

Заключение.

1. Максимальное количество листерий в молоке наблюдали на 4-5 день при +4 °C и на 4 день при +20 °C.

2.Наиболее эффективными для выделения листерий из молока оказались из плотных питательных сред теллурит-флоримицин-хлоридная среда, МПА с теллуритом калия; МПБ с добавлением 8,5% хлористого натрия.

Эффективность выделения листерий из пастеризованного молока при использовании ряда плотных и жидкых питательных сред.

Использованная литература:

1.Бакулов И.А. Листериоз человека и животных. М., Колос, 2000 г.

2.Бутко М.П. К вопросу о выделении листерий из пищевых продуктов. М., Колос, 2001 г..

3.Васильев А.Д. Роль пищевых продуктов в распространении листериоза. Ветеринария.-2008, №4.

3.Ганнушкин М.С. и др. Использование метода флуоресцирующих антител для ускоренной

диагностики бруцеллеза и листериоза животных.М., Колос, 2003 г.

4.Дмитровский А.М., Степанов В.М., Мусабекова И.И. и др. Экологические и социальные аспекты листериоза. В сборнике «Проблемы профилактики

инфекционных заболеваний в популяции Казахстана» Алматы – 2002, с. 486-489.

5.Инструкция по эпидемиологии, эпизоотологии, профилактике и лечению листериоза у людей и животных. 17 октября 2002 г., 30 с.

6.Родина Л.В., Маненкова Г.М., Тимошков В.В. Факторы и пути заражения листериозом населения . Журнал эпидемиологии и инфекционных болезней. №4, 2002 с. 48-49

7.Тартковский И.С., Малеев В.В., Ермолаева С.А. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика. - М.; Медицина для всех. 2002. 162 с.

8. J. Dumont, L. Cotonni Dijkstra R/ Survival Listeria monocytogenes in variety biomaterials Am Veter Med. Assn.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 36 НАБЛЮДЕНИЙ ДИСГЕРМИНОМ ЯИЧНИКА.

Аденова Г.А., Абдылдаев Т.А., Саккараева С.Д.
Национальный центр онкологии гематологии МЗКР,
г. Бишкек.

**ЭНЕЛИК ТУКУМ БЕЗИНИН ДИСГЕРМИНОМАСЫНА ЧАЛДЫККАН 36 ООРУЛУНУН
КЛИНИКАЛЫК АНАЛИЗИ**

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2020.5.75.860](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2020.5.75.860)

АННОТАЦИЯ

Приведены результаты лечения 36 случаев дисгермином яичников

ABSTRACT

This is a retrospective review of treatment results of 36 patients with ovarian dysgerminomas

Ключевые слова: дисгерминома яичников, химиотерапия, общая и безрецидивная выживаемость

Key words: ovarian dysgerminomas, chemotherapy, overall survival, disease-free survival

Негизги сөздөр: энелик тукум бези, дисгерминома, химиотерапия, жалпы жана рецидиви жок жашоо мөөнөтүү.

Неэпителиальные опухоли яичников составляют около 8% всех злокачественных опухолей яичников и в большинстве случаев представлены злокачественными герминогенными опухолями яичника (ЗГОЯ) и опухолями стромы полового тяжа (ОСПТ) [1-5]. Подобно тестикулярным опухолям, все герминогенные опухоли яичников (ГОЯ) разделяются на две различные клинические и гистологические группы: дисгерминома и недисгерминомные опухоли (Scully R.E.,Sobion L.N.,1999)[3]. Заболеванию преимущественно подвержены женщины молодого возраста и подростки. Дисгерминома – наиболее частый гистологический вариант ЗГОЯ [1,3,5,6]. Она представляет собой аналог семиномы у мужчин и составляет половину всех ЗГОЯ.

Еще до внедрения современных схем комбинированной химиотерапии послеоперационная лучевая терапия обусловливала до 65% отдаленных результатов. Химиотерапия с

включением платиновых режимов превысила показатели 5-летней выживаемости 90% при ранних стадиях, а при распространенном процессе составила 83% (Gallon., 1988). Кроме этого химиотерапия, в отличие от лучевой терапии позволила сохранить репродуктивную функцию у значительной части больных [7, 8, 9].

