

ные TATA-содержащему участку промотора AdML длиной 26 пар нуклеотидов – 5'-tga agg ggg gcTATAAAAggg ggtgc-3' (TATA-ОН), и контрольный олигонуклеотид с нарушенным TATA-боксом – 5'-tga agg tgg gcTGCTAGCgct ggt gg-3' метили радиоактивным фосфором с помощью T4 полинуклеотидкиназы. Образующиеся комплексы анализировали с помощью метода «торможения» ДНК в геле.

Результаты изучения взаимодействия белков ядерных экстрактов исследуемых опухолей и соответствующих нормальных тканей мышей с 32Р-TATA-ОН показали, что во всех случаях образуется один тип комплексов, которому соответствует одна полоса задержки в геле, причем с белками гепатокарциномы и аденокарциномы легких образуется на 25 % и 60 % соответственно комплексов больше, чем с белками ядерных экстрактов тканей контрольных животных. Следует отметить, что при образовании комплексов наблюдается зависимость их количества от концентрации белка, что свидетельствует о специфичности образуемых комплексов. Результаты вытеснения 32Р-TATA-ОН «холодным» TATA-ОН из комплексов с белком показали,

что 32Р-TATA-ОН полностью вытесняется из комплексов уже при 25-кратном молярном избытке «холодного» олигонуклеотида. Это также свидетельствует о специфическом характере образуемых комплексов с 32Р-TATA-ОН и отсутствии неспецифической компоненты во взаимодействии. Таким образом, все полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что с 32Р-TATA-ОН взаимодействует только ТВР. Дополнительным свидетельством в пользу этого является также небольшое связывание ТВР с олигонуклеотидом, у которого нарушен TATA-бокс. Как известно, ТВР имеет невысокое неспецифическое сродство к TATA-несодержащей ДНК.

Выводы. Таким образом, полученные в работе данные свидетельствуют об увеличении TATA-связывающей активности ТВР и, соответственно, об изменениях в транскрипционном аппарате опухолей НА-1 и LLC мышей. Дальнейшие эксперименты будут направлены на изучение молекулярных взаимодействий ТВР и выяснение пускового механизма увеличения его количества.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

А.Т. Маймаков

*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия,
областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан*

Актуальность. По данным литературы, за последние 20 лет во всем мире отмечено увеличение (до 30 %) частоты рака кардиоэзофагеальной зоны. Темпы роста этой заболеваемости превысили таковые при других злокачественных новообразованиях. Применение лапароскопии в диагностике и лечении заболеваний органов брюшной полости имеет более чем 80-летнюю историю. Однако это исследование в онкологической практике не получило достаточно широкого распространения, так как недостаточно четко были определены пределы, возможности, показания и противопоказания к лапароскопии у онкологических больных. Учитывая высокую

заболеваемость раком желудка, лапароскопия часто применяется при этой патологии. Высокие показатели оценки потенциальной резектабельности при гастроэзофагеальном раке представил M.D. Finch et al. (1997), по данным которого, чувствительность лапароскопии составила 100 %, а специфичность – 73 %, против 75 % и 60 % при компьютерной томографии. Выявленные этими методами очаговые образования внутренних органов требуют морфологического подтверждения и оценки распространенности, то есть стадии заболевания, которая определяет выбор рациональной лечебной тактики, что возможно при лапароскопии.

Целью работы явилась оценка возможности видеолaparоскопии в определении резектабельности кардиоэзофагеального рака (КЭР).

Материал и методы. Нами проведен анализ диагностических видеолaparоскопий у 86 больных КЭР, получавших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере в течение 2004–1906 гг. Среди пациентов мужчин было 56 (65,1 %), женщин 30 (34,9 %). Средний возраст пациентов составил $56,0 \pm 1,4$ года. Возрастной диапазон – 25–72 года. Со II стадией заболевания было 23 (26,7 %) пациента. Самую большую группу пациентов составили больные КЭР III стадии – 48 (55,8 %), IV стадия установлена у 15 (17,5 %) больных. После ревизии брюшной полости, в сомнительных случаях, для морфологического подтверждения мы производили биопсию подозрительных участков.

Результаты. Наиболее достоверными и легкими для визуального обнаружения при лапароскопии являлись прямые признаки, которые, появляются при прорастании серозной оболочки опухоли, локализующейся на передней стенке. В тех случаях, когда имеется явное прорастание серозной оболочки, обнаруживается характерная лапароскопическая картина. При пальпации манипуляторами определяется ригидность, отсутствие эластичности органа. Серозная оболочка в норме белесовато-розового цвета, приобретает тусклый, белосерый цвет. Нередко на ней определяются множественные геморрагии, которые также легко образуются и при пальпации. Метастазы в печени обнаруживаются как возвышающиеся образования белесовато-желтого цвета, плотной или эластической консистенции, округлой или неправильной округлой формы, различных размеров, от нескольких мм до нескольких см. При внутривисцеральном расположении метастазов в печени при видеолaparоскопии выявляется бугристость поверхности и контуров печени, сглаживание краев и увеличение ее размеров. При КЭР прорастание опухоли в печень диагностировано у 5 (5,8 %), в

диафрагму – у 7 (8,13 %), в поджелудочную железу – у 14 (16,27 %) больных, в забрюшинную клетчатку – у 3 (3,48 %) больных. У 9 (10,5 %) больных опухолевый процесс распространялся на абдоминальный отдел пищевода и прорастал в клетчатку средостения, у 6 (6,97 %) – в брюшную аорту. Метастазы в печени имелись у 19 (22 %) больных, в лимфоузлы малого сальника – у 52 (60,5 %), большого сальника – у 21 (24,4 %), в забрюшинные и парааортальные лимфоузлы – у 35 (40,7 %) больных. Метастатическое поражение всех органов брюшной полости (канцероматоз) диагностировано в 12 (14,0 %) случаях. Асцит имелся у 8 (9,3 %) больных. Опухолевой процесс признан нерезектабельным у 50 (58,1 %) больных. Причиной нерезектабельности КЭР явилось прорастание опухолевого процесса в печень, в брюшную аорту, прорастание в поджелудочную железу. Наличие метастазов в печень явилось причиной нерезектабельности у 14 (20,0 %) больных. Неудалимые метастазы в парааортальные лимфоузлы послужили причиной отказа в радикальной операции у 10 (11,6 %) больных, диссеминация по брюшине – у 8 (9,3 %) больных. Следует отметить, что у 1 пациента могло быть от 1 до 4 признаков нерезектабельности.

Выводы. Таким образом, на основании лапароскопической картины распространенности опухолевого процесса в органы и структуры брюшной полости у больных КЭР изменили предварительно планируемый объем оперативного вмешательства у 18 больных, и он совпал у 20. По результатам предварительной видеолaparоскопии в 36 случаях решено произвести радикальную операцию, в 2 – симптоматическую, в 2 случаях, в связи с наличием относительных признаков нерезектабельности, решено произвести лапаротомию с ревизией и у 46 больных, в связи с наличием абсолютных признаков нерезектабельности, решено было ограничиться проведением лапароскопии. Во всех случаях было получено достаточное количество материала для гистологического исследования.