

I) выявлен у 1 человека в возрасте 20 лет; HSIL (тип III, умеренная дисплазия, CIN II) выявлен 1 человека в возрасте 27 лет. Аденокарцинома диагностирована в 1 случае у пациентки 37 лет. Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод о возраст-ассоциированном диагностическом значении цитограммы, исходя из того факта, что все виды цитологических вариантов NILM в возрастной группе старше 46 лет регистрировались только в 10% случаев.

Таким образом, анализ полученных результатов выявил, что наиболее часто патологический тип цитограммы выявлялся в возрастной группе старше 46 лет. Авторы считают, что этот факт следует учитывать при утверждении скрининговых программ диспансеризации женского населения и формировании групп риска с целью ранней диагностики предрака и рака шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания шейки матки и генитальные инфекции / П. Р. Абакарова [и др.] ; под ред. проф. В. Н. Прилепской. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 384 с.

2. Аляутдина, О. С. Оптимизация диагностики рака шейки матки / О. С. Аляутдина, О. В. Сеницына // Российский медицинский журнал. – 2015. Т. 21 (6). – С. 25-27.

3. Казаишвили, Т. Н. Ранняя диагностика рака шейки матки методом жидкостной цитологии / Т. Н. Казаишвили // Научно-практический журнал «Исследования и практика в медицине». – 2016. – С. 80-81.

4. Пересада, О. А. Репродуктивное здоровье женщин. Руководство для врачей. / О. А. Пересада. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство». 2009. – 680 с.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Каравай А.В.¹, Божско Г.Г.², Каравай А.В.², Кеда В.В.³, Миклашевич Ф.С.³

Гродненский государственный медицинский университет,

Гродненская областная клиническая больница¹,

Гродненский государственный медицинский университет²,

Гродненская областная клиническая больница³

Актуальность. Рак пищевода является одним из тяжело протекающих заболеваний и имеет неблагоприятный прогноз. В мире среди других новообразований эта опухоль занимает 9-е место. В странах Европы заболеваемость составляет 6,6 случаев на 100 000 населения, а смертность – 6,1. В настоящее время прогностические факторы при раке пищевода подразделены на три основные группы, которые характеризуют:

- 1) распространенность опухолевого процесса;
- 2) биологические особенности опухоли;
- 3) адекватность и степень радикальности предпринятого лечения.

Основным критерием группового прогноза является стадия болезни и их морфологические критерии. Среди этих факторов, особо выделяют глубину опухолевой инвазии, поражение регионарных лимфоузлов и наличие отдаленных метастазов. Эти параметры составляют основу классификации по системе TNM. Важнейшим критерием в настоящее время считается регионарная лимфогенная распространенность включающая, количество пораженных лимфоузлов и их локализацию по анатомическим зонам [1, 2]. В настоящее время показано, что в группах пациентов с одинаковой стадией индивидуальный прогноз сильно варьирует [2, 11].

Наряду с морфологическими критериями, характеризующими распространенность рака пищевода, активно изучаются параметры, характеризующие биологические особенности опухоли. Ведущее значение в прогнозе болезни придается макроскопической форме роста опухоли, гистологической структуре и степени дифференцировки. Важными гистологическими параметрами, характеризующими агрессивность болезни, являются наличие инвазии опухоли в кровеносные и лимфатические сосуды [2, 7, 8].

На сегодняшний день установлено, что факторы, отражающие адекватность и радикальность проведенного лечения, оказывают влияние на прогноз при раке пищевода, влияя на его исход. На сегодняшний день единственным радикальным способом лечения рака пищевода остается хирургический метод. Получили признание и широко распространены различные одномоментные операции, включающие экстирпацию или субтотальную резекцию пищевода и этап реконструкции пищевода [3, 10]. Радикальная операция в объеме трансторакальной субтотальной резекции пищевода (операция типа Льюиса [Lewis]) или трансторакальной экстирпации пищевода (операция типа Маккеона [McKeon]) с двухзональной (2F) или трехзональной (3F) регионарной лимфодиссекцией является общепризнанным стандартом в лечении резектабельного рака пищевода [4, 5]. Важнейшей клинической проблемой, стоящей перед хирургом, является определение радикальности выполненного вмешательства. При этом врач опирается на визуальную оценку распространенности опухолевого процесса и макроскопические интраоперационные данные [9, 10]. Эти данные зачастую не позволяют однозначно трактовать характер выполненной операции, который может поменяться после морфологического исследования удаленного препарата. Пользуется популярностью оценка критерия R основанная на выявлении резидуальной опухоли после хирургического лечения [5].

Цель. Изучить прогностические факторы и организовать мониторинг за радикально оперированными пациентами при раке пищевода.

Методы исследования. В 2015-2017 гг. Гродненском областном онкологическом диспансере (ГООД) по поводу рака пищевода взято на учет 303 пациентов. Среди них выделено группа (26 пациентов), которым проводилось радикальное хирургическое и химиолучевое лечение в адьювантном режиме в

Гродненской областной клинической больнице (ГОКБ). Были проанализированы медицинские карты стационарных пациентов и изучены протоколы патоморфологических исследований макропрепаратов. В 1 случае первичная опухоль локализовалась в верхней части грудного отдела пищевода, в 10 – в средней части, в 13 – в нижней части грудного отдела из них в 2 отмечено распространение на желудок. Большинство пациентов (14 человек) были старше 60 лет, и только 2 из них были женщины. У 1 пациента диагностирована IV стадия опухоли, у 3 – IIА, у 4 – IIВ, у 9 – IIIА, у 2 – IIIВ, у 6 – IIIС и у 1 – IV. Стадия заболевания и гистологический тип опухоли окончательно устанавливалась после морфологического исследования макропрепарата. 15 пациентам была произведена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочным стеблем, 6 – операция Льюиса, 3 – операция Гарлока и 2 – операция Добромыслова – Торека.

