

лась при подовженні часу згортання крові. У зв'язку із високим відсотком інфікованості населення вірусами гепатитів "В" та "С" [11], об'єм стандартного обстеження донорів був розширений за рахунок додаткового визначення титру антитіл до ядерного антигена вірусу гепатиту "В" та "С".

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В усіх випадках, після проведення високодозової хіміотерапії спостерігалась лейкопенія IV ст., фебрильна – у 1 хворого, тромбоцитопенія IV ст. – у 6. Тривалість нейтропенії становила 2-12 днів, тромбоцитопенії 4 ст. – 0-7 днів. Оральний мукозит 4 ст. спостерігався у 1 хворого. Проведено переливання тромбоконцентрату в 1 випадку, свіжозамороженої плазми – в 15.

Вказана вище комбінація антибіотиків у більшості випадків була достатньою та ефективною протягом усього періоду нейтропенії. Лише у одного пацієнта у зв'язку з неефективністю була проведена заміна комбінації цефотоксиму та амікацину на тіенам.

Після впровадження додаткового обстеження донорів вдалось знизити частоту інфікування наших пацієнтів гепатитами "В" та "С". Із 120 донорів у 2 виявлені антитіла до ядерного антигена гепатиту "С", у 6 – до гепатиту "В". Летальності, пов'язаної з інфекційними ускладненнями, не спостерігалось.

З 7 хворих – живі 6; повна ремісія спостерігається у 5 пацієнтів; живе з рецидивом 1 (пацієнт № 7 див. таб. №1, 2); помер від прогресування пухлини 1 (пацієнт №4). Медіана спостереження становить 11 міс (3-19 міс).

ВИСНОВОК Використані заходи профілактики інфекційних ускладнень при застосуванні інтенсивної ПХТ з підтримкою СКПК для лікування злоякісних солідних новоутворень у дітей є адекватними та повноцінними, дають змогу уникнути важких життєвонебезпечних ускладнень.

Мельник М.М., Колеснік О.О., Сівкович С.О., Галахін К.О., Денека Є.Р.

ІМУНОФЕНОТИПУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН У ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Інститут онкології АМН України

ІМУНОФЕНОТИПУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН У ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ – Імунофенотипування пухлин РМЗ дозволяє встановити гормонозалежні випадки і призначити гормонотерапію, хіміопрепарати I, II ряду. У випадках негативного рецепторного статусу РМЗ в поєднанні із гіперекспресією онкобелка c-erbB-2 (HER2/neu) дозволяє призначити Герцептин. Імуногістохімічний аналіз лімфом різноманітних первинних локалізацій дозволяє розподіляти на Т і В-клітинні варіанти, при цьому у випадках високої експресії мкАТ до антигену CD20, призначити Мабтеру. Моноклональне типування лейоміосарком шлунково-кишкового тракту дає змогу виявляти c-kit (CD117) рецептори у 86 % випадків, що свідчить про наявність GIST (gastrointestinal stromal tumor) як самостійної нозологічної форми, при якій є показаним Глівек.

ИМУНОФЕНОТИПИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ – Имунофенотипирование опухолей РМЗ позволяет установить гормонозависимые случаи и назначать гормонотерапию, химиопрепараты I, II ряда. В случаях негативного рецепторного статуса РМЗ в сочетании с гиперэкспрессией онкобелка c-erbB-2 (HER2/neu) позволяет назначить Герцептин. Иммуногистохимический анализ лимфом разнообразных первичных локализаций позволяет распределять на Т и В-клеточные варианты, при этом в случаях высокой экспрессии мкАТ к антигену CD20, назначить Мабтеру. Моноклональное типирование лейомиосарком желудочно-кишечного тракта дает возможность выявлять c-kit (CD117) рецепторы в 86 % случаев, что свидетельствует о наличии GIST (gastrointestinal stromal tumor) как самостоятельной нозологической формы, при которой показан Гливек.

