

**Результаты.** Пациенты с баллом ECOG 0-1 имели среднюю выживаемость 14 месяцев, в то время как при балле выше 1 этот показатель составил 7,5 месяцев. Пациенты с низкими показателями ЦРБ и фибриногена и высоким уровнем альбумина имели лучшие показатели общей выживаемости. В общем, итоге, показатели СОЭ и ЛДГ не влияли на цифры выживаемости больных. Когда мы более подробно рассмотрели выживаемость в группе с быстрой прогрессией опухоли (до 18 мес.) мы обнаружили, что только уровень ЦРБ и альбумина определяют неблагоприятный прогноз. Пациенты с высокими показателями ЦРБ имели среднюю выживаемость 7 месяцев против группы пациентов с низкими цифрами ЦРБ, которые имели среднюю выживаемость 16,3 месяца. Пациенты с признаками опухолевой прогрессии при нормальном уровне альбумина имели среднюю выживаемость 11 месяцев против группы больных с низкими показателями альбумина, которые показали среднюю выживаемость на уровне 6,4 месяца. Высокие показатели фибриногена были выявлены у 77,6% пациентов, но абсолютные значения параметров достоверно не отличались в группах с признаками быстрой и более медленной прогрессии опухоли.

**Выводы.** Использование биологических маркеров помогает определить прогноз для лечения больных метастатическим почечноклеточным раком. Наибольшее прогностическое значение для пациентов получающих специфическую иммунотерапию имеют показатели С-реактивного белка и альбумина крови. Показатели СОЭ, фибриногена, ЛДГ не влияют на общую выживаемость больных. При выявлении высоких показателей ЦРБ и низких цифр альбумина периферической крови у пациентов с признаками опухолевой прогрессии прогноз следует считать неблагоприятным. В этом случае целесообразно применять комбинированную иммунохимиотерапию.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПОЧЕК**

*Журавлев В.Н., Зырянов А.В., Журавлев О.В., Бершадский Я.В.,  
Качмазов А.А., Баженов А.А., Путинцев А.Е.*  
г. Екатеринбург

Размер опухоли почки является одним из показателей, который рассматривается хирургом как определяющий при выборе тактики лечения больных новообразованиями почек. Влияет ли размер опухоли на показатель опухолиспецифической выживаемости до сих пор оста-

ется невыясненным. Целью нашего исследования было сопоставить некоторые характеристики патологического процесса у больных, оперированных по поводу новообразований почек и проследить влияние факторов опухоли (размеры, инвазия в окружающие ткани и др.) на общую выживаемость.

**Материалы и методы.** Мы провели анализ 536 больных лечившихся в клинике урологии Уральской государственной медицинской академии с 1997 по 2002 год по поводу опухолей почки. У 504 пациентов был диагностирован почечноклеточный рак, у 32 – доброкачественные опухоли. Всем больным было проведено хирургическое лечение в объеме нефрэктомии или резекции почки. Анализу подверглись такие показатели как размер опухоли, инвазия в периферическую жировую ткань почки и фасцию Герота, поражение регионарных лимфоузлов, наличие опухолевой венозной инвазии. Все эти данные были сопоставлены с размером первичной опухоли.

**Результаты** Процент злокачественных опухолей был 29,4% при размере менее 2см, в то время как при размере опухоли 10см и более 97,3% образований оказались злокачественными. Только 2 (1%) из 186 опухолей менее 4см имели периферическую инвазию в паранефральную клетчатку и область почечной ножки. Напротив, 11,8% опухолей более 10см имели инвазию в паранефрий и около 32% имели признаки опухолевой венозной инвазии или поражения фасции Герота. Соотношение высокозлокачественных (т.е. имеющих grade 3 или 4) опухолей при сопоставлении с ее размерами было 15,2% при размере до 4см и 62,3% для опухолей более 10см. Соотношение пациентов с признаками поражения регионарных лимфоузлов было 0,4% для опухолей менее 4см и достигало 7,5% для опухолей более 10см. В течение 5 лет наблюдения после нефрэктомии сопоставляя полученные данные с размером опухоли мы получили следующие данные:

Показатель	Опухоль менее 4см	Опухоль 10см и более
Отсутствие местного рецидива	99,2%	91,2%
Отсутствие отдаленных метастазов	98,8%	54%
Опухольспецифическая выживаемость	98,5%	63,2%

**Выводы.** Для прогнозирования отдаленных результатов лечения больных опухолями почек можно использовать так называемые опухолевые факторы. Характеристики опухоли почки, такие как степень злокачественности опухолевых клеток, инвазия в паранефральную клетчатку, клетчатку области ворот почки, почечную или нижнюю полую вену, поражение регионарных лимфоузлов соотносятся с размерами

первичного очага и влияют на дальнейшее течение опухолевого процесса. Эти показатели могут расцениваться как прогностические факторы в комплексной оценке необходимости проведения больному адьювантной иммунотерапии.

## **ВЛИЯНИЕ НА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЮ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА МИКРОТРАВМ ОПУХОЛИ ПРИ БИОПСИЯХ**

*Збицкая М.А., Важенин А.В.*

г. Челябинск

**Актуальность проблемы.** Проблема влияния микротравм опухоли при биопсиях в процессе диагностики на генерализацию опухолевого процесса на современном этапе приобретает очень важное значение в связи с неуклонным ростом заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Несомненна важная роль биопсии в правильной постановке диагноза. Биопсия является необходимым диагностическим приемом при любом подозрении на рак. Установление морфологического варианта опухоли обязательно для правильного выбора метода лечения. Но любая биопсия, в том числе и пункционная, является травмирующим фактором, и практически нет данных о том, какое количество повторных биопсий является безопасным для больного со злокачественной опухолью. Подобные данные достоверно известны лишь для меланомы, биопсия которой, даже однократная, немедленно вызывает диссеминацию опухолевых клеток и, соответственно, значительно ухудшает прогноз. Для остальных же морфологических вариантов такая зависимость не является доказанной. Установление подобной зависимости для других морфологических вариантов может способствовать разработке новых стандартов диагностики с ограничением числа повторных биопсий.

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь между количеством биопсий и частотой и сроками наступления генерализации у больных раком молочной железы, раком гортани.

**Методы и материалы.** Нами был проведен ретроспективный анализ 1000 историй болезни пациентов, больных раком молочной железы за период 1995-2002 гг. Возраст больных составил от 25 до 81 года, в среднем – 52 года. I стадия – 118 пациентов, IIА стадия – 303, IIБ стадия – 253, IIIА стадия – 89, IIIБ стадия – 237 пациентов, а также 844 больных раком гортани за период с 1990 по 2002 гг. в возрасте от 30 до 82 лет. I стадия – 138 пациентов (16,4%), II стадия – 184 (21,8%),