛ и метастаза,
- злокачественная опухоль неэпителиальной природы (таблица 1).

Из 118 пациентов, в 55 случаях был поставлен уверенный цитологический диагноз АКЛ, с подтверждением средствами ИЦХ в 94,5% случаев положительной экспрессией CK7 и TTF1 (рисунки 1,2,3). В 50% исследований первичных АКЛ отмечалась выраженная экспрессия CK20, что характерно для слизеобразующих карцином (рисунки 1,2,3).

В этой группе заключений в одном варианте АК показала TTF-1 негативный фенотип, и ещё в 1 был выявлен МТС АК кишки, иммуноцитохимически наблюдалась экспрессия Cdx2 и CK20 (при CK7-/ TTF-1) (рисунки 4,5) (таблица 1).

В 6 наблюдениях из 118, диагноз АКЛ был поставлен в предположительной форме. После проведения ИЦХ исследования в 2х случаях подтвердилась АКЛ (TTF1+/ CK7+), в 4х экспрессия TTF1 отсутствовала (таблица 1).

Таблица 1 – Варианты цитологических заключений

Типы цитологических заключений	Число наблюдений	Количество исследований, направленных на ИЦХ – заключения ИЦХ
АК (уверенно)	55 (46,6 %)	52 – АКЛ (уверенно)
		1 –АКЛ (предположительно)
		1 – Метастаз АК кишечного типа
		1 – ИЦХ неинформативно
АК (предположительно)	6 (5,08%)	4 – АКЛ (предположительно)
		2 – АКЛ (уверенно)
Низкодифференцированный рак!	22 (18,6%)	15 – АКЛ
		4 – МКЛ
		1 – ПКЛ
		2 – ИЦХ неинформативно

Первичная АКЛ или метастаз другой опухоли	31 (26,3%)	13 – АКЛ
		4 – Метастаз АК кишки
		4 – Метастаз почечно-клеточного рака (ПКР)
		4 – Метастаз уротелиального рака
		2 – Метастаз рака молочной железы (РМЖ)
		4 – ИЦХ неинформативно
Злокачественная опухоль неэпителиальной природы	4 (3,4%)	2 – Злокачественная опухоль неэпителиальной природы / детализация не требовалась
		2 – Метастаз меланомы
Неинформативное исследование	–	7 (5,9%)
Итого	118 (100%)	

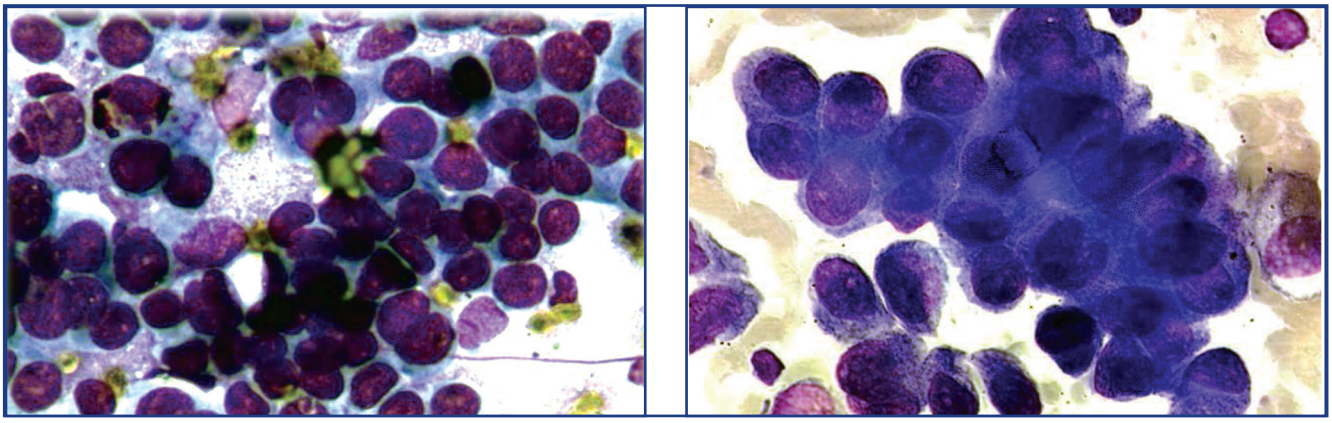


Рисунок 1 – Цитограмма АКЛ, Х200, Х400

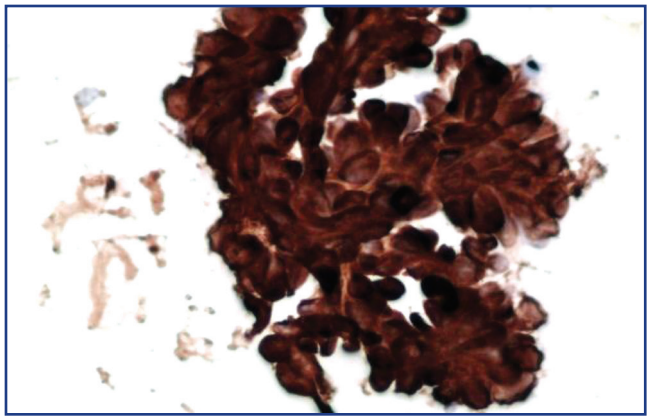


Рисунок 2 – Положительная цитоплазматическая ИЦХ-реакция СК7 в клетках АКЛ, Х200

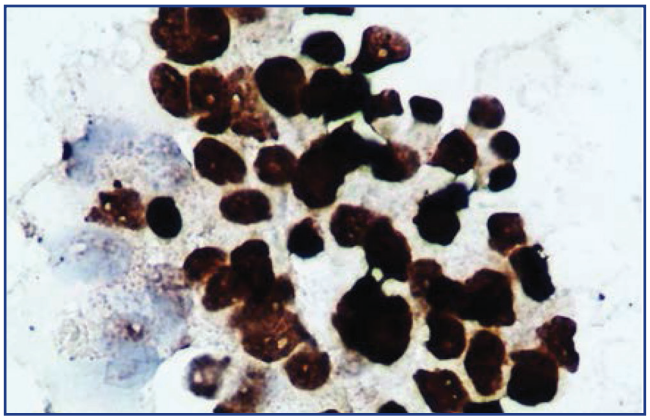


Рисунок 3 – Положительная ядерная ИЦХ-реакция TTF1 в клетках АКЛ, Х200

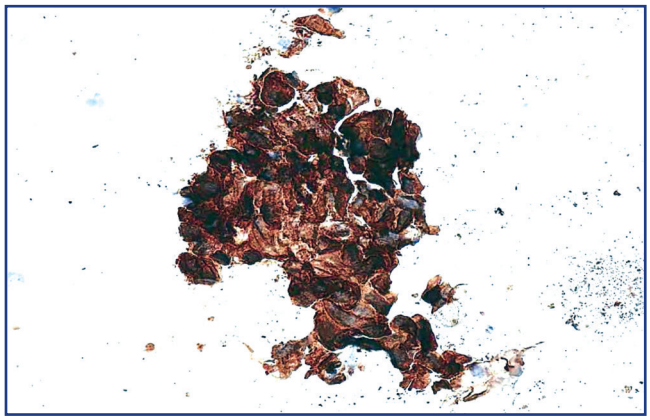


Рисунок 4 – Положительная цитоплазматическая ИЦХ-реакция СК20 в клетках АК кишки, Х200

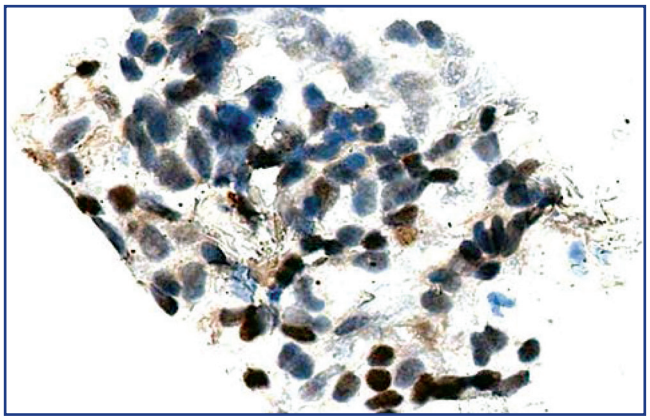


Рисунок 5 – Положительная ядерная ИЦХ-реакция Cdx2 в клетках АК кишки, Х200

В 31 наблюдении необходимо было исключить метастаз другой опухоли. После ИЦХ исследования в 13 наблюдениях верифицировали первичную АКЛ (TTF1+/CK7+) (таблица 2). В 4 наблюдениях был выявлен метастаз АК кишки (Cdx2+/CK20+/ TTF1-/CK7-), в 4х – метастаз ПКР (RCC+/CK20-/TTF1-/CK7-), в 4х – метастаз уротелиальной карциномы (CK20+/TTF1-/CK7+) и в 2х – метастаз РМЖ (RE+/CK20-/TTF1-/CK7+) (рисунки 6, 7,8, 9, 10, 11).

Таблица 2 – Сопоставления цитограмм с результатами ИЦХ исследований

Типы цитологических заключений	Число наблюдений	Количество исследований, направленных на ИЦХ – заключения ИЦХ
Первичная АКЛ? Метастазы в легкое? Первично-множественные опухоли?	31 (26,32%)	13- АКЛ: (1- ПММР-ПКР) (1- ПММР-рак тела матки)
		4 – Метастаз АК кишки
		4 – Метастаз ПКР
		4 – Метастаз уротелиального рака
		2 – Метастаз РМЖ
		4 – ИЦХ неинформативно

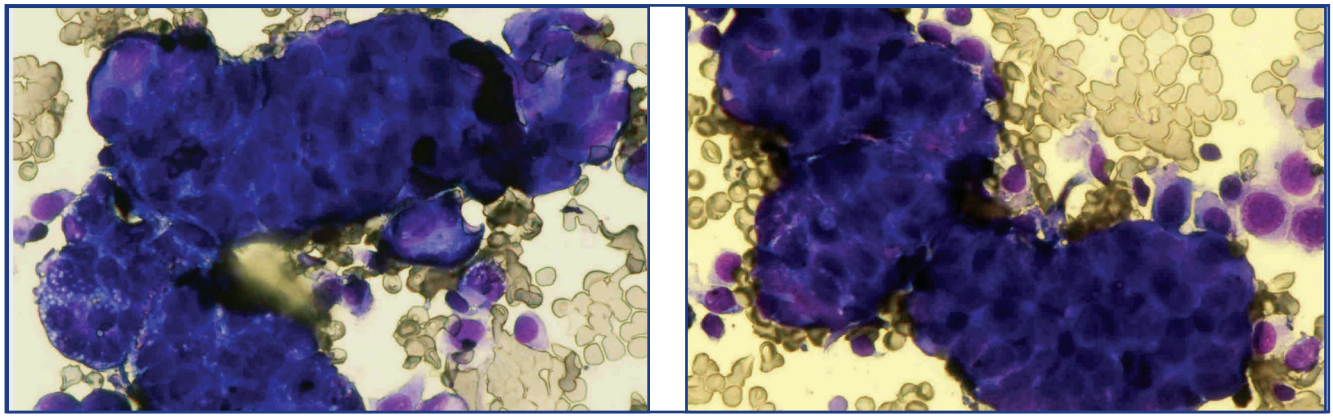


Рисунок 6 – Цитограмма метастаза папиллярного ПКР в легкое, Х200

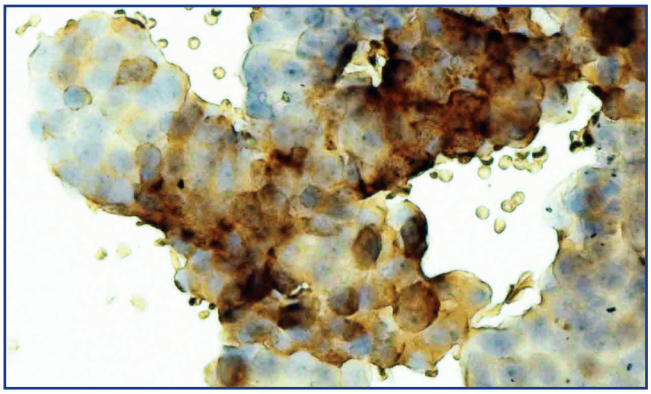


Рисунок 7 – Положительная ИЦХ-реакция RCC в клетках папиллярного ПКР, Х200

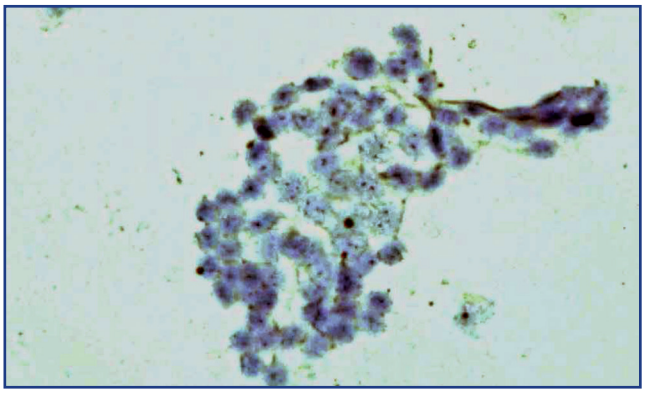


Рисунок 8 – Отрицательная ИЦХ-реакция TTF1 в клетках папиллярного ПКР, Х200

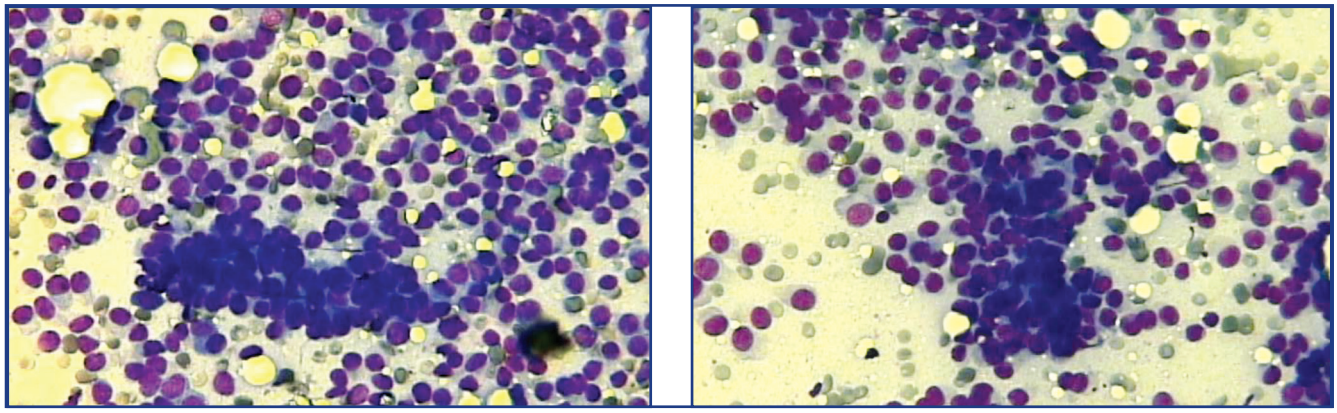


Рисунок 9 – Цитограмма метастаза РМЖ в легкое, Х200

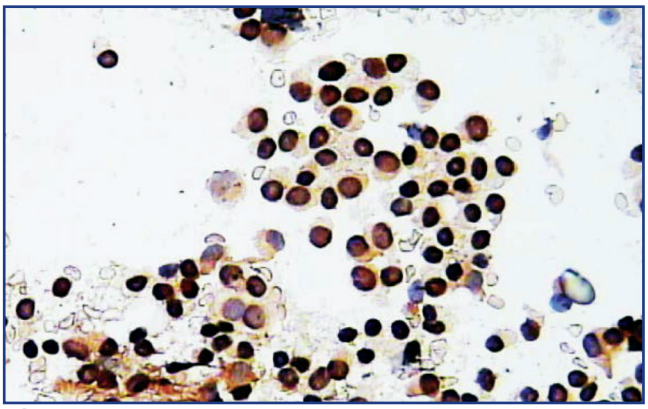


Рисунок 10 – Положительная ядерная ИЦХ-реакция РЭ в клетках метастаза РМЖ, Х200

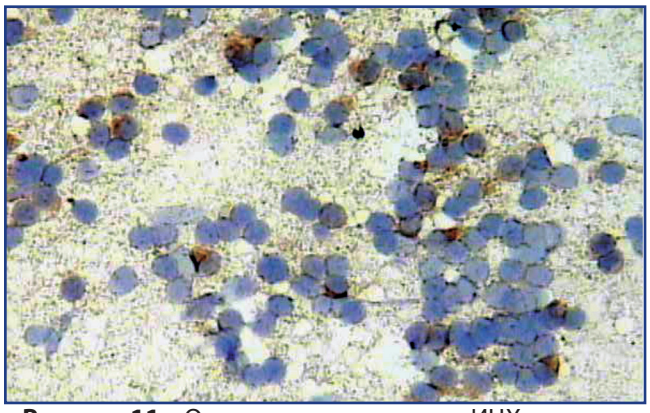


Рисунок 11 – Отрицательная ядерная ИЦХ-реакция TTF1 в клетках РМЖ, Х200

Пятую часть исследований составили опухоли, наиболее сложные для цитоморфологической верификации – низкодифференцированные карциномы (таблица 3).

Из 22 наблюдений (18,6%), после ИЦХ-исследования 15 оказались первичными АКЛ (TTF1+/CK7+). Экспрессия нейроэндокринных маркеров синаптофизина, хромогранина А, CD56 и TTF1+ при отсутствии реакций с МКАТ к CK7-/CK20- позволили в 4х наблюдениях утвердительно поставить диагноз МРЛ, в одном – ПРЛ (CK5/6+/ TTF1-/CK7-/CK20-) (Рисунки 12, 13, 14, 15, 16).

Таблица 3 – Данные ИЦХ анализов по низкодифференцированным опухолям

Типы цитологических заключений	Число наблюдений	Количество исследований, направленных на ИЦХ – заключения ИЦХ
Низкодифференцированный рак! НМКР?	31 (26,32%)	15 – АКЛ
		4 – МКР
		1 – ПКР
		2 – ИЦХ неинформативно / выражен воспалительный компонент, мало опухолевых клеток

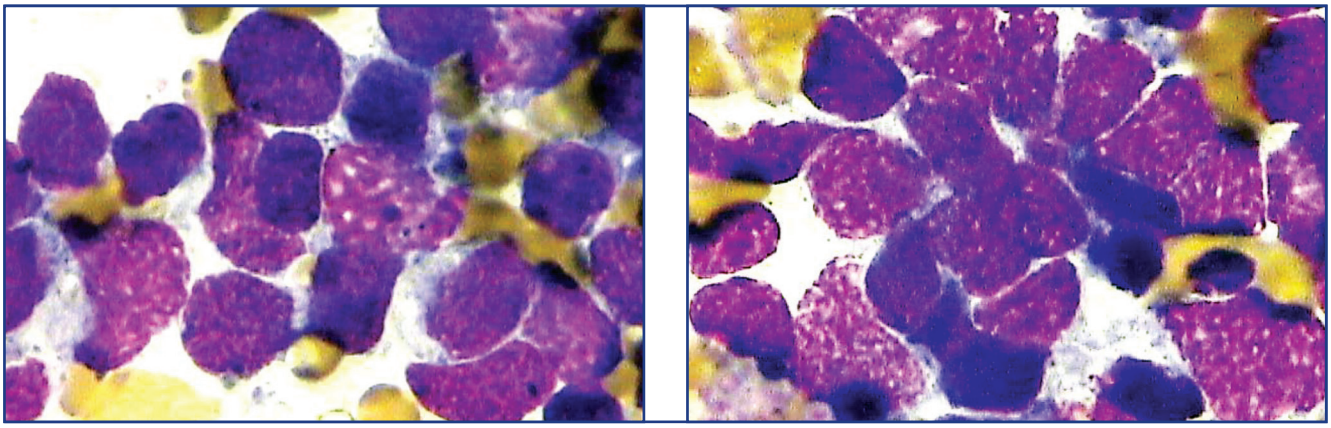


Рисунок 12 – Цитограмма МРЛ, Х1000

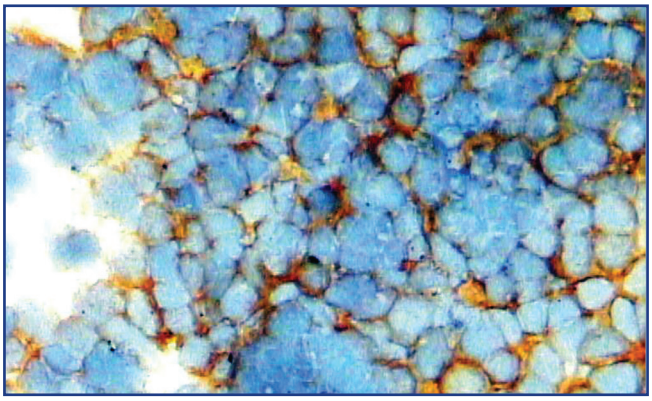


Рисунок 13 – Положительная ИЦХ-реакция хромогранина А в клетках МРЛ, Х200

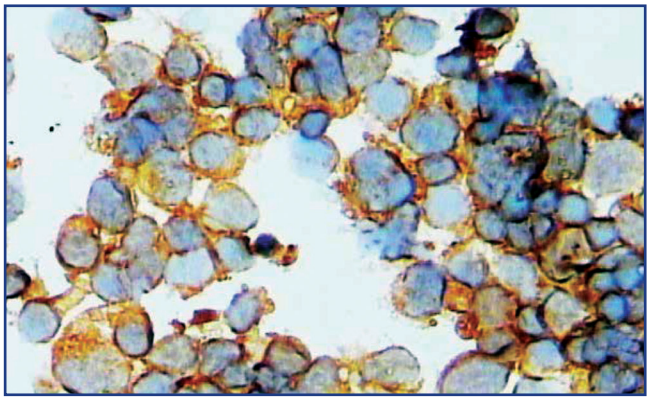


Рисунок 14 – Положительная ИЦХ-реакция синаптофизина в клетках МРЛ, Х200

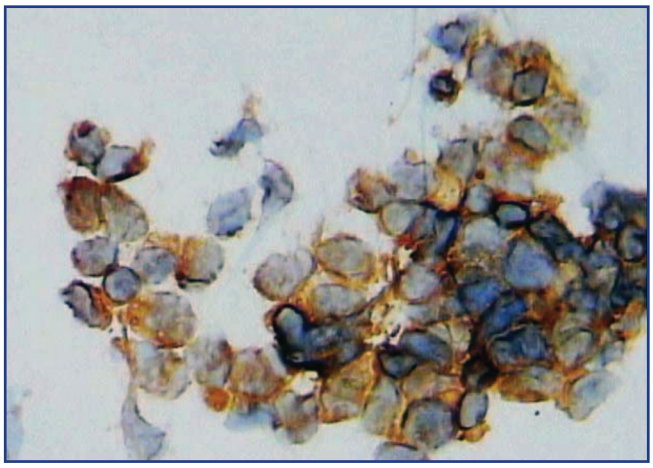


Рисунок 15 – Положительная ИЦХ-реакция CD56 в клетках МРЛ, Х200

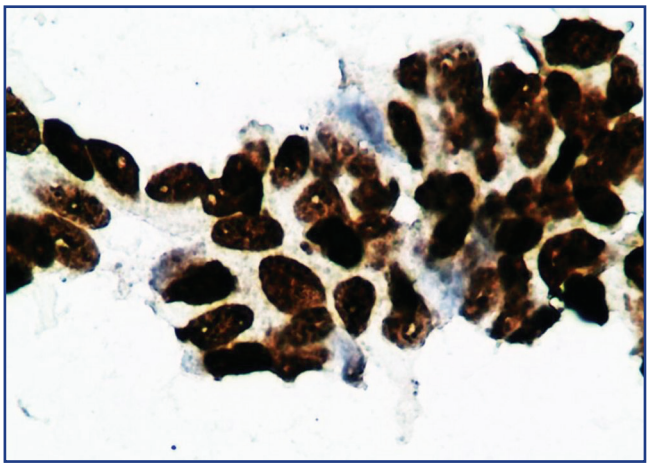


Рисунок 16 – Положительная ИЦХ-реакция TTF1 в клетках МРЛ, Х200

Злокачественные опухоли неэпителиальной природы – самая малочисленная группа, всего 4 наблюдения, из которых в 2х имели место метастазы меланомы, подтвержденные иммуноцитохимическими реакциями с маркерами к меланосомным антигенам HMB45, Melan A и белку S100. В 2х случаях требовалось подтвердить или исключить наличие рецидива опухоли легкого неэпителиальной природы (ЭМА-/общие цитокератины -/виментин+) без дополнительных уточнений.

Неинформативный материал составил 5,9% и был обусловлен выраженными дистрофическими и дегенеративными изменениями клеток, полученных из очагов некроза, кистозными изменениями, малым количеством материала.

Заключение. Чувствительность 955 ИЦХ-исследований на материале 291 пациента с различной онкопатологией в определении первичной карциномы легкого, гистологического типа рака и органной принадлежности метастатических опухолей составила 95,6%.

1. При ИЦХ-исследовании АКЛ, экспрессия TTF-1 наблюдалась в 90,6%. Определение данного маркера в 24% наблюдений позволило уверено диагностировать первичную АКЛ.

2. Применение ИЦХ-исследования при низкодифференцированных карциномах и недифференцированных новообразованиях в 53% случаев позволило верифицировать первичную АКЛ и в 27% случаев – определить наличие метастаза и его органную принадлежность.

3. При ИЦХ-исследовании карцином с низкой дифференцировкой, 20% из них были верифицированы как МРЛ, 80% – как НМРЛ.

4. Считаем актуальным проведение ИЦХ-исследования при первично-множественных опухолевых заболеваниях.

Таким образом, использование иммуноцитохимических исследований в диагностике опухолей легких позволяет расширить возможности современных цитоморфологических методов и на дооперационном этапе уточнить гистогенез новообразования, диагностировать первично-множественные поражения, степень распространения патологического процесса.

Список использованных источников

1. Волченко Н.Н., Савостикова М.В. Атлас цитологической и иммуноцитохимической диагностики опухолей. – Москва: Репроцентр, 2010. – С.158-162. раздел-

2. Волченко Н.Н., СавостиковаМ.В. Возможности иммуноцитохимического исследования в онкологии. // Новости клинической цитологии России. – 2003. – Т.7 – №1-2. – С.49-50.

