

ПРО РОБОТУ КИЇВСЬКОГО МІСЬКОГО ТА ОБЛАСНОГО ТОВАРИСТВА ОНКОЛОГІВ

Згідно з планом роботи Київського міського та обласного товариства онкологів у березні—вересні 2001 року було проведено 5 наукових конференцій, на яких заслухано та обговорено 7 доповідей. Конференція, що відбулася 16 березня, була присвячена питанню комплексного лікування хворих на рак молочної залози. З доповіддю «Ближні і віддалені результати комбінованого лікування хворих на рак молочної залози з використанням внутрішньоартеріальної хіміотерапії» (О.Г. Югрінов, В.І. Тарутінов, С.Ю. Скляр, В.В. Тельний, П.П. Носа) виступив проф. О.Г. Югрінов, який обґрунтував доцільність проведення до операції селективної хіміотерапії. Сутність методу полягає у введенні протипухлинних хіміопрепаратів через катетери, один з яких встановлюють у судину, яка є домінантним джерелом кровопостачання пухлини, інший — в артерію, яка постачає кров до регіонарних лімфовузлів, уражених метастазами. Відзначено покращання безпосередніх та віддалених результатів лікування. Деякі хворі з неоперабельними до лікування пухлинами були оперовані. Доповідь «Внутрішньоартеріальна хіміотерапія з використанням механохімічно модифікованого доксорубіцину при комплексному лікуванні хворих на рак молочної залози» (П.П. Носа, В.І. Тарутінов, В.Є. Орел, К.О. Галахін, О.Г. Югрінов, С.Ю. Скляр, М.Й. Данко, В.В. Тельний, Н.М. Дзятковська) зробив канд. мед. наук П.П. Носа (Інститут онкології АМН України). Автори вивчали вплив механохімічної модифікації доксорубіцину на результати лікування 24 хворих на рак молочної залози II—III стадії (Т3N1—2M0). Проводили комплексне лікування з застосуванням схеми регіонарної поліхіміотерапії при внутрішньоартеріальному введенні препаратів. Встановлено, що механохімічно модифікований доксорубіцин виявляв більш об'єктивний протипухлинний ефект, ніж немодифікований, та сприяв зменшенню розмірів лімфовузлів. Побічні ефекти препарату були менш виражені.

На конференції, яка відбулася 20 квітня, у доповіді проф. В.С. Процика «Захворюваність на рак щитовидної залози в Україні та шляхи підвищення ефективності комбінованого лікування хворих» зазначено, що після аварії на ЧАЕС спостерігається тенденція до підвищення захворюваності на рак щитовидної залози. Так, останніми роками в Україні абсолютна кількість осіб, які захворіли на рак щитовидної залози, наближається до 2000 у порівнянні з 1600, зареєстрованими у 1993 році. Незважаючи на сприятливий прогноз після хірургічного лікування хворих з високодиференційованими формами раку щитовидної залози, смертність, пов'язана з ростом метастазів, є досить високою. Основна причина цього — неправильна тактика лікування хворих і, в першу чергу, неадекватне за обсягом хірургічне втручання. Багатофакторний аналіз результатів хірургічного лікування 213 хворих на рак щитовидної залози та аналіз даних наукової літератури дозволили автору висловити думку, що під час вибору обсягу хірургічного втручання необхідно перш за все врахувати такі несприятливі фактори, які впливають на прогноз захворювання, як вік старше 45 років (особливо для осіб чоловічої статі), наявність регіонарних або віддалених метастазів, розмір пухлини (більше 3 см), її екстратиреоїдне поширення. За наявності у пацієнта несприятливих прогностичних факторів необхідно виконувати тиреоїдектомію. Тільки у разі відсутності вказаних факторів і патології в протилежній щитовидній залозі зоні можливе проведення гемітиреоїдектомії. Хворим з високодиференційованими формами раку щитовидної залози за наявності будь-якого з несприятливих прогностич-