IMMUNOPHENOTYPING OF MALIGNANCIES IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CANCER PATIENTS AT CURRENT STAGE –Immunophenotyping

ЛІТЕРАТУРА

1. Pinkerton C.R. and Plowman P.N. Paediatric Oncology, second edition.
2. Berthold F., Kremens B., Simon T., Niethammer D., Klingebiel T., Hermann J., Dilloo D., and Hero B. Stem cell transplantation vs. Maintenance chemotherapy in neuroblastoma: a randomized trial of the GPOH group. Medical and Pediatric Oncology, Volume 41, Number 4 Oct 2003; O 118.
3. Kremens B, Gruhn B, Klingebiel T, Hasan C, Laws HJ, Koscielniak E, Hero B, Selle B, Niemeier C, Finckenstein FG, Schulz A, Wawer A, Zintl F, Graf N. High-dose chemotherapy with autologous stem cell rescue in children with neuroblastoma. Bone Marrow Transplant. 2002 Dec;30(12):893-8.
4. Sarosiek T., Zolnierok J., Langiewicz P., Lesniewski-Kmak K., Szczylik C., Rzepecki P., Jedrzejczak W. High-dose chemotherapy and autologous hemopoietic stem cell transplantation in patients with poor-prognosis germ cell tumors – single center experience. Citation: Bone Marrow Transplantation, Volume 31, Supplement 1. Abstract: P685).
5. Aleinikova OV, Strongin luS, Pochetukhin KV. High-dose chemotherapy with autologous bone marrow transplantation in children with high-risk malignant neoformations. Vopr Onkol. 2002;48(3):327-30.
6. Ke X, Yang Y, Zhao X, Wang L. Autologous peripheral blood stem cell transplantation in the patients with hematologic malignancies and solid tumors. Chin Med J (Engl). 2001 Feb; 114(2): 196-9.
7. Garcia B., Clavero E. Follow-up of children with non-Hodgkin's lymphoma after transplantation: results from a single institution. Medical and Pediatric Oncology, Volume 41, Number 4 Oct 2003; PD 040
8. Leda M., Wachowiak J., Boruczowski D., Pieczonka A. Antimicrobial prophylaxis and microbial flora in children undergoing allogeneic bone marrow transplantation from HLA-matched sibling – 11-year experience. Citation: Bone Marrow Transplantation, Volume 31, Supplement 1. Abstract: P782.
9. Begent J., Foot 2, Brock 3, and Veys P. UK audit of the toxicity of myeloablative busulfan/melphalan in neuroblastoma prior to starting the new ESIOp-HR-NBL-1 study. Medical and Pediatric Oncology, Volume 41, Number 4 Oct 2003; PD 042.
10. Kerry Atkinson. Clinical Bone marrow and blood stem cell transplantation. second edition.
11. El-Sayed M.H. Hepatitis B and C in children undergoing chemotherapy and bone marrow transplantation. Medical and Pediatric Oncology, Volume 41, Number 4 Oct 2003; KL 014.

of breast cancers allows detecting hormone dependent cases and prescribe hormone therapy, chemopreparations of I, II line. In cases of negative receptor status of breast cancer alongside with hypersecretion of oncoprotein c-erbB-2 (HER2/neu) it is possible to prescribe Herceptin. Immunohistochemical analysis of lymphomas of various sites permits deviding into T- and B-cell variants and in cases of high expression mAb to antigen CD20, to prescribe Mabtera. Monoclonal typing of leiomyosarcomas of gastro-intestinal tract allows detecting c-kit (CD117) receptors in 86% cases, that evidence on availability of GIST (gastro-intestinal stromal tumor) as independent nosologic form, in which Glivec is indicated.

Ключові слова: рак, молочна залоза, неходжкінські лімфоми, лейоміосаркоми, GIST, імуногістохімічний метод, рецептори естрогена та прогестерона, онкобелок c-erbB-2 (HER2/neu), CD20, CD3, c-Kit (CD117).