3. Глузман Д.Ф., Скляренко Л.М., Надгорная В.А., Крячок И.А. Диагностическая иммуноцитохимия опухолей. – Киев: Морион. – 2003. – С. 28-31.

4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. – Москва: Издательская группа РОНЦ. – 2014. – 226 с.

5. Трахтенберг АХ., Франк ПА., Волченко Н.Н., Стукалов М.А, Колбанов К.И. Медиастинальная лимфоаденэктомия при немелкоклеточном раке легкого: Пособие для врачей. – Москва. Издательская группа РОНЦ.-2003

6. Филимонова Е.С., Тарасенко С.Л., Дыхно Ю.А., Хлебникова Ф.Б. Оценка эффективности цитологической диагностики злокачественных новообразований легких // Сибирское медицинское обозрение . – 2014. – №3 (87). – С.65-69.

7. Маринов Д.Т., Полоцкий Б.Е., Лактионов К.К., Юдин Д.И., Маргарян А.Г., Аллахвердиев А.К., Назлиев П.Б. Трансторакальная пункция как метод выбора для морфологической верификации новообразований средостения в амбулаторных условиях. // Вестник ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2015. – Том 26, №1. – С.56.

8. Шапиро Н.А. Цитологическая диагностика заболеваний легких: Цветной атлас. – М.: Репроцентр М, 2005. – С. 8-33.

9. Bakir K, Koçer NE, Deniz H, Güldür ME. TTF-1 and surfactant-B as coadjuvants in the diagnosis of lung adenocarcinoma and pleural mesothelioma. // Ann Diagn Pathol. – 2004. – №8. – P. 337-341.

10. Matoso A, Singh K, Jacob R, Greaves WO, Tavares R, Noble L, Resnick MB, Delellis RA, Wang LJ Comparison of thyroid transcription factor-1 expression by 2 monoclonal antibodies in pulmonary and nonpulmonary primary tumors. // Appl Immunohistochem Mol Morphol. – 2010. – №18. – P.142-149

11. Ilhan Demirci, Susanne Herold, Andreas Kopp et al. Overdiagnosis of a typical carcinoid tumor as an adenocarcinoma of the lung: a case report and review of the literature // World Journal of Surgical Oncology. – 2012. – №10. – P.19.

12. Tabatabai ZL, Auger M, Kurtycz DFI, Laucirica R, Souers RJ, Nayar R, Khalbuss WE, Moriarty AT, Fraig M. Do liquid-based preparations of pulmonary bronchial brushing specimens perform differently from classically prepared cases for the diagnosis of malignancies?: Observations from the college of American pathologists interlaboratory comparison program in nongynecologic cytology // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. – 2015, February 01. – Vol. 139, № 2. – P. 178-183.

13. Hecht JL, Pinkus JL, Weinstein LJ, Pinkus GS. The value of thyroid transcription factor-1 in cytologic preparations as a marker for metastatic adenocarcinoma of lung origin // American Journal of Clinical Pathology. – 2001. – №116. – P.483-488.

14. Parkin M., Tyczynski J.E., Boffetta P., Samet J., Shields P., Caporaso N. Lung cancer epidemiology and etiology // Tumours of the Lung. – 2010. - №2004. – P.12 -15.

15. Moldvay J, Jackel M, Bogos K, Soltész I, Agócs L, Kovács G, Schaff Z. The role of TTF-1 in differentiating primary and metastatic lung adenocarcinomas // Pathology and Oncology Research. – 2004. – №10. – P.85-88.

16. Maoxin Wu, Beverly Wang, Joan Gil, Edmond Sabo, Lorraine Miller, Li Gan, David E Burstein. P63 and TTF-1 Immunostaining // American Journal of Clinical Pathology. – 2003. – № 119(5)P. 696-702.

17. Su YC, Hsu YC, Chai CY. Role of TTF-1, CK20, and CK7 immunohistochemistry for diagnosis of primary and secondary lung adenocarcinoma.// American Journal of Medical Sciences. – 2006, Jan. – №22 (1). – P.14-19.

18. La Rosa S, Chiaravalli AM, Placidi C, Papanikolaou N, Cerati M, Capella C. TTF1 expression in normal lung neuroendocrine cells and related tumors: immunohistochemical study comparing two different monoclonal antibodies. // Virchows Archive. – 2010. – №457. – P.497-507.

19. Compérat E, Zhang F, Perrotin C, Molina T, Magdeleinat P, Marmey B, Régnard JF, Audouin J, Camilleri-Broët S. Variable sensitivity and specificity of TTF-1 antibodies in lung metastatic adenocarcinoma of colorectal origin. // Modern Pathology. – 2005. – №18. – P.1371-1376.

20. Yatabe Y, Mitsudomi T, Takahashi T. TTF-1 expression in pulmonary adenocarcinomas. // American Journal of Surgical Pathology. – 2002, June. – №26(6). – P.767-773.

ТҰЖЫРЫМ

М.В.Савостикова[1], Е.Ю.Фурминская[1], Ж.Б.Елеубаева[2]

[1]Ресей Федерациясы, Мәскеу қ., «Н.Н.Блохин атын. РОҒО» ФМБМ
[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ., ҚазОРҒЗИ

Өкпе ісіктердің цитологиялық диагностикасындағы заманауи тәсілі

Сұйықтық технологияны қолдануымен өкпе ісіктердің диагностикасында цитологиялық әдістің мүмкіндіктерін бағалау. Өкпе ісіктердің диагностикасындағы иммуноцитохимиялық зерттеулердің қолдануы заманауи цитоморфологиялық әдістердің мүмкіндіктерін кеңейтуге және операцияға дейінгі кезеңде алғашқы-көптік ісіктерін, патологиялық барыстың таралу дәрежесін диагностикалауға және диагнозды анықтау мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: *цитологиялық диагностика, өкпенің ісіктері, иммуноцитохимиялық әдіс.*

SUMMARY

MVSavostikova[1], E.Yu.Furminskaya[1], Zh.B.Eleubayeva[2]

[1]National Cancer Center named after N.N. Blokhin, Moscow, Russian Federation
[2]Kazakh Institute of Oncology and Radiology, Almaty, Republic of Kazakhst

Modern approach in cytological diagnosis of lung tumors

Evaluation of the possibilities of the cytological method in the diagnosis of lung tumors using liquid biopsy. Implementing of immunocytochemistry in the diagnosis of lung tumors makes possible to expand the capabilities of modern cytomorphological methods , to diagnose primary-multiple neoplasms ,to extent of the pathological process, and verify the diagnosis at the preoperative stage.

Key words: *cytological diagnostics, lung tumors, immunocytochemical method.*

УДК: 616.65.2:615.849.2

И. ТАЖЕДИНОВ[1], Ж.М. АМАНКУЛОВ[1], Ш.Ж. ТАЛАЕВА[1], Ш.К. ХУСАИН[2], У.К. ЖАЛМУКАШ[3]

[1]КазНИИ онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан
[2]Медицинский университет Астана, Астана, Республика Казахстан
[3]КазНУ им. Аль-Фараби, Алматы, Республика Казахстан

Возможности ядерной медицины в диагностике и лечении костных метастазов рака молочной железы

Ядерная медицина (ЯМ) находит широкое применение в диагностике и лечении рака молочной железы (РМЖ). В статье анализируются статистические данные онкологической службы Республики Казахстан за 2015 год в аспекте определения пациентов с РМЖ, нуждающихся в радионуклидной диагностике (РНД) и радионуклидной терапии (РНТ).

Ключевые слова: *рак молочной железы, ядерная медицина, радионуклидная диагностика, радионуклидная терапия, сцинтиграфия, позитронно- эмиссионная томография.*

Актуальность. Ядерная медицина (ЯМ) имеет важное значение в диагностике и лечении рака молочной железы (РМЖ). Из радионуклидных методов диагностики (РНД) широко используется однофотонная эмиссионная компьютерная томография совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ/КТ) и позитронно-эмиссионная томография совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) с применением остеотропных и опухолетропных γ-излучающих и позитрон (β+)-излучающих радионуклидов или меченых ими соединений. В определении распространенности РМЖ широко применяется глюкоза, меченная позитрон-излучающим радионуклидом ^{18}F. Для радионуклидной терапии (РНТ) костных метастазов применяются остеотропные радионуклиды, излучающие β-частицы – электрон или ими меченые остеотропные соединения.

В качестве базового метода ЯМ широко применяется сцинтиграфия всего тела (ОФЭКТ/КТ) с введением фосфатного комплекса, меченого ^{99m}Tc. При сцинтиграфии всего тела у 30-50% пациентов выявляются костные метастазы на 3-6 месяцев раньше, чем при рентгенологическом исследовании [1-3]. Применение ПЭТ/КТ с фтордезоксиглюкозой (^{18}F-FDG) в диагностике распространенности злокачественного процесса зависит от доступности метода [4, 5].

Радионуклидная диагностика также имеет важное значение в выявлении сторожевых лимфатических узлов (СЛУ). Радионуклидный поиск сторожевых лимфатических узлов проводится путем предварительного введения в ткань опухоли, преимущественно по периферии опухоли и в нескольких точках, раствор коллоида размером частиц 50-80 нм, меченого ^{99m}Tc [2]. При проведении ОФЭКТ/КТ через 20 мин и 2 часа после введения радиофармацевтического препарата (РФП), находят сторожевые лимфатические узлы. Интраоперационное детектирование проводят с использованием радиометра – гамма-зонд. Более дорогим, сложным и надежным способом является «Интраоперационная навигационная система» declipse® SPECT (Германия) для хирургии СЛУ. При обнаружении опухолевых клеток в СЛУ по данным экспресс-биопсии, объем операции расширяется, при отсутствии – проводится стандартный объем. Выявление СЛУ с применением радионуклидного метода с экспресс биопсией позволяет объективно определить объем оперативного вмешательства.

Радионуклидная терапия (РНТ) с использованием излучающих β-частицы – электроны радионуклидов или меченые ими остеотропные соединения, широко применяется для лечения костных метастазов [6-10]. Внутривенно введенный РФП распространяется с кровотоком по всему телу и в большей степени накапливается в очагах поражения. РНТ еще называют системной лучевой терапией. В настоящее время в РНТ широко применяется ^{153}Sm-EDTMP, который снимает болевой синдром, улучшает качество жизни у большинства пациентов с метастазами в костях. Накопление остеотропного EDTMP, меченого β-излучающим ^{153}Sm, в костных метастазах приводит к нарушению костного метаболизма за счет «внутреннего облучения», тем самым обеспечивая редукцию опухолевой инфильтрации.

Цель. Определить необходимость развития ядерной медицины для диагностики и лечения костных метастазов при раке молочной железы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических показателей пациентов с РМЖ, зарегистрированных в электронном регистре онкологических больных Республики Казахстан в 2015 году [11].

Результаты и обсуждение. Анализ статистических данных онкологической службы Республики Казахстан за 2015 год показал рост количества пациентов РМЖ в целом и снижение количества пациентов с поздними стадиями заболевания. Так, в 2015 году в РК пациенты с РМЖ составили 31 352 (состоящие на учете и впервые выявленные), из них 2 280 женщин с III-IV стадией заболевания. У пациентов с III-IV стадией РМЖ вероятность наличия метастазов в костях значительно

выше, чем в начальных стадиях. При радионуклидном исследовании пациентов с РМЖ I-II стадии метастазы в костях были выявлены в 5% случаев. Этот показатель может быть больше, так как ядерная медицина в нашей республике не имеет широкого распространения из-за недоступности этих методов исследования.

По анализу статистических показателей по РМЖ имеется необходимость в широком внедрении радионуклидного метода исследования сторожевых лимфатических узлов, что может позволить определить адекватный объем оперативного вмешательства.

Учитывая большой процент пациентов с запущенными стадиями РМЖ необходимо широко внедрение методов радионуклидной терапии в лечении костных метастазов РМЖ.

Выводы. Ядерная медицина имеет важное значение в диагностике и лечении костных метастазов рака молочной железы. Необходимо развивать и широко внедрять в практическую деятельность онкологических учреждений РК радионуклидные методы диагностики и лечения, что позволит улучшить качество жизни, увеличить продолжительность жизни пациентов с раком молочной железы.

Список использованных источников

1. Ядерная медицина. Учебное пособие. I часть. Перевод снемец. Под ред. к.м.н. О.Е. Шлыгиной, А.Р. Борисенко. -Алматы. -2006. -136 с. -2008. и 2 часть. -287 с.

2. Национальное руководство по радионуклидной диагностике. Под редакцией Ю.Б. Лишманова, В.И. Чернова. -Томск: STT.-2010. -Т. 1. -285 с. и -Т. 2. -417 с.

3. J. Vizda, H. Krizova, E. Urbanova. Atlas of Bone Scintigraphy. Atlas kostniscintigrafie. Lacomed. Praha. 2006. 71 p.

4. Хмелев А.В., Ширяев С.В., Костылев В.А. //Позитронная эмиссионная томография. АМФ – Пресс. -Москва.-2004. -67с.

5. Лучевая диагностика: учебник // [Г.Е. Труфанов идр.]под ред. Г.Е. Труфанова. –М.: ГЭОТАР –медиа, 2013. 496 с.

6. Цыб А.Ф., Дроздовский Б.Я., Крылов В.В., Кодина Г.Е. Паллиативная терапия оксабифором153Sm при метастатических поражениях костей. Ж. Мед.радиол. и радиац. безопасность, 2002, №4, С. 37-42.

7. Крылов В.В., Дроздовский Б.Я., Цыб А.Ф. Радионуклидная терапия в паллиативном лечении больных метастазами в кости (обзор литературы) Ж. Мед.радиол. и радиац. безопасность, 2006, №3, С. 48-54.

8. Наркевич Б.Я., Костылев В.А. Радионуклидная терапия и ее физико-математическое обеспечение. Ж. Мед.физика, 2004, №2 (22), С. 64-71.

9. Наркевич Б.Я., Ширяев С.В. Методические основы радионуклидной терапии. Мед.радиол. и радиац. безопасность. 2004. Т. 49, №5, С. 35-44. Наркевич Б.Я., Костылев В.А., Глухов С. Б., Мацука Д.Г., Левчук А.В. Медико-физические основы радионуклидной терапии. Учебное пособие. Москва, 2006. 60 с.

10. Клепов А.Н., Кураченко Ю.А., Левченко В.А., Матусевич Е.С. Применение методов математического моделирования в ядерной медицине. Обнинск, 2006. 202 с.

11. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2015 год (статистические материалы). Алматы, 2016. 168 с.

12. Тажединов И., Талаева Ш.Ж., Нургалиев Н.С. Планирование радионуклидной диагностики и радионуклидной терапии метастазов в костях рака молочной железы и рака простаты в Казахстане. Тезисы V съезда онкологов и радиологов Казахстана с зарубежным участием. 29-30 апреля 2014 г. №30.

ТҰЖЫРЫМ

И. Тәжединов[1], Ж.М. Аманқұлов[1], Ш.Ж. Талаева[1], Ш.К. Хусаин[2], Ү.Қ. Жалмұқаш[3]

[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Қазақ онкология және радиология ҒЗИ
[2]Астана Медицина Университеті, Астана
[3]Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті, Алматы

Ядролық медицинаның сүт безінің қатерлі ісігінің диагностикасы мен емдеудегі мүмкіншіліктері

Ядролық медицина (ЯМ) онкологияда сүт безінің қатерлі ісігінің диагностикасы мен емдеуінде кеңінен қолданылады. Радинуклидтік диагностика (РНД) мен радионуклидтік терапия (РНТ) қызметтерін қажет ететін сүт безінің қатерлі ісігімен ауырған науқастардың санын білу үшін Республиканың онкологиялық қызметінің 2015 жылғы көрсеткіштеріне талдау жасалған.

Түйінді сөздер: *сүт безінің қатерлі ісігі, ядролық медицина, радионуклидтік диагностика, радионуклидтік терапия, сцинтиграфия, позитрондық эмиссиялық томография*

SUMMARY

I. Tazhedinov[1], Zh.M. Amankulov[1], Sh.Zh. Talaeva[1], Sh.K. Hussain[2], U.K. Zhalmukash[3]

[1]Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology, Almaty, the Republic of Kazakhstan
[2]Astana Medical University, Astan, the Republic of Kazakhstan
[3]Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, the Republic of Kazakhstan

Prospects for the use of nuclear medicine in the diagnosis and treatment of breast cancer

Nuclear Medicine (NM) is widely used in breast cancer diagnosis and treatment. This article analyzes the statistical data of the Republic's oncological service for 2015 in terms of determining the number of breast cancer patients with bone metastases requiring radionuclide diagnostics (RND) and radionuclide therapy (RNT). The most frequent radionuclide study in woman with breast cancer is bone scintigraphy. Scintigraphy is used to clarify the stage of breast cancer after initial diagnosing; patients should first go through scintigraphy and then annually for timely detection of bone metastases. The frequency of the use of expensive positron emission tomography (PET/CT) with fluorodeoxyglucose (^{18}F-FDG) depends on its availability in the country. When multiple bone metastases are found, RNT with ^{153}Sm-EDTP is performed in case of absence of contraindications. All these NM services can be obtained by functioning in a fully equipped RND Laboratory of regional oncological centers. Patients with indications for inpatient treatment the RNT are conducted in a specialized regional department of RNT.

Key word: *breast cancer, nuclear medicine, radionuclide diagnosis, radionuclide therapy, scintigraphy, positron emission tomography.*

УДК: 61.616.618

Н.М. ТУЛЕМИСОВ[1], Л.М. ЯКУПОВА[1], Л.С. УНАЛБАЕВА[1]

[1]Областной онкологический диспансер, Западно-Казахстанская область, г. Уральск

Сравнительный анализ результатов скрининга и профилактического осмотра на раннее выявление рака шейки матки по Западно-Казахстанской области за 2015-2016 гг. Предложения по дальнейшему совершенствованию профилактического осмотра

Организация онкогинекологической службы предусматривает своевременное выявление и лечение предопухолевой патологии и опухолей женской половой сферы. Существующая система медицинских учреждений представлена врачебными амбулаториями, смотровыми кабинетами поликлиниками, женскими консультациями и централизованной цитологической лабораторией областного онкологического диспансера. Однако сегодня проследить преемственность между указанными организациями практически невозможно, так как отсутствует единая база регистрации проведенных обследований, отсутствуют возможности проведения детального статистического анализа вновь выявленных и пролеченных случаев. Данная проблема может быть решена путем внедрения единой информационной системы (ЕИС), которая позволит в реальном времени отслеживать случаи выявления и лечения рака и предраковой патологии. Эта проблема становится особенно актуальной в связи с проведением скрининговых мероприятий и ежегодных профилактических осмотров. С учетом того, что онкологический диспансер является важнейшим координатором эффективной организации онкогинекологической службы, наличие единой автоматизированной системы позволит повысить уровень отслеживания, выявления и оздоровления на местах и, тем самым, снизить риски появления новых случаев запущенности, в частности, в отношении рака шейки матки.

Ключевые слова: *Рак, шейка матки, заболеваемость, смертность, скрининг, злокачественные новообразования шейки матки.*

Введение. Рак шейки матки (РШМ) – актуальная проблема современной онкологии во всем мире. В Казахстане рак шейки матки является частой злокачественной опухолью в структуре онкогинекологической патологии и по частоте возникновения занимает 3-е место в структуре женской онкопатологии. Несмотря на существующий надежный и не сложный скрининг тест – цитологическое исследование мазков взятых из шейки матки и шеечного канала – запущенность РШМ остается на высоком уровне в Казахстане и в ЗКО по итогам 2015 года -12,9%.

В Казахстане цитологический скрининг РШМ был включен в систему ежегодных массовых профилактических осмотров в 2008 году. Приказ № 607 от 15.10.2007 г. «О совершенствовании профилактических осмотров отдельных категорий взрослого населения» подразумевал обследование целевых групп, которыми являются женщин в возрасте 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет. Приказом №145 от 16.03.2011 года «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 10.11.2009 года №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» в целевую группу также включены женщины 30 лет.

В 2015 году в Казахстане скринингом на РШМ было охвачено 392 507 женщин. Было выявлено 211 случаев рака шейки матки – 0,05% (евро стандарт = 0,01-0,02%).

В Западно-Казахстанской области (ЗКО), показатель заболеваемости РШМ за 2015 год превышает среднереспубликанский уровень на 6,7% и занимает 3 место в структуре заболеваемости женского населения и 6 место в структуре онкопатологии всего населения.

С 2015 года на диспансерном учете в нашем областном онкологическом центре состояло 460 женщин с диагнозом РШМ. Был проведен анализ основных показателей, отражающих динамику заболеваемости РШМ среди женского населения Западно-Казахстанской области, г. Уральск за последние 5 лет (2011-2015 годы).

За указанный период отмечается снижение заболеваемости рака шейки матки с 12,0 до 11,1 на 100 тысяч населения (рисунок 1).

РШМ, являясь патологией визуально доступного органа, характеризуется таким важным показателем, как запущенность, то есть, выявление на III- IV стадии заболевания.

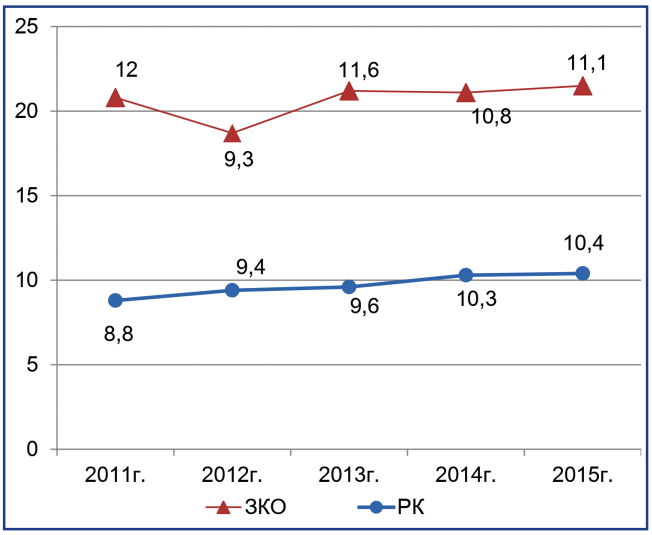


Рисунок 1 - Динамика заболеваемости РШМ, 2011-2015 годы

Поздняя диагностика РШМ определяет дальнейший прогноз течения болезни, делая выздоровление и сохранение репродуктивной функции женщины труднодостижимой, а иногда и невозможной задачей. Также снижение эффективности терапии в разы ниже, чем на ранних этапах выявления.

Задачей скрининга является выявление предраковых патологий и ранних (неинвазивных) форм РШМ.

На рисунке 2 приведены данные, отражающие динамику запущенности РШМ с 2011 года.

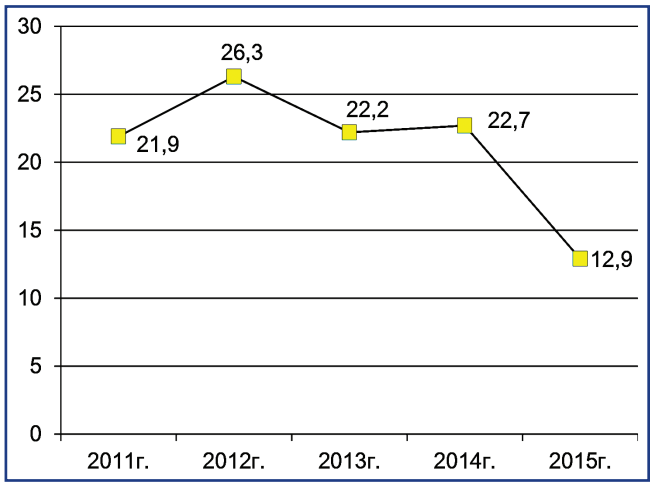


Рисунок 2 - Динамика показателя запущенности РШМ, г. Уральск ЗКО, 2011-2015 годы

На диаграмме показан удельный вес больных РШМ, выявленных на III – IV стадии заболевания. Так, запущенность в 2007 году составила 17,9%, то есть, у 0,02% обследованных женщин был выявлен распространенный рак. В связи с внедрением в практику массового цитологического скрининга и хорошо поставленной работы сети смотровых кабинетов в ПМСП, в целом в 2015 году отмечена положительная динамика позднего выявления РШМ: снижение с 21,9%(2011г.) до 12,9% (2015г.).

Как результат этой работы, мы получили своевременное выявление РШМ I -II стадии: за 3 последних года показатель составил 77,3 – 81,4% больных. При организации выявления патологий на системной основе, в прогнозе через 10-15 лет возможно существенное снижение заболеваемости РШМ (рисунок 3).

Рисунок 3 - Структура онкогинекологической помощи по ЗКО

В этой системе крайне важно взаимодействие и обратная связь от каждого звена. Контролирующим и организующим звеном в рамках действующего приказа МЗ РК за №540 от 12.08.2011 г являются городские и районные онкологи. Они контролируют работу смотровых кабинетов, связь между смотровым кабинетом и женской консультацией, качество диспансеризации женщин с фоновой и предраковой патологией, проводят анализ цитологических исследований женщин, в том числе, скрининговых мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.

Смотровые кабинеты являются первым уровнем и важным звеном онкогинекологической службы на местах. В 2016 году в рамках реализации Дорожной карты интегрированной модели управления онкологическими заболеваниями на 2016-2019 годы в течение всего года проводился мониторинг наличия в достаточном количестве оборудования, инструментария и квалифицированных кадров. Все акушерки смотровых кабинетов прошли специализацию на базе областного диспансера и регулярно дважды в год обучаются на семинарах, проводимых онкологами ООД по диагностике рака визуальных локализаций. В настоящее время во всех городских и районных поликлиниках области работают 95 смотровых кабинетов, из них, только в 6 районах – менее чем в одну смену.

Результаты этой работы представлены в таблицах1 и 2.

Таблица 1 – Профилактические осмотры, 2014-2016 годы.

Год	Всего обследовано женщин	Выявленные случаи рака		Выявленные случаи пред-рака		Недостаточно полноценный материал		Неинформативный материал	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014	22752	7	0,03	131	0,6	1721	7,5	458	2,0
2015	45405	30	0,06	479	1,0	4400	9,6	472	1,0
2016	51095	24	0,04	358	0,7	6380	12,1	455	0,9

Таблица 2 – Скрининг по РШМ, 2014-2016.