них факторів протипоказані субтотальні резекції. Недотримання цих принципів призводить до необхідності виконувати повторні хірургічні втручання. Автор провів аналіз повторних хірургічних втручань, виконаних у 67 хворих з високодиференційованим раком щитовидної залози, у яких були ті чи інші несприятливі фактори і яким виконували неадекватні операції. Всі хворі у післяопераційний період отримували супресивну терапію L-тироксинам під контролем рівня тиреотропіну в крові (максимально наближений до нижньої межі норми). Важливим є періодичне визначення вмісту в крові тиреоглобуліну, підвищення якого може свідчити про рецидив або появу метастазів, виявити які можна при скануванні всього тіла. Доповідь проф. В.С. Процика викликала значний інтерес аудиторії, в обговоренні взяли участь проф. В.В. Шишкіна, проф. Ю.Я. Гриневич. З доповіддю «Виникнення злоякісних новоутворень у ліквідаторів наслідків Чорнобильської катастрофи» виступила канд. біол. наук Є.А. Дьоміна. До дослідження були залучені 3000 чоловіків, які працювали в зоні аварії у 1986—1987 рр. та з 1990 до 1996 р. Розглянуто 4 фактори радіаційного анамнезу: характер виконуваної в зоні роботи, дата в'їзду та тривалість перебування в зоні, документовані значення поглинутих доз. Для оцінки інформаційної значущості цих факторів використано поняття «інформаційна вагомість фактора». Фактором ризику є всі дати в'їзду в зону після 26 квітня 1986 р. Встановлено, що залежно від характеру робіт ризик виникнення захворювання змінюється в такому порядку: робота на мотильнику > управління транспортом > дезактивація > евакуація. Від тривалості роботи в зоні рівень ризику практично не залежав. Отримані дані можуть бути використані під час організації лікувально-профілактичних заходів для осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. Доповідь Є.А. Дьоміної викликала цікавість у присутніх. В обговоренні виступив проф. Ю.А. Гриневич.

На конференції, що відбулася 18 травня, ст. наук. співробітник В.Б. Коробко виступив з доповіддю «Результати хіміопротонного лікування хворих на первинну негоджкінську лімфосаркому шлунка без операції». Доповідач повідомив, що у відділенні абдомінальної онкології Інституту онкології АМН України розроблена методика комбінованого лікування, що включає курс телегаматерапії (20—30 Гр на ділянку шлунка і зони регіонарного метастазування). Через 1 міс проводять поліхіміотерапію (як правило, використовують вінкрисдин, циклофосфамід, доксорубіцин, хлорбутин, преднізолон): перші 4 курси — з інтервалом 1 міс, 5-й і 6-й — 3 міс. У період 3-місячної перерви між останніми курсами поліхіміотерапії проводять неспецифічну імунотерапію рекомбінантним альфа2b-інтерфероном (по 3 000 000 МО/м через день, сумарно — 30 000 000 МО). У 39 (81,3%) із 48 хворих з локальними пухлинами після телегаматерапії і першого курсу поліхіміотерапії відзначено майже повну регресію пухлини, у 6 пацієнтів зникли метастази в регіонарних лімфатичних вузлах. Після другого курсу поліхіміотерапії у хворих цієї групи констатовано подальшу регресію пухлини. За даними КТ і УЗД товщина стінки шлунка наблизилася до такої в нормі. Під час гастроскопії з біопсією і рентгеноскопії ознак пухлини не виявлено. В інших 9 (18,7%) хворих із локальним, але великим дифузним ураженням шлунка після телегаматерапії і 2 курсів поліхіміотерапії спостерігалася зменшення розмірів пухлини у 3—4 рази, а після 4-го курсу — отримана повна регресія. Трирічна виживаність досягла $86,5 \pm 4,5\%$, а 5-річна — $81,5 \pm 3,3\%$.

Отримані результати можна розцінювати як найкращі в порівнянні з даними сучасної світової літератури щодо ефективності оперативного втручання в комбінації з променевою і хіміотерапією. Учасники обговорення доповіді пропонувану технологію терапії лімфосарком шлунка рекомендували для впровадження в медичну практику.