Ключевые слова: рак, молочная железа, неходжжинские лимфомы, лейомиосаркомы, GIST, иммуногистохимический метод, рецепторы эстрогена и прогестерона, онкобелок c-erbB-2 (HER2/neu), CD20, CD3, c-Kit (CD117).

Key words: Cancer, breast, non-Hodgkin's lymphoma, leiomyosarcoma, GIST, immunohistochemical method, estrogen and progesterone receptors, oncoprotein c-erbB-2(HER2/neu), CD20, CD3, c-Kit (CD117).

ВСТУП На сьогодні онкологи і онкоморфологи усвідомлюють, що без врахування морфофункціональних і біологічних властивостей пухлинних клітин, при оцінці клінічного перебігу онкологічних захворювань, чутливості пухлин до хіміо-, гормонотерапевтичних та променевих факторів, які відображає імуногістохімія, неможливі адекватна діагностика і лікування.

В даний час практичне використання прогностичних імуногістохімічних онкомаркерів, а також їх пошук є одним із найбільш важливих і перспективних напрямків розвитку онкоморфології та клінічної онкології [1,2].

Найбільш поширеним злоякісним новоутворенням на сьогодні є рак молочної залози (РМЗ). Ця хвороба часто потребує гормонотерапії як одного із важливих методів лікування [3]. Наявність в пухлині рецепторів естрогену (ER) і прогестерону (PR) свідчить про чутливість РМЗ до гормонотерапії, і відносно сприятливий клінічний перебіг. Наявність гіперекспресії онкобілка c-erbB-2 (Her2/neu) в поєднанні з негативними показниками ER і PR рецепторів, свідчить про несприятливий клінічний перебіг РМЖ, стійкість ракових клітин до стандартних схем хіміо-, променевої терапії, що є імуногістохімічним показанням до застосування препарату Герцептин [1,4].

Одним із найважчих розділів онкології є адекватна діагностика та лікування неходжкінських лімфом (НХЛ). Важливим аспектом постає їх рання діагностика, оскільки пацієнти нерідко звертаються в спеціалізовані онкологічні заклади вже з прогресуванням хвороби, тобто в занедбаних стадіях. Для ранньої діагностики НХЛ вкрай важливим є застосування імуногістохімії. При низькодиференційованих пухлинах підтвердження їх лімфоїдного гістогенезу неможливе без проведення імунофенотипування з використанням мкАТ до антигену CD45, а також розподіл на Т- або В-клітинні варіанти НХЛ (відповідно мкАТ до антигенів CD3 та CD20), що має кардинальне значення для призначення протипухлинного лікування. У випадках виявлення В-клітинної НХЛ (CD20 позитивної) є показанням препарат Мабтера [5,6,7].

Особливий практичний інтерес представляє рідкісна група неепітеліальних пухлин шлунково-кишкового тракту, зокрема GIST (gastrointestinal stromal tumors), які характеризуються наявністю в пухлинних клітинах c-Kit (CD117) рецепторів, тобто високою тирозинкіназою активністю, що корелює з високим ступенем злоякісності. Лікування цих пухлин представляє значні труднощі, пов'язані з їх високою резистентністю до хіміо- і променевої терапії. Позитивні результати протипухлинного лікування хворих на GIST пухлин на сьогодні пов'язані із застосуванням препарату Глівек [8,9,10,11].