Год	Всего обследовано женщин	Выявленные случаи рака		Выявленные случаи пред-рака		Недостаточно полноценный материал		Неинформативный материал	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014	19755	13	0,07	347	1,7	1035	5,2	315	1,5
2015	15487	13	0,08	528	3,4	895	5,7	114	0,7
2016	15468	17	0,1	347	2,2	592	3,8	34	0,2

В результате проделанной работы отмечается увеличение количества материала, поступающего на цитологическое исследование после гинекологических осмотров женщин на уровне смотровых кабинетов – с 42 507 в 2014 году до 66 563 в 2016 году.

По результатам скрининга по РШМ в 2014-2016 годах отмечается рост выявленных случаев рака, снижение доли недостаточно информативных и неинформативных материалов, все результаты внесены в программный комплекс АИС.

По результатам профилактического осмотра, доля охвата выросла в 2 раза, повысилось выявление рака в 3 раза, однако регистрируется рост недостаточного и неинформативного материла – более 12%.

Заключение и выводы. Анализ текущей ситуации показывает, что результаты цитологического материала при скрининге являются более информативными и полноценными, чем поступающие при профосмотре. В связи с этим, уровень выявления рака и предраковой патологии по скринингу существенно выше, чем при профосмотре. Так, выявляемость РШМ в 2016 году составила 0,04% и 0,1%, предраковой патологии – 2,2% и 0,7%, соответственно.

Низкая результативность профилактического осмотра обусловлена как использованием различных методов окраски (при скрининге – окраска по Папаникалау, при профосмотре - окраска по Романовскому), так и отсутствием должного контроля за получаемыми результатами. При сравнении, результативность скрининговых мероприятий не вызывает сомнений, вместе с тем необходимо обратить внимание на результативность профилактического осмотра, так как данным исследованием ежегодно охватывается более 50 тысяч женщин. Особенно эта актуальная проблема проявляется при ретроспективном разборе запущенных случаев РШМ у женщин нескринингового возраста, имевших в анамнезе длительно-текущее фоновое заболевание, при этом, ежегодный профилактический осмотр с взятием цитологического мазка либо отсутствует, либо носит неинформативный характер.

За последние три года количество женщин охваченных профилактическим осмотром возросло с 22 752 до 51095. При этом, динамика выявления злокачественных патологий шейки матки практически не изменилась, проблема запущенных случаев до сих пор остается актуальной. Данная ситуация свидетельствует о необходимости пересмотра подходов к мониторингу проведения профилактического осмотра.

Одной из причин низкой результативности профилактического осмотра является отсутствие мониторинга качества мазков, отсутствие своевременного информирования женщин о результатах обследования, отсутствие единого регистра ранее проведенных обследований и лечебных мероприятий [2]. Для устранения вышеуказанных недостатков и обеспечения непрерывного учета всех обследований, обеспечивающего полноту всех данных от диагностики до оздоровления, необходимо разработать и внедрить единую информационную среду для ежегодного профилактического осмотра, так как аналогов данной системы с отмеченными выше параметрами на сегодня, к сожалению, нет.

Наличие актуализируемой системы позволит повысить производительность работы лабораторий за счет своевременности предоставления заключений, возможности поиска по запросу, динамического сравнения ранее полученных результатов. Благодаря этому врачи получат удобный и надежный инструмент хранения и анализа данных с возможностью комплексного анализа информации и составления необходимых отчетных документов [3].

Весь этот комплекс инструментов послужит незаменимым средством контроля охвата, мониторинга качества взятия мазков и своевременного

доведения всех полученных результатов исследования непосредственно до сведения женщин (СМС оповещение).

Таким образом, онкогинекологическая помощь должна представлять собой четко отлаженную систему, предусматривающую не только выявление патологий, но и комплекс автоматизированных мероприятий по своевременной передаче данных, регистрации проведенных обследований и проведенных мероприятий оздоровления [4].

Список использованных источников

1. Кайдарова Д.Р., Ауезова Э.Т., Чингисова Ж.К., Сейсенбаева Г.Т. и др. Показатели онкологической службы республики Казахстан за 2015г. – Алматы. –2016.

2. Дарченко А.О., Романов И.П., Креницкий А.П., Тупикин В.Д., Царева О.Е., Тупикин Д.В. Автоматизация и компьютеризация цитологических исследований в гематологии // Биомедицинская радиоэлектроника. – 2003. – №2. – С. 52-55

3. Автоматизация цитологических исследований: Сборник научных трудов (ред. В.Г. Пинчук и др.) // Материалы II семинара. Институт проблем онкологии им. Р.Е. Кавецкого АН УССР.– Киев, 2- 5 декабря 1983г. – Стр.48-53.

4. Гашилова Н.С., Захарова Л.Р., Горшков Н.Е. Опыт автоматизации централизованной клинико-диагностической лаборатории городской поликлиники №195 УЗ ЗАО г. Москва // Лабораторная медицина. – 2008. – №9. – С. 81-95.

ТҰЖЫРЫМ

Н.М. Тулемисов[1], Л.М. Якупова[1], Л.С. Уналбаева[1]

[1]Батыс Қазақстан облысы, Орал қ., Облыстық онкологиялық диспансері

Батыс Қазақстан облысы бойынша жатыр мойны қатерлі ісігін ерте анықтауға скрининг нәтижесі мен профилактикалық тексерудің салыстырмалы талдауы. Профилактикалық тексеруді одан әрі жетілдіру бойынша ұсыныстары

Онкогинекологиялық қызмет ұйымы аналық жыныс сферасының ісігі мен ісікалды патологиясын емдеуді және ерте анықтаудың алдын алады. Қалыптасқан медициналық ұйымдардың өзара әрекеттесу жүйесі облыстық онкологиялық диспансердің дәрігерлік амбулаториясымен, емхананың қарау кабинеттерімен, әйелдер консультациясымен және орталықтандырылған цитологиялық зертханаларымен берілген. Қазіргі таңда жоғарыда аталған ұйымдар арасындағы сабақтастықты қадағалау мүмкін емес, себебі өткізілген тексерудің біртұтас тіркеу базасы жоқ, денсаулығын жақсартуын өткізген және жаңадан анықталғандардың санын толық статистикалық талдау жасауды өткізу үшін мүмкіндік жоқ. Осы мәселенің шешімі бірыңғай ақпараттық жүйені енгізгеннен кейін қол жеткізуге болады, нақты уақытта қатерлі ісікті анықтау құрылымын, ісікалды паталогиясын және оның сауығуын қадағалауға мүмкіндік береді, бұл әсіресе жылма-жыл профилактикалық тексеру мен скринингтік іс-шаралар өткізумен өзекті. Онкологиялық диспансердің онкологиялық қызметті тиімді ұйымдастыру үйлестірушісі болуын есепке алғанда атоматтандырылған жүйенің болуы қадағалаудың деңгейін, орындарында сауықтыру мен анықтау деңгейін көтеруге мүмкіндік береді. Осылайша қараусыздықтыңжаңа жағдайының пайда болу қаупін төмендету, соның ішінде жатыр мойны қатерлі ісігі.

Түйінді сөздер: *қатерлі ісік, жатыр мойны, ауру-сырқау, өлім, скрининг, жатыр мойны қатерлі ісігі.*

SUMMARY

N.M. Tulemissov[1], L.M. Yakupova[1], L.S. Onalbayeva[1]

[1]Regional Oncology Center, Uralsk, West Kazakhstan, the Republic of Kazakhstan

The comparative analysis of results of screening and routine inspection on early detection of cervical cancer in West Kazakhstan region in 2015-2016. Proposals on further improvement of routine inspection

Organization of onco-gynecological service is aimed at timely detection and treatment of precancerous pathology and tumors of female genital system. The existing system of medical institutions includes medical outpatient clinics, observation rooms by polyclinics, women's consultations, and centralized cytological laboratories of the regional oncological dispensary. Hence, today it is practically impossible to trace the continuity between the mentioned organizations due to the absence of a common database for the registration of conducted surveys, there are no opportunities for a detailed statistical analysis of the newly detected and treated cases. This problem can be solved by introducing a single information system that will allow real-time tracking of detection and treatment of cancer cases and precancerous pathologies. This problem becomes especially acute due to the ongoing screening activities and annual preventive examinations. Whereas oncological dispensaries act as most important coordinators of efficient organization of onco-gynecological service, the existence of a common automated system will increase the level of tracking, detection and treatment at the local level, and will reduce the risk of new advanced cases, in particular, for cervical cancer.

Keywords: *cancer, cervix, incidence, mortality, screening, malignant neoplasms of cervix.*

УДК: 616-006-06

Р.И. БАЯНКУЛОВ[1]

[1] Қазақстан Республикасы, Ақтау қ., Маңғыстау облысының Денсаулық сақтау басқармасының облыстық онкологиялық диспансері

Онкологиялық науқастардың диагноз қабылдау кезеңіндегі психологиялық кеңес беруінің негізгі қиындықтары

Онкологиялық ауру диагнозын қабылдау пациент үшін, сондай-ақ оның туыстарына күшті күйзеліс болып табылады, өйткені кез-келген адам санасында «қатерлі ісік» ұғымы өлім және тағдыр тәлкегіне түскен, маңдайына жазылған синонимі. Сонымен қатар пациенттің әлеуметтік бейімделуіне байланысты бірқатар проблемалар өмір сүру сапасы мен емге деген жақсы қарым-қатынасына үлкен әсер етеді. Көбінесе жағымсыз болжамды түсіну адамды ауыр депрессияға ұшыратады, осылайша ауруға және оның еміне реакциясын қиындатады. Осы мақаланың мақсаты өзінің диагнозы туралы жақында білген онкологиялық науқастармен психологтың жұмыстануы кезіндегі бетпе-бет кездесетін негізгі қиындықтарды қарастыру және диагноз қабылдау кезеңінде негізгі әдіс ретінде психологиялық кеңес беру келтіріледі. Осы тақырып бойынша клиникалық жағдайларды теориялық талдау нәтижелерінің негіздерін ескере отырып онкологиялық науқастардың диагноз қабылдау кезеңіндегі психологиялық жұмыс туралы қорытынды жасалады. Онкологиялық ауру диагнозын қабылдау пациент үшін, сондай-ақ оның туыстарына күшті күйзеліс болып табылады, өйткені кез-келген адам санасында «қатерлі ісік» ұғымы өлім және тағдыр тәлкегіне түскен, маңдайына жазылған синонимі. Сонымен қатар пациенттің әлеуметтік бейімделуіне байланысты бірқатар проблемалар өмір сүру сапасы мен емге деген жақсы қарым-қатынасына үлкен әсер етеді. Көбінесе жағымсыз болжамды түсіну адамды ауыр депрессияға ұшыратады, осылайша ауруға және оның еміне реакциясын қиындатады. Осы мақаланың мақсаты өзінің диагнозы туралы жақында білген онкологиялық науқастармен психологтың жұмыстануы кезіндегі бетпе-бет кездесетін негізгі қиындықтарды қарастыру және диагноз қабылдау кезеңінде негізгі әдіс ретінде психологиялық кеңес беру келтіріледі. Осы тақырып бойынша клиникалық жағдайларды теориялық талдау нәтижелерінің негіздерін ескере отырып онкологиялық науқастардың диагноз қабылдау кезеңіндегі психологиялық жұмыс туралы қорытынды жасалады.

Түйін сөздер: *диагноз, депрессия, реабилитация, психокоррекция, терапия..*

«Біз үшеуміз: науқас, дәрігер және індет.
Қай жақты науқас қабылдаса сол жеңіске жетеді»
Гиппократ

Бүгінгі уақытта әр түрлі індет, тек өз клиникалық көрінуіне қарай науқастың психикасын жеңіл немесе ауыр өзгерістерге ұшыратады. Аталмыш өзгерістер қатерлі ісікпен ауыратын науқастарда анық көрініс табады. Қойылған «қатерлі ісік» диагнозы өте ауыр психоэмоционалдық күйзеліске әкеліп, соның жалғасы келесі негативті психикалық жағдайлар туындатады: үрей, депрессия, ипохондрия, апатия және тағы басқалары. Осы жағдайлар ауру барысын едәуір ауырлатады. Американдық психолог Элизабет Кюблер-Росс бақылауы бойынша қатерлі ісік диагнозы туралы айтқанда, науқастар реакциясы келесі кезеңдерден өтетінін атап кетті:

1. Жоққа шығару. Науқас өзімен болған жағдайға сенбейді.
2. Ашу. Дәрігерлер жұмысына қанағаттанбау, сау адамдарды жек көру.
3. Сауда. Тағдырмен келісім шарт жасауға талпыну. Науқас болжауы бойынша егер монета алшысына түссе онда құлан таза жазылуына сену.
4. Депрессия. Өмір сүруге ықыласының жоғалуы, үрей және ашыну.
5. Қабылдау. «Мен мағыналы және қызықты өмір сүрдім. Енді мен өлуіме болады» [1].

Профессор А.В. Гнездиловтың ұйғаруы бойынша «Науқастардың психикасындағы өзгерістер және олардың жақын туыстары бірнеше кезеңдерден өтеді.

1. Күйзеліс кезеңі, науқасқа ауруы туралы негативті ақпарат және оның болжамы тас төбеден түседі.
2. Жоққа шығару кезеңі, ақпаратты қабылдамау.
3. Агрессия кезеңі.
4. Депрессия кезеңі.
5. Келісу кезеңі, өз тағдырын қабылдау» [2].

Көптеген мамандардың өз тәжірибесінен дәлелін тапқан кейбір тұжырымдарды қысқаша қарастырып өтсек – тек нәтижелі емдеу нәтижесі емес, сонымен бірге психологиялық және әлеуметтік реабилитация, жанұйядағы толыққанды өмірге және қоғамға оралу, науқастың психикалық жағдайына байланысты, сонымен бірге індетпен күресуге бағытталған науқастың ауруына деген көзқарасы оның белсенді тұлғалық позициясы ретінде айқын көрініс табады.

Онкологиялық диагнозды қабылдаудағы көптеген факторлар науқастың әрі қарай психологиялық бейімделуіне байланысты. **«Диагноз қабылдау»** түсінігі біздің контексте белгілі бір уақыт өмір сүру мүмкіндігінде немесе ұзақ өмір кешуінде адамның сол шындықты қабылдауы емес, оның ауыр емдеу барысына дайындығы немесе ота жасатуы, бірінші жағынан, емдеу нәтижесіне қанағаттанбағандықтан, ал екінші жағынан, өмірге позитивті көзқарасының сақтауы, ақырында емдеу динамикасының оң нәтижесіне немесе сапалы ремиссияға әкелуі.

Диагноз қабылдаудағы ең негізгі фактор ол белгісіздік жағдайы. Осы жағдай диагноз қою кезеңіне, сонымен қатар ең алғаш ем жүргізу барысымен тығыз байланысты. Сонымен қатар, аталмыш негізгі фактор -

үрей, қорқыныш және паника жағдайларын қозуына алып келеді. Осы бағыттағы коррекцияның, яғни психологиялық кеңестің бірінші міндеті – науқасқа басына түскен жағдайды барынша терең ұғындыру және түсіндіру негізін қалыптастыруының болашақ перспективасына бейімдеу.

Психологиялық кеңестің негізгі әдісіндегі белгісіздік жағдай факторының ең басты болып саналатын кезеңінде болып жатқан жағдайдың толығымен ашылуына, сонымен бірге әрекет жоспарын сатылы әзірлеу барысы әлеуметтік, күнделікті тұрмыс тіршілігін және басқа да өмірлік құрылымдарын қамтуымен қатар науқастың ауруымен ұштасады. Психологиялық кеңестің басқа бір әдісі аталмыш белгісіздік кезеңінде қорқыныштарын сезіндіру жұмысы болып табылады. Осындай жұмыстанудың әдістері психолог-кеңесшінің талғамына тәуелді болады және түрлі психодиагностикалық құралдарын, арттерапияны, психодрамма элементтерін қамтиды, осыған қоса басқа да психокоррекциялық техникалар науқастың эмоционалдық күйімен тығыз байланыс орнатуға себепкер болады.

Айрықша атап кетсек, осы психологиялық жұмыс кезеңінде психолог-кеңесші алекситимияның айқын клиникасымен соқтығысуы мүмкін, бірақ аталмыш нышанды, онкологиялық науқастармен шұғылданатын көптеген мамандар ең негізгі психологиялық қорғанудың формасы ретінде бөледі. Науқастың осындай күйі психолог-кеңесшінің жұмысын эмоционалдық шеңберінде қиындатады, бірақ маңызды ескерту белгісі болып табылады, осыған орай, өз эмоциясымен жұмыс істеу қабілетсіздігі маңызды механизмі ретінде болып, осы уақытта бірден-бір әсерлі құрал болуы мүмкін.

Диагноз қабылдау кезеңінде өте жиі науқаспен оның туған-туыстарының арасындағы қарым-қатынас қиындайды. Бұл науқастың айналасындағылардың осындай жағдайда өздерін қалай ұстап, әрекет ететінін түсінбейді және сонымен қатар, екі ара коммуникациялық қиындықтарға тіреледі. Қарастырулы дерегіміз науқастың психологиялық күйінде көрінеді және туыстарының тарапынан түсінушілік сүйенішке мұқтаж, бірақ көмек ала-алмайды. Осы жағдай науқастың қалыпты коммуникативті депривациясын туғызады және одан әрі реабилитациялық үдерісін қиындатады. Негізінен осы кезеңде психолог науқаспен оның туған-туыстарының арасында медиатор болуы ықтимал. Бір жағынан, науқаспен кеңесшінің жақсы қарым-қатынас байланысында соңғысы тума-туыс тәртібінің интерпретациясы ретінде де болуы мүмкін. Сөйтіп, психолог сараптамашы позициясынан науқасқа кейбір жағдайларға байланысты толықтай мағлұмат береді, егер анық түсінік алмаған жағдайда оған өз кесірін тигізуіне әкеледі. Сонымен қатар, кеңесші туыстарына науқастың психологиялық жай-күйі туралы ақпаратпен қамтамасыз етеді.

Диагноз қабылдау кезеңіндегі онкологиялық науқастармен психологиялық жұмыс бірқатар іргелі қиындықтармен ұштасады, оларды жеңу науқастың диагнозға беімделуімен қатар емдеу процесін жеңілдетуге мүмкіндік береді.

Тақырыпты қорыта келе, ең маңыздысы, мұндай тұлғалық-психикалық көрініс, белгісіздік жағдай ретінде, белгісіздік алдындағы қорқыныш немесе фатальді ықтималдылық бұл тек диагноз қабылдау кезеңіне ғана тән емес, бірақ дәл осы кезеңде оларды пысықтау өте маңызды және болашақта психокоррекциялық немесе психотерапиялық жұмыстануда табысты болуы мүмкін, ал ол өз кезегінде науқасты қалпына келтіру жолындағы қуатты ресурстардың бірі болуы ықтимал.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: София, 2001.
2. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – №1(5). – С. 5-13.

АННОТАЦИЯ

Р.И. Баянқұлов[1]

[1]Областной онкологический диспансер Управления Здравоохранения Мангистауской области, Актау, Республика Казахстан

Особенности влияния тревожного состояния на отношение к своей болезни и к качеству жизни у онкологических пациентов

Постановка диагноза онкологического заболевания является сильнейшим стрессом для пациента, так и его родных, поскольку в сознании любого человека понятие «раковая опухоль» – синоним обреченности, смерти. Вместе с этим у пациента возникает целый ряд проблем, связанных с социальной адаптацией оказывающих большое влияние на качество жизни и хорошее отношение к лечению. Зачастую, осознание неблагоприятного прогноза приводит человека к тяжёлой депрессии, тем самым усложняя реакцию, как на болезнь, так и на его лечение. Цель данной статьи - рассмотрение основных трудностей, с которыми сталкивается психолог при работе с онкологическими пациентами, недавно узнавшими о своем диагнозе. Психологическая консультация служит основным методом психологической помощи на этапе принятия диагноза. На основе проведенного теоретического анализа клинических случаев по данной теме выделяется вывод о важности психологической работы с онкологическими больными на этапе принятия диагноза.

Ключевые слова: *диагноз, депрессия, реабилитация, психокоррекция, психотерапия.*

SUMMARY

R.I. Bayankulov[1]

[1]Mangistau Region Oncology Center, Aktau, the Republic of Kazakhkstan

Main difficulties of counseling onco patients at the stage of acceptance of diagnosis

The diagnosis of cancer is the strongest stress for the patient and his family, because in the mind of any person, the term "cancer" is synonymous with doom, death. With this patient there are a number of problems related to social adaptation has a strong influence on the quality of life and a good attitude to treatment. Often, the awareness of the unfavorable Outlook leads a person to severe depression, thereby complicating the reaction on the disease and its treatment. The purpose of this article is a review of the main difficulties faced by the psychologist working with cancer patients, recently learned about his diagnosis and the main method of psychological assistance at the stage of making diagnosis performs psychological counseling. On the basis of theoretical analysis of clinical cases on the subject stands out a conclusion on the importance of psychological work with cancer patients at the stage of making diagnosis.

Key words: *diagnosis, depression, rehabilitation, psychocorrection, psychotherapy.*

УДК: 616.329-006-089-036.87-085+615.849.1

К.И. ДОЛЖЕНКО[1]

[1]Кафедра хирургических болезней №1, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Результаты лечения больных с рецидивом рака грудного отдела пищевода после хирургического лечения

Аннотация: статья посвящена лечению больных с рецидивами рака грудного отдела пищевода в пищеводно-желудочном анастомозе после хирургического лечения. Представлены результаты лучевой терапии и комбинированного лечения данной категории больных с применением современных химиопрепаратов.

Ключевые слова: *рецидив рака пищевода, лучевая терапия, комбинированное лечение, химиотерапия.*

Актуальность темы.

Несмотря на несомненные успехи в диагностике и лече¬нии больных раком пищевода, основной контингент больных (до 80 %), поступающих в специализированные пищеводные клиники – это лица с распространенным опухолевым процессом, с III-IV стадией заболевания [1-3].

Низкая чувствительность опухоли к существующим химиопрепаратам, паллиативный и кратковременный эффект лучевой терапии делают хирургическое вмешательство методом выбора в лечении больных с данным заболеванием. Радикальная резекция пищевода с обширным удалением лимфатических узлов способ¬ствует длительной выживаемости больных даже при распростра¬ненной стадии рака пищевода [4].

Дискутабельным остается вопрос об определении опти¬мальной лечебной тактики при рецидиве рака пищевода с выраженным стенозом его просвета. Многие авторы сообщают об обнадёживающих результатах, полученных в методиках, ушедших от традиционного лучевого лечения, таких, как сочетанная лучевая терапия, комбинирован¬ная лучевая терапия с гипертермией, химиотерапией, лазерной деструкцией опухолей [5-7].

Актуальность темы исследования определяет: многообразие подходов в лечении и значительная степень риска хирургических вмешательств у больных раком пищевода; преклонный возраст заболевших, отяго¬щенных сопутствующими заболеваниями; высокая частота рецидивов заболевания; низкая чувствительность опухоли пищевода к существующим химиопрепаратам и лучевой терапии.

Цель исследования: улучшение результатов и тактики лечения больных раком пищевода в результате применения современных методов комбинированного лечения.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 63 пациента с рецидивом рака в области пищеводно-желудочного анастомоза, которые были разделены на 2 группы. Первая группа включает 32 пациента с рецидивом рака в области пищеводно-желудочного анастомоза, которым была выполнена лучевая терапия на фоне введения химиотерапевтических препаратов. Химиотерапию в различных ее вариантах проводили одновременно на каждом этапе расщепленного курса лучевой терапии. Суммарная очаговая доза облучения колебалась от 50 до 70 Гр.

Вторая группа представляла собой контрольную группу из 31 пациента с рецидивом рака в области пищеводно-желудочного анастомоза, которым была проведена только лучевая терапия: дистанционная гамма-терапия в режиме РОД 2 Гр. За два этапа дистанционного облучения СОД составляла 50-55 Гр. II этап лучевого лечения начинался спустя 2-3 недели после завершения I этапа. Пациентам с дисфагией первой степени выполнялось стентирование пищевода в области опухолевого стеноза.

Контингент больных, включенных в исследование, был макси¬мально однороден по основным прогностическим характеристи¬кам, что позволило провести корректный сравнительный анализ вышеназванных вариантов консервативной терапии рецидивов рака пище¬вода.

Оценка эффективности химиолучевого лечения проводилась комплексно и включала в себя применение рентгенологического, эндоскопического, морфологического и других методов исследования. В исследование не включались пациенты с диссеминацией опухолевого процесса и множественными отдаленными метастазами.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ результатов дистанционной лучевой терапии рака пищевода в самостоятельном варианте, а также в сочетании с различными вариантами лекарственного лечения позволил выявить более высокую эффективность лучевой терапии в комбинации с химиотерапией. Непосредственный полный

клинический эффект после химиолучевого лечения достигнут у 13 из 32 пациентов (41%). Трехлетняя выживаемость после химиолучевого лечения наблюдалась у 12 пациентов (40%), после лучевого – у 4-х пациентов из 31-го (12%).

Из вариантов полихимиотерапии, более предпочтительным оказалось сочетание 5-ФУ с капецитабином и цисплатином. Непосредственный полный клинический эффект отмечен у 49% (16 из 32 пациентов), трехлетняя выживаемость составила 29% (10 пациентов). При использовании доксорубицина с оксалиплатином, непосредственный полный клинический эффект достигнут у 41% (13 из 32 больных); трехлетняя выживаемость составила 27% (8 пациентов).

Вывод: рациональное использование возможностей противоопухолевых соединений для усиления лучевого эффекта позволяет добиться улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения рецидивов рака пищевода.

Список использованных источников

1. Фельдман С.З., Мусапирова Н.А., Мамекова Т.К. и др. Сочетанная лучевая терапия рака пищевода // Мед. радиология-2008. N 1.- С. 36-40.

2. Кочегаров А.А., Тухватуллин Р.К., Кочегарова Г.И. Эндопротезирование в комплексном лечении неоперабельных больных раком пищевода // Соврем. пробл. онкол. / Ташк гос. мед. ин-т.- Ташкент, 2009.- С.59-62

3. Давыдов М.И. Одномоментные операции в хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода: Дис. докт.-М., 1988

4. Okunaka T., Kato H., Conaka C. Et al. Photodynamic therapy of esophageal carcinoma //Surg. Endosc-2013.-Vol. 4, N3.-P 150-153.

5. Osawa Hiroshi., Inamato Yukio., Aiba Keisake // Nihon ganchirgo gakkaishi = J. Jap. Cancer Ther.-2012.-Vol. 30, N2.-P. 142.

