

комплексу ранних антигенов. Значимых различий с контрольной группой не было.

Корреляционной зависимости между инфицированностью ткани больных миндалин вирусом папилломы человека и высокими значениями антител к антигенам литической инфекции вируса Эпштейна-Барр и такими показателями, как возраст, пол больных, частота рецидивирования и оперативных вмешательств по поводу обострения хронических заболева-

ний, а также курсов проведения адекватной терапии, не выявлено.

**Выводы.** Можно предположить, что изученные онкогенные вирусы вносят существенный вклад в развитие папилломатоза миндалин, тогда как вопрос об их участии в возникновении и прогрессировании таких заболеваний, как ангина и декомпенсированный тонзиллит, остается открытым.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО ОТВЕТА НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ АДЪЮВАНТНОЙ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ

Е.А. ШКАПОВА, Р.А. ЗУКОВ

*Красноярский краевой онкологический диспансер  
Красноярский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** На сегодняшний день ведущую роль в комбинированном лечении местно-распространенного почечноклеточного рака (ПКР), наряду с радикальной нефрэктомией, играет иммунотерапия препаратами интерферона- $\alpha 2a$ . Нейтрофильные гранулоциты по своему физиологическому потенциалу характеризуются как популяция клеток, обладающих уникальными адаптационными возможностями, широко реализующимися как в норме, так и при патологии. Не вызывает сомнения, что функциональный потенциал нейтрофилов и пути его реализации приобретают важное значение в развитии опухолевого процесса. Учитывая, что цитопатогенное действие нейтрофильных гранулоцитов связано главным образом с генерацией активных форм кислорода, одним из современных перспективных методов, позволяющих оценить функциональную активность нейтрофилов, является хемилюминесцентный (ХЛ) анализ.

**Цель исследования** – изучение изменений ХЛ активности нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных ПКР в процессе проведения адъювантной интерферонотерапии.

**Материал и методы.** Проведены динамические наблюдения за 81 больным местно-

распространенным ПКР, которым через 4 нед после радикальной нефрэктомии была начата адъювантная иммунотерапия. Основную группу составили 55 пациентов, получавших реаферон 3 раза в нед, в дозе, подобранной с учетом индивидуальной клеточной чувствительности к препарату *in vitro*. Во вторую – группу контроля вошли 26 больных, у которых клеточная чувствительность к реаферону *in vitro* отсутствовала, и лечение осуществлялось по стандартной схеме: 3 млн. МЕ реаферона внутримышечно, ежедневно. В обеих группах количество инъекций на цикл – 12, перерыв между циклами – 3 нед, количество циклов до 4. Суммарная доза реаферона в основной группе составила 144–384 млн. МЕ, в контрольной – 120 млн МЕ. Клеточную чувствительность к реаферону *in vitro* определяли до начала интерферонотерапии по методу Л.М. Куртасовой и др. (2007), ХЛ анализ реактивности нейтрофилов осуществляли после каждого цикла реаферонотерапии по методу De Sole et al. (1983).

**Результаты.** Наиболее выраженные изменения функционального состояния нейтрофильных гранулоцитов периферической крови больных основной группы в ответ на интерферонотерапию наблюдаются после первого

цикла. Установлено снижение максимальной интенсивности и площади как спонтанного, так и индуцированного ХЛ ответа по сравнению с соответствующими параметрами у наблюдаемых больных до начала иммунотерапии ( $p < 0,05$ ). Между тем, не зарегистрировано снижение величины индекса активации ХЛ нейтрофилов, следовательно, клетки сохраняют высокую способность к мобилизации резервной метаболической активности. После третьего и четвертого циклов интерферонотерапии изменения кислородзависимого метаболизма нейтрофилов крови характеризуются удлинением времени выхода на максимум индуцированной ХЛ реакции по сравнению с исходными показателями ХЛ ответа нейтрофилов до начала иммунотерапии ( $p < 0,05$ ).

Динамика изменений показателей хемилюминесцентного ответа нейтрофильных гранулоцитов периферической крови больных раком почки в ответ на интерферонотерапию в контрольной группе была следующей. После первого цикла, как и в основной группе, снижена максимальная интенсивность и площадь спонтанного и стимулированного хемилюминесцентного ответа по сравнению с соответствующими па-

раметрами до начала иммунотерапии ( $p < 0,05$ ). После третьего и четвертого циклов интерферонотерапии изменения хемилюминесцентного ответа нейтрофилов периферической крови характеризуются замедлением времени выхода на максимум индуцированной хемилюминесцентной реакции по сравнению с показателями до начала иммунотерапии ( $p < 0,05$ ). Однако, в отличие от основной группы пациентов, у данных больных наблюдается снижение величины индекса активации ХЛ ответа нейтрофильных гранулоцитов, что отражает пониженные функционально-метаболические возможности данной клеточной популяции.

**Выводы.** Динамический анализ ХЛ активности нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных ПКР в ходе адъювантной интерферонотерапии показал, что у пациентов, получавших лечение с учетом индивидуальной клеточной чувствительности к реаферону *in vitro*, отмечена более адекватная реакция со стороны внутриклеточных метаболических систем, ответственных за продукцию высокоэнергетических оксидантов, по сравнению с группой пациентов, получавших лечение по стандартной схеме.

## НИЗКАЯ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА

А. В. ШКРАДЮК

*Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь*

**Актуальность.** Частота случаев рака прямой кишки (ПК) в Европе составляет 35% всех случаев колоректального рака, т. е. 15-25 случаев на 100 тыс. человек в год. Смертность от этой патологии составляет 4-10 случаев на 100 тыс. человек в год, являясь более низкой среди женщин. Согласно данным «Минимальных клинических рекомендаций Европейского Общества Медицинской Онкологии» (ESMO), стандартом хирургического метода лечения рака данной локализации следует считать операцию низкой передней резекции ПК, выполняемой при локализации опухоли до 3-4 см от переходной

складки анального канала. Передняя резекция ПК, ранее выполняемая при локализации опухоли выше 7 см от ануса, в настоящее время получила более широкое распространение за счет внедрения в клиническую практику сшивающих аппаратов. Ретроспективный анализ отдаленных результатов низкой передней резекции ПК показал, что у большинства больных функциональные результаты операции удовлетворительные, вследствие развития синдрома «низкой передней резекции». Ведущим звеном в патогенезе указанного синдрома явилось частичное или полное удаление ампулы ПК. В дальнейшем,