Все вище вказане є підґрунтям для проведення імуногістохімічних досліджень пухлин у хворих на РМЗ, НХЛ та лейоміосаркоми шлунково-кишкового тракту для верифікації нозологічної групи GIST-пухлин.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Після попередньої морфологічної верифікації операційного матеріалу (гематоксилін-еозин) у 67 хворих жінок на РМЗ, у 78 пацієнтів на НХЛ та 94 хворих на лейоміосаркоми травного тракту, на парафінових блоках (виготовлялись зрізи товщиною 4-5 мкм, які наносили на спеціальні скельця з полі-L-лізином) проведено імуногістохімічне дослідження. Для проведення імуногістохімічних реакцій на пухлинах РМЗ застосовані Monoclonal Mouse Anti-Human ER-рецептор, Clon 1D5, Monoclonal Mouse Anti-Human PR-рецептор, Clon PqR636, а також Polyclonal Rabbit Anti-Human онкобілок c-erbB2 (HER2/neu) 1:250. Візуалізаційна система LSAB (Labelled Streptavidin-Biotin). Хромоген DAB (діамінобензидин). Препарати забарвлювали гематоксиліном Мейєра.

Для напівкількісної оцінки імуногістохімічної реакції ER і PR рецепторів використано систему підрахунку Histo score (McCarthy):

$$H \text{ (Histochemical score- гісторахунок)} = \sum P(i) \times i$$

де, i – інтенсивність фарбування, виражена в балах від 0 до 3,

$P(i)$ – відсоток клітин, із забарвленням різної інтенсивності.

Підрахунки проводились у трьох когортах по 100 пухлинних клітин на різних полях зору (об'єктив х 40). Результат: "Н" – рахунок трактувався наступним чином: від 0 до 10 негативний результат (-), від 10 до 100 – слабопозитивний (\pm), від 100 до 300 – позитивний (+).

Для імуногістохімічного дослідження НХЛ (Т або В-клітинний варіант) і типування лейоміосарком (виявлення c-Kit рецепторів у GIST пухлин), використовували мкАТ до CD3 (Polyclonal Rabbit Anti-Human T-cell), мкАТ до CD20 (Anti-human B-cell, clone L26) та Polyclonal Rabbit Anti-Human CD117, c-kit) в розведенні 1:400, візуалізаційна система EnVision – двохетапного методу, в якому полімер кон'югований із вторинними антитілами і ферментом.

Для демаскування антигену використовували високо-температурну обробку в спеціальному розчині "DAKO" Target Retrieval Solution (95-99 °C) протягом 20-40 хвилин. Для візуалізації імуногістохімічної реакції використовувався хромоген DAB і АЕС (етилкарбазол). Зрізи пухлини забарвлювали гематоксиліном Мейєра, з подальшим включенням у спеціальне середовище Faramount Aqueous Mounting Medium.

В кожній пухлині оцінювали інтенсивність забарвлення антитілами на c-Kit та відсоток позитивних клітин (антиген розміщується в цитоплазмі, мембранах). Пухлину оцінювали як позитивну, якщо більше 20 % пухлинних клітин мали позитивну експресію (забарвлення (-), (\pm), (+) і вище), той самий принцип використовували для НХЛ, а також оцінку експресії онкобілку c-erbB-2 (HER2/neu) для РМЗ (антиген локалізується в мембранах пухлинних клітин, частково в цитоплазмі). Контролем для c-Kit експресії були нормальні меланоцити шкіри, а для лімфом – універсальний негативний контроль (Universal Negative Control+, Mouse №015, фірми "Дако").

Мікроскопічний аналіз і фотозйомка проведені на діагностичному комплексі (мікроскоп Axiostar-plus, фотокамера Canon G5).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведення імуногістохімічного дослідження пухлин у 67 пацієток на РМЗ встановлено, що у 29 випадках рецептори були ER+ і PR+ позитивними (рис. 1, 2 – див. колор. вкл.), а в 8 випадках ER+ і PR-, в 6 випадках ER- і PR+, 24 випадках ER- і PR- рецептори були негативними. Тобто у гормонозалежних випадках РМЖ при ER+ і PR+ та варіанті ER+ і PR- рецепторах показано призначення антиестрогенної гормонотерапії, а на підставі коливання показника експресії онкобілка c-erbB-2(HER2/neu) від слабопозитивного до позитивного – доцільне призначення хімотерапії препаратами I або II ряду.