6. Orringer M. B., Orringer J. Esophagectomy withput thoracotomy: A dangerous operation //J. Thorac. Cardiovasc. Surg.-1983.- Vol. 85, N 1.- P. 72-80.

7. Oz Mehmet C, Oz Mustafa. Esophagogastrectomy. Successful palliation for esophageal carcinoma // «Chest».-2014 - Vol. 89, N 4.-P. 527-529.

ТҰЖЫРЫМ

К.И. Долженко[1]

[1] Ресей, Самара мемлекеттік медициналық университеті
№1 хирургиялық аурулар кафедрасы

Хирургиялық емдеуден кейін өңеш бөлігінің кеуде қатерлі ісігі қайталанған ауруларды емдеу нәтижесі

Аннотация: мақала хирургиялық емдеуден кейінгі өңеш-асқазан анастомозында өңеш бөлігінің көкірек қатерлі ісігі қайталанған ауруларын емдеуге арналады. Заманауи химиопрепараттарды қолданумен осы категориядағы ауруларды құрамдастырылған емдеу және сәулелік терапияның нәтижесі ұсынылды.

Түйінді сөздер: *өңеш қатерлі ісігінің қайталануы, сәулелік терапия, құрамдастырылған емдеу, химиотерапия.*

SUMMARY

K.I. Dolzhenko[1]

[1]Chair of Surgical Diseases №1, Samara State Medical University, Samara, Russian Federation

Treatment outcomes of patients with recurrent thoracic esophagus cancer after surgery

The article focuses on treatment outcomes of patients with recurrent cancer in the esophageal-gastric anastomosis after surgery. The author compares the results of radiotherapy and combination therapy of these patients with modern chemotherapeutic agents.

Key words: *recurrent esophageal cancer, radiotherapy, combination therapy, chemotherapy.*

УДК:616-006.666

С. ЕСЕНТАЕВА[1], З. ИЛЬЯНОВА[2], Д. АРЫБЖАНОВ[3], К. БАРИНОВ[4], Ю. РАГУЛИН[5], О. ЛИПАТОВ[6], О. ИВАНЧУК[7], И. ДРОБНЕР[8]

[1]Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Республика Казахстан
[2]Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы, Республика Казахстан
[3]Южно-Казахстанский Областной онкологический диспансер, Шымкент, Республика Казахстан
[4]Районная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Российская Федерация
[5]Медицинский радиологический научный центр МЗ, Обнинск, Российская Федерация
[6]Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа, Российская Федерация
[7]Черновицкий областной клинический онкологический центр, Черновицы, Украина
[8]Хмельницкий областной онкологический центр, Хмельницк, Украина

Демографические и клинико-морфологические особенности больных метастатическим раком молочной железы с гиперэкспрессией рецепторов Her-2/neu по результатам исследования PH+oeBE

Представлена краткая характеристика демографических и клинико-морфологических параметров пациентов с метастатическим Her-позитивным раком молочной железы (РМЖ) по результатам ретроспективного описательного когортного исследования PH+oeBE, в котором были использованы данные из медицинских карт пациентов с диагностированным и морфологически подтвержденным HER2-позитивным метастатическим РМЖ.

Ключевые слова: *рак молочной железы, метастазы, HER2-позитивный рак, демографические характеристики, иммуногистохимия, морфология.*

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) – гетерогенное заболевание, прогноз и течение которого в каждом отдельном случае зависит от его молекулярно-генетических и клинических особенностей. Известно, что гиперэкспрессия рецепторов эпидермального фактора роста (HER2) ассоциируется с низкой выживаемостью, высоким риском метастазирования и низкой чувствительностью к цитостатикам [1]. Возможности таргетной терапии в онкологии, в частности, моноклонального антитела трастузумаб, действующего на экстрацеллюлярный домен HER2, были продемонстрированы в исследованиях трастузумаба в адъювантном режиме. Данные исследования показали снижение риска рецидива практически в два раза, что кардинально изменяет прогностическое значение гиперэкспрессии рецепторов HER2 [2-4].

В Казахстане применение таргетной терапии трастузумабом было начато в 2001 году. Опыт применения лапатиниба значительно меньше – с 2011 года. Однако, отсутствие полных данных о применяемых в реальной клинической практике схемах лечения метастатического HER2+ РМЖ в странах СНГ, в том числе, и в Казахстане, подтолкнуло к проведению ретроспективного обсервационного исследования методов лечения, используемых в последние годы в клинической практике у пациентов с HER2-положительным местнораспространенным либо метастатическим РМЖ.

В данной работе представлен анализ клинико-морфологических особенностей метастатического РМЖ с гиперэкспрессией Her-2/neu по результатам ретроспективного описательного когортного исследования PH+oeBE, в котором были использованы данные из медицинских карт пациентов с диагностированным и гистологически подтвержденным HER2+ метастатическим РМЖ.

Дизайн исследования. Исследование PH+oeBE является ретроспективным описательным когортным исследованием IV фазы. Оно было выполнено в 3 странах СНГ: Российская Федерация, Украина и Республика Казахстан. Данные о больных с первично-распространенным и метастатическим HER2-положительным РМЖ были собраны из медицинских записей пациентов. В исследование вошли пациентки, у которых диагноз РМЖ был диагностирован за период с 01 января 2010 года до 30 ноября 2011 года. Период наблюдения составил со 02 января 2010 года по 30 ноября 2013 года. Это позволило получить необходимые данные по пациентам по меньшей мере за 24 месяца наблюдения с одним из следующих исходов наблюдения: смерть пациента, потеря пациента для последующего наблюдения, последующее наблюдение или окончания наблюдения.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены данные о женщинах в возрасте

от 18 лет и старше с известной датой диагностики метастатического или прогрессирующего РМЖ с морфологически подтвержденным HER2-положительным типом. Важным условием включения являлась рутинная процедура тестирования HER2 без повторной выборки тканей. Наличие синхронного рака другой локализации являлось критерием исключения.

Размер выборки из 241 пациента был определен на основе оценки доступности подходящих пациентов. Статистические методы, примененные при описании результатов исследования, включают переменные, обобщенные для всех пациентов, вошедших в исследование, с использованием описательной статистики. Никаких формальных статистических сравнений результатов исследований между группами лечения не проводилось. Отсутствующие или неверные данные не были включены в статистический анализ.

Результаты. Демографические и клинико-морфологические характеристики больных метастатическим Her-позитивным РМЖ при первичной диагностике заболевания приведены в таблице 1.

Средний возраст пациентов при первичной диагностике РМЖ составил 52,3 ± 11,5 года, при диагностике метастазов – 53,8 ± 11,2 лет. Более 1/3 больных, 35,7% (86), были предменопаузального возраста, около половины – 46,9% (113) имели постменопаузальный статус, и в 17,4% (42) случаев статус менопаузы был неизвестен.

Распределение пациентов по стадиям заболевания (TNM) при первичной диагностике РМЖ было следующим: более половины пациентов, 56,0% (135), имели размер опухоли при первичной диагностике от 2 до 5 см, что соответствует стадии T2. Опухоли менее 2 см, T0-T1, наблюдались только у 12,0% больных. В 11,2% (27) случаев, опухоль оценивалась стадией T3. У каждой пятой больной при первичной диагностике была диагностирована опухоль с поражением грудной стенки или кожи, которая оценивалась как T4.

Поражение региональных лимфатических узлов наблюдалось в 83,4% (192) случаев, у 9 (3,7%) больных нет подтвержденных данных (Nx). Отдаленные метастазы были выявлены у 24 (10,0%) больных, в 2 (0,8%) случаях нет подтверждения о наличии или отсутствии отдаленных метастазов при первичной диагностике (Mx).

Таким образом, распределение пациентов по клиническим стадиям было следующим: у 5,0% (12) пациентов была диагностирована клиническая стадия I, у 47,3% (114) - стадия II, у 37,8% (91) - стадия III и у 10,0% (24) больных – клиническая стадия IV.

Оценка морфологических подтипов РМЖ показала, что у большинства пациентов была диагностирована инвазивная карцинома: проточная – 50,2% (121), дольковая – 3,7% (9), смешанная – 1,2% (3). В 20,3% (49) случаев была выявлена карцинома протоков in situ. При оценке степени дифференцировки опухоли (G) выявлено, что рутинное исследование данного показателя является обязательным не во всех центрах, поэтому у большого пула пациентов, 105 (43,6%) данные о степени злокачественности опухоли не были представлены. В оставшихся случаях наблюдения, средняя (G2) и низкая (G3) степень дифференцировки опухоли встречались примерно с одинаковой частотой – у 25,7% (62) и 27,0% (65) пациентов, соответственно. В 1 (0,4%) случае морфологическая оценка соответствовала недифференцированной карциноме (G4).

Таблица 1 – Демографические и клинико-морфологические характеристики больных метастатическим Her-позитивным РМЖ при первичной диагностике заболевания

Характеристики больных	
Возраст больных при первичной диагностике рака (n) Средний возраст при первичной диагностике РМЖ (СО) Медиана возраста (min-max) Межквартильный диапазон	**241** 52.3 (11.5) 52.4 (23.0-88.0) (43.9-60.0)
Менопаузальный статус (n) Предменопауза Постменопауза Неизвестный статус	**241** 86 (35.7%) 113 (46.9%) 42 (17.4%)
Распределение по стадиям заболевания	
Первичная опухоль T (n) Tis T1 T2 T3 T4 TX	**241** 0 28 (11.6%) 135 (56.0%) 27 (11.2%) 50 (20.7%) 0
Региональные лимфатические узлы N (n) N0 N1 N2 N3 NX	**241** 40 (16.6%) 118 (49.0%) 61 (25.3%) 13 (5.4%) 9 (3.7%) 0

Отдаленные метастазы M (n) M0 M1 MX	**241** 215 (89.2%) 24 (10.0%) 2 (0.8%)
Клиническая стадия (n) I II III IV	**241** 12 (5.0%) 114 (47.3%) 91 (37.8%) 24 (10.0%)
Гистологический тип опухолей Протоковая карцинома in situ Дольковая карцинома in situ Инвазивная протоковая карцинома Инвазивная лобулярная карцинома Инвазивная смешанная карцинома Другое Нет данных	**241** 49 (20.3%) 3 (1.2%) 121 (50.2%) 9 (3.7%) 3 (1.2%) 3 7 (15.4%) 20 (8.3%) 0
Степень дифференцировки опухоли G1: высокая степень дифференцировки (низкая степень злокачественности) G2: средняя степень дифференцировки (промежуточная степень злокачественности) G3: низкая степень дифференцировки (высокая степень злокачественности) G4: Недифференцированная опухоль (высокая степень злокачественности) GX: степень дифференцировки установить нельзя (неопределенная степень злокачественности) Нет данных	**241** 8 (3.3%) 62 (25.7%) 65 (27.0%) 1 (0.4%) 0 0 105 (43.6%)

В таблице 2 представлены клинические особенности больных Her-позитивным метастатическим РМЖ. Общий статус пациентов при диагностике метастатического процесса в большинстве случаев (56,5%) оценивался как удовлетворительный и соответствовал 0-1 баллу по шкале ECOG. Средняя степень тяжести (2 балла по шкале ECOG) была установлена у 29 (12,0%) больных, а тяжелое состояние – только у 7 (2,9%) пациенток, которое в 1(0,4%) случае было описано как крайне тяжелое.

Анализ частоты поражения метастазами различных органов и систем показал, что внекостные метастазы были выявлены в 237 (98,3%) случаях, при этом, частота висцеральных метастазов с поражением печени и/

Таблица 2 – Клинические особенности больных Her-позитивным метастатическим РМЖ

Показатели	Общее число больных (n=241)	Больные с первично-метастатическим, IVстадия, РМЖ (n=24)	Больные с I-III стадией с прогрессированием РМЖ (n=217)
Возраст при диагностике отдаленных метастазов Средний возраст при первичной диагностике РМЖ (СО) Медиана возраста (min-max) Межквартильный диапазон	N=241 53.8 (11.2) 53.7 (25.0-88.0) (45.9-60.9)	N=24 56.3 (13.5) 56.2 (36.0-88.0) (45.5-63.4)	N=217 53,5 (10,9) 53,6 (25,0 -78.0) (45.9-60.9)
Статус по ECOG при диагностике отдаленных метастазов 0 1 2 3 4 Нет данных	N=241 24 (10.0%) 112 (46.5%) 29 (12.0%) 6 (2.5%) 1 (0.4%) 69 (28.6%)	N=24 2 (8.3%) 6 (25.0%) 3 (12.5%) 0 0 13 (54.2%)	N=217 22 (10.1%) 106 (48.8%) 26 (12.0%) 6 (2,8%) 1 (0,5%) 56 (25,8%)
Локализация метастазов Печень Легкие Кости ЦНС/головной мозг Мягкие ткани другое	N=241 49 (20.3%) 63 (26.1%) 88 (36.5%) 30 (12.4%) 51 (21.2%) 132 (54.8%)	N=24 11 (45.8%) 7 (29.2%) 15 (62.5%) 1 (4.2%) 3 (12.5%) 12 (50.0%)	N=217 38 (17.5%) 56 (25.8%) 73 (33.6%) 29 (13.4%) 48 (22.1%) 120 (55.3%)

Примечание: *больные могли иметь один и более очаги метастазирования*

или легких наблюдалась у 92 (38,8%) больных. Костные метастазы у пациентов, включенных в исследование, были выявлены в 36,5% случаев. Далее по частоте вторичного поражения различных органов и тканей метастатические очаги были распределены следующим образом: в легких – у 26,1%, в мягких тканях – у 21,2%, в печени – у 20,3% больных.

У больных с первичным метастатическим процессом, демографические характеристики и распределение метастатических очагов имели некоторые особенности. Средний возраст при диагностике метастатического РМЖ составил 56,3±13,5 лет, при этом, возраст колебался от 36 до 88 лет. Более чем в половине случаев данных о статусе больных с первично-метастатическим процессом не представлено. У оставшихся 11 (45,8%) общее состояние оценивалось как «удовлетворительное» или «ближе к удовлетворительному». У этой категории пациентов чаще выявлялись висцеральные метастазы с поражением печени и/или легких (62,5%), с такой же частотой были диагностированы костные метастазы. Метастазирование в головной мозг при первичной диагностике заболевания было выявлено только у 1 (4,2%) больной.

Средний возраст пациенток со стадией заболевания I-III при выявлении отдаленных метастазов составил 53,5 ± 10,9 года. При развитии метастатической болезни, в 56 (25,8%) случаях в медицинских картах отсутствовала оценка общего статуса пациента по шкале ECOG. Анализ данных по остальным 161 пациенткам показал, что прогрессирование заболевания с развитием отдаленных метастатических очагов отразилось на общем состоянии пациентов в сторону ухудшения только у 7 (3,3%) больных. Большинство пациентов, 154 (70,8%), имели удовлетворительное состояние.

Метастатический процесс был диагностирован при выявлении депозитов в печени – у 17,5% (38) пациентов, в легких – у 25,8% (56), в кости – у 33,6% (73), в головном мозге – у 13,4% (29), в мягких тканях – у 22,1% (48). У 55,3% (120) пациентов были выявлены метастазы в других тканях и органах.

По результатам иммуногистохимических исследований (ИГХ), у 46,5% (112) пациентов был выявлен положительный статус по эстрогеновым рецепторам (РЭ+) и в 38,2% (92) – по рецепторам прогестерона. Изучение статуса пролиферативной активности, по данным исследовательских центров, не являлось обязательным. Только у 60 (24,9%) пациентов был определен Ki6, для 75,1% пациентов в исследовании он был неизвестен. В 33 (55%) случаях, Ki67 был оценен как высокий (>15%) (Таблица 3).

Таблица 3 – Результаты иммуногистохимических исследований у больных метастатическим HER2-позитивным РМЖ

Результаты иммуногистохимических исследований	
Статус рецепторов эстрогена (РЭ) Положительный Отрицательный Нет данных	N=241 112 (46.5%) 102 (42.3%) 27 (11.2%)
Статус рецепторов прогестерона (РП) Положительный Отрицательный Нет данных	N=241 92 (38.2%) 122 (50.6%) 27 (11.2%)
Гормональный рецепторный статус РЭ + / РП + РЭ + / РП - РЭ - / РП + РЭ - / РП - Нет данных	N=241 84 (34.9%) 28 (11.6%) 8 (3.3%) 94 (39.0%) 27 (11.2%)
Пролиферативная активность, индекс Ki67 ≤15% (низкий) 16 - 30% (средний) >30% (высокий) Нет данных	N=241 17 (7.1%) 10 (4.1%) 33 (13.7%) 181 (75.1%)

Как видно из таблицы 3, люминальный В тип опухоли выявлялся практически в половине случаев (49,8%) метастатического РМЖ с гиперэкспрессией Her-2/neu. Частота Her-позитивного нелюминального РМЖ составила 39,0%.

Обсуждение. Данные о демографических, клинико-морфологических и молекулярно-биологических характеристиках метастатического РМЖ с доказанной высокой экспрессией Her-2 –рецептора, представленные в статье, получены в результате ретроспективного популяционного исследования, направленного на получение общей картины по диагностике и лечению пациентов на примере 7 онкологических центров Российской Федерации, Украины и Республики Казахстан. Конечно, это исследование имело некоторые ограничения, поскольку из-за ретроспективного характера некоторые неполные данные не могли быть запрошены у исследователей, особенно, в части первичного стадирования и оценки общего статуса пациентов. Не во всех центрах морфологические и ИГХ-исследования проводились в

полном объеме, как того требуют современные протоколы диагностики. Однако полученные результаты позволяют сделать некоторые **выводы**:

- больные метастатическим РМЖ в большинстве случаев (56,5%) остаются в активном удовлетворительном состоянии, что соответствует 0-1 баллу по шкале ECOG. На долю тяжелых и крайне тяжелых пациентов приходится только 2,9%.
- у пациентов с доказанной гиперэкспрессией рецепторов Her-2/neu в 1/3 случаев (36,5%) выявляются метастазы в кости и примерно с равной частотой – висцеральные метастазы с поражением печени (20,3%) и легких (26,1%).
- частота люминального В типа опухоли среди пациентов с метастатическим Her-позитивным РМЖ встречается чаще по сравнению с Her-позитивным нелюминальным типом рака (49,8% против 39,0%).

Список использованных источников

1. Slamon DJ et al. Human breast cancer: correlation of relapse and survival with amplification of the HER2/neu oncogene. Science 1987; 235: 177–82

2. Kaufman B., Mackey J.R., Clemens M.R. et al. Trastuzumab plus anastrozole versus anastrozole alone for the treatment of postmenopausal women with human epidermal growth factor receptor 2 positive, hormone receptor–positive metastatic breast cancer: Results from the randomized phase III TAnDEM Study // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol.27. – P.5529-5537.

3. Johnston S., Pippen J. Jr., Pivot X. et al. Lapatinib combined with letrozole versus letrozole and placebo as first line therapy for postmenopausal hormone receptor positive metastatic breast cancer // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol.27. –P.5538- 5546.

4. Robertson J., Stege G.G., Neven P. et al. Activity of fulvestrant in HER2 overexpressing advanced breast cancer // Annals of Oncology. – 2010. – Vol.21. – P.1246-1253.

ТҰЖЫРЫМ

С. Есентаева[1], З. Ильянова[2], Д. Арыбжанов[3], К. Баринов[4], Ю. Рагулин[5], О. Липатов[6], О. Иванчук[7], И. Дробнер[8]

[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Қазақстан-Ресей медициналық университеті
[2]Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Қазақ онкология және радиология ҒЗИ
[3]Қазақстан Республикасы, Шымкент қ., Оңтүстік-Қазақстан Облыстық онкологиялық диспансер
[4]Ресей Федерациясы, Ханты-Мансийск қ., 4Аудандық клиникалық аурухана
[5]Ресей Федерациясы, Обнинск қ., РФ ДСМ Медициналық радиологиялық ғылыми орталығы
[6]Ресей Федерациясы,, Уфа қ., Республикалық клиникалық онкологиялық диспансер
[7]Украина, Черновицы қ., Черновицылық облыстық клиникалық онкологиялық орталық
[8]Украина, Хмельницк қ., Хмельницк облыстық онкологиялық орталық

PH+oeBE зерттеу нәтижелері бойынша Her-2/neu рецепторлардың гиперэкспрессиясымен сүт безінің метастаздық қатерлі ісігі бар науқастардың демографиялық және клиникалық-морфологиялық ерекшеліктері

PH+oeBE ретроспективті, сипаттамалық, шоғырламалық зерттеу нәтижелері бойынша сүт безі Her-позитивті метастазды қатерлі ісігі (СБҚІ) бар науқастардың демографиялық және клиникалық-морфологиялық параметрлердің қысқаша сипаттамасы ұсынылды, сол сипаттамада диагностикаланған және морфологически дәлелденген HER2-позитивті метастазды СБҚІ бар науқастардың медициналық карталардан деректер қолданылған.

Түйінді сөздер: *сүт безі қатерлі ісігі, HER2-позитивті, демографиялық, иммуногистохимия, морфология*

SUMMARY

S. Yessentayeva[1], Z. Ilyanova[2], D. Arybzhanov[3], K. Barinov[4], Yu. Ragulin[5], O. Lipatov[6], O. Ivashchuk[7], I. Drobner[8]

[1]Kazakh-Rassian Medical University, Almaty, the Republic of Kazakhstan
[2]Kazakh Scientific Research Institute of Oncology and Radiology, Almaty, the Republic of Kazakhstan
[3]South Kazakhstan Regional Cancer Center, Shymkent, the Republic of Kazakhstan
[4]District Clinical Hospital, Khanty-Mansiysk, Russian Federation
[5]Medical Radiological Research Center of the Ministry of Health of the RF, Obninsk, Russian Federation
[6]Republican Clinical Cancer Dispensary, Ufa, Russian Federation
[7]Chernivtsi Regional Clinical Oncology Center, Chernivtsi, Ukraine
[8]Khmelnitsky Regional Oncology Center, Khmelnitsky, Ukraine

Demographic and clinical-morphological features of patients with metastatic breast cancer with over-expression of Her-2 / neu receptors based on the results of the PH + oeBE study

Demographic and clinical-morphological parameters in patients with metastatic Her-positive breast cancer (BC) are presented based on the retrospective, descriptive, cohort study PH + oeBE. The study included the data from medical records of patients with diagnosed and morphologically confirmed HER2-positive metastatic breast cancer.

Keywords:

40 лет

Савхатова Акмарал Доспуловна

Заведующая отделением ДСЛТ

05.09.1977 г.

Жапаркулова Анар Низовна

Старшая медицинская сестра ПКО

26.07.1977 г

Нусупова Назира Абдразаковна

Медицинская сестра отд ДСХТ2

09.09.1977 г.

Бейсенбекова Баян Жанарбековна

Старшая медицинская сестра пансионата

02.09.1977 г.

Абирова Айгуль Бакытовна

Старшая медицинская сестра центра онкоурологии

10.09.1977 г.

Саидилова Ляйля Нуржакыповна

Старшая медицинская сестра центра ОГиМЛ

20.09.1977 г

50 лет

Кайбаров Мурат Ендалович

Руководитель центра ОГиМЛ

07.09.1967 г.

Байзаков Болат Ермаханович

Заместитель главного бухгалтера

14.07.1967 г.

Международный цитологический туториал

В течении трех дней, с 15 по 17 сентября 2017 года, КазНИИ Онкологии и Радиологии совместно с Ассоциацией клинических цитологов РК и Международной академией цитологов (МАЦ) проводили Международный цитологический Туториал в Алматы. К проведению данного мероприятия общественный фонд «Вместе против рака» оказал большую поддержку.

Приняли участие 105 врачей-цитопатологов, клинических цитологов и цитотехнологов из 18 регионов Казахстана, г.Астана и Алматы. Слушателями данного учебного курса были не только специалисты из разных областей РК, но и представители других стран: Армении, Азербайджана, России и стран дальнего зарубежья Турции, США, Катара, Новой Зеландии, Австралии и Канады.

В течении трех дней прочли прекрасные лекции и провели семинары спикеры МАЦ: Профессор **Сиед Али** – Директор отдела цитопатологии клиники Джонса Хопкинса, Балтимор, штат Мериленд, США; Профессор **Волкер Шнайдер** – Председатель Международной экзаменационной комиссии по цитопатологии, директор лаборатории цитологии и гистопатологической диагностики, Фрейбург, Германия; Профессор **Филиппе Виель** – Руководитель цитопатологического отдела Национальной лаборатории здоровья, Люксембург; Профессор **Роберт Осамура** – Директор отдела диагностической патологии, Госпиталь Санио, Международный университет, Президент Международной академии цитологов, Токио, Япония; Профессор **Фернандо Шмидт** – Руководитель отдела патологии медицинского факультета университета Порто, г. Порто, Португалия; Профессор **Биннур Унал** – Руководитель отдела патологии и цитопатологии университета г. Анкара, руководитель рабочей группы по исследованию злокачественной мезотелиомы, Анкара, Турция.

Насыщенные три дня обучения были полезны и специалистам с большим опытом, и молодым цитологам.

Материалы, представленные директором отдела цитопатологии клиники Джонса Хопкинса профессором Саедом Али и профессором Филиппе Виеле из Национальной лаборатории здоровья в Люксембурге, позволили приобщиться к мировому опыту диагностики новообразований. Они показали, что только в тесном контакте со всеми вовлеченными в процесс онкологами и клиническими специалистами возможна правильная диагностика с точным выбором лечения. Клинические примеры из практики Президента Международной академии цитологов профессора Роберта Осамура и профессора Фернандо Шмидта из университета в Порто подтвердили необходимость постоянного обучения и общения с коллегами.

Руководитель рабочей группы по исследованию злокачественной мезотелиомы Биннур Унал поднимала проблемные вопросы по злокачественной мезотелиоме.

Профессор Волкер Шнайдер, Директор лаборатории цитологии и гистопатологической диагностике из Фрейбурга, представил диагностические критерии по гинекологической цитологии.

В ходе туториала все участники получили не только знания по цитологической диагностике, но и ценную возможность обмена опытом.

Проведение этих образовательных мероприятий позволило казахстанским цитологам подробнее ознакомиться с достижениями и успехами своих коллег со всего мира, обменяться опытом и получить новый стимул для дальнейших достижений в научной и практической деятельности.

По окончании туториала участники получили сертификат международного образца с указанием количества прослушанных часов (24 часа), которые учитываются при аттестации специалистов. Данное уникальное мероприятие обеспечивалось слаженной и координированной работой сотрудников КазНИИОиР на всех этапах при поддержке руководства института, Ассоциации клинических цитологов РК и общественного фонда «Вместе против рака».