Материалы и методы

В отделениях химиотерапии и онкогинекологии Национального центра онкологии Минздрава КР в 1991-2006 гг. находились на лечении 36 больных дисгерминомой яичников. У этих пациенток изучены истории болезни, амбулаторные карты, протоколы операций, описания операционных материалов и гистологические заключения. Все пациентки имели морфологически верифицированный диагноз дисгерминомы яичников. Микропрепараты пересмотрены в отделении патоморфологии Национального центра онкологии МЗКР согласно

модифицированной международной гистологической классификации опухолей ВОЗ (№9, 1973). Для стадирования заболевания использована международная классификация по системе TNM FIGO (международная организация акушеров-гинекологов), идентичная той, которая применяется для эпителиального рака яичников.

В плане оценки степени распространенности заболевания в дооперационном периоде проведено обследование. Включающее гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Малого таза и забрюшинного пространства, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. При необходимости выполнялась компьютерная томография органов грудной и брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства. Следует отметить, что в указанный период, к сожалению, исследование опухолевых маркеров (АФП, ХГ, СА-125 и ЛДГ) не проводились в Кыргызском НИИ онкологии и радиологии.

Всем пациенткам на первом этапе лечения первичной опухоли были произведены оперативные вмешательства различного объема в зависимости от степени распространенности процесса, возраста больной, гистологического типа. Вторым этапом лечения практически всем

больным была проведена химиотерапия с или без включения препаратов платины. Ни одной из пациенток в нашем исследовании не проводилась лучевая терапия.

Клинический эффект от лечения оценивался по результатам гинекологического осмотра, УЗИ. Больные дисгерминомой яичников с повышенным уровнем АФП рассматривались как имеющие ЗГОЯ смешанного типа и были исключены из исследования.

Средний срок наблюдения за больными дисгерминомами составил 60 мес (т.е. более 5 лет). Отсутствуют данные по двум пациенткам, которые после проведения курсов химиотерапии переехали жить в другие страны.

Оценка лечебного эффекта химиотерапии проведена согласно рекомендаций ВОЗ. Основным критерием эффективности лечения являлось выживаемость (общая и безрецидивная по методу Каплан-Мейер) больных в течение длительных сроков наблюдения.

Результаты лечения и обсуждение

В исследование включены 36 пациенток дисгерминомами яичников. Средний возраст больных составил 18 лет и варьировал от 6 до 38 лет. Общая характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика больных дисгерминомой яичников	
Показатель	Число больных (%)
Возраст, годы	18 (6-38)
Гистология: дисгерминома	36 (100%)
Стадия заболевания	
I	17 (47,2%)
II	11 (30,5%)
III	6 (16,7%)
IV	2 (5,6%)
Предшествующее лечение в др. лечебных учрежден.	
Хирургическое лечение	11 (31%)
Органосохраняющие операции	4 (11,1%)
Химиотерапия	-
Лечение в НЦО	25 (69,4%)
Хирургическое	
Органосохраняющие операции	35 (97,2%)
Химиотерапия	
С включением препаратов платины	16 (44,4%)
Без препаратов платины	20 (55,6%)

Среди больных жалобы на боли в животе различного характера и интенсивности предъявляли 14 (39%) женщин. В 7 (19,4%) наблюдениях в анамнезе отмечалась клиника «острого живота» вследствие разрыва капсулы опухоли и перекрута ножки. 3 из этих 7 взяты в экстренном порядке на операцию с предположительным диагнозом острый аппендицит. Увеличение в объеме живота, обусловленное большими размерами опухоли, отмечали 5 (13,9%) пациентки. Бессимптомное течение заболевания наблюдалось у 4 больных дисгерминомой. По данным клинического обследования, включая УЗИ и интраоперационной ревизии, дисгерминома в 16 случаях поражала

правый яичник, в 14 –левый, в 6 наблюдениях – оба яичника. Размеры опухоли колебались от 1,5 см до гигантских (27 см в наибольшем измерении).

Макроскопически 3 опухоли имели кистозное строение, 12 опухолей солидное, 2 смешанной структуры. Накопление жидкости в плевральной полости ни у одной больной не было отмечено, асцит в 4 наблюдениях. Оценка степени распространенности опухолевого процесса показало, что I стадию имели 17 (47,2%), II стадию – 11 (30,5%). Метастатическое поражение забрюшинных лимфоузлов выявлено у 6 (16,7%) больных, а у 2 пациентки имели IV стадию заболевания.

