

ных нарушениях, характер которых обусловлен длительностью безрецидивного периода. Так, сумма активных фракций и особенно уровень эстрадиола ( $5,81 \pm 0,06$ ) были наиболее низкими при развитии рецидива и метастазов в первый год после лечения. С увеличением послеоперационного срока от 1 до 2 лет, в течение которого прогрессировал злокачественный процесс, происходило перераспределение отдельных форм женских половых гормонов: продукция активных эстрогенов увеличивалась, количество эстрадиола возросло в 4,5 раза, а уровень эстриола в сравнении с предыдущей группой уменьшился от  $17,78 \pm 1,80$  до  $13,30 \pm 1,40$ . Прогрессирование опухолевого процесса у большинства больных РТМ в глубокой менопаузе проходило на фоне повышенной продукции

суммарных эстрогенов. Увеличение экскреции эстрогенных гормонов обусловлено возрастанием активных форм женских стероидов:  $\mathcal{E}_1 - 7,70 \pm 0,84$ , при норме  $4,90 \pm 0,35$ ;  $\mathcal{E}_2 - 4,69 \pm 0,25$ , при норме  $3,50 \pm 0,36$ .

**Выводы.** Нарушение гормонального баланса при раке тела матки тесно связано, прежде всего, с возрастной характеристикой больных и состоянием овариальной функции. Определенный тип разбалансированности стероидов в основных чертах прослеживается в каждой возрастной группе на всех или на большинстве этапов развития опухоли. При этом первостепенную роль играют не столько отклонения абсолютного уровня половых гормонов от нормы, сколько нарушение соотношения между их отдельными фракциями.

## ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТИМУСА

**В.Н. НИКИШОВ, Е.И. СИГАЛ, А.М. СИГАЛ, В.П. ПОТАНИН, Р.Ш. ХАСАНОВ,  
Р.Е. СИГАЛ, М.В. БУРМИСТРОВ**

*Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань*

**Цель исследования** – определить эффективность видеоторакоскопии в диагностике и лечении новообразований вилочковой железы.

**Материал и методы.** Выполнено 78 видеоторакоскопических операций по поводу злокачественных вилочковой железы. Средний возраст больных составил 43,7 (12–74) года. Показаниями для применения видеоторакоскопии как метода диагностики и лечения служили опухоли, опухолевидные новообразования. Видеоторакоскопическую биопсию выполняли с целью ревизии плевральной полости средостения при наличии данных предоперационного обследования о распространенности исследования с целью верификации диагноза 24 больным.

**Результаты.** После выполнения диагностической видеоторакоскопии у 14 пациентов диагностирована тимома (55,5%), в 5 (18,3%) случаях – рак тимуса. У 10 (25,9%) больных подтверждена морфологически лимфома вилочковой железы. Процесс верифицирован у 23 (95,3%) пациентов. Радикально прооперированы 54 пациента. Из них по поводу новообразований вилочковой железы – 40 операций (тимома – 34,

лимфогранулематоз тимуса – 5, тератома – 1, киста вилочковой железы – 2).

Больные с тимомой распределены по классификации Masaoka следующим образом: I стадия – 21 (61,7%), II стадия – 11 (32,3%), III стадия – 2 (5,8%) больных. Из 34 больных с тимомой у 14 больных (41,7%) тимомы сопровождалась развитием миастении. Экссудация после ВТС тимэктомии в среднем составила 201 мл (50–900мл), сроки дренирования 2,4 (1–4) дня. Средняя продолжительность операции – 73 (30–170) мин, среднее время нахождения в палате интенсивной терапии – 2,4 (1–16) дня. Максимальный размер удаляемого препарата достигал 10 см в диаметре.

**Выводы.** Диагностическая видеоторакоскопия позволяет провести ревизию плевральной полости и средостения для определения распространенности процесса и выполнения биопсии. Выполнение видеоторакоскопической биопсии позволяет провести полноценное иммуногистохимическое исследование полученного материала и установить точный морфологический диагноз больным с нере-

зектабельным процессом вилочковой железы. Видеоторакоскопическая тимэктомия является эффективным методом хирургического лечения опухолей вилочковой железы I-II стадии по классификации Masaoka, а также возможно успешное использование данного метода при 3

стадии. Левосторонний доступ при выполнении видеоторакоскопической тимэктомии является наиболее приемлемым, позволяет выполнить адекватную операцию с наименьшим числом интраоперационных осложнений.

## ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

И.К. ОСИНОВ, М.Н. НЕЧИТАЙЛО, Л.И. МУСАБАЕВА, Е.Л. ЧОЙНЗОНОВ

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

**Цель исследования** – изучить непосредственную эффективность и переносимость различных схем химиолучевого лечения у больных злокачественными глиомами головного мозга.

**Материал и методы.** В исследование включено 93 пациента (мужчин – 55, женщин – 38) с диагнозом злокачественная глиома головного мозга после субтотального удаления внутримозговой опухоли. Средний возраст больных –  $48 \pm 1,6$  года. Средний статус по шкале Карновского 70 баллов. Всем больным после оперативного лечения на 14–21 сут назначалась лучевая терапия (ЛТ) на аппарате Рокус-М 1,25 МэВ, в стандартном режиме, 5 раз в неделю, РОД 2,0 Гр, до СОД 56–60 Гр. В зависимости от схем химиотерапии (ХТ) больные были распределены на следующие группы: I группа (Темодал 200 мг/м<sup>2</sup> и ЛТ) – 35 больных: анапластическая астроцитомы (АА) – 18 человек, мультиформная глиобластома (МГБ) – 17. Средний срок наблюдения –  $18 \pm 2,1$  мес. II группа (Темодал 75 мг/м<sup>2</sup> и ЛТ) – 12 больных: АА – 5 человек, МГБ – 7. Средний срок наблюдения –  $11 \pm 2,0$  мес. III группа (Ломустин 100 мг/м<sup>2</sup> и ЛТ) – 12 больных: АА – 6 человек, МГБ – 6. Средний срок наблюдения –  $6 \pm 2,0$  мес. IV группа – 35 больных злокачественной глиомой, получавших стандартное лучевое лечение. Схемы химиотерапии: I группе больных назначался препарат Темодал *per os* в дозе 200 мг/м<sup>2</sup> (280–400 мг/сут) 5 дней, через каждые 23 дня, суммарной дозой на курс 1400–2000 мг (2 курса). В постлучевом периоде прием Темодала продолжали по той же схеме (медиана – 6 курсов). Во II группе больные получали препарат Темодал *per os* в разовой дозе

75 мг/м<sup>2</sup> (120–140 мг/сут) ежедневно, за час до проведения ЛТ в течение 42 дней (5040 – 5880 мг). В постлучевом периоде проводили 6 курсов ХТ Темодалом по схеме 200 мг/м<sup>2</sup> (280–400 мг/сут) 5 дней, через каждые 23 дня, суммарная доза за курс 1400 – 2000 мг (медиана – 6 курсов). В III группе больным назначался Ломустин (CCNU) *per os* в разовой дозе 100 мг/м<sup>2</sup> (120–180 мг) в первый и последний день лучевой терапии, через 6 нед по схеме: один день приема – 6 нед перерыва, всего 6 курсов.

**Результаты.** Общие токсические эффекты встречались одинаково часто у пациентов исследуемых групп. Диспепсия (тошнота, рвота, боли в эпигастрии) достоверно чаще наблюдалась у пациентов I, II и III группы по сравнению с контролем. Переносимость химиолучевого лечения в исследуемых группах была удовлетворительной. В срок через шесть месяцев после химиолучевого лечения объективный эффект у больных с АА в I группе составил 33%, во II группе – 80%, в III группе – 27,2% по сравнению с контрольной группой (ЛТ) больных, где объективный эффект наблюдался в 11% случаев ( $p=0,0006$ ). У больных с МГБ через 6 мес после ХЛТ объективный эффект в I группе – 18%, во II – 32%, в контрольной группе – 12% ( $p=0,106$ ). В третьей группе больных, получавших ломустин, отмечалась высокая частота стабилизации у больных с МГБ (45% случаев). Учитывая малый срок наблюдения больных в группе II и III, оценка эффективности через 12 мес проводилась для пациентов I и IV групп. В I группе у больных с АА объективный эффект – 38,8%, с МГБ – 17,6%, по сравнению с контролем – 11% и 12% соответственно ( $p=0,003$