Внештатный главный цитолог МЗ РК,
врач-цитолог-патологоанатом отделения патоморфологии,
цитологии и молекулярной патологии КазНИИОиР,
член Международной академии
цитологов FIAC ***Елеубаева Ж. Б.***

Обучающий семинар по лучевой диагностике

С 25 по 29 сентября 2017 года в Казахском НИИ онкологии и радиологии был проведен 2-ой обучающий семинар по лучевой диагностике. Семинар проведен при поддержке RAD-AID (США). Возможностями современных лучевых методов исследования поделились специалисты по лучевой диагностике из США: **Маргарет Шабунио**, MD, FACR - профессор радиологии и клинической хирургии, профессор биомедицинской инженерии, руководитель подразделения женской радиологии, отделения радиологии медицинского центра Университета штата Кентукки; **Шайлендра Чопра**, MD, MRCP, FRCR, FSAR - заведующий секцией отделения радиологии, клиники Лексингтона, доцент радиологии, Университета штата Кентукки, директор программы по разработке он-лайн веб-сайтов для подготовки резидентов-радиологов к сдаче сертификационных экзаменов; **Холланд Равелл**, MD - со-председатель отделения радиологии системы здравоохранения Мауо, директор подразделения визуализации молочной железы Mayo Health System; **Пранейл Пател**, MD - доцент, консультант по радиологии Медицинского колледжа Weill Cornell, Нью-Йоркского пресвитерианского госпиталя; **Джозеф Овэн**, MD - доцент клиники, отделение радиологии, подразделение неотложной и абдоминальной радиологии Медицинского колледжа Университета штата Кентукки; **Марианна Загуровская**, MD - доцент клиники, отделение радиологии, подразделение кардиоваскулярной и торакальной радиологии Медицинского колледжа Университета штата Кентукки.

В работе семинара приняли участие специалисты по лучевой диагностике из медицинских учреждений нашей

республики, врачи из ближнего зарубежья, резиденты.

Участники семинара прослушали лекции, разборы клинических случаев, практические занятия по важным вопросам лучевых методов исследования.

В ходе данного обучающего семинара освещены актуальные проблемы современной лучевой диагностики, представлены инновационные технологии, возможности лучевых методов исследования.

Проведенный семинар позволит повысить уровень знаний и навыков врачей и резидентов, будет способствовать дальнейшему развитию лучевой диагностики и послужит площадкой для интеграции знаний и инновационных технологий в области лучевой диагностики.

Заведующая отделением лучевой диагностики Казахского НИИ онкологии и радиологии, заведующая кафедрой «Визуальная диагностика» КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, доктор медицинских наук, профессор ***Жолдыбай Ж.Ж.***

Конференция ICSN 2017 Biennial Meeting: LOOKING BACK, MOVING FORWARD

В июне 2017 года в Бетезде, США, прошла биенальная конференция Международной сети скрининга рака (International Cancer Screening Network, ICSN) «Оглядываясь назад, двигаемся вперед». В конференции, в которой приняли участие около 300 экспертов в области скрининга из различных стран мира, с двумя докладами выступила руководитель СКДО КазНИИОиР, к.м.н., Жылкайдарова А.Ж. Выступление на пленарной сессии было посвящено урокам, извлеченным из 8-летнего опыта реализации скрининга рака шейки матки. Второй доклад (стендовый) был посвящен системе индикаторов качества при скрининге в Казахстане. Поездка Жылкайдаровой А.Ж. состоялась при поддержке Центра Глобального здоровья Национального институт рака (NCI Center for Global Health).

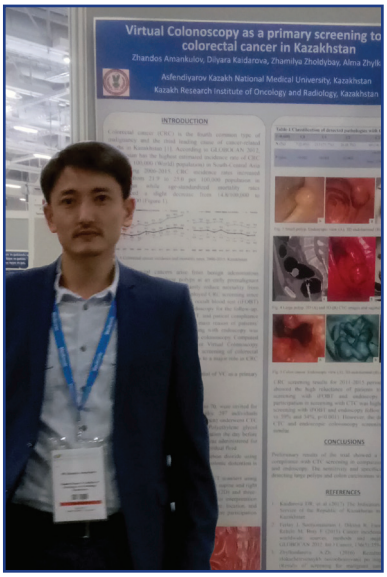
В рамках конференции состоялась рабочая встреча с представителями Центра Глобального здоровья о создании сети специалистов по онкоскринингу в странах СНГ. Одним из первых шагов в этом направлении было решено провести I Eurasia Cancer Screening Conference в мае 2018 года в г. Минске (Белорусь), а затем в Казахстане.

Пресс-служба КазНИИ онкологии и радиологии МЗ РК

12-ая Научно-практическая конференция Европейского общества колопроктологов - ESCP Berlin 2017

В столице Германии с 20-22 сентября прошла 12-ая Научно-практическая конференция Европейского общества колопроктологов - ESCP Berlin 2017, в которой ученые со всего мира обсуждали актуальные вопросы колопроктологии. В рамках конференции проходили пленарные и секционные заседания, круглые столы, образовательные курсы и мастер классы.

На конференции выступил врач отделения лучевой диагностики, член Совета молодых ученых Казахского НИИ онкологии и радиологии, докторант PhD КазНМУ им. С.Ж. Асфендиярова Аманкулов Жандос Муктарович с научным докладом, посвященный ранней диагностике колоректального рака в Казахстане. Материалы доклада были опубликованы в виде тезиса в рецензируемом журнале с высоким импакт фактором «Colorectal Disease».



Напомним, что Аманкулов Ж.М. получил первое место в конкурсе молодых ученых, который прошел в рамках VI Съезда онкологов и радиологов Казахстана и выиграл поездку на международную конференцию. Ассоциация онкологов и радиологов Казахстана оказала полную поддержку в поездке на конференцию.

Пресс-служба КазНИИ онкологии и радиологии МЗ РК

Конгресс ESMO 2017

С 08.09.2017-12.09.2017 проводился Конгресс ESMO 2017 в партнерстве с Европейской ассоциацией исследований рака (EACR) в Мадриде, Испания.

08.09.2017 состоялся Доклад директора КазНИИ онкологии и радиологии МЗ РК, академика НАН РК, д.м.н. Д.Р. Кайдаровой. Тема доклада: «Вклад онкологов в глобальную политику: как улучшить национальные онкологические планы».

В тот же день была проведена встреча совместно с членами ESMO, WHO, представителями Казахского Института онкологии. Обсуждались вопросы пересмотра национальных протоколов, определение более эффективных схем химиотерапии с учетом доказательной медицины.

10.09.2017 проводилось заседание с участием членов ESMO, WHO, директорами онкологических центров о решении Глобальных проблем в онкологии.

Выступал Андрю Илбави, технический директор ВОЗ, с вопросами:

- об определении глобальной повестки дня в области рака как нового приоритета общественного здравоохранения.
- обязанности заинтересованных сторон: ВОЗ, Правительство, Роль НПО
- важность Национального Противоракового плана

По итогам встречи достигнуто соглашение о принятии резолюции, создании и внедрении Национальных планов противораковой борьбы.

Приобретенные навыки и знания помогут нашим Врачам внедрить новые технологии для более эффективной терапии рака.

Врач отделения гемобластозов КазИИОиР
Джазылтаева Акмарал

Руководство для авторов по оформлению рукописи

Редакция принимает для публикации статьи, литературные обзоры, случаи из практики на казахском, русском и английском языках, посвященные организации онкологической службы, эпидемиологии онкологических заболеваний, профилактике опухолевых заболеваний, диагностике предопухолевых и опухолевых заболеваний, вопросам клинической онкологии, радиологии, экспериментальной онкологии и радиобиологии, психосоциальной помощи в онкологической службе, а так же подготовке кадров.

Подача статьи

Статья со всеми приложениями (титульный лист, иллюстрации) присылается в электронном варианте одним письмом по адресу: *submit@oncojournal.kz.*

1. Название и текст статьи на русском, казахском или английском языках, на последней странице – аннотации и ключевые слова на трёх языках. Аннотация - не более 500 знаков на языке статьи. Ключевые слова: 5-7 одиночных слов, не более 2-3 словосочетаний.

2. Титульный лист: название статьи, ФИО авторов, место работы, город, страна. Вся информация предоставляется на русском, казахском и английском языках. Телефоны и электронные адреса всех авторов с указанием автора для корреспонденции.

3. Иллюстрации подаются отдельными файлами (см. требования к иллюстрациям в разделе «Оформление статьи»).

Для иностранных авторов перевод выходных данных и аннотации на казахский язык предоставляет редакция журнала.

Объем статьи

Оригинальные исследования – не более 8 стандартных страниц (1800 знаков без пробелов); казуистические сообщения – не более 4 страниц; обзоры литературы и лекции – не более 12 страниц.

Оформление статьи

1. Шрифт - Times New Roman Cyr №14, межстрочное расстояние – 1,5 интервала. Формат файла – MS Word, текст оформляется в одну колонку.

2. Страницы должны быть пронумерованы внизу, по центру.

3. Оформление первой страницы: УДК - в левом верхнем углу, на следующей строке по центру – название статьи.

4. Структура **Аннотации**: актуальность, цель исследования, результаты, заключение.

5. Структура **Статьи** (должны быть выделены разделы):

Введение – краткое отражение актуальности проблемы, цель и задачи исследования, ссылки на наиболее важные работы.

Материалы и методы - принципы подбора и характеристика материала, объем исследования, использованные методы, включая статистические. Методы исследования следует излагать кратко, но достаточно четко для их воспроизведения. Новые методы описывать детально; на ранее опубликованные и общеизвестные методы - указать в тексте статьи автора и/или название метода и ссылка в списке использованных источников.

Результаты и обсуждение - основные результаты исследования, обнаруженные закономерности. Сопоставление полученных результатов с данными в сообщениях в отечественной и зарубежной литературе.

Выводы - подведение итогов работы и рекомендации по применению полученных результатов.

Название раздела указывается в тексте с красной строки и выделяется жирным шрифтом. Между разделами добавляется пустая строка. Названия подразделов могут выделяться курсивом. Пустая строка между подразделами не добавляется.

6. Сокращения расшифровываются при первом использовании и далее в тексте используется в сокращенной форме. Пример: «рак шейки матки (РШМ)».

7. Математические формулы нумеруются арабскими цифрами в круглых скобках в крайнем правом положении в той же строке. В формулах четко размечены все элементы: надстрочные и подстрочные индексы, прописные скобки и строчные буквы, сходные по написанию буквы и цифры (пример: О - буква и 0 - цифра).

8. Иллюстрации:

- ссылки в тексте на иллюстрации - полностью словом с номером в круглых скобках (рисунок 1);
- название иллюстрации отделяется от текста дополнительными отступами до и после. Пример: Рисунок 1 – Динамика …;
- иллюстрации подаются так же отдельными файлами: в форматах ***.xls**, ***.xlsx** (Excel),

***.eps**, ***.ai**, ***.pdf** (Adobe), ***.cdr** (CorelDraw), ***.png**, ***.jpg**, ***.jpeg** или ***.tiff**. Названия файлов с иллюстрациями должны соответствовать нумерации иллюстраций в статье (пример: Рис1.eps), минимальное разрешение иллюстраций – 300 dpi. Максимальный размер изображений – 120×210 мм.

9. Таблицы:
   - таблицы нумеруются последовательно арабскими цифрами, заголовок таблицы выравнивается по левому краю (пример: Таблица 1 - …);
   - в тексте приводится ссылка на таблицу (пример: «Данные приведены в таблице 1»).
   - содержание таблицы печатается через 1 интервал;
   - данные в столбцах центрируются.
10. Список использованных источников:
   - библиографические сведения о публикации оформляются согласно ГОСТ 7.1-2003 *(http://ksu.edu.kz/files/13/gost_7_1-2003.pdf)*;
   - библиографические ссылки – нумеруются в порядке упоминания в тексте, ссылки в тексте в квадратных скобках: [1, 3, 5-7];
   - источники - работы отечественных и зарубежных авторов за последние 5-7 лет, для обзорных статей – за последние 10 лет;
   - цитировать не более 10-20 источников, в обзорных статьях – до 30;
   - самоцитирование – не более 30% от общего списка;
   - все ссылки оформляются с полным списком авторов;
   - приветствуются ссылки на статьи, опубликованные ранее в журнале «Онкология и радиология Казахстана»;
   - ссылки на интернет-сайты, за исключением научных Интернет-ресурсов и нормативных документов, недопустимы;
   - ссылки на источники на иностранных языках приводятся на языке оригинала и оформляются по аналогичным правилам.

Правила оформления ссылок:
- для книг: фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, количество страниц (например: 125 с.), при цитировании страницы - «от» и «до» (например: С. 12-13.);
- для журнальных статей: фамилия и инициалы автора, полное название статьи, наименование журнала, год, номер, страницы «от» и «до» (например: С. 12-25.).

Случай из практики - оформление

Введение: краткое резюме, почему этот случай уникален, со ссылками на литературу.

Информация о пациенте: обезличенная информация о пациенте, основные проблемы и симптомы заболевания.

Клинические данные: физическое обследование, клинические данные.

Временная шкала: данные для этого эпизода медицинской помощи, представленные в виде временной шкалы (рисунок или таблица).

Диагностика: данные диагностических методов, диагностические проблемы.

Лечение: виды лечения, схемы, дозировки, продолжительность.

Результаты: оценка результатов лечения; результаты диагностических исследований после лечения; переносимость лечения.

Обсуждение: сильные стороны и ограничения в подходе к этому случаю, обсуждение соответствующей медицинской литературы, обоснование выводов, основные уроки и рекомендации.

Список использованных источников - (см. требования в разделе «Оформление статьи»).

Оплата за публикацию - 10000 тенге (за исключением сотрудников КазНИИОиР)
050022, г. Алматы пр. Абая, 91

Банковские реквизиты:
БИН: 990240007098
ИИК: KZ93826A1KZTD2021874
БИК: ALMNKZKA
Филиал АО «АТФ Банк» г. Алматы
Указать - Оплата за публикацию в журнале «Онкология и радиология Казахстана»

KazIOR

KAZAKH INSTITUTE OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY

Клиника Казахского НИИ онкологии и радиологии является ведущей организацией в Республике Казахстан по оказанию диагностической и лечебной помощи онкологическим пациентам, а также клинической базой для подготовки и переподготовки кадров по онкологии и лучевой терапии.

НАША МИССИЯ – снижение смертности от рака в рамках реализации государственной политики, направленной на профилактику, раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию онкологических больных, обеспечение проведения научно-исследовательских работ в области онкологии, подготовку специалистов для онкологической службы.

НАШЕ ВИДЕНИЕ – стать передовым научно-исследовательским институтом с мировым рейтингом и международной аккредитацией, обладающим образцовой инфраструктурой для интеграции научной, клинической и образовательной практики.

В клинике оказывают консультативно-диагностическую помощь ведущие специалисты республики, в том числе 16 докторов медицинских наук, 32 кандидата медицинских наук, 61 специалист с высшей квалификационной категорией. Действует 5 клинических советов: хирургический, радиологический, химиотерапевтический, диагностический, сестринский. Клиника развернута на 430 коек для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в ней ежегодно получают лечение более 9500 пациентов. Клиника оснащена оборудованием последнего поколения для проведения полноценной и углубленной диагностики и лечения опухолевых процессов. В нашей клинике выполняются самые сложные виды оперативных вмешательств при всех локализациях опухолей, до 2500 в год. Только здесь проводится высокотехнологичная лучевая терапия (конформная, стереотаксическая, IMRT, IGRT, RapidArc), и высокодозная химиотерапия при различных злокачественных опухолях, аутологичная трансплантация костного мозга при гемобластозах. Телемедицинская сеть позволяет оказывать дистанционные консультации и проводить клинические разборы во всех регионах РК. Современные лаборатории института выполняют все виды исследований от общеклинических до молекулярно-генетических.

Біздің мақсатымыз ғылыми, клиникалық және білімберу тәжірибесінің үлгілі инфрақұрылымды интеграциясының әлемдік рейтингі мен халықаралық тіркеуі бар озық ғылыми-зерттеу институт болу.

Клиникада ҚР жетекші мамандары, соның ішінде 6 профессор, 16 медицина ғылымдарының докторы, 32 медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санаты бар 61 маманы консультациялық-диагностикалық көмекті көрсетеді.

5 клиникалық кеңес: хирургиялық, радиологиялық, химиотерапиялық, диагностикалық, мейірбикелік қызмет етеді. Клиникада ТМККБК көрсету үшін 430 төсек-орны бар, сол клиникада жыл сайын 9500 астам науқастар емдеуді алады. Клиника толық және тереңдетілген диагностиканы жүргізу және ісіктік процестерді емдеу үшін соңғы буынның заманауи жабдықпен жабдықталған. Біздің клиникада жылына 2500 дейін барлық оқшауланған ісіктер кезінде операциялық араласулардың ең күрделі түрлері жасалады, тек мұнда ғана жоғары технологиялық сәулелік терапиясы (конформды, стереотаксиялық, IMRT,IGRT,RapidArc) және қатерлі ісіктер кезінде жоғары дозалық химиотерапиясы, гемобластоздар кезінде сүйек кемігінің гемопоэтикалық жасушалардың аутологиялық трансплантациясы жүргізіледі. Телемедициналық желі дистанциялық консультацияларды жүргізуге және ҚР барлық аймақтарымен клиникалық талдауларды орындауға мүмкіндік береді. Институттың заманауи зертханалары жалпы клиникалықтан молекулалық-генетикаға дейін барлық зертханалық зерттеулердің түрлерін орындайды.

Клиника Казахского НИИ онкологии и радиологии является ведущей организацией в Республике Казахстан для оказания диагностической и лечебной помощи онкологическим пациентам, а также клинической базой для подготовки и переподготовки кадров по онкологии и лучевой терапии.

Наша миссия снижение смертности от рака в рамках реализации государственной политики, направленную на профилактику, раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию онкологических больных, обеспечение проведения научно-исследовательских работ в области онкологии, подготовки специалистов для онкологической службы.

НАШЕ ВИДЕНИЕ стать передовым научно-исследовательским институтом с мировым рейтингом и международной аккредитацией,обладающим образцовой инфраструктуры интеграции научной клинической и образовательной практики.

В клинике оказывают консультативно-диагностическую помощь ведущие специалисты РК, в том числе 6 профессоров, 16 докторов медицинских наук, 32 кандидатов медицинских наук, 61 специалистов с высшей категорией. Действует 5 клинических советов: хирургический, радиологический, химиотерапевтический, диагностический, сестринский. Клиника развернута на 430 коек для оказания ГОБМП, где ежегодно получают лечение более 9500 пациентов. Клиника оснащена современным оборудованием последнего поколения для проведения полноценной и углубленной диагностики и лечения опухолевых процессов. В нашей клинике выполняются самые сложные виды оперативных вмешательств, при всех локализациях опухолей до 2500 в год, только здесь проводится высокотехнологичная лучевая терапия (конформная, стереотаксическая, IMRT,IGRT,RapidArc), и высокодозная химиотерапия при злокачественных опухолях, аутологичная трансплантация гемопоэтических клеток костного мозга при гемобластозах. Телемедицинская сеть позволяет оказывать дистанционные консультации и проводить клинические разборы со всеми регионами РК. Современные лаборатории института выполняют все виды лабораторных исследований от общеклинических до молекулярно-генетических.

ABOUT US

KazIOR is the leading medical organization in the Republic of Kazakhstan, which provides diagnostic and therapeutic assistance to cancer patients, as well as a clinical base for the training professionals in cancer care.

OUR MISSION is reduction of cancer mortality in the framework of the state policy aimed at prevention, early diagnosis, and treatment as well as to provide interdisciplinary scientific research by training outstanding specialist in cancer care.

OUR VISION is to become a comprehensive cancer center with international accreditation, which possess innovative infrastructure for integrating scientific, clinical and educational breakthroughs.

Consultative and diagnostic assistance provided by the leading specialists of the RK, including 6 professors, 16 doctors of science, 32 PhD, 61 specialists with the high category. There are 5 clinical councils: surgical, radiological, chemotherapeutic, diagnostic and nursing. There are 430 beds, where more than 9,500 patients are treated annually. Our medical care covers all types of cancer as well as performs complicated surgical interventions up to 2500 per year. The clinic is equipped with modern equipment of the latest generation for conducting a full and in-depth diagnosis and treatment of cancer. We are only Institute in Kazakhstan which implements high-tech radiation therapy (conformal, stereotactic, IMRT, IGRT, RapidArc), high-dose chemotherapy for malignant tumors, autologous bone marrow transplantation. The telemedicine network allows remote consultations and clinical analysis with all regions of the Republic of Kazakhstan. Modern laboratories of the Institute perform all types of laboratory research from basic clinical to molecular-gen.etic.

CGH/IGCS/EURAMA қамқорлығымен

«ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ ЖӘНЕ МАММОЛОГИЯДАҒЫ ОЗЫҚТЫҚ ПЕН ҚАЙШЫЛЫҚТАР»

атты халықаралық конгрестің материалдары

Materials of the International Congress

«PROGRESS AND CONTROVERSIES IN GYNECOLOGICAL ONCOLOGY & BREAST CANCER»

under the auspices of CGH/IGCS/EURAMA

Материалы Международного Конгресса

«ПРОГРЕСС И ПРОТИВОРЕЧИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ И МАММОЛОГИИ»

под эгидой CGH/IGCS/EURAMA

**Almaty,
October 4-6,
2017**

ЧЛЕНЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

Эдвард Тримбл - *Директор Центра Глобального Здоровья США, Национальный Институт Рака США, Департамент общественного здравоохранения и социального обеспечения; США*

София Майклсон - *PhD, Советник по Евразийским программам-CGH, NCI; Руководитель, Центрально-Азиатский Международный Форум лидеров в области контроля рака -CGH, NCI; США*

Томас Рэндалл - *Ассоциированный Профессор, Медицинская Школа Гарварда; Консультант отделения акушерства, гинекологии и репродуктивной биологии Больницы Штата Массачусетс; Директор Глобальной Онкологической Инициативы, Центр Онкологии Гарварда; США*

Мэри Эйкен - *Генеральный директор Международного общества гинекологической онкологии, IGCS; США*

Роксан Брю - *Центр Глобального Здравоохранения, Национальный Институт Рака; США*

Стефано Зуррида - *Профессор общей хирургии Миланского медицинского университета. Вице директор Евроазиатского общества по борьбе с раком молочной железы -«EURAMA»; Италия*

Жанкарло Прунери - *MD, Ассоциированный профессор, Директор отдела патологии организации IRCCS Национального Института Рака в Милане; Италия*

Виктория Зелинская - *Секретарь Евро-азиатского общества по проблемам рака молочной железы – EURAMA; Италия*

ЧЛЕНЫ КАЗАХСТАНСКОГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

Диляра Кайдарова - *Директор КазНИИОиР, академик НАН РК, профессор, д.м.н., президент Казахстанской ассоциации онкологов*

Даурен Адильбай - *к.м.н., заместитель директора по науке КазНИИОиР*

Гульнара Кунирова - *Исполнительный директор общественного фонда "Вместе против рака"*

Мурат Кайрбаев - *Гинеколог-онколог, доктор медицинских наук, руководитель отдела онкогинекологии, директор Almaty SEMA Hospital*

Эльвира Сатбаева - *к.м.н., руководитель центра морфологических исследований КазНИИОиР*

Гаухар Дуненова - *Врач онколог-гинеколог; Старший менеджерДепартамент интегрированной академической системы здравоохранения«Назарбаев Университет»*

Оксана Шатковская - *Руководитель информационно аналитического центра КазНИИОиР*

Ерлан Кукубассов - *MD, PhD, заведующий Центром Онкогинекологии КазНИИОиР*

Айгуль Шинболатова - *Заведующая отдела постдипломного образования КазНИИОиР*

Улпан Бекпутина - *Руководитель отдела международного сотрудничества КазНИИОиР*

Райхан Болатбекова - *научный сотрудник Центра онкогинекологии КазНИИОиР*

Сакен Сериков - *научный сотрудник Центра онкогинекологии КазНИИОиР*

Анаргуль Манашева - *Научный сотрудник центра маммологии КазНИИОиР*

Назгуль Омарбаева - *Научный сотрудник центра маммологии КазНИИОиР*

Айнаш Хаметжанова - *Консультант по работе со СМИ*

Содержание

I.I. Smolanka, V.E.Orel, I.V. Dosenko, A.D. Loboda, A.A. Lyashenko, O.A. Suprunenko. The results of the neoadjuvant intraarterial chemotherapy combination with mild hyperthermia in locally advanced breast cancer patients 52

I. Smolanka, O. Ivankova, A.A.Lyashenko, O. Lygyrda. Evaluating of the chemoradiotherapy effectiveness in patients with primary inoperable breast cancer 52

I.I. Smolanka, A.A. Lyashenko, O.N. Ivankova. Combined treatment of patients with inflammatory breast cancer with the use of intraarterial polychemotherapy 53

N.I. Tursunova, N.E. Atakhanova. Immunohistochemical characteristics of endometrial cancer 54

N.I. Tursunova, N.E. Atakhanova. The value of some endocrine indicators in progress of endometrium cancer 54

N.I. Tursunova, N.E. Atakhanova. Immunohistochemical profile of endometrial adenocarcinoma: P53 overexpression and BCL-2 persistence in papillary serous and endometrioid subtypes of endometrial carcinoma 55

D.B. Yusupova, M.A. Gofur-Oxunov, N.I. Tursunova. Choose scheme of chemotherapy in patients with breast cancer stage I-II over 60 years 56

D.B. Yusupova, M.A.Gofur-Oxunov, N.I. Tursunova. Tacticts of treatment of patients with I-III stage of breast cancer over 60 years old after radical surgical treatment 56

М.Н. Тилляшайхов, Б.Г. Алмухамедова, Д.А.Алиева, Б.Д. Юсупов. Эпидемиологические исследования рака шейки матки в Узбекистане 57

N.N.Zakhirova. New approaches in the prevention and early diagnosis cervical cancernew approaches in the prevention and early diagnosis cervical cancer 58

N.E. Atakhanova, N.N. Zakhirova, S.F. Kadirova, S.S. Mirakhmedova. Features of surgical treatment of phylloid tumors of the breast 58

О.П. Матылевич, С.А.Мавричев. Органосохраняющее лечение рака шейки матки. Опыт РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова 59

Н.Э. Атаханова, Н.Н. Захирова, С.С. Мирахмедова, С.Ф. Кадирова. Оценка схем адъювантной химиотерапии трижды негативного рака молочной железы 60

С.В. Неспрядько, И.В. Гончарук, Л.Б. Куценко, Е.В. Сумкина, О.А. Бакай. Рак эндометрия: анализ эпидемиологических данных 61

А.В. Турка, А.С. Рекута, А.А. Самохвалова. Хирургическое лечение локальных рецидивов рака вульвы 62

Д.Б. Юсупова, М.А. Гофур-Охунов, Н.И. Турсунова. Тактика лечения больных раком молочной железы I-III стадии старше 60 лет после радикального оперативного лечения 62

В.С. Свинцицкий, Т.В. Дерменжи, Л.Н. Полонская, Н.Ф. Лигирда. Влияние нейросохраняющей радикальной гистерэктомии (РГЭ-С1) на сократительную функцию мочевого пузыря у больных инфильтративным раком шейки матки 63

В.С. Свинцицкий, Л.Н. Полонская, Н.Ф.Лигирда. Сохранение репродуктивной функции у больных инвазивным раком шейки матки 64

Ю.Г. Ткаля, В.С. Свинцицкий, С.В. Неспрядько, Н.Ю. Лукьянова, В.Ф. Чехун. Гормональный гомеостаз у больных с рецидивом серозного рака яичника, особенности гормонального рецепторного статуса, экспрессии VEGF, HER 2/neu в серозном раке и функциональных кистах яичника 65

Д.Р. Кайдарова, М. Поляк, М.Р. Кайрбаев, А. Оштрбенк, А. Штербенк, Л. Хошняк, Р.О. Болатбекова. Определение вируса папилломы человека высокого риска при раке шейки матки 66

Д.Р. Кайдарова, М.Р. Кайрбаев, А.Ж. Жылкайдарова, Е.К. Кукубасов, Р.О. Болатбекова, А.А. Курманова, С.М. Сериков. Эпидемиология рака яичников в Республике Казахстан за 10 лет (2004-2014гг.) 66

D. Kaidarova, Zh. Chingisova, O. Shatkovskaya, G. Seysenbayeva, S. Ismailov. Dynamics of disease rate of oncogynaecologic pathology in the Republic of Kazakhstan for 10 years (2007-2016) 67

Н.П. Цип. Особенности клиники и диагностики злокачественных трофобластических опухолей инициированых пузырным заносом, у подростков 68

Н.С. Игисинов, А.Я. Тогузбаева. К оценке утраченного жизненного потенциала в связи со смертностью от рака молочной железы в Казахстане 69

Z. Olimova, M.A. Gofur-Okhunov, A. Abdullaev. Neoadjuvant chemotherapy in locally advanced cervical cancer: two randomised studies 70

Т.М. Шериева, А.А. Жумагельдина, А.А. Николаева, А.Қ. Дәрібаева, Г.К. Нурпеисова. Результаты скрининга рака шейки матки в Карагандинской области 71

I.I. SMOLANKA, V.E. OREL, I.V. DOSENKO, A.D. LOBODA, A.A. LYASHENKO, O.A. SUPRUNENKO

National Cancer Institute, Kiev, Ukraine

THE RESULTS OF THE NEOADJUVANT INTRAARTERIAL CHEMOTHERAPY COMBINATION WITH MILD HYPERTHERMIA IN LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER PATIENTS

Immediate results of the treatment of 121 female patients with locally advanced breast cancer (LABC) stages IIB – IIIA were estimated in this research. The main group comprised 62 LABC patients that have been given 4 courses of the system-selective neoadjuvant chemotherapy (SSNACT) by the CAP scheme with intraarterial injection of carboplatin 300 mg/m2 and cyclophosphamide 600 mg/m2 and systemic injection of doxorubicin 50 mg/m2. Patients have been applied mild hyperthermia (MH) session on the affected region in 30 min after the infusion of chemotherapeutic agents. The procedure lasted 30 min with output power of 50 W. The control group consisted 59 LABC patients that have been given SSNACT by the same scheme but without MH.