На конференції 15 червня була заслухана доповідь проф. В.О. Кикотя і канд. мед. наук З.П. Федоренко «Колоректальний рак: річна летальність, п'ятирічна виживаність та шляхи підвищення ефективності лікування». 75–80% хворих з колоректальним раком оперують у III–IV стадії захворювання; тільки кожному третьому хворому проводять радикальне оперативне втручання. Все це вимагає застосування комбінованих і комплексних методів лікування. В клініці онкопроктології інституту онкології АМН України за 30 років (1971–2000 рр.) проведено хірургічне та комбіноване лікування 8520 хворих з КРР, радикальне хірургічне і комбіноване лікування — 80% хворих. У 76% хворих виконані сфінктерозберігаючі операції. Післяопераційна летальність за останні 10 років склала 1,5%. Додатково до класичних хірургічних втручань в клініці застосовують такі складові комбінованого лікування, як перед- та післяопераційна променева терапія, нео- та ад'ювантна системна хіміотерапія (внутрішньовенна), регіонарна поліхіміотерапія (внутрішньоартеріальна та ендолімфатична), аутоімунотерапія, кровоплів. П'ятирічна виживаність хворих на рак прямої кишки після тільки хірургічного лікування при T3–4N0M0 склала 68,6 ± 2,0%, при T3–4N1–3M0 — 37,4 ± 4,0%. П'ятирічна виживаність залежно від стадії захворювання становила: при I стадії — 97,6 ± 2,5%, при II — 75,7 ± 4,1%, при III — 59,2 ± 1,9%, IV — 37,4 ± 6,0%. Усі використані нами методи підвищують ефективність комбінованого і комплекс-

ного лікування, збільшують на 10–20% показники 5-річної виживаності хворих, знижують у 1,5–2 рази частоту виникнення рецидивів. Частота виникнення рецидивів у хворих на рак прямої кишки залежно від стадії складала: при I — 4,8 ± 8,3%, II — 14,9 ± 6,7%, III — 17,3 ± 2,7%, IV — 26,4 ± 3,6%. П'ятирічна виживаність хворих на рак ободової кишки після хірургічного лікування становила 67,2 ± 2,0%, після комбінованого — 73,9 ± 6,2%. Найбільш ефективними методами лікування хворих на колоректальний рак III–IV стадії є передопераційна променева терапія, поєднання ендолімфатичної хіміотерапії з локальною НВЧ-гіпертермією, аутоімунотерапія та внутрішньоартеріальна хіміотерапія.

У доповіді лікаря Ю.М. Кондрацького «Паліативне лікування хворих на рак стравоходу та шлунка з переходом на стравохід» (21 вересня 2001 р.) було представлено аналіз результатів застосування різних методів за даними літератури. В другій частині виступу автор розповів про удосконалення методів променевої терапії, яку проводять у таких хворих у торакальному відділенні Інституту онкології АМН України. Суть удосконалення полягає в тому, що перед променевою терапією середніми фракціями (у сумарній дозі до 30 Гр) хворі приймали радіосенсибілізатор — міді сульфат по 60 мг (у сумарній дозі 1,2 г), інтратуморально їм вводили флуороурацил у дозі 750 мг (сумарно 3000 мг) і альфа інтерферон по 3 000 000 МО через добу (сумарно 15 000 000 МО) за допомогою електрофорезу. Повну регресію неоперабельного раку стравоходу після лікування відзначали у 54%, частково — у 43%, стабілізацію захворювання — у 3% пацієнтів. Продовжується вивчення віддалених результатів лікування. Проф. В.О. Чорний позитивно оцінив безпосередні результати лікування і відзначив необхідність вивчення даних щодо виживаності хворих.

Л.С. Болгова

*Інститут онкології
АМН України, Київ, Україна*

КОНФЕРЕНЦІЯ КЛІНИЧЕСКИХ ЦИТОЛОГОВ УКРАИНЫ

22 мая 2001 года состоялась научно-практическая конференция клинических цитологов Украины «Актуальные вопросы цитологической диагностики опухолей основных локализаций», посвященная 30-летию деятельности научно-исследовательской лаборатории цитологической диагностики Института онкологии АМН Украины. В работе конференции приняли участие около 100 клинических цитологов из 20 областей Украины и г. Киева. Конференцию открыл главный онколог МЗ Украины директор Института онкологии АМН проф. С.А. Шалимов, подчеркнувший, что в Украине успешно функционируют 64 централизованные цитологические лаборатории, которые выполняют важную работу по выявлению предопухолевых состояний, диагностике опухолей различной локализации на ранних стадиях заболевания, что имеет решающее значение при определении тактики лечения больных. Метод цитологической диагностики в клинической онкологии получил широкое распространение. Издан ряд монографий и атласов, посвященных цитоморфологии различных патологических процессов. Ведется подготовка специалистов по клинической цитологии в профильных научно-исследовательских учреждениях и на кафедрах институтов последипломной подготовки врачей. Участники конференции заслушали ряд докладов и сообщений, представленных ведущими специалистами в различных областях клинической цитологии.

