

SCC коррелирует со стадией злокачественного процесса. У больных молодого возраста доля SCC-позитивных случаев выше, чем у старшей

возрастной группы, что может, в свою очередь, доказывать более агрессивное течение опухолевого процесса у этой возрастной категории.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Д.В. ЕРЫГИН, А.А. НЕВОЛЬСКИХ

ГУ «Медицинский радиологический научный центр РАМН», г. Обнинск

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных местно-распространенным раком прямой кишки за счет повышения резектабельности опухолей, снижения частоты местных рецидивов и увеличения числа сфинктеросохраняющих операций.

Материал и методы. В МРНЦ РАМН с августа 2003 г. по январь 2007 г. было проведено комбинированное лечение 39 больным местно-распространенным раком прямой кишки. В исследование включались больные с клинической стадией T₃₋₄N₊M₀. Степень распространенности опухоли определяли с помощью пальцевого исследования, трансректальной эндосонографии, спиральной компьютерной томографии. При наличии у больного ограниченно либо резко ограниченно мобильной опухоли прямой кишки, а также инструментально подтвержденных признаков выхода опухоли за пределы периректальной фасции прямой кишки и наличии признаков вовлечения в опухоль соседних органов и тканей больному проводилась предоперационная пролонгированная химиолучевая терапия.

Лучевая терапия проводилась методикой четырехпольного изоцентрического статического облучения по 2 Гр ежедневно, до суммарной дозы 50 Гр. Проксимальная граница полей облучения располагалась на уровне V крестцового или первого поясничного позвонка, дистальная – на 5 см ниже нижнего полюса опухоли, латеральные – на 1 см снаружи от внутреннего края костей таза. Таким образом, в зону 95 % изодозы включали первичную опухоль и основные лимфатические коллекторы: лимфатические узлы параректальной клетчатки, пресакральные лимфоузлы вдоль дистальной части общей подвздошной артерии и вдоль внутренней подвздошной артерии и лимфоузлы в средней

части obturatorной ямки. С 1 по 5-й и с 29 по 33-й дни цикла лучевой терапии больным проводили химиотерапию по схеме 5-ФУ/лейковорин. Суточная доза 5-ФУ составляла 500 мг/м² и подводилась путем 24-часовой инфузии. Лейковорин в дозе 20 мг/м² вводили ежедневно болюсно. Через 4–6 нед больным выполнялся хирургический этап лечения.

Результаты. Для оценки степени токсичности мы пользовались международными критериями Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0 (CTCAE). Частота лучевых реакций III степени составила 7,7 %. В основном токсичность была представлена в виде стоматитов и ректитов. После перерыва в лечении через 4–6 нед больным проводилось контрольное обследование, при котором оценивалась эффективность лечения по критериям RECIST. Количество частичных и полных регрессий составило 30 %. При выполнении хирургического этапа лечения больным выполнялась высокая перевязка нижних брыжеечных сосудов, тотальная мезоректумэктомия с частичным или полным сохранением автономной вегетативной нервной системы малого таза. Удаление первичного очага стало возможным у 33 больных. Таким образом, резектабельность в группе составила 84,6 % (количество R₀ резекций – 26, R₁ – 4, паллиативных – 3). Структура оперативных вмешательств: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 15; передняя резекция прямой кишки – 16; брюшно-анальная резекция – 2. Частота сфинктеросохраняющих операций – 54,5 %. Послеоперационные осложнения возникли у 26,4 % больных. Нагноения промежностной раны не наблюдалось. Частота несостоятельности анастомоза после передней резекции прямой кишки составила 6 %. За период наблю-

дения местный рецидив был выявлен у 1 больного в сочетании с отдаленными метастазами, у 4 больных выявлены метастазы в отдаленные органы. Общая выживаемость – $75,4 \pm 10\%$.

Выводы. Сочетание химиотерапии и лучевой терапии в лечении больных местнораспространенным раком прямой кишки позволяет повысить показатель полной или частичной

регрессии опухоли. Применение современной хирургической техники позволяет достичь высокого показателя резектабельности опухоли и увеличения числа сфинктеросохраняющих операций. Повышение абластичности хирургического этапа лечения способствует снижению частоты местных рецидивов.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕКРАХМАЛЬНЫХ ПОЛИСАХАРИДОВ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л.А. ЕФИМОВА¹, М.Ю. ХОТИМЧЕНКО²

*ГУ «НИИ фармакологии Томского научного центра СО РАМН»¹
ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет»²*

Актуальность. В последние годы в онкологии достигнут несомненный прогресс, связанный с внедрением в клиническую практику обширного арсенала новых схем медикаментозного лечения, что существенно улучшает качество и увеличивает продолжительность жизни пациентов. Однако это не исключает возникновения побочных эффектов в ходе лечения и в отдаленные сроки заболевания. К числу часто встречающихся повреждений, вызванных цитостатиками, относится поражение желудочно-кишечного тракта, в том числе язвообразование, что может сопровождаться дисбактериозом и выраженным болевым синдромом. С другой стороны, известно, что нередко прогрессирование язвенной болезни в условиях истощения адаптационных систем организма и развития вторичной иммунологической недостаточности приводит к онкотрансформации слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. В связи с этим становится актуальной проблема коррекции нарушений функционирования гастродуоденальной зоны в период «напряжения» организма, и особое место в ряду препаратов-корректоров занимают лекарственные средства природного происхождения вследствие их низкой токсичности и широкого спектра фармакологической активности.

Известно, что пектиновые вещества, являющиеся компонентом клеточной стенки высших растений, обладают гипополидемическим,

антимикробным, бактерицидным, иммуномодулирующим, антимуtagenным, гепатопротекторным, дезинтоксикационным свойствами, однако гастрозащитных препаратов на основе пектиновых полисахаридов в отечественной фармакопее пока не зарегистрировано

Цель исследования. Изучение противоязвенных и противоопухолевых свойств низкоэтерифицированного пектина, пектата и альгината кальция.

Материал и методы. Аденокарциному Эрлиха (АКЭ) и карциному легких Льюис (LLC) перевивали по стандартным методикам. Были использованы модели острой (стресс-язва, индометациновая, этаноловая, преднизолоновая, гистаминовая, язва по методу Н. Shay) и хронической ацетатной язвы. Угнетение болевой чувствительности определяли методом укусовых «корчей». Флоголитическую активность оценивали на модели каррагенинового отека. Для исследования антипролиферативного действия использовали метод «ватной» гранулемы. Для изучения пребиотического и бактериостатического действия подсчитывали количество колоний (*Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus lantarum* и *Candida albicans*) в чашках Петри. Вычисляли массу первичного опухолевого узла, количество метастазов на одну мышь, их среднюю площадь, процент торможения роста опухоли, индекс ингибирования метастазирования, частоту метастазирования; определяли количество и пло-