

c-erbB2 в периферических клетках опухолевого гнезда при *in situ*.

Таким образом, можно предположить, что сверхэкспрессия онкогена *neu* является защитным механизмом,

направленным на снижение прогрессии опухоли путем ингибирования пролиферации и предотвращения ее метастазирования путем связывания клеток РМЖ молекулами адгезии.

ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАЦИИ КЛЕТОК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.Н. Потапов, А.Л. Фоменков, Е.Ю. Устинова

Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Задачи исследования. Изучение пролиферативной активности опухолевых клеток и состояния местного иммунитета у больных раком молочной железы.

Материалы и методы. Исследовали опухоли 20 женщин, больных раком молочной железы I-III стадии, в возрасте от 34 до 73 лет. После оперативного удаления опухолевого узла 4-5 фрагментов новообразования фиксировали в 10 %-ном нейтральном формалине. Для гистологического изучения препараты готовили по общепринятой методике. В серийных срезах на 5000-10000 опухолевых клеток подсчитывали митотический индекс (МИ, %), долю патологических митозов (ПМ, %), клеток с признаками запрограммированной гибели (апоптотический индекс, АИ, %), относительное количество капилляров, интенсивность внутриопухолевой лимфоидной и нейтрофильной инфильтрации (%), лимфоидной инфильтрации вокруг опухолевых пластов (в баллах полуколичественным методом).

Результаты. МИ опухолевых клеток варьировал от 0,11 до 1,2 % со средним значением $0,64 \pm 0,1$ %. Доля патологических митозов составила в среднем $66,5 \pm 7,4$ %. Количество клеток с признаками запро-

граммированной гибели было несколько меньше, чем пролиферирующих, $-0,53 \pm 0,1$ %. Относительная васкуляризация опухоли составила $0,44 \pm 0,06$ %, интенсивность нейтрофильной инфильтрации опухолевых структур $-0,12 \pm 0,03$ %, внутриопухолевой лимфоидной инфильтрации $-0,86 \pm 0,21$ %, перитуморальной $-1,7 \pm 0,3$ балла.

Мультивариантный корреляционный анализ выявил достоверные положительные корреляции МИ с АИ и долей патологических митозов в опухоли. Интенсивность запрограммированной гибели опухолевых клеток прямо зависела от доли патологических митозов, выраженности нейтрофильной внутриопухолевой и лимфоидной перитуморальной инфильтрации ($p < 0,05$). Последняя положительно коррелировала с внутриопухолевой лимфоидной инфильтрацией ($p < 0,05$).

Выводы. Существует определенная взаимосвязь параметров пролиферации опухолевых клеток рака молочной железы и состояния местного иммунитета: выраженная реакция иммунной системы больного организма, очевидно, сопровождается усилением процессов запрограммированной гибели клеток злокачественного новообразования.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАБДОМИОСАРКОМЫ ОРБИТЫ

С.В. Саакян, М.Г. Жильцова

МНИИ ГБ им. Гельмгольца, Москва

Цель исследования. Определить роль полихимиотерапии в лечении рабдомиосаркомы в современных условиях

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 32 пациента с локализацией рабдомиосаркомы в орбите, из них 14 взрослых (средний возраст 24,5 года) и 18 детей (средний возраст 7,5 лет). Всем больным проведена комбинированная терапия, включающая хирургическое лечение, полихимиотерапию

(ПХТ) и наружное облучение (телегамматерапию – ТГТ). В последние годы широко применяется тонкоигльная аспирационная биопсия, позволяющая без оперативного вмешательства установить правильный диагноз и начать комбинированное лечение.

Полихимиотерапия была проведена по 2 протоколам. 1-й протокол VAC включает применение винкристина, дактиномицина, циклофосфана в течение года. В курс лечения включается ТГТ в течение 4-6 нед. По этой

схеме пролечен 21 больной. По 2-му протоколу – CWS-96, который включал в себя современные, более активные цитостатики платинового ряда (карбоплатин), пролечено 10 больных. Продолжительность терапии 4-6 мес.