В.И. Лобода доложила об итогах и основных направлениях научно-практической деятельности научно-исследовательской лаборатории цитологической диагностики Института онкологии АМН Украины за 30 лет. Лаборатория была создана по инициативе доктора медицинских наук, профессора А.Н. Мельника. Основными направлениями научных работ сотрудников являются совершенствование методов цитологи-

ческой диагностики опухолей; изучение и разработка цитоморфологических, цитохимических, цитогенетических, морфометрических критериев дифференциальной диагностики; исследование патоморфоза, оценка степени дифференцировки опухолей; уточнение критериев прогноза; организация и проведение в Украине цитологического скрининга предрака и рака шейки матки; помощь органам здравоохранения в городах и областных центрах. Сотрудниками лаборатории проведены исследования по 45 научным темам; защищены 2 докторские и 10 кандидатских диссертаций. Издано 7 монографий, 522 статьи, 20 методических рекомендаций. Проведено 459 139 цитологических исследований, изучены 164 157 препаратов. Подготовлено 319 специалистов по цитодиагностике, проведено 102 семинара, прочитано 112 лекций.

В докладе Л.С. Болговой было представлено научное обоснование оптимизации цитологической диагностики рака легкого с использованием разработанных автором цитоморфологических, морфометрических, цитохимических, гистологических, гистохимических и электронно-микроскопических критериев предраковых состояний и основных гистологических типов рака легкого. Установлены диагностические коэффициенты эпителиальных клеток с признаками атипии и предложены основные правила, определяющие 87–89% достоверности цитологической диагностики.

Д.Ф. Глузман сделал сообщение о новой классификации ВОЗ опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани. В соответствии с классификацией, разработка которой была завершена международной группой экспертов в 1999 г., выделены основные виды гемобластозов: миелоидные, лимфоидные, гистиоцитарные новообразования и опухоли, возникающие из тучных клеток. Лимфоид-

ные новообразования включают более 20 нозологических форм, возникающих из клеток-предшественников и зрелых В-лимфоцитов, Т- и ЕК-клеток. Классификация ВОЗ предусматривает также выделение нескольких типов опухолей, возникающих из гистиоцитов и дендритических клеток, а также из тучных клеток. Предполагается, что после надежной клинической апробации классификация станет надежной основой для уточнения гистогенеза отдельных форм гемобластозов и повышения эффективности терапии.

Т.Н. Туганова осветила возможности цитогенетического исследования в дифференциальной диагностике лимфом и доброкачественных гиперплазий. Выявленные особенности экспрессии основных морфофункциональных типов ядрышек пролимфоцитов и бластных клеток при лимфомах и доброкачественных гиперпластических процессах расширяют возможности дифференциальной цитодиагностики, их можно применять при определении характера трансформации лимфоидных клеток.

А.С. Козлюк остановился на вопросах информативности цитоморфологического исследования при диагностике негонokokковых уретритов. Цитоморфологические исследования мазков-соскобов при уретритах хламидийной, уреоплазменной, папилломавирусной и трихомонадной этиологии позволяют определить специфические для каждой инфекции патологические изменения, которые предложено использовать в качестве критериев диагностики.

В докладе Е.А. Логиновой были затронуты вопросы цитологической и морфофункциональной характеристики бронхиального эпителия у пациентов со злокачественными и доброкачественными заболеваниями по данным бронхоскопий. Сравнительное изучение цитологических и морфофункциональных характеристик бронхиального эпителия у этих больных с применением морфометрического, цитогенетического, математического методов позволило разработать алгоритм для диагностики диспластических изменений бронхиального эпителия и использовать его в качестве косвенного маркера наличия рака при патологических перибронхиальных процессах.

Темой сообщения О.И. Рудой были цитоморфологические признаки карциноидов бронхов. Представлены цитоморфологические признаки различных вариантов карциноидов бронхов: альвеолярные светлоклеточные и темноклеточные, псевдожелезистые, железистые и смешанные.