The mammography by means of the efficacy evaluation of treatment according to RECIST criteria has been held in 3 weeks after last year of SSNACT course. In patients of the main group, complete tumor response was found in 9 (14,52 ± 4,47) %, and 5 (8,47 ± 3,63)% - control (p> 0.05) groups. The partial tumor response was diagnosed in 30 (48,39 ± 6,35)% patients of the main and 21 (35,59 ± 6,23)% - control (p> 0.05) groups. Stabilization process was detected in 19 (30,65 ± 5,85)% patients of the main group and in 24 (40,68 ± 6,40)% of the control group (p> 0.05). The tumor progression was found in 4 (6,45 ± 3,12)% of the main and 9 (15,25 ± 4,68)% of the control group (p> 0.05).

Surgery was carried out after analyzing the response to neoadjuvant treatment. Breast conserving surgeries were provided in 33 patients (53,23 ± 6,34)% of the main group, of the control group – 24 patients (40,68 ± 6,40)%, (p <0.05). The TRAM/LD-flap reconstruction was done in 5 (8,06 ± 3,46%) patients of the main group and in 3 (5,08 ± 2,86)% of the control patients (p> 0,05). Skin sparing mastectomy with immediate endoprosthesis was provided in 5 (8,06 ± 3,46)% patients of the main group and in 4 (6,78 ± 3,27)% patients of the control group (p> 0.05).

It was determined that the use of MH with SSNACT under the treatment of LABC patients affected by allows to increase the amount of the complete tumor response cases by 6.04% and partial tumor response cases by 12.79%. The supplement of SSNACT with MH sessions allows to increase by 12.55% the implementation of breast conserving surgeries, and increase by 4.26% the providing of reconstructive surgeries.

I. SMOLANKA, O. IVANKOVA, A. LYASHENKO, O. LYGYRDA

National Cancer Institute, Kiev, Ukraine

EVALUATING OF THE CHEMORADIOTHERAPY EFFECTIVENESS IN PATIENTS WITH PRIMARY INOPERABLE BREAST CANCER

Objective. According to Ukrainian Cancer Registry data the incidence of breast cancer was 67,3 and the mortality rate - 30,2 cases per 100,000 female population in 2015. Despite progress in the early diagnosis nearly 20 % of the new patients who first registered breast cancer have locally advanced disease that is often primary inoperable.

Preoperative therapy increases the frequency of the radical surgery. However, locally advanced breast cancer is often resistant to standard treatment and need special approaches to therapy.

Despite the increasing usage of preoperative chemotherapy full morphological response, disease-free and overall survival indicators remain

poor for patients with locally advanced disease. The combined use of chemotherapy and radiation therapy amplifies cytotoxic effect by summation general and local anti-tumor effects, especially in resistant forms. Modifiers are used to amplify radiation tumor destruction and lead to overcoming the resistance of malignant cells. One of these modifiers is tegafur, it damages the mechanisms of DNA repair and cell cycle synchronization, increasing radiodestruction of tumor cells.

Purpose – to improve the efficiency of complex treatment in patients with primary inoperable locally advanced breast cancer overcoming resistance and increasing of the tumor control.

Patients and methods. The study included 107 patients with primary inoperable breast cancer with IIIA-IIIC stage of disease who had no positive effect after neoadjuvant chemotherapy based on anthracyclines (AC, FAC, AT). 52 patients in the control group had a course of traditional external beam radiotherapy (RT), in 55 patients of the study group RT was supplemented by using modifiers (fluororpyrimidines). Tegafur was administrated oral 800 mg in the morning and 400 mg in the evening throughout the RT course, all patients were given the necessary maintenance therapy.

Results. The effect of the cytostatic therapy was better in patients who received RT with tegafur, 36 patients (65,45 %) had complete and partial tumor response. But only in 22 patients (42,31 %) of the control group total and partial regression was registered, ($p < 0.05$). Tumors became operable in 92,3 % of patients in study group vs 76,6 % in control group. Pathological complete response was observed in 12,55 % patients of the study group after surgery.

Conclusion. The use of chemoradiotherapy with fluororpyrimidines enhances the effect of antitumor therapy, overcoming resistance it increases the incidence of tumor regression, improves locoregional control and is preferable to use in the primary inoperable breast cancer treatment.

I.I. SMOLANKA, A.A. LYASHENKO, O.N. IVANKOVA

National Cancer Institute, Kiev, Ukraine

COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BREAST CANCER WITH THE USE OF INTRAARTERIAL POLYCHEMOTHERAPY

Objective. The aim of the study was to evaluate the outcome of a combined neoadjuvant treatment in 54 patients with inflammatory breast cancer(IBC).

Methods: 54 patients with histologically verified IBC (T4dN1-3M0) received 6 courses of intraarterial polychemotherapy (IAC)with docetaxel 75mg / m^2, endoxane 600 mg / m^2. Preliminary angiography was performed to determine tumor arterial blood supply and to guide chemotherapy infusion. Prior to IAC an arteriogram of subclavian, internal mammary, and lateral thoracic arteries was obtained, to determine the most appropriate vessels that supplies the tumor area. Patients were evaluated for complete response (CR) and partial response (PR). After the response had been achieved, a radical mastectomy was performed. A prerequisite for performing the operation was to achieve «clean margins» of the removed breast. In the absence of a clean edge, skin flaps were mobilized according to the methods of Hadenheim and Beck.

Results: Four patients showed stabilization of the process, another 4 progresseing of the process, the remained 46 showed regression of the tumor: the total effectiveness rate (CR + PR) was 85.1%. At the same time, complete response was observed in 7 patients (rate12,9%), and in 39 - partial response rate72,2%). In 32 patients with PR, the tumor size was reduced by more than 50%. All 46 patients with objective response performed radical mastectomies with mandatory «clean margins». Twenty-four months after treatment, 8 patients showed progression of the disease (rate 17.4%), with no local recurrence (rate 0%). Transient systemic toxicity was observed in 12 cases (rate 26,1%, all -bone marrow depression).

Conclusion: A combination of IAC with radical mastectomy with “clean margins” provides an acceptable objective response, excellent local control even in the case of the treatment of IBC.

N.I. TURSUNOVA, N.E. ATAKHANOVA

Tashkent Medical Academy, Taskent, Uzbekistan

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF ENDOMETRIAL CANCER

Endometrial cancer, being the most common malignant neoplasm of female genital organs in the world, remains one of the most urgent problems of modern oncology.

The purpose of this study is to study the expression of markers of apoptosis, neoangiogenesis and p53 in endometrial tumors in association with clinical manifestations of uterine body cancer.

Data from 28 patients with cancer of the uterus body were studied. Expression of the protein p53, anti-apoptotic protein Bcl-2, estrogen (ER) and progesterone (PR) receptors was studied. An evaluation of angiogenesis in the tumor was performed by counting the number of microvessels stained with antibodies to endothelial cells (CD31).

According to the proto-oncogene Bcl-2, the entire group of patients was divided into 2 subgroups: Bcl-2-positive tumors (n = 17), Bcl-2-negative tumors (n = 11). The study showed that about a third of tumors, both Bcl-2-positive and Bcl-2-negative, had mutant p53. In Bcl-2-positive tumors, a highly developed vasculature was predominantly detected (in more than 75% of cases), whereas in Bcl-2 negative tumors of the endometrium, a low vascular density was mainly detected. Tumors expressing Bcl-2 generally contained PR receptors unlike Bcl-2 negative endometrial tumors. Correlation analysis revealed statistically significant correlations between Bcl-2 expression and PR receptors ($r = 0.459$, $p = 0.008$), Bcl-2 expression and microvessel density in the tumor ($r = 0.469$, $p = 0.006$). Bcl-2-positive tumors mostly carried PR, but with receptors of ER the picture was mosaic and most tumors did not express ER. The absence of ER in the endometrioid adenocarcinoma of the uterus body is accompanied by an increase in relapses from 11.5% to 27% and is generally associated with a more unfavorable prognosis. Thus, the combination of the results obtained indicates a more unfavorable prognosis in a group of patients with Bcl-2 expression, a moderate and high density of microvessels in the tumor, and the absence of ER.

N.I. TURSUNOVA, N.E. ATAKHANOVA

Tashkent Medical Academy, Taskent, Uzbekistan

THE VALUE OF SOME ENDOCRINE INDICATORS IN PROGRESS OF ENDOMETRIUM CANCER

Taking one of leading place in the structure of oncogynecology morbidity among malignant tumors of woman female reproductive organs, endometrium cancer (EC) even today becomes one of the most actual problems in oncogynecology.

Goal of research: to learn and evaluate the condition of reproductive and adrenocortiocoid hormones during endometrium atypical hyperplasia (EAH) and EC.

Material and methods: there are included 38 patients aged from 35 to 45 years old. All patients were divided into 2 groups: with diagnosis EAH – 11 patients, with histological verified diagnosis of endometrium adenocarcinoma – 27 patients. All patients before treatment are specified by containing of adenocorticotropic hormone (ACTH) and cortisol in peripheral blood, and also the level of estrone, estradiol, estriol, pregnandiol, androsterone egesting with daily urine.

Results: determined the fault of relation between main representatives of reproductive steroid hormones and displacement of them equilibrium. There increased the coefficient value of estradiol/pregnandiol in both groups, which shows the condition of relative hyperestrogenemia as a main factor of hyperplasia and cancer behavior. Also there is taking a place the imbalance between separate forms of female reproductive hormones with dominance of estriol fraction, which as we realize serve as stimula-

tor of hyperplastic processes in endometrium. At the same time, the fault of production of reproductive steroids of the most patients, independently upon containing the EAH or EC, was supporting by hypercorticism condition. The level of cortisol in peripheral blood was increased on average by 1.3 times.

Summary: this research showed the containing of general pathogenetic factors by changing of level of reproductive steroid hormones and hormones hypophysis-adrenocortical system in progress of EAH and EC, and testify the reasonability of usage of this data along with clinical indicators for formation the group of risk of progress EC among patients with EAH.

N.I. TURSUNOVA, N.E. ATAKHANOVA

Tashkent Medical Academy, Taskent, Uzbekistan

IMMUNOHISTOCHEMICAL PROFILE OF ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA: P53 OVEREXPRESSION AND BCL-2 PERSISTENCE IN PAPILLARY SEROUS AND ENDOMETRIOID SUBTYPES OF ENDOMETRIAL CARCINOMA

Endometrial adenocarcinoma (EA) is the most common gynecologic malignancy. Traditional factors associated with its prognosis include patient's age, tumor grade, stage, histologic type, and the depth of myometrial invasion. Two histologic types of EA—endometrioid and papillary serous—are associated with different biologic behavior p53 alteration may be an early event in the development of UPSC and may be related to its clinical aggressiveness, while it is a late event in UEC. Early detection of p53 nuclear accumulation may help to recognize precursor lesions of UPSC. Bcl-2 persistence is frequently associated with endometrial carcinoma, and failure to inactivate bcl-2 expression probably is related to the development of endometrial carcinoma.

The goals of this study were to evaluate the differences in the immunohistochemical expression of p53, bcl-2 in endometrioid and serous carcinoma and to correlate the results with tumor grade and stage.

The differences in immunohistochemical expression of p53, bcl-2, were quantified in 34 endometrioid and 16 papillary serous carcinomas of endometrium and were in touch with known predictors of survival, such as grade and stage. All cases were studied immunohistochemically by using a combination of the avidin-biotin complex peroxidase method (ABC kit; Vector Laboratories, Burlingame, CA) and microwave antigen retrieval (15 min-0.01 N citrate buffer, pH 6) in archival paraffin-embedded tissue. The antibody was a mouse, antihuman monoclonal antibody, clone D07 (DAKO, Copenhagen, Denmark).

Results: Uterine papillary serous adenocarcinomas (UPSA) had significantly higher p53 expression than did uterine endometrioid adenocarcinomas (UEA) (74.5% versus 35.5%); No difference in p53 overexpression was detected between tumors of early and late stages of UPSC; On the contrary, in UEC, there was a important difference in p53 immunostaining between tumors of early and late stages (P = 0.01); For bcl-2 immunostaining, UEC had a significantly higher immunohistochemical staining score than did UPSC (P = 0.005). Generally, the staining intensity of bcl-2 decreased progressively from proliferative phase and hyperplastic endometrium to UEC and then to UPSC, with 3 of 16 (18.7%) UPSC being negative.

Conclusion: These results mean that p53 alteration may be an early event in the development of UPSC and may be related to its clinical aggressiveness, while it is a late event in UEC. Early detection of p53 nuclear accumulation may help to recognize precursor lesions of UPSC. Bcl-2 persistence is frequently associated with endometrial carcinoma, and failure to inactivate bcl-2 expression probably is related to the development of endometrial carcinoma.

D.B. YUSUPOVA, M.A. GOFUR-OXUNOV, N.I. TURSUNOVA

Tashkent Medical Academy, Taskent, Uzbekistan

CHOOSE SCHEME OF CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH BREAST CANCER STAGE I-II OVER 60 YEARS

Breast cancer is one of the first places among the morbidity of malignant tumors. Breast cancer occurs in 30-45% of cases in women aged 60 years and older. The patients age is an important prognostic factor at the time of diagnosis of the primary tumors in breast cancer.

Material and methods. We examined 50 women with breast cancer for the period 2009-2015 years over 60 years who were divided into 2 groups after radical surgery who received adjuvant chemotherapy. First group received 4 cycles of adjuvant chemotherapy according to the scheme AC (doxorubicin, cyclofosfamide), second group received 4 cycles of adjuvant chemotherapy according to the scheme TC (docetaxel , cyclofosfamide).

Results. When analyzing the long-term results have shown significant advantage for the TC combination compared with the combination of AC 5 year disease free survival were 81% and 75% respectivelly. It is important to note that the TC treatment was equally effective, regardless of receptor status of the tumor and the status of regional lymphatic nodus ($p<0,05$). Improvement in survival achieved without enhance toxicity and complications, which is particularly important in the category of persons older than 60 years who had comorbidities and contraindications to anthracyclines.

Conclusion. Adjuvant chemotherapy in patients older than 60 years with breast cancer stage I-III TC scheme is effectively in terms 5 year disease free survival and tolerability which is important in the elderly , due to the presence of concomitant diseases.

D.B. YUSUPOVA, M.A. GOFUR-OXUNOV, N.I. TURSUNOVA

Tashkent Medical Academy, Taskent, Uzbekistan

TACTICTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH I-III STAGE OF BREAST CANCER OVER 60 YEARS OLD AFTER RADICAL SURGICAL TREATMENT

Breast cancer occurs in 30-45% of cases in women aged 60 years and older. Hormon positive cancers account for 70-80 % of all breast cancers, but distribution of subtypes Luminal A and B is not the same in different populations of women.

Material and metods. We have examined 45 women with breast cancer stage I-III who were over 60 years old treated between 2010 and 2015 years were Tashkent city oncologic center. We identified ER,PR, HER 2 neu, ki 67 by immunohistochemistry all patients were devided into 2 group: 1st group defined Luminal type A, 2-nd group luminal type B with HER 2 neu negative index, but high levels of ki 67. All patients were after radical surgery treatment. Patients of 1-st group is carried out only adjuvant endocrine therapy with tamoksifen drug, 2-n group received adjuvant chemotherapy by scheme CAF with endocrine therapy.

Results. Indicators of 5 year disease free survival in patients 1-st group consist 83,5%, in comparison in 2-nd group was 68.8%.Median of time of progression with luminal subtype A was 55,4 month, while in the luminal subtype B was 48,3 ($p<0,05$).

Conclusion. For the age group over 60 year not detected benefits of adjuvant chemotherapy what can explain the presence of high levels ki-67 in luminal type B as compared with luminal type A, in which a greated prognostic value plays adjuvant endocrine therapy.

М.Н. ТИЛЛЯШАЙХОВ, Б.Г. АЛМУХАМЕДОВА, Д.А. АЛИЕВА, Б.Д. ЮСУПОВ

Республиканский Специализированный научно-практический центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Актуальность: Проблема злокачественных новообразований (ЗН) женской половой сферы, в том числе и рака шейки матки (РШМ) продолжает оставаться чрезвычайно актуальной, учитывая возрастающие показатели заболеваемости и смертности, а также тенденцию к увеличению их частоты.

Цель: эпидемиологический подход к изучению заболеваемости и распространенности РШМ в Узбекистане.

Материалы и методы: анализ данных и просчёт показателей на основе статистических учетно-отчетных форм (форма №7-SSV МЗ РУз).

Результаты: Проведенные изучения показателей заболеваемости и смертности от РШМ показали наличие тенденции к их увеличению, характерные и для Узбекистана в целом, что в настоящее время изучается с точки зрения эпидемиологии. Это связано в первую очередь с принятием Национальной программы борьбы с онкологическими заболеваниями, в которой главной точкой приложения являются вопросы профилактики и ранней диагностики ЗН. Это, прежде всего - проведение скрининговых исследований и эпидемиологические изучения.

Проведенные исследования показывают, что РШМ в структуре всех ЗН в Узбекистане занимает 4-е место, а среди патологии женского населения – второе, после рака молочной железы. Показатель заболеваемости при этом составляет 5,5, а смертности – 2,5, в возрастном аспекте пик заболеваемости приходится в среднем на возраст – 50-64 лет, медиана – 53лет. Несмотря на визуальную и доступную локализацию большинство больных в специализированные центры поступает в запущенных стадиях заболевания.

В настоящее время начаты эпидемиологические исследования по изучению причинных факторов возникновения РШМ. Так, проводится изучение взаимосвязи между уровнем заболеваемости и факторами внешней и внутренней среды организма, оказывающих влияние на развитие заболевания, прежде всего, это - генетические (наследственные) и экологические (экзогенные и эндогенные).

В литературе имеются данные по идентифицированным генам, имеющим значение при возникновении наследственных форм рака яичников, но для РШМ таких данных до сих пор нет. Проведены работы по изучению роли папилломавирусной инфекции в развитии предраковых изменений при РШМ, гормонального статуса, гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы приводящих к возникновению генитального рака.

Нами проводятся изучение территориальных различий в частоте возникновения РШМ в Узбекистане, что возможно связано как с этническими факторами, так и воздействием различных эндогенных и экзогенных факторов, а также увеличившейся трудовой миграции населения. Имеющиеся подтвержденные данные показывают, что в центрально- азиатских регионах отмечаются определенные различия в онкозаболеваемости среди представителей коренных этносов (узбеки, казахи, киргизы) и других этнических групп населения, проживающих на данной территории. В частности, имеются наблюдения, где показано, что население русской национальности чаще заболевает ЗН женских гениталий, что соответствен-но сказывается и на показателях их смертности.

Заключение: Проведение дальнейших эпидемиологических исследований и анализа, для обоснованного подхода к вопросам профилактики и скрининга РШМ является необходимым. В связи с эти начата разработка информационной системы для сопровождения программ скрининга РШМ, а также формирования базы данных для полноценного охвата населения и последующего научного обоснования проведения целевых программ.

N.N. ZAKHIROVA

Republican Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan

NEW APPROACHES IN THE PREVENTION AND EARLY DIAGNOSIS CERVICAL CANCERNEW APPROACHES IN THE PREVENTION AND EARLY DIAGNOSIS CERVICAL CANCER

Cervical cancer (cervical cancer) for many decades continues to be in the center

the attention of leading foreign and Russian oncologists. In 2015, our the Republic among the General population revealed more than 21 thousand malignant tumors, including cervical cancer in 1496 women (from 9.0 per 100 thousand women of the population).

The purpose of the study: The study of the expression of molecular-biological marker Ki 67 cervical intraepithelial neoplasia (CIN) of varying degrees.

Material and methods : A study of expression immunohistochemical marker Ki-67 in 28 patients with CIN of various degrees. CIN I -11 patients, CIN II and CIN III 8 - 9 patients. The age of patients ranged from 24 to 52 years.

The results and discussion : In CIN I the level of expression of Ki-67 ranged from 0-20%, i.e. a low degree of expression in CIN II, this figure was in the range of 20-50%, while in CIN III, there was a gradual increase in the expression molecular biological marker Ki 67 50% and above

Conclusion: Determination of the expression of molecular-biological marker Ki 67 can be used as a reliable prediction method precancerous diseases of the cervix.

N.E. ATAKHANOVA, N.N. ZAKHIROVA, S.F. KADIROVA, S.S. MIRAKHMEDOVA

Tashkent Medical Academy, Taskent, Uzbekistan

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF PHYLLOID TUMORS OF THE BREAST

Relevance. Fibroepithelial tumors of a mammary gland meet in oncologic practice rather seldom. According to various authors, they make from 0,3-2,6% of all tumors of mammary glands owing to what this pathology is insufficiently studied. The etiology and a pathogenesis of phylloid tumors aren't clear. In group the fibroepitelial of tumors carry two-component tumors with prevalence of a connective tissue component which in a sarcoma dominates, and in group the fibroepitelial of neoplasms is combined with epithelial.The foliaceous tumor is quite infrequent neoplasm and despite the available arsenal of modern diagnostic methods the principles of surgical treatment are insufficiently studied, the relevance of this problem as an operative measure is the main method of treatment of this pathology follows from here.

Research objective: Improvement of results of treatment by the choice of radical volume of surgical intervention at various types of foliaceous tumors.

Material and methods: by us it was surveyed during the period from 2010 to 2017 on the basis of TashGOD of 72(100%) patients with various types of the above-stated tumoral pathology. From them with I benign type -58 (80,5%) of patients, from II-borderline type - 12(16,6%), with III-malignant type-2 (2,7%) of patients. The age of women fluctuates from 15 to 70 years. Diagnostics of tumors was based on objective survey, a palpation of mammary glands, these Ultrasound, mammographies, a cytologic research of smears.

Results and their discussion: At a preoperative stage the diagnosis was established at 10 (12,8%) patients. The tumor size at the I type was from 1,5 to 6,5 cm in the diameter, II-from 4,5 to 8 cm, the III size of primary tumor reached from 7 to 10 cm, and more in the diameter.

The patient with the I type made a tumor

enucleation, the local recurrence is noted at all patients. The same patient concerning a recurrence made a sectoral resection of a mammary gland - the recurrence wasn't observed. At only 40 (68,9%) patients of this the sectoral resection is made, from them at 9 (15,5%) the recurrence was observed that it is bound to the larger sizes of primary tumor. At 12 (16,6%) patients the II type, after asectoral resection of a mammary gland was taped; the recurrence was observed at 3 (4,15%) patients in 6 months, it made a repeated sectoral resection. At 2 patients the III type of a tumor after a sectoral resection of amammary gland was taped, the recurrence of a disease is noted at both patients in a year, from them at one patient concerning a recurrence the radical mastectomy on Maddena was made (the tumor size in the diameter of 25 cm). At the same patient in 6 months after operation the metastatic lesion of a lung is taped.