Результаты. При сравнении результатов лечения по двум протоколам ПХТ выяснилось, что эффективность их примерно одинакова: регрессия опухоли наблюдалась у 10 больных при применении 1-го протокола и у 4 больных при использовании 2-го протокола. При этом выра-

женность побочных действий преобладала при лечении больных по 2-му протоколу.

Вывод. В современных условиях ПХТ наряду с хирургическим лечением и ТГТ должна быть обязательной составляющей комбинированного лечения рабдомиосаркомы, позволяющей увеличить выживаемость больных, расширить возможности органосохранных методов, избежать калечащих операций и таким образом повысить качество жизни пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГЛАБИНА В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Б. Сирота¹, К.Ж. Мусулманбеков¹, С.М. Адекенов²

¹Карагандинская государственная медицинская академия

²Институт фитохимии МОН РК, Караганда, Казахстан

Задачи исследования. Изучение эффективности применения арглабина в лечении местнораспространенного рака молочной железы (МРМЖ).

Материалы и методы. В исследование включены 122 больных МРМЖ в возрасте от 35 до 75 лет, разделенные на 3 группы. 1-я группа – 30 больных МРМЖ, в комплексное лечение которых было включено интратуморальное введение арглабина при предоперационной лучевой терапии (ЛТ), которая проводилась мелкими фракциями на аппаратах «АГАТ-С» и «АГАТ-Р». Арглабин вводили под контролем ультразвуковой топометрии в виде 2 %-ного раствора из расчета 2 мг препарата на 1 см³ опухоли 2 раза в нед за 10-15 мин до сеанса ЛТ. Оперативное вмешательство проводилось через 10 дней после ЛТ в объеме радикальной мастэктомии по Пейти с последующей химиогормонотерапией. 2-я группа – 42 больных МРМЖ, в комплексное лечение которых включен курс неoadъювантной монокимиотерапии арглабином при предоперационной ЛТ. Арглабин вводили из расчета 185 мг/м² в виде 2 %-ного раствора внутривенно за 15-20 мин до сеанса ЛТ. Методика фракционирования дозы – та же, что у больных 1-ой группы. Количество введений арглабина 15-20. 3-я группа – 50 больных МРМЖ, получавших комплексное лечение без арглабина в класси-

ческом варианте (ЛТ + радикальная мастэктомия + химиогормонотерапия). Эти больные составили группу контроля.

Результаты и выводы. Эффективность лечения больных в 1-й и 2-й группах выше на 30 %, чем в контрольной. У больных, получавших ЛТ с интратуморальным введением арглабина, опухоль уменьшилась в 5,5 раз, у больных, получавших внутривенно арглабин, – в 8,5 раза, у больных контрольной группы – в 2,8. Патоморфоз опухоли III-IV степени составил (62,9±9,6) % в группе больных, получавших арглабин интратуморально, в группе внутривенного введения – (50±9,1) %, без арглабина – (34,9±8,8) %. Интратуморальное применение арглабина не оказало позитивного влияния на отдаленные результаты лечения больных МРМЖ, в то время как его внутривенное применение повысило 2- 3-летнюю выживаемость на 30 %, безрецидивную 2-, 3-, 4-летнюю выживаемость на 41,2; 61,7 и 27,3 % соответственно и увеличила медиану выживаемости в 2 раза.

Таким образом, включение арглабина в комплексное лечение МРМЖ позволило улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения, повысить показатели общей и безрецидивной выживаемости больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В.И. Соловьев, Е.Н. Семкина

Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск

В структуре онкологических заболеваний женщин рак молочной железы занимает на протяжении ряда лет первое место, и число заболевших продолжает увеличиваться.

Материалы и методы. За период с 1998 по 2003 г. в центре паллиативной помощи Смоленского онкодиспансера химиотерапия с паллиативной целью проводилась 296 пациентам в возрасте от 24 до 75 лет. В