Результаты и их обсуждение. При оценке прогностических факторов у наблюдаемых пациентов установлено:

1) глубина опухолевой инвазии (Т): в 6 случаях первичная опухоль инфильтрировала мышечную оболочку стенки пищевода (Т2), в 10 случаях – опухоль прорастала стенку пищевода и адвентицию (Т3) и в 10 случаях опухоль прорастала стенку пищевода и распространялась на прилежащие структуры средостения (Т4а);

2) наличие регионарных метастазов (N) установлено у 12 из 26 пациентов. При этом N1 (поражение от 1 до 2 регионарных лимфатических узлов) отмечено у 10, N2 – (поражение от 3 до 6 регионарных лимфатических узлов) у – 2;

3) гистологический тип и степень дифференцировки опухоли: плоскоклеточная рак G1 – у 9 пациентов, плоскоклеточная рак G2 – у 10; плоскоклеточная рак G3 – у 4 и тубулярная аденокарцинома G2 – у 3 пациентов;

4) отсутствие опухолевых клеток в краях операционных разрезов (R0) отмечено у большинства оперированных пациентов (23 из 26 пациентов);

5) распространение опухоли на соседние структуры, когда производилась их резекция: плевра (6 случаев), диафрагма (4 случая);

Для выявления рецидивов и генерализации опухолевого процесса за радикально прооперированными пациентами был организован мониторинг. Адьювантное химиолучевое лечение проводилось 6 пациентам. Согласно данным канцер-регистра ГООД на конец 2018 года из 26 радикально прооперированных пациентов при РПЖ летальный исход отмечен у 18 человек.

Выводы.

1. По данным ГООД у основного большинства пациентов, которым проводилось радикальное лечение, была установлена III стадия рака пищевода (65,38 % – 17 пациентов), у 12 пациентов (46,15%) имелись регионарные метастазы, основным гистологическим типом рака являлась плоскоклеточная карцинома (88,46% – 23 случаев), для которых характерен неблагоприятный прогноз.

2. Учет прогностических факторов может служить дополнительным

критерием при выборе показаний к проведению адъювантной химиолучевой терапии и проведения активного наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годжаманов, Я.К. Клинико-морфологические факторы прогноза при хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода / Я.К. Годжаманов, И.С. Стилиди, В.Ю. Бохан, А.Ю. Дыхно, С.В. Наумов // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ.- Киев.- 2000.- С.112- 114.

2. Стилиди, И.С. Факторы прогноза при хирургическом лечении рака пищевода внутригрудной локализации / И.С. Стилиди, Я.Г. Годжаманов, В.Ю. Бохан, А.Ю. Дыхно // Тезисы 5 Всероссийского съезда онкологов. Казань.- 2000.-С. 231-234.

3. Тазиев Р.М., Сигал Е.И., Чернышев. В.А. Рак пищевода: хирургическое и комбинированное лечение / Р.М. Тазиев, Е.И. Сигал, В.А.Чернышев // Российский онкологический журнал.- Москва.- 2002.- №1.- С. 9-13.

4. Biere, S.S. Minimally invasive versus open oesophagectomy for patients with oesophageal cancer: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. / S.S.Biere SS, van Berge M.I. Henegouwen, K.W. Maas // Lancet. May 19 2012; 379(9829):1887-92.

5. Chang, AC. Outcomes after transhiatal and transthoracic esophagectomy for cancer / A.C.Chang, Ji. H. Birkmeyer. Ann Thorac Surg. Feb 2008; 85 (2):424-9.

6. Park, J.W. Prognosis of esophageal cancer patients with pathologic complete response after preoperative concurrent chemoradiotherapy / JW Park, JH Kim, E.K. Choi // Int J Radiat Oncol Biol Phys. Nov 1 2011;81(3):691-7.

7. Patti, M.G. Prognostic factors in esophageal cancer / M.G.Patti, D.Owen // Surg Oncol Clin N Am. Jul 1997; 6(3):515-31.

8. Pennathur, A. Resection for esophageal cancer: strategies for optimal management / A. Pennathur, J.D. Luketich // Ann Thorac Surg. Feb 2008; 85(2):S751-6.

9. Siewert, J.R. Lymph-node dissection in squamous cell esophageal cancer-who benefits? / J.R. Siewert, H.J.Stein // Langenbecks Arch Surg; 384(2): 141-8 1999.

10. Siewert, J.R. Progress in oncological visceral surgery-esophageal carcinoma / J.R. Siewert, H.J.Stein // Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr; 118:44-9 2001.

11. Tachibana, M. Prognostic factors in node-negative squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus / M.Tachibana, S. Kinugasa, D.K. Dhar, M. Shibakita // Int J Surg Investig; 1(5):389-95 2000.