Thus, than the size of a tumor and high histological type, that high probability of a local relapsing and metastasizing of tumoral process is more.

О.П. МАТЫЛЕВИЧ, С.А. МАВРИЧЕВ

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», г. Минск, Республика Беларусь

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ. ОПЫТ РНПЦ ОНКОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РАДИОЛОГИИ ИМ. Н.Н. АЛЕКСАНДРОВА

Актуальность. Согласно статистике, в мире отмечается неуклонное увеличение частоты выявления рака шейки матки (РШМ) у молодых женщин. В Республике Беларусь пик заболеваемости РШМ за последние 5 лет сместился к более молодому возрасту, а общее увеличение заболеваемости произошло за счёт лиц в возрасте от 30 до 45 лет. Стандартные методы лечения РШМ ранних стадий (гистерэктомия различных типов и/или лучевая терапия) приводят к утрате репродуктивной функции, развитию психо-сексуальных расстройств, снижают качество жизни пролеченных женщин, поэтому сохранение фертильной функции является актуальной проблемой и одним из важнейших направлений в лечении данной категории пациенток.

Цель. Повысить эффективность лечения пациенток молодого возраста, страдающих раком шейки матки IA1-IB1, IIA1 стадий, за счет применения новых технологий, обеспечивающих сохранение репродуктивной функции.

Материал и методы. В соответствие с разработанными критериями отбора в проспективное исследование включены 54 пациентки в возрасте от 22 до 43 лет (медиана – 31 год) со стадиями IA1LVSI+, IA2, IB1 и IIA1.

Пациентки были стратифицированы на три подгруппы в зависимости от онкологического риска: 7 пациенткам при низком риске выполнена ампутация шейки матки и тазовая лимфодиссекция, 40 с умеренным риском – радикальная абдоминальная трахелэктомия, 7 с высоким риском – комплексное лечение с применением 3-х неоадъювантных курсов ПХТ, оценкой эффекта и хирургическим лечением в объёме радикальной абдоминальной трахелэктомии.

Для того, чтобы сопоставить онкологические результаты с таковыми при применении органоуносящего метода ретроспективно проанализирована группа из 52 пациенток после радикальной гистерэктомии со стадиями IA1LVSI+, IA2, IB1 и IIA1. Группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам.

Результаты. Проведенное лечение позволило сохранить орган 47 (87%) пациенткам, у 7-ми произведена конверсия в радикальную гистерэктомию в связи с различными патоморфологическими находками.

Менструальная функция восстановилась у 96% пациенток с сохраненным органом (45 из 47). Из 19-ти пациенток, время наблюдения за которыми составило более 3 лет, беременность наступила у 3-х (16%), у 2-х (11%) из них она закончилась родами, у 1-й пациентки произошел самопроизвольный выкидыш в сроке беременности 16 недель.

Медиана времени наблюдения за 47-ю пациентками составила 22,1 мес. (от 6,5 до 75,2 мес.). За время наблюдения летальности от РШМ не было, 1 пациентка умерла от рака яичников через 36,8 мес. Скорректированная и общая 3-летняя выживаемости составили 100%. В течение 3-х лет после операции возврат болезни зафиксирован у 4-х (11%) пациенток: у 3-х – возникли рецидивы через 6, 8 и 19 месяцев, у 1-й – отдаленные метастазы через 20 месяцев.

В группе с применением органоуносящего метода, скорректированная 3-летняя выживаемость составила 93,3% (различия с группой органосохраняющего лечения статистически незначимы, p=0,67). В течение 3-х лет после операции рецидивы возникли у 3-х пациенток через 13, 14 и 24 мес. соответственно, метастазы – у 2-х через 3 и 28 месяцев, причем у одной пациентки возникли и рецидив, и метастазы. Всего возврат болезни зафиксирован у 4-х (8%) пациенток, различия с группой органосохраняющего лечения клинически и статистически незначимы (p=0,83).

Заключение. Применение разработанных в настоящем исследовании метода поэтапного обследования, критериев отбора пациенток для органосохраняющего лечения и новых органосохраняющих технологий в лечении РШМ IA1-IB1, IIA1 стадий позволяет у 87% женщин сохранить репродуктивную функцию и не ухудшает онкологические результаты в сравнении с органоуносящим методом.

Н.Э. АТАХАНОВА, Н.Н. ЗАХИРОВА, С.С. МИРАХМЕДОВА, С.Ф. КАДИРОВА

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

ОЦЕНКА СХЕМ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность. Трижды негативный рак молочной железы (ТНРМЖ) встречается примерно в 10-20% всех случаев рака, у молодых пациенток в возрасте с 22 до 44 лет, обладает более агрессивным течением и низкой чувствительстостью к химиотерапии. В настоящее время в клинических испытаниях исследовались ингибиторы ТНРМЖ (CDX -011), которые влияют на повышение эффективности лечения ТНРМЖ.

Материалы и методы. В исследования включены 102 больных женщин в возрасте от 24 до 44 лет с впервые выявленным ТНРМЖ, которые получали полихимиотерапию (ПХТ) с 2007 по 2012 гг в Ташкентском городском онкологическом диспансере. Больные разделены на 4 группы. 1-я - 23 женщины, получали ПХТ по схеме FAC (фторурацил, циклофосфамид, доксорубицин) 6-8 циклов. 2-я группа - 31 больных, получавших ПХТ по схеме ТС (паклитаксел, цисплатин) 6-8 циклов. 3-я группа - 21 больных, получившие монохимиотерапию с цисплатином 8-10 циклов. 4-я группа - состоит из 27 больных получившие паклитаксел с «запечатанными» (доза-плотными) режимами с уменьшением интервалов между курсами 8-10 циклов.

Результаты. В соответствии с принципом «большой объем опухоли определяет большой объем терапии» и использованием современных схем химиотерапии во 2-й и 4-й группах, проведенных без нарушения объема и режима лечения, достигнут более высокий и долгосрочный эффект терапии.

Выводы. Группа женщин, получившие лечения по схеме ТС (паклитаксел, цисплатин) (64%), по сравнению с пациентами, которые получали химиотерапию по схеме паклитаксел с «запечатанными» (доза-плотными) режимами с уменьшением интервалов между курсами (36%), имело более токсическое действие на яичники.

С.В. НЕСПРЯДЬКО, И.В. ГОНЧАРУК, Л.Б. КУЦЕНКО, Е.В. СУМКИНА, О.А. БАКАЙ

Национальный институт рака, г. Киев , Украина

РАК ЭНДОМЕТРИЯ: АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Рак эндометрия (РЭ) занимает 3-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованими (ЗН) населения Украины в течение 2000-2016 гг. с удельным весом 7,6-9,1%. В структуре заболеваемости ЗН женских половых органов РЭ занимает первое место по частоте возникновения, на его долю приходится 37,6-43% случаев. По данным Национального канцер-регистра заболеваемость РЭ в 2015 г., согласно стандартизованного показателя, составляет 17,6 на 100 тыс. населения (6383 случая), смертность – 4,4 на 100 тыс. населения (1596 случаев), (количество случаев не охватывает данные Донецкой, Луганской обл., АР Крым и г. Севастополь). Более 80% случаев РЭ виявляют на I-II стадии заболевания. В течение 2000-2014 гг. количество больных РЭ увеличилось с 7082 (2001 г.) до 7777 (2013 г.), при стабильных показателях смертности - 4,4 (в 2000 г.) и 4,2 (2013 г). Наблюдается увеличение показателя выявления больных РЭ при профилактических осмотрах с 26,2 (2000 г) до 38,6 (2015г), и охват специальным леченим первичных больных – с 80,1(2000 г) до 86,1 (2015 г). Распределение больных РЭ по стадиям в 2015 г. составляло: I-II стадия установлена у 81,3% больных РЭ, III – у 7,9%, IV – у 3,2% (1). По прогнозным оценкам Международного агенства по изучению рака (МАИР) за 2012г ожидается около 319 тыс. случаев РЭ в мире, а в Европе – около 99 тыс. РЭ занимает 14 место среди причин смерти в мире. В Европе РЭ занимает 9-е место среди причин смерти от ЗН женского населения, в 2012 г около 23,7 тыс. женщин умерло от этого заболевания. В Северной Америке заболеваемость составляет – 23,3 на 100 тыс. населения. В Великобритании в 2011г выявлено 8475 случаев РЭ, 2025 пациенток умерло от этой патологии, заболеваемость составляет 26,3 на 100 тыс. населения. Большинство женщин имеют возраст более 50 лет. Около 95% пациенток с РЭ имеют выживаемость более 5 лет (2-5).

Цель работы: проанализировать динамику заболеваемости, смертности и учет пациенток, которые находились на лечении ЗН тела матки в Национальном институте рака.

Анализ проводился на персональных данных про больных РЭ больничного канцер-регистра клиники Национальный институт рака, которые пребывали на лечении в 2000-2015 гг с использованием программ этого регистра.

Результаты. За указанный период (2000-2015 гг) в Национальном институте рака проходили лечение 3546 больных со злокачественными новообразованиями тела матки. Большинство женщин были в возрасте более 45 лет (90%). У 2290 больных (66%) установлена I стадия, у 444 (15%) – II стадия, у 375 (16%) – III стадия, у 145 хворих (4%) – IV стадия заболевания.

По морфологическому строению установлены ЗН тела матки: аденокарцинома – у 2769 (78,2%) больных, рак плоскоклеточный - у 42 (11,8%) больных, аденокарцинома папиллярная – у 50 (1,4%), рак светлоклеточный – у 24 (0,67%), железисто-папиллярный рак – у 146 (4,1%), саркомы – 290 (8,2%), и проч. У 307 (8,7%) больных ЗН тела матки було установлено высокую степень дифференцирования опухоли, у 1382 (39%) – учеренную, у 572 (16,1) – низкую, 15 (0,4%) больных имели недифференцированные опухоли, у 1270 (35,8%) пациенток степень дифференцировки не указана.

У больных со ЗН тела матки применяли методы методы лечения: хирургический – у 1378(38,9%) пациенток, у 116 (3,3%) – лучевую терапию, комбинированый метод (хирургическое лечение + лучевая терапия) – у 1129(31,8%), хирургическое лечение + химиотерапия - у 313(8,8%), комплексное лечение – у 440(12,4%), химио-лучевую терапию – у 42(1,2%), химиотерапию – у 36(1%), и т.д.

Таким образом, среди пациенток со ЗН тела матки, которые находились на лечении в Национальном институте рака в течение 2000-2015 гг., 90% были в возрасте более 45 лет, у большинства (81%) установлена I-II стадия заболевания, а по морфологическому строению преобладали аденокарциномы (78,2%) разной степени дифференцировки.

А.В. ТУРКА, А.С. РЕКУТА, А.А. САМОХВАЛОВА

Национальный институт рака, г. Киев , Украина

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ВУЛЬВЫ

Актуальность: рак вульвы – редкая форма онкогинекологического рака. Рецидивы рака вульвы (РРВ), в сравнении с первичной опухолью, отличаются повышенной степенью злокачественности и устойчивостью к терапевтическому воздействию, часто приводят к значительным анатомо-топографическим нарушениям в области возникновения и являются основной причиной смерти больных. РРВ по сводным статистическим данным возникают в 24-30 % случаев после проведения первичного радикального лечения. В 80 % рецидивы носят локальный характер и возникают преимущественно в первые 2 года наблюдения. Применение широкого радикального местного иссечения (wide radical local excision, WRLE) при локальном рецидиве является основным методом лечения данной патологи и позволяет достичь во многих случаях удовлетворительных результатов. Лечение регионарных рецидивов (в зоне лимфодисекции) – менее перспективно сточки зрения прогноза, носит паллиативный характер и в данной работе не рассматривается. Хирургическое лечение при повторных операциях в зоне рецидива сопряжено с определенными трудностями, связанными с выраженными деформациями, дефицитом тканей, близостью центральных структур промежности.

Материалы и методы: в Национальном институте рака (г.Киев) за период 2007-2012 гг. проведено лечение 35 больным с местными РРВ в объеме WRLE. В 5 случаях широкое иссечение дополнено ипси- или билатеральной лимфодиссекцией (не выполнялась при предшествующем лечении). Иссечение проводилось с отступом от края опухоли не менее 2 см, на глубину до урогенитальной фасции, надкостнтицы симфиза, широкой фасции бедра с обязательным исследованием чистоты краев резекции. Учитывая повторный характер вмешательства в 20 (57 %) выполнялась частичная резекция центральных структур промежности (уретры, вагины, собственно промежности) с последующей их неопластикой. В 2 случаях была выполнена задняя экзентерация таза из-за вовлечения в опухолевый процесс сфинктера прямой кишки. Закрытие обширных дефектов производилось за счет смещения аутотканей после формирования кожно-фасциальных лоскутов различной формы или же за счет би, -моно латерального кожно-мышечного трансплантата. Результаты лечения РРВ с использованием хирургического метода (5 – летняя выживаемость 71,4 %) существенно превышают аналогичные показатели терапии больных после применения лучевой терапии.

Выводы: регулярное наблюдение за пациентками позволяет выявлять РРВ на ранних и потенциально излечимых стадиях заболевания. Хирургический метод лечения (WRLE) локальных рецидивов рака вульвы является больных наиболее предпочтительным и перспективным, т.к. достичь локального контроля в 70 %. Хирургическое лечение РРВ представляет определенную трудность, требует квалификации и навыков хирурга закрытия обширных дефектов.

Д.Б. ЮСУПОВА, М.А. ГОФУР-ОХУНОВ, Н.И. ТУРСУНОВА

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I-III СТАДИИ СТАРШЕ 60 ЛЕТ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность: РМЖ(рак молочной железы) встречается в 30-45 % случаев у женщин находящихся в возрасте 60 лет и старше. Гормонопозитивные раки составляют до 70-80% всех опухолей молочных желез, но распределение люминальных подтипов А и В неодинаково в различных популяциях женщин.

Цель: Улучшить результаты лечения больных РМЖ у больных пожилого и старческого возраста после хирургического лечения.

Материал и методы: Нами были обследованы 45 женщин с РМЖ I-III стадии которые были пролечены в период с 2010 по 2015 год старше 60лет. Всем больным методом имуногистохимическим исследованием определены ER , PR , HER 2 neu и больные по результатам были распределены на 2 группы : 1 группа определен люминальный подтип А, 2 группа люминальный подтип В с HER 2 neu отрицательным показателем, но высокими показателями Ki-67. Все больные были радикально прооперированы. Больным 1 группы проводилось только адьювантная эндокринотерапия тамоксифеном, 2 группе адьювантная химиотерапия по схеме CAF в сочетании с эндокринотерапией тамоксифеном.

Результаты: Показатели 5 летней безрецидивной выживаемости у больных 1 группы составили 83,5%, во второй группе 68,8%. Медиана времени до прогрессирования при РМЖ с люминальным А-подтипом составила 55,4 месяца, а при люминальном В подтипе 48,3($p<0,05$).

Заключение: Для возрастной группы старше 60 лет не выявлено преимуществ адьювантной химиотерапии , что может быть объяснено наличием высоких показателей Ki-67 гормонопозитивных опухолей люминального подтипа В по сравнению с подтипом А, при которых большее прогностическое значение играет адьювантная эндокринотерапия.

В.С. СВИНЦИЦКИЙ, Т.В. ДЕРМЕНЖИ, Л.Н. ПОЛОНСКАЯ, Н.Ф. ЛИГИРДА

Национальный институт рака, г. Киев , Украина

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОСОХРАНЯЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ (РГЭ-С1) НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Цель: Оценить сократительную функцию мочевого пузыря у больных инфильтративным раком шейки матки после хирургического лечения.

Материалы и методы. С целью оценки некоторых функции мочевыделительной системы и влияния нейросохраняющей радикальной гистерэктомии (РГЭ-С1) на них, у больных РШМ в 2014-2016 гг. в отделении онкогинекологии Национального института рака проведено исследование, в котором 50 больным инфильтративным РШМ (средний возраст больных 32,7 ± 4,9 года) выполнена РГЭ с последующим проведением цистоманометрии: из них 25 больным (I – группа) РГЭ производилась с сохранением тазового вегетативного нервного сплетения (ТВНС) и 25 больным РГЭ проводилась по стандартной методике, без сохранения ТВНС (II – группа, контрольная). Пациенты I и II группы были разделены по гистологическому типу и гистологической дифференциации опухоли. В I группу вошли: 3 человека (12%) с аденокарциномой, 22 (88%) – с плоскоклеточным РШМ. Гистологическая дифференциация опухоли: GX-2(8%); G1-9(36%); G2-5(20%); G3-9(36%). В II группу вошли: 4 человека (16%) с аденокарциномой, 21 (84%) – с плоскоклеточным РШМ. Гистологическая дифференциация опухоли: GX-2(8%); G1-8(32%); G2-6(24%); G3-9(36%).

Результаты и обсуждение. У пациенток I и II групп мы оценивали основные симптомы нарушений функции мочевыделительной системы (ОСНФМС) такие как: затруднение опорожнения мочевого пузыря (ЗОМП); недержание мочи разной степени проявления (НМРСП). Пациентки I группы были разделены на 2 подгруппы (ПП): А - пациентки IB стадией заболевания, с сохранением ТВНС с обеих сторон (18 человек-72%) и В – пациентки со IIA стадией, с сохранением ТВНС с одной стороны (7человек-28%). ЗОМП были установлены у 1 (4%) пациентки ПП А и у 2 (8%) пациентки ПП В, что составило 12%. НМРСП были установлены у 1(4%) пациентки в ПП В, что составило 4%. ОСНФМС составили 16%. Удаление катетера у пациенток IB стадии с сохранением ТВНС с обеих сторон осуществляли на 3-4 сутки. Койко-день составил при этом 6-7 дней. У пациенток II А стадии с сохранением ТВНС только с одной стороны - мочевой катетер удаляли на 5-7 сутки; койко-день составил 10-12 дней.

Пациентки II группы были разделены на 2 ПП в зависимости от стадии процесса: I В (9 человек-36%) и II А (16человек-64%) стадии. ЗОМП были установлены у 6 (24%) пациенток IB и у 9 (36%) пациенток IIA стадий, что составило 60%.

НМРСП были установлены у 1(4%) пациентки в IB и у 4(16%) пациенток IIA стадий, что составило 20%. ОСНФМС составили 80%. Удаление катетера у пациенток IB стадии осуществляли на 8-14 сутки. Койко-день составил при этом 15-16 дней. У пациенток II A стадии мочевой катетер удаляли на 15-21 сутки; койко-день составил 22-25 дней.

Вывод: Таким образом у пациенток I группы процент осложнений со стороны функций мочевыделительной системы составил 16% против контрольной группы- 80%, что доказывает позитивное влияние нейросохраняющей (РГЭ-С1) на данные функции, и существенно улучшает на качество жизни пациенток.

В.С. СВИНЦИЦКИЙ, Л.Н. ПОЛОНСКАЯ, Н.Ф. ЛИГИРДА

Национальный институт рака, г. Киев , Украина

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляют около 500 000 новых случаев заболевания. Каждый год 250 000 женщин умирают от рака шейки матки. С 90-х годов отмечается общая тенденция к повышению заболеваемости и смертности от РШМ, по данным Национального канцер-реестра Украины, регистрируется увеличение заболеваемости РШМ в молодом возрасте: 20-24 лет с 1,7 до 2,3 случаев на 100 тыс. женского населения; 30-34 года с 14,6 до 25,5 случаев на 100 тыс. женского населения, происходит перераспределение возрастной структуры заболеваемости РШМ в сторону младших возрастных групп. Наблюдается омоложение показателя заболеваемости и эта тенденция сохранится на следующие прогнозируемые 10 лет. Несмотря на то, что рак шейки матки является визуальной формой опухоли, проблема органосохраняющего лечения при инвазивном раке шейки матки (T1B) остается одной из самых актуальных проблем современной онкогинекологии.

Цель: Изучить результаты спользования радикальной абдоминальной трахелэктомии (РАТ) в лечении больных фертильного возраста инвазивным раком шейки матки (РШМ) T1a1-в1 стадии.

Материалы и методы. С 2008 по 2016 гг. в отделении онкогинекологии Национального института рака больным инвазивным раком шейки матки репродуктивного возраста выполняется органосохраняющая операция радикальная абдоминальная трахелэктомия (РАТ), которая состоит в подвздошной лимфодисекции, удалении шейки матки и создании маточно-влагалищного анастомоза.

РАТ произведена 96 больным РШМ (T1aN0M0 - T1bN0M0) в возрасте от 23 до 30 лет (средний возраст 27,7 ± 3,4 года). Во всех случаях морфологически подтверждена плоскоклеточная карцинома.

Методика проведения РАТ: после проведения лапаротомии и ревизии органов брюшной полости и малого таза выполняется двухсторонняя тазовая лимфодисекция, проводилось удаление шейки матки с параметральной клетчаткой и верхней третью влагалища, формировался маточно-влагалищный анастомоз.

На этапе предшествующего лечения у 64 пациенток выполнена диатермоконизация. В одном случае при интраоперационном срочном гистологическом исследовании были обнаружены признаки карциномы с инфильтративным ростом в срезах проксимального отдела шейки/тела матки. Этой пациентке была выполнена гистерэктомия по Вертгейму. При сравнении показателей времени проведения операции РАТ составило — 130±15 мин, объем кровопотери меньше, чем при гистерэктомии по Вертгейму и составлял в среднем — 270±50 мл. Средний койко-день составлил — 9±1,2 дня. У 12 больных послеоперационный период осложнился формированием лимфокист, которые потребовали консервативних методов лечения. Наибольший срок наблюдения 107 мес. За период наблюдения у 2 больных (0,5 %) обнаружен рецидив заболевания через 14 мес после проведенного вмешательства, у остальных больных признаков рецидива заболевания не обнаружено, у всех больных возобновился менструальный цикл.

Вывод: РАТ - метод хирургического лечения больных РШМ дает возможность не только сохранить яичники, но и матку, что способствует сохранению в полном объеме репродуктивной функции женщины. Использование РАТ в лечении больных инфильтративным раком шейки матки T1в1 стадии фертильного возраста позволяет сохранить репродуктивную и менструальную функции у женщин, дает возможность улучшить психоэмоциональное состояние и качество жизни больных. РАТ может быть альтернативой операции Вертгейма для лечения пациенток с начальными стадиями рака шейки матки, которые желают сохранить репродуктивную функцию.

Ю.Г. ТКАЛЯ, В.С. СВИНЦИЦКИЙ, С.В. НЕСПРЯДЬКО, Н.Ю. ЛУКЬЯНОВА, В.Ф. ЧЕХУН

Национальный институт рака, г. Киев , Украина

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКА, ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА, ЭКСПРЕССИИ VEGF, HER 2/neu В СЕРОЗНОМ РАКЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКА

Цель исследования: изучить и сопоставить гормональный гомеостаз больных с рецидивом рака яичника (РЯ) (контрольная группа) и пациенток с хирургической менопаузой, прооперированных по поводу доброкачественной патологии матки (контрольная группа); исследовать и сопоставить гормональный рецепторный статус, экспрессию HER-2/neu и VEGF в клетках серозного РЯ и яичниках пациенток контрольной группы.

Материалы и методы исследования. В проспективном исследовании приняла участие 41 больная с рецидивом серозного РЯ (основная группа) и 35 пациенток с хирургической менопаузой, оперированных по поводу доброкачественной патологии матки (контрольная группа). Исследован и сопоставлен гормональный гомеостаз пациенток двух групп иммунохимическим методом в лаборатории «Synevo». Проанализированы морфологические исследования операционного материала пациенток двух групп, изучена частота сопутствующих гиперпластических процессов эндометрия, в частности, комплексной неатипической гиперплазии. Проведено иммуногистохимическое исследование парафиновых блоков операционного материала пациенток двух групп. Изучены и сопоставлены гормональный рецепторный статус (рецепторы к эстрогенам (РЭ), прогестерону (РП), тестостерону (РТ)), экспрессия HER-2/neu и VEGF в клетках серозного РЯ и яичниках пациенток контрольной группы. Проведен анализ корреляционной связи между экспрессией стероидных рецепторов, HER-2/neu и VEGF в клетках РЯ и яичниках пациенток контрольной группы с возрастом больных.

Результаты. У больных с рецидивом РЯ и пациенток контрольной группы с одинаковой частотой диагностирована комплексная неатипическая гиперплазия эндометрия, которая является результатом хронических дисгормональных нарушений (58,6 и 51,5% соответственно).

Показатели гормонального гомеостаза больных с рецидивным РЯ не имели достоверных различий от таковых у пациенток контрольной группы ($p<0,05$), и соответствовали референтным значениям уровней половых гормонов постменопаузального периода.

Установлено, что у женщин контрольной группы экспрессия рецепторов стероидных гормонов, HER-2/neu и VEGF наблюдалась только в клетках функциональных кист яичника. Отмечена высокая частота экспрессии указанных маркеров как в клетках серозного РЯ (РЭ – 65,9%, РП – 63,4%, РТ – 56,1%, HER-2/neu – 65,9 и VEGF – 48,8%), так и в функциональных кистах яичника (фолликулярные кисты: РЭ – 75,0%, РП – 50,0%, РТ – 25,0%, HER-2/neu – 75,0 и VEGF – 50,0%; кисты желтого тела: РЭ – 61,5%, РП – 76,9%, РТ – 61,5%, HER-2/neu – 92,3 и VEGF – 69,2%), однако степень экспрессии этих маркеров была достоверно выше в серозном РЯ (33, 7±4,9%, 29,5±4,8%, 23,7±4,1 и 38,5% против 10,0±3,3%, 12,6±4,1%, 10,0±3,8 и 18,6% соответственно, $p<0,05$).

Наибольшее количество эстроген-, прогестерон- и тестостерон-рецепторпозитивных опухолей с достоверной значимостью отмечено у больных с рецидивным РЯ перименопаузального периода (63,0%, 61,5 и 65,2% соответственно), тогда как наименьшая частота рецепторпозитивного серозного РЯ зарегистрирована у пациенток репродуктивного возраста (14,8%, 11,6 и 13,1% соответственно). Установлено отсутствие корреляционной связи между экспрессией HER-2/neu, VEGF и возрастным периодом больных с рецидивным РЯ ($r=-0,014$, $p=0,85$ и $r=-0,036$, $p=0,73$ соответственно). При этом наблюдалась значимая прямая корреляция между экспрессией HER-2/neu и VEGF в клетках серозного РЯ ($r=0,925$, $p=0,001$).