В 11 випадках РМЗ встановлена гіперекспресія онкобілка c-erbB-2 (HER2/neu) (рис. 3, див. колор. вкл.), і якщо цей показник, який поєднувався з негативним рецепторним статусом ER- і PR- у 6 пацієток, то такий антигенний статус пухлини вказує на поганий прогностичний клінічний перебіг РМЗ, що є показанням призначення препаратів таксанового та препарату Герцептин.

Проведене моноклональне типування 78 випадків НХЛ, які в більшості випадків 61 (78 %) первинно вражали шлунок, пряму і товсту кишку, і 17 (22 %) випадків-лімфатичні вузли (пахові, шийні, мигдалики і т.д.), за допомогою CD20 і CD3; встановлено 65 випадків хвороби на В-клітинний варіант лімфоми (рис. 4, 5, див. колор. вкл.) і 13 пацієнтів з Т-клітинним варіантом (рис. 6, 7, див. колор. вкл.), про що свідчать дані інших дослідників [12,13]. При цьому доцільно використовувати більш показовий, хоч і менш стійкий хромоген АЕС (етилкарбазол – червоно-вишневий колір) та хромоген DAB (діамінобензидин – коричневий колір).

При цьому ми відмітили, що при В-клітинній формі, так і Т-клітинній формі експресія мкАТ до антигенів CD20, CD3 переважала мембранна локалізація, хоча забарвлювалася і цитоплазма. В 2 випадках спостерігались випадки CD20 коекспресії при Т-лімфомах, на що вказують зарубіжні автори [14]. Звичайно, використаний нами діагностичний комплекс мкАТ при імунофенотипуванні лімфом є вкрай обмеженим, але він допоміг практично "замкнути" послідовний морфологічний діагностичний алгоритм та провести терапію 5 хворим на НХЛ при В-клітинному варіанті препаратом Мабтера.

Після проведення імунофенотипування 94 лейоміосарком шлунку, прямої і товстої кишки виявлено c-Kit (CD117) тирозинкіназу активність у 81 випадку (86 %), тобто GIST-нозологічну форму (рис. 8, 9, див. колор. вкл.), і тільки в 13 випадках (14 %) виявились так звані "чисті" c-Kit негативні лейоміосаркоми (рис. 10, див. колор. вкл.).

Пухлинні клітини GIST за своїми фенотипічними властивостями (позитивна експресія на c-Kit) близькі до інтерстиціальних клітин Кайла шлунково-кишкового тракту. Унікальною особливістю цих пухлин є наявність активуючих мутацій 11 екзона генів c-Kit, які асоційовані із злюксісним фенотипом пухлин. Необхідність типування білка c-Kit (CD117 за стандартизованою класифікаційною термінологією) зумовлена тим, що він є трансмембранним тирозинкіназним рецептором III типу (молекулярна вага 145-160kd) для колонієстимулювального фактора росту (SCF), який детермінований геном c-Kit. Він виявляє високий ступінь гомології із рецепторами тромбоцитарного фактора росту (PDGF) і колонієстимулювального фактора росту (CSF-1 або c-fms) [9,10]. Визначення c-Kit є необхідним, оскільки він відіграє важливу роль в пухлинній прогресії, а селективне їх блокування препаратами типу Глівек дає змогу знизити проліферацію, апоптоз злюксісних клітин, підвищити чутливість до традиційних хіміопрепаратів.

ВИСНОВКИ На сучасному етапі розвитку клінічної онкології без застосування імуногістохімічних досліджень пухлин неможливо діагностувати та проводити протипухлинне лікування хворих РМЗ, НХЛ та GIST пухлин препаратами нового покоління, створених на основі моноклональних антитіл – Герцептин, Мабтера, Глівек.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пожарисский К.М., Леенман Е.Е. Прогностическое и предсказательное значение иммуногистохимических маркеров при онкологических заболеваниях /Матер. III съезда онкологов СНГ . – Минск, 2004. – С. 113-116.