Н.В. Собко осветила вопросы цитологической диагностики при скрининге рака шейки матки. Задачей цитологического скрининга является снижение заболеваемости и смертности от рака данной локализации. Задача цитолога — выявление фоновых заболеваний, предраковых патологических состояний, элементов злокачественного новообразования. Были приведены данные о том, что в г. Киеве ежегодно выявляют 3% пациенток с фоновыми заболеваниями, 0,7% — с предраковыми состояниями, 0,06% — с состояниями, подозрительными на рак, и раком шейки матки.

В докладе В.Г. Савченко были приведены данные о применении маркеров малигнизации в цитологической диагностике заболеваний щитовидной железы. Продемонстрированы возможности цитологической диагностики малигнизированных опухолей щитовидной железы с применением цитоиммунологических маркеров.

Принявший участие в обсуждении докладов проф. К.А. Галахин (заведующий патологоанатомическим отделом Института онкологии АМН Украины) подчеркнул необходимость организации ассоциации клинических цитологов Украины. Главный онкогинеколог МЗ Украины проф. Л.И. Воробьева высказала мнение о необходимости утверждения специальности «клиническая цитология», что позволит повысить профессиональный уровень врачей и улучшить диагностику предраковых состояний, рака шей-

ки и тела матки. Врачи-цитологи М.Ю. Медведь, Т.Л. Погребная, Л.П. Капий, В.В. Осадчий отметили, что получили важную научную информацию, которая, несомненно, будет полезна в практической диагностической работе. Была подчеркнута необходимость проведения тематических семинаров и организации консультативного и научно-методического центра клинической цитологии на базе научно-исследовательской лаборатории цитологии Института онкологии АМН Украины, где практические врачи могли бы совершенствовать свои знания по клинической цитологии. Выступившие в прениях участники конференции подчеркнули важность включения в перечень врачебных специальностей специальности «клиническая цитология», необходимость создания кафедры клинической цитологии в КМАПО и курсов клинической цитологии на кафедрах патологической анатомии медицинских университетов.

Вединодушно принятой участниками конференции резолюции отмечается что цитологическая диагностика, являясь высокодостоверным морфологическим методом диагностики в клинической онкологии, по праву занимает ведущее место в комплексном обследовании больных. Важная роль принадлежит цитологическому методу как эффективному способу противораковой борьбы и профилактики рака при проведении профосмотров. Приказ МЗ Украины № 1253 от 1976 г. способствовал быстрому внедрению цитологического метода в клиническую практику. Использование цитологического метода способствует снижению до минимума диагностических ошибок. Применение цитологического метода в комплексе с эндоскопическими и рентгенологическими исследованиями повышает эффективность морфологической диагностики до 97,3% (ошибочные цитологические заключения при раке не превышают 3,4%). Создание централизованных лабораторий — одно из основных достижений в дальнейшем внедрении цитологических методов и повышении их эффективности. Вместе с тем в организации цитологической службы имеется ряд существенных недостатков, устранение которых, несомненно, будет способствовать улучшению диагностики и профилактики новообразований. Отсутствие официально утвержденной специальности «врач-цитолог» не дает возможности четко определить должностные обязанности и меру ответственности врача, занимающегося цитологической диагностикой новообразований. Подготовка кадров врачей-цитологов и лаборантов не соответствует возросшим потребностям здравоохранения. Подготовка врачей-цитологов не унифицирована, нет единых учебных программ, отсутствуют специальные курсы подготовки специалистов этого профиля. Не создан методический центр по разработке организационных форм цитологической службы и внедрению единых методических рекомендаций по цитологической диагностике. Отсутствуют современные учебники по цитологической диагностике патологических процессов, предраковых состояний и злокачественных новообразований различных органов и тканей.

Участники конференции считают необходимым проведение научных и практических исследований по вопросам организации и совершенствования диагностических возможностей цитологического метода в онкологии как раздела клинической патологии. В этой связи необходимо создание консультативного и научно-методического центра клинической цитологии на базе научно-исследовательской лаборатории цитологии Института онкологии АМН Украины. Решено ходатайствовать перед Министерством здравоохранения Украины о включении специальности «клиническая цитология» в номенклатуру врачебных специальностей. Признано целесообразным создание Ассоциации клинических цитологов Украины для координации цитологических исследований, а настоящую конференцию рекомендуется рассматривать как учредительную.