Самая высокая частота экспрессии РЭ, РП, РТ, HER-2/neu, VEGF в гранулезных, тека- и лютеиновых клетках функциональных кист яичника отмечена у пациенток репродуктивного периода (100 %, 91,7%, 88,9%, 86,7 и 90,9% соответственно). При этом установлены достоверно значимые корреляции между всеми стероидными рецепторами в клетках функциональных кист яичника; между возрастным периодом женщин и экспрессией всех стероидных рецепторов; экспрессией РЭ, РП с экспрессией HER-2/neu и VEGF.

Выводы. Мы показали, что оценка уровней гормонов в сыворотке крови женщин постменопаузального возраста не дает полной информации о возможных вариантах развития патологических процессов, так как для реализации гормонального эффекта необходимо наличие достаточного уровня стероидных рецепторов в клетках тканей-мишеней. Представленные результаты свидетельствуют о наличии общих факторов риска и механизмов гормонального патогенеза гормонозависимых доброкачественных заболеваний органов репродуктивной сферы и РЯ.

Д.Р. КАЙДАРОВА, М.Р. КАЙРБАЕВ, А.Ж. ЖЫЛКАЙДАРОВА, Е.К. КУКУБАСОВ, Р.О. БОЛАТБЕКОВА, А.А. КУРМАНОВА, С.М. СЕРИКОВ

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 10 ЛЕТ (2004-2014гг.)

Актуальность. Рак яичников является седьмой из наиболее распространенных форм рака, затрагивающих женщин во всем мире по данным Globocan 2012. Только за 2012г было зарегистрировано более 238 000 новых случаев рака. В выявлении ранних форм рака яичников нет четко признанных профилактических мер. Злокачественные новообразования яичников в 70 % случаев выявляются в III- IV стадии. В Казахстане злокачественные новообразования яичников среди злокачественных опухолей занимает 3 ранговую позицию. Только 2014г доля рака яичников в общей заболеваемости онкологической патологией составила 3,2%.

Цель: проанализировать показатели заболеваемости и смертности от рака яичников за 10 лет (2004-2014гг) в Республике Казахстан.

Материалы и методы. Использованы основные медицинские отчетные и учетные формы (Ф. № 7, № 35, № 090/У) и база данных электронного регистра стационарных больных (ЭРСБ) по злокачественным новообразованиям и раку яичников, а также сведения о численности всего женского населения и его состава по возрасту. Интенсивные и стандартизованные показатели как общие, так и повозрастные рассчитаны по общепринятой методике санитарной статистики. При стандартизации использован мировой стандарт.

Результаты. При анализе грубых интенсивных показателей заболеваемости раком шейки матки отмечается увеличение частоты выявления данного заболевания за период с 2004 по 2014 годы. В 2004году показатели заболеваемости составили 10,2 на 100 000 женского населения, а в 2014 году 11,8 на 100 000 женского населения. Аналогичную тенденцию подтвердили и стандартизованные показатели. Анализ возрастных показателей заболеваемости показал, что злокачественные новообразования яичников встречаются во всех возрастных группах, также заметное увеличение к 65-69 годам. При анализе заболеваемости раком яичников в разрезе стадий отмечается увеличение частоты выявления данного заболевания в I-II и III стадии за период с 2004 по 2014годы. Также заметна тенденция с уменьшением регистрации данного заболевания в запущенной форме, так в 2004 году было зафиксировано 1520 случая рака яичников в IV стадии, в 2014году – 106 случая рака яичников.

Выводы. Таким образом, увеличение заболеваемости раком яичников идет за счет регистрации больных в начальной стадии. Отмечается увеличение 5-летней выживаемости больных со злокачественным новообразованием яичников. Прогресс связан улучшением диагностики, хирургической техники и с совершенствованием химиотерапии, появлением таргетных препаратов.

Д.Р. КАЙДАРОВА[1,3], М. ПОЛЯК[2], М.Р. КАЙРБАЕВ[1], А. ОШТРБЕНК[2], А. ШТЕРБЕНК[2], Л. ХОШНЯК[2], Р.О. БОЛАТБЕКОВА[1,3]

[1]Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан
[2]Институт микробиологии и иммунологии медицинского факультета Люблянского университета, г. Любляна, Словения
[3]Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) является одной из самой распространённой формой онкологического заболевания, занимающее четвертое место среди онкологических заболеваний у женщин и седьмое место среди всех злокачественных новообразований в Республике Казахстан. Согласно данным Национального Канцер-регистра, стандартизованный показатель заболеваемости РШМ в 2016 году составил 18,2 на 100 тыс. населения, а смертность – 7,1 на 100 тыс.

населения. Связь между вирусами папилломы человека высокого онкогенного риска (ВПЧ ВР) и РШМ, особенно с преинвазивными и инвазивными формами хорошо установлена. Исследования показали, что персистирующая инфекция ВПЧ ВР является самым важным фактором риска развития инвазивного РШМ. К сожалению, на сегодняшний день ничего не известно о распространенности ВПЧ ВР, имеющих наибольшее значение в развитии инвазиного рака шейки матки в Республике Казахстан. Следовательно, **целью нашего исследования** было оценить распределение типов ВПЧ ВР в биопсионном материале, полученных от казахстанских женщин с установленным диагнозом РШМ

Методы: в исследование были включены 99 формалин фиксированных парафин содержащих (FFPE) образцов ткани с раком шейки матки, собранных в центре морфологических исследований Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии. Архивный материал, разрезанный в отделении Патологии Люблянского Университета толщиной до 10 µm, подвергался экстрации ДНК с использованием DNA Mini Kit (Qiagen, Hilden, Germany) по протоколу Института микробиологии и иммунологии медицинского факультета Люблянского университета. Обнаружение ВПЧ ВР проводилось с использованием RealTime High Risk HPV Test (Abbott, Wiesbaden, Germany), который позволяет одновременно проводить генотипирование на ВПЧ 16 и 18 и 12 других типов: ВПЧ 31, 33, 35, 39, 45, 51 , 52, 56, 58, 59, 66 и 68.

Результаты: Из 99 образцов два (2,0%) были исключены из исследования из-за неверных результатов амплификации с бета-глобином. В общей сложности 77/97 (79,4%) образцов имели положительный результат на наличие ВПЧ ВР. ВПЧ 16, ВПЧ 18 и другие типы ВПЧ ВР были обнаружены в 69/77 случаев (89,6%), 3/77 (3,9%) и 6/77 (7,8%) соответственно. В большинстве образцов (98,7%) была обнаружена моно инфекция с одним типом ВПЧ ВР.

Выводы. На сегодняшний день это первое исследование по оценке распределения типов ВПЧ ВР среди казахстанских женщин с РШМ. Распространенность ВПЧ ВР в опухолях шейки матки (FFPE) была несколько ниже по сравнению с аналогичными исследованиями в других странах, скорее всего, из-за процесса фиксации и/или условий хранения архивных материалов. Однако приблизительно 80% образцов имели положительный результат на наличие ВПЧ ВР, из которых ВПЧ16 был обнаружен почти в 90% случаев. Результаты исследования свидетельствуют о том, что внедрение вакцинации против ВПЧ может оказать огромное влияние на заболеваемость раком шейки матки в Казахстане.

D. KAIDAROVA, ZH.CHINGISOVA, O.SHATKOVSKAYA, G SEYSENBAYEVA, S.ISMAILOV

Kazakh Research Institute of oncology and radiology, Almaty, the Republic of Kazakhstan

DYNAMICS OF DISEASE RATE OF ONCOGYNAECOLOGIC PATHOLOGY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN FOR 10 YEARS (2007-2016)

Timeliness. Malignant tumors (MT) of cervix uteri, corpus uteri and ootheca are inside the top ten among all women oncopathology in disease distribution among women. According to world data (GLOBOCAN 2012), cervical cancer is 7,9% and takes 4th rank place in disease distribution among women, uterine corpus cancer – 4,8% and ovarian cancer – 3,6% (6 and 7 rank places accordingly). Cervical cancer, uterine corpus cancer and ovarian cancer took rank places from 3 to 5 in distribution of MT among women in 2016 in the Republic of Kazakhstan and were 9,1%, 5,9% and 5,6% accordingly among all women oncopathology.

Purpose. Analysis of dynamics of cervical cancer, uterine corpus cancer and ovarian cancer rates.

Materials and methods. Main medical report and account forms (Ф. №7, №35, №090/У) and database of cancer-register on malignant tumors (MT) and cervical cancer (CC), uterine corpus cancer (UCC) and ovarian cancer (OC) for 2007-2016, information about population size were used. Extensive (EI), intensive (II) and standardized (SI) indicators were calculated.

Results. Dynamic of disease incidence of three main nosology of malignant tumors of female reproductive organs for 10 years tends to increase. Howev-

er trends of disease incidence are slightly different by present pathologies.

Adjusted incidence rate with cervical cancer in the RK tends to growth since 2007 till 2015 from 13,51 to 17,56‰ and to reduction to 16,2‰ in 2016. Rate of increase of disease incidence in the Republic for the last 10 years was 20,8%. Disease incidence with CC has reduced on 1,34 ‰ or 7,6% in 2016 in comparison with 2015. Maximum increase was observed in 2012 (1,44‰). Minimum increase was fixed in 2016 (-1,34‰).

Average value of disease incidence with CC was 15,46‰ since 2007 till 2016. Rate of increase of analyzed indicator was 1,02 during the whole period. Disease incidence with CC has increased annually on 2,1% (on 0,3 ‰) in average. Stable linear increase of trend of disease incidence with cervical cancer was obtained during analytical equation of trend of disease incidence with trend rate 0,454 (t>2.306).

Disease incidence with uterine corpus cancer in the RoK tends to increase during 10 years period. UCC disease incidence in the RK has increased on 1,19 ‰ or on 12.6% in 2016 (10,66‰) in comparison with 2007 (9,47‰). Average value of UCC disease incidence was 10,14‰ since till 2016. In average UCC disease incidence in the RK has increased in each period on 0,13 ‰ or on 1,3%. Maximum growth is observed in 2012 (0.9‰), minimum - in 2016 (-0,68‰). Disease incidence of UCC has reduced on 0.68‰ or on 6% in 2016 in comparison with 2015. Rate of increase demonstrates that trend is decreasing and this is evidenced by deceleration of disease incidence of this pathology. However trend line is increasing and straight, with trend coefficient 0,22 (t>2,306).

Indicators of incidence rates of ovarian cancer have periods of growth and reduction during 10 years, however, growth of disease incidence of this pathology is observed. Disease incidence of OC in the RoK has increased on 0,29‰ or on 3,2% in 2016 (9,42‰) in comparison with 2007 (9,13‰). Disease incidence of OC has increased in average on 0,03‰ (on 0,4%). Disease incidence of OC has reduced on 1,32‰ or on 12.3% in 2016 in comparison with 2015. Minimum increase was in 2016 (-1,32‰).

Growing rates demonstrate that trend is increasing and this is evidenced by acceleration of OC in the RoK (Trend rate b = 0,123, t>2.306)

Conclusion. So, analysis of disease incidence for the last 10 years of main clinical entity of oncogynaecologic pathology demonstrates growth of present indicator. Growth rates in case of cervical cancer are the most expressed, then in case of uterine corpus cancer and then in case of ovarian cancer. Expressed increase of cervical cancer rate demonstrates necessity in performance of screening for detection of pretumor pathology and earlier forms of malignant tumors of cervix uteri with the purpose of increase of patients' life.

Н.П. ЦИП

Национальный институт рака, г. Киев , Украина

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ИНИЦИИРОВАНЫХ ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ, У ПОДРОСТКОВ

Трофобластическая болезнь беременности это редкое заболевание, диагностируемое преимущественно у женщин детородного возраста.

Цель настоящего исследования – изучить особенности клиники и диагностики злокачественных трофобластических опухолей (ЗТО), инициированых пузырным заносом (ПЗ), у подростков.

Материалы и методы. Обследованы и пролечены 158 женщин злокачественными трофобластическими опухолями, инициированными пузырным заносом, получавшие специальное лечение в отделении онкогинекологии Национального института рака (НИР). Основную группу составили 28 (17,7%) женщин подросткового возраста, контрольную – 130 (82,3%) женщин в возрасте от 20 до 40 лет.

По определению ВОЗ подростковый возраст это период с 10 до 19 лет, в проведенном исследовании возраст больных подростковой группы колебался от 16 до 19 лет и составил в среднем 17,8±1 лет. Средний возраст больных контрольной группы – 26,7±5 лет. Большинство больных контрольной группы (66,9%) были в возрасте 20-27 лет.

Стадирование в обеих группах проведено согласно анатомической классификации FIGO-ВОЗ (2002). Все пациентки до начала лечения отнесены к группе низкого риска резистентности к метотрексату, поэтому сравнительный анализ правомочен.

Результаты и их обсуждение. Полный ПЗ инициировал развитие ЗТО в большинстве случаев в обеих группах: в 92,9% случаев у подростков, в 88,5% – у взрослых женщин (p > 0,05).

Один из факторов риска малигнизации ПЗ – кисты яичников более 6см в диаметре. В проведенном исследовании кисты диагностированы у 65 больных, из них в подростковой группе – лишь в 1 случае (1,5%).

Основной критерий доклинического диагностирования ЗТО после удаления ПЗ – уровень хорионического гонадотропина (ХГЧ) в сыворотке крови. В подростковой группе зарегистрирован более высокий исходный уровень ХГЧ, чем в контрольной группе (37457±130,7 мМЕ/л и 16439±81,4 мМЕ/л соответственно, p<0,05).

I стадия заболевания диагностирована в подавляющем большинстве случаев как в подростковой (78,6% так и в контрольной (85,4%) группах. На доклиническом этапе ЗТО диагностированы лишь у 7,1% подростков и у 11,5% взрослых женщин (p>0,05). Вместе с тем ЗТО с массивным поражением миометрия (опухолевые узлы ≥5см в диаметре) диагностированы у 53,6% подростков и лишь у 9,2% взрослых женщин (p<0,05). Анемия, как следствие кровотечений из опухолевых узлов в матке, чаще (p<0,05) наблюдалась у женщин подростковой группы – в 28,6% случаев.

В 89,3% случаев поздняя диагностика ЗТО у женщин подросткового возраста обусловлена нарушением требований мониторинга уровня ХГЧ больными.

Выводы. Поздняя диагностика ЗТО у женщин подросткового возраста свидетельствует о необходимости санитарно-просветительской работы среди подростков для предупреждения развития местно распространенных и диссеминированных форм злокачественных трофобластических опухолей, инициированных пузырным заносом.

Н.С. ИГИСИНОВ[1,2], *А.Я. ТОГУЗБАЕВА*[3,4]

[1]Central Asian Cancer Institute, г. Алматы, Республика Казахстан
[2]Евразийский институт изучения рака, г. Бишкек, Кыргызстан
[3]Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан
[4]Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан

К ОЦЕНКЕ УТРАЧЕННОГО ЖИЗНЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА В СВЯЗИ СО СМЕРТНОСТЬЮ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КАЗАХСТАНЕ

Актуальность: Смертность от рака молочной железы (РМЖ) значительно влияет на среднюю ожидаемую продолжительность жизни женского населения и имеет большое социально-экономическое значение. Ожидаемая продолжительность жизни является основным интегральным показателем, рекомендованным ВОЗ в качестве критерия состояния здоровья и уровня жизни населения того или иного региона.

Цель исследования: Оценить утраченный жизненный потенциал (УЖП) в связи со смертностью от РМЖ в Казахстане.

Методы: Материалом послужили данные Комитета статистики Министерства национальной экономики Республики Казахстан за 2010 и 2014 гг. об умерших от РМЖ в целом по республике, а также таблицы дожития за указанный период. В расчетах косвенного ущерба использовалась методика, предложенная В. В. Двойриным и Е. М. Аксель (1990).

Результаты: В 2014 году общие потери женского населения в связи со смертностью от РМЖ составили 13983 человеко-лет жизни (УЖП) и уменьшились по сравнению с 2010 г. (15950 человеко-лет жизни) на 12,3%. Общие потери, связанные с преждевременной смертностью женщин от РМЖ, в расчете на 1000 женского населения также снижались и составили в 2014 году – 1,71‰ по сравнению с 2010 г. – 2,07‰. Стандартизованные по возрасту показатель УЖП (в возрасте 1-69 лет) составил 1,96‰ в 2010 году и 1,59‰ в 2014 году.

Сумма потерянных человеко-лет жизней в трудоспособном возрасте (20-54 года) в 2010 году со-

ставила 3980 и снизилась в 2014 году до 3378 человеко-лет и снижение составило 15,1%.

Потери человеко-лет жизни, связанные с преждевременной смертностью женщин в трудоспособном возрасте от РМЖ в расчете на 1000 населения, также снизились и составили в 2014 г. – 0,68‰ (в 2010 г. – 0,84‰), аналогичная картина при анализе стандартизованных показателей УЖП в трудоспособном возрасте (1,50‰ – в 2010 г. и 1,22‰ – в 2014 г.)

В республике среднее число потерянных лет жизни для одной умершей от РМЖ в 2014 г. составило 14,8 года (2010 г. – 16,0). Среднее количество недожитых лет в трудоспособном возрасте, в связи с преждевременной смертью одной больной от РМЖ, составило 7,9 лет и в 2010 и 2014 годах.

Заключение: Таким образом, предварительная оценка УЖП позволяет заключить, что социально-экономические потери в связи со смертностью от РМЖ в динамике имеют тенденцию к снижению за изученные годы, что несомненно связано с улучшением лечебно-профилактических, диагностических мероприятий в Казахстане и проведением маммографического скрининга.

Z. OLIMOVA, M.A. GOFUR-OKHUNOV, A. ABDULLAEV

Tashkent Cancer Center, outpatient chemotherapy department,Tashkent, Uzbekistan
Tashkent Cancer Center, Tashkent, Uzbekistan

NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN LOCALLY ADVANCED CERVICAL CANCER: TWO RANDOMISED STUDIES

Background: In Uzbekistan, women with cervical cancer are often diagnosed in advanced stages of the disease. Cervical cancer is the leading cause of death among patients with malignant tumors in Uzbekistan. Most women with locally advanced cervical cancer are candidates for chemotherapy or radiotherapy.*http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2014.58.4391*

Gynecologic Oncology Group (GOG) protocol 204 established double therapy of cisplatin and paclitaxel as the standard of care. This combination had an overall response rate of 29.1 %. Then, GOG-240 demonstrated an improvement in both PFS, and OS endpoints from this doublet with the addition of bevacizumab. By harnessing this anti-angiogenic agent, there was an addition of 3.4 months to OS. However there are no established treatment options in locally advanced cervical cancer.

Vinorelbine has moderate activity in advanced or recurrent squamous cell carcinoma of the cervix.

Carboplatin has been reported to be a less effective platinum analog than cisplatin for cervical cancer. Carboplatin induces milder nephropathy, less nausea/vomiting, and lower neuropathy than cisplatin. *http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2014.58.4391*

The objective of this phase II study was to assess the efficacy and toxicity of vinorelbine + carboplatini in the treatment of chemonai¨ ve cervical cancer patients.

Materials and Methods: Between August 2014 and January 2016, 184 patients with squamous cell carcinoma of the cervix, FIGO stage II B IV A were randomised (study 1) to receive either two cycles of intravenous (i.v.) vinorelbine 30 mg/m2 infused over 20 min on day 1, 8, 15 every 4 weeks; carboplatin 360 mg/m2 by intravenous injection on day 1 every 4 weeks (VP). Chemotherapy (CT) followed by radiotherapy (RT). No prior chemotherapy or radiotherapy was allowed.

Results: 'CT-RT Group' n = 94 or RT alone, RT Group n = 90. In the 'CT-RT Group', of evaluable 89 patients, 64 responded: complete response (CR) four (4.5%) and partial response (PR) 60 (67.5%). Of the remaining 25 patients 23 had stable disease and two progressed. Eighty of 89 patients completed RT as planned. Following RT 56 (70%) achieved CR, 19 (23.7%) had residual disease and five (6.3%) had progressed. Patients aged > 45 and those with Hb > 10 gm/dL had significantly better response to CT. Further, CT responders had a better response to RT; 83% (49/59) vs 33.3% (seven/21), $p < 0.01$. In the 'RT Group' 88 patients were evaluable; 61 (69.3%) patients achieved CR, 25 had residual disease and two progressed. The estimated overall survival at 48 months in the 'CT-RT Group' and the 'RT Group' is 38% +2.01 (SE) and 36% +1.85 (SE), $p = 0.59$ respectively. In a subsequent randomised study (study 2) 36 patients with stage III B cervical cancer received two cycles of VP (as above) followed by RT vs 36 patients who received RT alone.

In the 'CT-RT Group' 29 patients responded; CR-8 (22.2%), PR-21 (58.3%). Six patients had no response to CT and one patient died of CT toxicity. Following RT-24 of 35 (68-6%) patients achieved CR, eight had residual disease and three patients progressed while on RT. In the 'RT Group'-11 of 36 (58.4%) achieved CR, 8 had residual disease and six progressed. Estimated survival was 71% in the 'CT-RT Group' and 39% in the 'RT Group', p = ns. Granulocytopenia was the major toxicity, with 47% of patients exhibiting grade 3 or 4 toxicity. Dose reduction and/or treatment delay was necessary in 28 patients (78%). Peripheral neuropathy reported in 10 patients was mild (grade 1 in 9 patients and grade 2 in 1 patient). Cystitis, proctitis and local skin reaction after RT occurred equally in the two groups in both the studies.

Conclusion: In conclusion, VP CT prior to RT in patients with locally advanced cervical cancer results in a high response rate. Response to CT predicts response to RT. There is no increase in the toxicity to subsequent RT. Our studies have demonstrated significant difference in overall and disease-free survival when neoadjuvant CT is added prior to the standard RT regimen.

Т.М. ШЕРИЕВА, А.А. ЖУМАГЕЛЬДИНА, А.А. НИКОЛАЕВА, А.Қ. ДӘРІБАЕВА, Г.К. НУРПЕИСОВА

Карагандинский областной онкологический диспансер, г. Караганда, Республика Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность: по данным КазНИИОиР заболеваемость раком шейки матки (РШМ) в РК в 2012-2014 гг. составила соответственно 9,7; 9,6 и 10,3 на 100 тысяч населения, заняв 2 место в ранге онко-патологии среди женщин, после рака молочной железы. Смертность составила 0,9; 3,6 и 4 на 100 тысяч населения. По Карагандинской области уровни заболеваемости достигли 10,3; 9,7 и 10. Смертность составила 0,5; 4,8 и 4,4 на 100 тысяч населения. Видно, что по обеим показателям наш регион превышает общереспубликанские уровни. Исходя из этого можно понять, как важно своевременная диагностика РШМ, ведь от этого зависит успех дальнейшей терапии, реабилитации и сохранение качества жизни пациенток с РШМ,

Цель: изучить результаты скрининга РШМ в Карагандинской области.

Материал: отчетные формы Централизованной цитологической лаборатории (ЦЦЛ ООД) за 3 года (2012-2014 гг.).

Результат: просмотрены 120912 мазков целевых групп по Pap-тесту (жидкостная цитология). При этом выявлено следующее: норма - 87263 (72,17%), фоновая патология - 24495 (20,2%), не- и малоинформативный материал - 3522 (2,92%) и дисплазия - 5795 (4,8%) случаев. HSIL составили 185 случаев (0,15%). Подозрения на рак и рак - 21 случаев (0,017%). Выявлено, что большее количество фоновых процессов превалируют в группах женщин 30-40 лет, а случаи предрака и РШМ в возрастной категории 50-60 лет. Отмечено увеличение охвата женщин профосмотрами с 92% в 2008 году до 98% в 2014 г. Анализ показал, что проводимые мероприятия способствуют снижению заболеваемости РШМ по Карагандинской области составила 10,3 на 100 000 населения, а в 2014 г. - 10,0. Численность выявленных больных с I-II стадиями РШМ увеличилась с 68,3% до 79,6%. Цитоморфологическая верификация РШМ за эти годы составила 100%. Как видно, показатели заболеваемости и выявляемости I-II стадий РШМ реально улучшились, а верификация на высоком уровне. Хорошие показатели по нашему региону также достигнуты по скрининговым программам, в том числе, по скринингу РШМ. Если выявление больных с I-II стадиями РШМ по скринингу в 2012 г. составляло 73,7%, то в 2014 г. этот показатель достиг 92,6%, число пациенток с IV стадией РШМ снизилось с 5,3% до 3,7%.

Заключение: совместная, хорошо организованная работа цитологов и клиницистов, направленная на раннюю диагностику и адекватную терапию патологии ШМ способствует в конечном итоге снижению заболеваемости, инвалидности и смертности от РШМ. Это в свою очередь, позволяет улучшить реабилитацию, прогноз заболевания и качество жизни у пациенток с РШМ.

Созданный в 2008 году общественный фонд

ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА

– это некоммерческая, неправительственная благотворительная организация, поддерживающая все формы борьбы против рака.

МИССИЯ ФОНДА – в объединении усилий и потенциала всего общества ради спасения тех, кого можно спасти, и обеспечения достойной жизни тем, кого спасти нельзя.

ЦЕЛЬ – содействие развитию онкологической службы Казахстана, включая деятельность, способствующую:

- эффективной профилактике
- ранней диагностике
- качественному лечению
- доступной паллиативной помощи

Общественный фонд «ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА»
Исполнительный директор: **Гульнара Кунирова**
Республика Казахстан, г. Алматы 050000, ул. Фурманова, 148-32
тел: +7 (727) 382-5950, факс: +7 (727) 382-61-49
e-mail: oncologykz@gmail.com, web: **www.oncology.kz**

Банковские реквизиты:
БИН: 080840016861
РНН: 600 900 611 530
ИИК: KZ419261802147889000 [KZT]
АО «Казкоммерцбанк»
БИК: KZKOKZKX

Для спонсорских переводов:
КНП-119, Кбе-18

ҚАТЕРЛІ ІСІКПЕН КҮРЕСЕЙІК
TOGETHER AGAINST CANCER
ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА
ҚОҒАМДЫҚ ҚОРЫ • PUBLIC FUND • ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД

KAZAKHSTAN
PRESS CLUB
ВМЕСТЕ
ПРОТИВ
РАКА
ГУЛЬНАРА КУНИРОВА
http://fpp.kz