2. Степанова Е.В., Загрекова Е.И., Ермилова В.Д. и др. Молекулярно-биологические маркеры как факторы прогноза при раке молочной железы I-IIa стадии // Архив патологии. – 2003. – Т.65, №3. – С. 14-18.

3. Эллиниди В.Н., Анникеева Н.В., Гончарова О.А. и др. Иммуногистохимическое исследование рецепторов эстрогенов и прогестерона в раке молочной железы // Вопр. онкологии. – 2004. – Т.50, №2. – С. 234-236.

4. Лукашина М.И., Глухова Е.И., Жукова Л.Г. и др. Экспрессия HER-2 / NEU, KI-67 и плоидность при раке молочной железы // Архив патологии. – 2003. – Т.65, №5. – С. 25-29.

5. Глазман Д.Ф., Абраменко И.В., Складенко Л.М., Надгорная В.А. Лабораторная диагностика онкогематологических заболеваний. – Киев: Морион, 1998. – 335 с.

6. Поддубная И.В. Неходжкинские лимфомы. В кн.: Клиническая онкогематология / Под ред. М.А.Волковой. – М.: Медицина, 2001. – С. 336-375.

7. Бондарь Г.В., Комендант В.В. Первичные изолированные неходжкинские лимфомы желудочно-кишечного тракта // Новости медицины и фармации. – 2002. – №5-6. – С. 36.

8. Dileo P., Desai J., Demetri G.D. Identification and clinical management of patients with gastrointestinal stromal tumors in the era of imatinib mesylate: incorporating the newest information into practice // Monographs in Gastrointestinal Stromal Tumors. – 2004. – Vol.1, №1 – 2. – P. 21-25.

9. Miettinen M., Majidi M., Lasota J. Pathology and diagnostic criteria gastrointestinal stromal tumors. The problem with KIT: clinical implications and practical difficulties with CD117 immunostaining // Appl. Immunohistochem. Mol. Morphol. – 2003. – Vol.11, №1. – P. 56-61.

10. Hirota S., Isozaki K., Nishida T. et al. Effects of loss-of-function and gain-of-function mutations of c-kit on the gastrointestinal tract // J. Gastroenterol. – 2000. – Vol.35, №12. – P. 75-79.

11. Heinrich M.C., Griffith D.J., Druker B.J. et al. Inhibition of c-kit receptor tyrosine kinase activity by STI 571, a selective tyrosine kinase inhibitor // Blood. – 2000. – Vol. 96. – P. 925-932.

12. Shepherd N.A., Hall P.A., Coates P.J., Levison D.A. Primary malignant lymphoma of the colon and rectum: a histopathological and immunohistochemical analysis of 45 cases with clinicopathological correlations // Histopathology. – 1988. – Vol. 12. – P. 235-252.

13. Murray A., Cuevas E.C., Jones D.B., Wright D.H. A study of the immunohistochemistry and T-cell clonality of enteropathy associated T-cell lymphoma // Am. J. Pathol. – 1995. – Vol. 146. – P. 909-913.

14. Linder J., Ye Y., Armitage J.O., Weisenburger D.D. Monoclonal antibodies marking B-cell non Hodgkin's lymphoma in paraffin emedded tissue // Mod. Pathol. – 1988. – Vol.1. – P. 29.

Галахін К.О., Воробйова Л.І., Микита М.В., Мельник М.М.

