

отсутствии. Обращает на себя внимание, что у женщин первой группы концентрация этого гормона была в пределах нормальных величин, во второй содержание его было ниже нормы. Экскреция эстрадиола у больных с более чем двухлетней продолжительностью безрецидивного периода была почти втрое выше, чем у большинства женщин с развившимися рецидивами. Сравнение полученных данных свидетельствует о том, что положительный лечебный эффект сочетался с нормальным уровнем эстриола, отрицательный – со статистически значимым уменьшением его экскреции. Большая степень

достоверности количественных различий, связанных с эффективностью лечения, отмечена и со стороны прогестерона. При нормальном исходном уровне прогестерона можно прогнозировать после проведения лечебных воздействий положительный результат, а при низком – отрицательный.

Выводы. Исходные данные изменений в гормональном балансе могут быть использованы для прогноза результатов комплексной терапии у больных раком вульвы, а также для проведения гормонокорректирующих лечебных воздействий.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВАМИ РАКА ВУЛЬВЫ

Е.А. НЕРОДО, В.А. ИВАНОВА, Г.А. НЕРОДО, Т.В. МИРОНЕНКО

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»
Минздравоохранения России, г. Ростов-на-Дону*

Актуальность. Рак вульвы является заболеванием весьма агрессивным, так как обладает выраженной склонностью к быстрому росту, раннему метастазированию и рецидивированию. По сводным литературным данным, пятилетняя выживаемость больных после различных методов лечения колеблется в пределах 24,5–55,9%. Неменьшую трудность представляет собой лечение рецидивов рака вульвы, который, по данным литературы, встречается у 30–60 % больных в течение первых пяти лет.

Целью исследования явилось изучение клинической характеристики и частоты рецидивирования у больных раком вульвы.

Материал и методы. В основу работы положены данные клинических наблюдений 83 больных с рецидивами рака вульвы, которые проходили лечение в отделении гинекологии за последние 15 лет.

Результаты. Установлено что больные с рецидивами рака вульвы составляют 14,3 % от общего количества пролеченных больных. Больные находились в возрасте от 31 года до 86 лет. Основные группы больных по возрастному составу приходились на 60–80 лет (69,9%), старше 60 лет было 75,6 % больных. Среди больных с I стадией рецидив возник у 4,6 %, со II – у

7,5%, с III – у 17,9 %, с IV – у 34,4 %. Рецидив заболевания появился у больных раком вульвы в интервале от 6 мес до 11 лет после окончания лечения, в основном в первые два года (у 8,1 %, от 2 до 5 лет – у 3,8 % и у 14 больных (2,4 %) – от 5 до 11 лет. При сравнении методов первичного лечения больных раком вульвы оказалось, что при проведении неоадьювантной химиотерапии частота рецидивирования более чем в 2 раза меньше. Большое значение имеет широкое иссечение опухоли, а также выполнение пахово-бедренной лимфаденэктомии по показаниям. Известно, что рецидивы рака вульвы часто нерезектабельны. Кроме того, следует отметить, что они обладают и большей резистентностью к химиолучевой терапии. С целью улучшения результатов лечения всем больным с рецидивами опухоли проводили перед операцией аутогемохимиотерапию препаратами платины, циклофосфана, доксорубицина или сочетанием платины с блеомицином. Некоторым больным потребовалось проведение 2–3 курсов химиотерапии для достижения операбельности. После химиотерапии все больные были подвергнуты оперативному лечению. У некоторых больных, которые наблюдались в течение 10 лет, рецидивы иссекались до 7 раз. В послеоперационном

периоде больным проводилась повторная химиотерапия и в некоторых случаях наружная лучевая терапия.

Выводы. Возникновения рецидива опухоли находится в прямой зависимости от начальной распространенности злокачественного процесса. Большое значение имеет проведение предоперационной химиотерапии, радикальность выполненной операции, а также четкая

диспансеризация с наблюдением в первые три года каждые 3 мес, а затем до 5 лет каждые 6 мес, что способствует своевременному выявлению рецидива. При рецидивах рака вульвы показана химиотерапия с попыткой оперативного вмешательства в объеме максимально возможного иссечения опухоли и последующим химиолучевым лечением, что значительно увеличивает продолжительность жизни больных.

МЕТОДЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОЛНОЙ ФРАКЦИИ РНК ИЗ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ТКАНИ

Е.Г. НИКИТИНА, Д.Е. КУЛЬБАКИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Молекулярный анализ биоматериала имеет множество приложений для исследовательских работ, а также для применения в клинической практике. Ученые всего мира используют операционный, биопсийный, архивный материал, а также биологические жидкости, пытаясь найти наиболее информативные и менее травматичные пути для диагностики и мониторинга различных заболеваний. Новым и весьма многообещающим классом для диагностики онкологических заболеваний явились микроРНК, которые относятся к классу малых РНК длиной 19–24 нуклеотида. Открытие этих регуляторных молекул стало, пожалуй, самой громкой сенсацией биологии конца XX века. В силу своего малого размера и биологических особенностей микроРНК являются весьма стабильными молекулами и обнаруживаются во всех тканях и жидкостях организма, что делает их ценными биомаркерами для молекулярного анализа. В зарубежной литературе описаны разные методы выделения полной фракции РНК (в ее составе и микроРНК) из различных видов биоматериала.

Целью исследования явилась проверка возможности применения этих методов и выбор оптимального для работы с образцами эпителия опухолей головы и шеи.

Материал и методы. В качестве исходного материала в работе были использованы образцы опухолевой и прилежащей морфологически не измененной ткани, а также образцы архивного материала пациентов отделения опухолей голо-

вы и шеи НИИ онкологии СО РАМН 2004–2005 гг. В работе использовался операционный материал от 17 пациентов и 10 архивных образцов. Операционный материал транспортировался и хранился в пробирках со средой *RNAlater* (Sigma, Missouri, USA). Сравнение методов проводили на 14 образцах. Для выделения РНК из биоматериала использовали *Trizol Reagent* (Invitrogen, Carlsbad, CA, USA) и набор реагентов *mirVana™* (Ambion, Carlsbad, CA, USA), согласно стандартным протоколам. Качество и количество РНК оценивали на спектрофотометре NanoDrop 1000.

Результаты. При сравнении двух методов выделения полной фракции РНК показано, что колоночный метод обеспечивает в среднем больший выход продукта и лучшие показатели чистоты РНК (средний выход РНК – 216,0 нг/мкл против 182,4 нг/мкл, коэффициент $A_{260/280}$ – 1,97 против 1,75, для *mirVana™* и *Trizol Reagent*, соответственно). При работе с реагентом *Trizol* выявлено, что выход конечного продукта зависит от размера образца, условий и полноты гомогенизации. Так, при выделении РНК из ткани объемом около 6 мм³ и средней степени гомогенизации образца (ножницами) выход тотальной РНК составил 173,3 нг/мкл с коэффициентом чистоты выделения $A_{260/280}$ 1,73. Однако выход продукта из ткани размером 2–3 мм³ при полной гомогенизации (микродисембратор) образца составил 128,6 нг/мкл ($A_{260/280}$ 1,75). Показано, что гомогенизация в присутствии буфера с ингибитором нуклеаз повышает выход РНК до