35 из 36 больных на первом этапе подверглись хирургическим вмешательствам. 24 (68,6%) пациенток оперированы в НЦО МЗКР, 11 (31,4%) – в других лечебных учреждениях. Хирургические вмешательства были выполнены следующего объема: экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками с резекцией большого сальника – 16 (45,7%) больным, экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками – 3 (8,6%), двусторонняя аднексэктомия, удаление большого сальника -1 (2,8%), аднексэктомия на стороне поражения – 9 (25,8%), аднексэктомия на стороне поражения, резекция большого сальника, резекция контрлатерального яичника -5 (14,3%), резекция яичника -1 (2,8%) пациенткам. Повторное хирургическое вмешательство с целью расширения первоначального объема операции потребовалось 4 больным. Таким образом, операции органосохраняющего объема были выполнены всего

16 (45,7%) пациенткам.

Химиотерапию на втором этапе получили 36 (100%) больных, из них в 16 (44,4%) случаях - с включением препаратов платины, в основном по схеме ВЕР. Остальным проведена комбинированная химиотерапия по схеме VAC. Адьювантная химиотерапия проведена 28 пациенткам, индукционная – 8.

С включением препаратов платины проведено 47 курсов, без препаратов платины - 55 курсов химиотерапии.

Общая выживаемость для всей группы больных дисгерминомой яичников составила 88,8%. Безрецидивная выживаемость – 72,2%. Одна больная умерла от прогрессирования заболевания.

Заключение

Пациенткам с метастатическим процессом необходимо выполнить циторедуктивную операцию с целью удаления максимального объема опухоли, избежав при этом калечащей операции. Это связано с высокой чувствительностью этих опухолей к химиотерапии. За последние десятилетия режимы на основе препаратов платины стали методом выбора для лечения герминогенных опухолей с наиболее распространенным режимом ВЕР. Очень важно строгое соблюдение дозовых режимов при проведении химиотерапии. Оптимальная продолжительность терапии до сих пор остается спорным вопросом, но в целом большинство исследователей считают, что 3 курсах х/т по схеме ВЕР пациенткам с полностью удаленной опухолью и 4 курса пациенткам с

остаточной опухолью являются стандартным режимом. Несмотря на то, что дисгерминома высоко-чувствительна к лучевой терапии, данных об использовании ее в адьювантном режиме при местнораспространенном процессе нет.

Основываясь на приведенных данных, можно заключить, что дисгерминомы яичников имеют относительно благоприятное клиническое течение и высокочувствительны к химиотерапии. Это позволяет больным дисгерминомой I стадии у молодых больных производить органосохраняющие операции и отказаться от адьювантной химиотерапии. Больным с другими стадиями заболевания, а также при рецидивах опухолей показана проведение химиотерапии с включением препаратов платины по схеме ВЕР.

Литература

1. Quirk J.T., Natarajan N. Ovarian cancer incidence in the United States, 1992-1999. *Gynecol Oncol.* 2005;97: 519-523.
2. Merino MJ, Jaffe G. Age contrast in ovarian pathology. *Cancer* 1993; 71 (Suppl): 537-544
3. Scully R.E.,Sobin L.N. Histological typing of ovarian tumors //WHO International Classification of tumors, 2nd ed.-Berlin. Springer-Verlag 1999.-Р. 28-36.
4. Тюляндин С.А. Герминогенные опухоли яичников. Практич. онкология. 2006.т.7.№ 1. С.52-61.
5. Horn-Ross PL, Whittemore AS et al. collaborative Ovarian Cancer Group,1992 characteristics relating to ovarian cancer risk. Collaborative analysis of 12 US case-control studies. VI. Nonepithelial cancers among adults. *Epidemiology* 1992; 3:490-495.
6. Gershenson DM. Update on malignant ovarian germ cell tumors. *Cancer* 1993; 71:1581-1590.
7. Bajorin DF, Sarosdy MF, Pfister GD et al. randomized trial of etoposide and cisplatin versus etoposide and carboplatin in patients with good-risk germ cell tumors: a multi-institutional study. *J Clin.Oncol* 1993; 11: 598-606.
8. Homesley HD, Bundy BN, Hurteau JA et al. bleomycin, etoposide, and cisplatin combination therapy of ovarian granulosa cell tumors and other stromal malignancies: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol.Oncol* 1999; 72:131-137.
9. Williams SD, Blessing JA, Hatch K., Homelsky HD. Chemotherapy of advanced ovarian dysgerminoma: trials of the Gynecologic Oncology Croup. *J.Clin.Oncol.* 1991;9:1950-1955.