КАРЦИНОСАРКОМА МАТКИ: ПРОБЛЕМА ПРОГНОЗУ ХВОРОБИ ТА ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Інститут онкології АМН України

КАРЦИНОСАРКОМА МАТКИ: ПРОБЛЕМА ПРОГНОЗУ ХВОРОБИ ТА ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ – Досліджена вибірка з 29 хворих зі карциносаркомою тіла матки (КСТМ), які лікувались в інституті (1978-1999). КСТМ виникають переважно у другій половині життя: 46-55 років (6 випадків, 20,7 %), 56-81 роки (23 випадки, 79,3 %). Хірургічним стандартом лікування при локалізації КСТМ в межах матки є пангістеректомія з білатеральною аднектомією, а при поширенні пухлинного процесу за межі матки, радикалізм оперативних втручань поширюється оментектомією та лімфаденектомією. Післяопераційна хімотерапія та/або опромінення органів і тканин малого таза не призводять до суттєвої пролонгації виживаності: 28 хворих (96,6 %) не прожили 10 років, а серед них – 23 (79,3 %) хворих не дожили до 5 років.

Більшість КСТМ – 22 випадки (75,9 %) знаходяться в стані гіперваскуляризації за рахунок більш щільної гемо-, лімфоваскуляризації карциноматозного компонента на 30-40 % при порівнянні з помірно, - або гіповаскуляризованим саркоматозним компонентом. Метастази КСТМ складаються з ракових клітин. Проведені дослідження вказують на доцільність пошуку нових комбінацій хіміопрепаратів, а також антиангіогенних препаратів з метою гальмування розвитку власних судин в КСТМ, що в свою чергу буде сприяти зменшенню ризику метастазування.

КАРЦИНОСАРКОМА МАТКИ: ПРОБЛЕМА ПРОГНОЗА БОЛЕЗНИ І ТАКТИКИ ЛЕЧЕННЯ – Исследование выборка из 29 больных с карциносаркомой тела матки (КСТМ), которые лечились в институте (1978-1999). КСТМ возникают преимущественно во второй половине жизни: 46-55 лет (6 случаев, 20,7 %), 56-81 годы (23 случая, 79,3 %). Хирургическим стандартом лечения при локализации КСТМ в пределах матки является пангистеректомия с билатеральной аднектомией, а при распространении опухолевого процесса за пределы матки, радикализм оперативных вмешательств распространяется оментэктомией и лимфаденэктомией. Послеоперационная

химиотерапия и/или облучение органов и тканей малого таза не приводят к существенной пролонгации выживаемости: 28 больных (96,6 %) не прожили 10 лет, а среди них – 23 (79,3 %) больных не дожили до 5 лет.

Большинство КСТМ – 22 случая (75,9 %) находятся в состоянии гипervаскуляризации за счет более плотной гемо-, лимфоваскуляризации карциноматозного компонента на 30-40 % при сравнении с умеренно, - или гиповаскуляризованным саркоматозным компонентом. Метастазы КСТМ состоят из раковых клеток. Проведенные исследования указывают на целесообразность поиска новых комбинаций химиопрепаратов, а также антиангиогенных препаратов с целью торможения развития собственных сосудов в КСТМ, что в свою очередь будет способствовать уменьшению риска метастазирования.

UTERINE CARCINOMA: PROBLEM FOR PREDICTION OF DISEASE OUTCOME AND TACTICS OF THE TREATMENT – Retrospective study of 29 patients with carcinosarcomas of uterine body (CSUB) treated at the Institute of Oncology (1978-199) was performed. CSUB usually occur during second half of life in patients aged between 46 and 55 (6 cases, 20,7 %), 56 and 81 – (23 cases, 79,3 %) that is predominance in elderly and old patients. Surgical standard of the treatment in CSUB sited in uterine is panhysterectomy with bilateral adnexectomy; in dissemination of the process over the limits of uterine radicalism of surgical interventions includes omentectomy and lymphadenectomy. Postoperative chemotherapy and/or radiation of organs and tissues of small pelvis don't result in prolongation of survival – 28 patients (96,6 %) haven't survived for 10 years, of them 23 (79,3 %) haven't survived 5 years.

It is detected that the majority of CSTM – 22 cases (75,9 %) are at a state of hypervascularization at the expense of dense hemo-, lymphovascularization of carcinomatous component by 30-40 % in comparison to sarcomatous component being in a state of median or hypervascularization. CSUB metastases consist of