

тенденция к увеличению выживаемости больных, перенесших операции с резекцией сосудов в пределах 10-летнего срока наблюдения. Наиболее значимыми прогностическими факторами у больных с местнораспространенными НЗО является инвазия стенки магистрального сосуда ($p=0,05$ Сох) и полнота циторедукции ($p=0,0001$ Сох). В группе с инвазией магистрального сосуда 5-летний рубеж не пережил ни один пациент, 5-летняя выживаемость без инвазии сосудистой стенки составила $80,6\pm 6\%$. У лиц, оперированных в объеме R0, 5-летняя выживаемость достигала $95,7\pm 4\%$, в объеме R1/R2 – 5-летняя выживаемость составила 25%.

Выводы. Истинная инвазия вовлеченных в патологический процесс магистральных сосудов при забрюшинных саркомах наблюдается

крайне редко, однако острое выделение опухоли может сопровождаться снижением радикализма операции и риском повреждения стенки сосуда. Показанием к краевой резекции считаем вовлечение $1/3$ диаметра крупного сосуда; вовлечение $1/2$ окружности или муфтообразное вовлечение сосуда является показанием к сегментарной резекции с протезированием. Выполнение комбинированной операции с ангиопластикой позволяет добиться пятилетней выживаемости у $84\pm 7\%$ больных с местнораспространенными формами НЗО при условии полной циторедукции (R0). Наличие остаточной опухоли (R1/R2) и истинная опухолевая инвазия стенки магистрального сосуда являются неблагоприятными факторами прогноза.

АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ДИНАМИКЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИРОДНЫХ ЦЕОЛИТОВ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

А.С. ЧЕРНЫШОВА, О.Н. ПОТЕРЯЕВА, Г.С. РУССКИХ, П.В. МОКРУШНИКОВ

НИИ биохимии СО РАМН, НГМУ, г. Новосибирск

Актуальность. Матриксные металлопротеиназы (ММП) относятся к семейству цинковых металлопротеиназ, функция которых связана с обменом белков межклеточного матрикса. ММП играют решающую роль в развитии физиологических процессов (морфогенез, эмбриогенез, ремоделирование тканей, ангиогенез, миграция, адгезия), а также при патологических состояниях (ревматоидный артрит, гломерулонефрит и др.). Особое место отводится ММП в генерализации инвазии и метастазировании опухолей.

Цель – изучить активность ММП-2,7 у больных с лимфопролиферативными заболеваниями в процессе полихимиотерапии и при приеме природных цеолитов в межкурсовый период.

Материал и методы. Обследовали 27 больных Т- и В-клеточными неходжкинскими лимфомами, наблюдавшихся в Городском онкогематологическом центре г. Новосибирска. Всем пациентам проводились стандартные курсы полихимиотерапии в сочетании с кар-

дио-, нефро- и гепатопротективной терапией в межкурсовый период. В качестве терапии сопровождения пациенты исследуемой группы (10 человек) дополнительно в межкурсовый период получали природные цеолиты внутрь по 5,0 г 2 раза в сутки в течение 5 дней. Группу сравнения (17 человек) составили больные, идентичные группе исследования по полу, возрасту и международному прогностическому индексу. Группу контроля составили клинически здоровые разовые доноры (19 человек). Определение активности ММП-2,7 проводилось по методу Nagase et al. (1999) с использованием флуоресцентного субстрата MCA-Pro-Leu-Gly-Leu-DpA-Ala-Arg-NH₂ (ICN, США), измерение проводилось в мкмоль MCA/л/час. Результаты представлены в виде Me (Q_1 ; Q_3), где Me – медиана, Q_1 , Q_3 – квартили. Оценку достоверности проводили по критериям Манна–Уитни и Вилкоксона.

Результаты. До лечения у больных выявлено повышение активности ММП-2,7 $91,6$

(69,8;102,0) мкмоль МСА/л/час относительно группы контроля – 51,0 (42,2; 53,7) мкмоль МСА/л/час ($p_{\text{Mann-Whitney}}=0,001$). После первого курса ПХТ активность ММП-2,7 снизилась до 67,7 (47,9;96,0) мкмоль МСА/л/час ($p_{\text{Wilcoxon}}=0,012$). При этом в группе исследования активность ММП-2,7 составила 69,6 (47,6;86,0) мкмоль МСА/л/час, а в группе сравнения 59,4 (47,9; 108,4) мкмоль МСА/л/час ($p_{\text{Mann-Whitney}}=0,612$). В дальнейшем за межкурсовой период активность ММП-2,7 в обеих группах возрастала: до 96,8 (50,6;106,0) мкмоль МСА/л/

час в группе исследования и до 112,5 (103,8; 118,8) мкмоль МСА/л/час – в группе сравнения ($p_{\text{Mann-Whitney}}=0,043$).

Выводы. У больных с лимфопролиферативными заболеваниями наблюдали увеличение активности ММП-2,7 по сравнению с группой здоровых доноров. Активность ММП-2,7 снижалась на курсах химиотерапии и увеличивалась в межкурсовой период. Прием природных цеолитов приводил к меньшему увеличению активности металлопротеиназ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

М.В. ЧИФРАНОВА¹, Л.А. КОЛОМИЕЦ², В.С. ДЕМЬЯНОВ¹

ГУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер»¹
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск²

Актуальность. Вопрос качества жизни больных с местнораспространенным раком яичников (МРРЯ) после комбинированного лечения с расширенным объемом оперативного вмешательства остается практически не изученным. В то же время качество жизни в настоящее время рассматривается как важнейший критерий оценки эффективности и переносимости проводимого лечения в онкологии наряду с традиционными клиническими показателями: непосредственная эффективность лечения, общая и безрецидивная выживаемость.

Целью исследования явилось изучение качества жизни больных МРРЯ после комбинированного лечения с расширенным объемом циторедуктивных операций.

Материал и методы. Проведена оценка качества жизни больных местнораспространенным раком яичников в рамках Международного сотрудничества с Европейской организацией исследований и лечения рака с использованием опросника EORTC QLQ-OV 30 и оценка отдаленных результатов лечения – медианы безрецидивной выживаемости. В исследование включено 40 больных МРРЯ, получивших комбинированное лечение. В зависимости от объема оперативного лечения они были разделены на две группы. В

первой группе (n=20) после 3 курсов неоадьювантной химиотерапии (НАХТ) по схеме СР проведено стандартное хирургическое лечение (экстирпация матки с придатками, оментэктомия), во второй группе (n=20) после 3 курсов НАХТ по схеме СР выполнена расширенная циторедуктивная операция в объеме: экстирпация матки с придатками, резекция брюшины малого таза, оментэктомия, клиновидная резекция прямой кишки. В последующем все больные получили 6 курсов адьювантной ХТ по схеме СР.

Результаты. Оценка основных составляющих качества жизни больных МРРЯ показала, что уровень общего состояния здоровья в первой группе составил 63%, во второй – 61%, физическое функционирование у больных при стандартном объеме хирургического вмешательства было 60%, при расширенном хирургическом вмешательстве – 61%, ролевое функционирование составило 35% при любом объеме оперативного вмешательства. Эмоциональное функционирование составило в обеих группах 47%, также не отмечено снижения познавательного функционирования в обеих подгруппах, оно составило 75%, в то же время выявлено выраженное снижение социального функционирования у больных МРРЯ, получивших как стандартный