

Результаты. У облученных больных ЗНО в опухолевой ткани показано статистически значимое увеличение по сравнению с ДНК лейкоцитов крови необлученных больных ЗНО частоты генотипа Arg/Arg гена TP53 (62,18% против 51,75%; $p=0,0446$) и снижение частоты генотипа Arg/Pro (27,56% против 38,11%; $p=0,0109$). По сравнению с группой контроля увеличение генотипа Arg/Arg в опухоли еще более значительно (62,18% против 40,80%; $p=0,0006$) и практически в 2 раза снижена частота генотипа Arg/Pro (27,56% против 50,40%; $p=0,00003$). Отбор Arg/Arg генотипов происходит за счёт мутации в опухоли Arg/Pro генотипа в Arg/Arg генотип. Об этом свидетельствует уменьшение частоты Arg/Pro генотипа в опухоли и достоверно установленный факт мутации Arg/Pro генотипа в Arg/Arg в 6 случаях. В двух случаях установлена мутация в опухоли Arg/Pro генотипа в Pro/Pro генотип и в опухоли облученных

больных, происходит также селекция и Pro/Pro генотипа (10,26% против 1,65%; $p=0,0084$), по сравнению с генотипом этих же больных. Кроме того, в опухоли облученных больных соотношение генотипов перестает удовлетворять равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=11,44$ при норме 9,62, $p<0,05$). Это свидетельствует о том, что облучение является дополнительным направленным фактором отбора в опухоли против гетерозиготного Arg/Pro генотипа в пользу Arg/Arg и Pro/Pro генотипов.

Обращает на себя внимание увеличение частоты Arg/Arg генотипа и уменьшение частоты гетерозигот в исследовательской цепочке здоровые облученные → здоровые не облученные → больные ЗНО необлученные → больные ЗНО облученные → опухоль облученных больных. По-видимому, носительство гетерозиготного Arg/Pro генотипа защищает от действия низкоинтенсивного облучения.

СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Т.А. ГОРБУНОВА, С.В. ГРИГОРОВ, А.В. ЕМШАНОВ, Д.О. РЯБУХА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Глиальные опухоли – наиболее частые в ряду новообразований головного мозга у взрослых, они составляют более 50% всех опухолей центральной нервной системы (ЦНС). По разным источникам, 5-летняя выживаемость у больных с глиобластомами не превышает 3-3,5%, а средняя продолжительность жизни после удаления опухоли и лучевой терапии не превышает 9-10 мес. Одной из важнейших особенностей данных опухолей является тот факт, что, обладая очень высоким уровнем инвазивности, они, вместе с тем, крайне редко дают метастазы. Это явление объясняется уникальной особенностью этих новообразований – наличием специфической перифокальной зоны, определяющей природу и механизм возникновения и взаимодействия опухолевого очага с тканью здорового мозга. Являясь продуктом жизнедеятельности опухолевых клеток,

перифокальная зона в то же время служит и своеобразным буфером, предохраняющим ткань мозга от непосредственного контакта с очагом злокачественного роста и трансформирующим высокий инвазивный потенциал его клеток, т.е. перифокальная зона играет роль своеобразного трансформатора, замыкающего на себя анапластическую активность опухолевых структур и предотвращающего их метастазирование.

Цель исследования. Оценка непосредственных и ближайших результатов применения метода интраоперационной локальной химиотерапии на перифокальной мозговой ткани больных злокачественными глиальными опухолями головного мозга.

Материал и методы. В настоящее время изучается новый способ введения химиопрепаратов на мозговой взвеси из перифокальной зоны злокачественных опухолей головного мозга.

Инкубация цитостатика с перифокальной мозговой тканью повышает его туморотропность, увеличивает время циркуляции химиопрепарата в ликворе, снижает токсичность химиотерапии. По данной методике было пролечено 10 пациентов с первичными злокачественными опухолями головного мозга. Возраст больных от 36 до 65 лет, по полу: мужчин-8, женщин-2. По гистологическому типу опухоли представлены следующим образом: глиобластома – 5, анапластическая астроцитома – 4, анапластическая олигодендроглиома – 1. После клинического и КТ-диагноза внутримозговой опухоли пациентам выполнялся хирургический этап лечения, интраоперационно производился забор мозговой взвеси из перифокальной мозговой ткани в объеме 1 см³, которая инкубировалась с 0,2 мг карбоплатина *in vitro* при температуре 38°C в течение 30 мин в термостате и помещалась в контейнер, сделанный из гемостатической губки. После гемостаза в ложе удаленной опухоли укладывался контейнер. В послеоперационном периоде производился забор ликвора на 2, 5, 7, 10, 15-е сут после операции, в котором определялись наличие и концентрация химиопрепарата.

Результаты. Послеоперационный период у всех больных протекал без особенностей, отмечался умеренно выраженный общемозговой синдром, без нарастания неврологического дефицита. Можно сказать, что операция с применением данной методики переносится больными не хуже, чем стандартное оперативное вмешательство. Все больные выписывались в удовлетворительном состоянии. Установлено, что химиопрепарат определялся в ликворе больных до 15 дней.

Выводы. Предварительные результаты интраоперационной местной химиотерапии глиальных опухолей на мозговой взвеси, путем инкубации ее с карбоплатином позволяют считать данный метод перспективным. Инкубация химиопрепарата с перифокальной мозговой взвесью позволяет повысить туморотропность, при этом отсутствует токсическое действие на весь организм, препарат действует локально в ложе опухоли. По нашему мнению, данный метод позволит добиться улучшения непосредственных и ближайших результатов лечения больных злокачественными опухолями головного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО И ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЫСТРЫХ НЕЙТРОНОВ 6,3 МЭВ

О.В. ГРИБОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Разработка новых методов лечения злокачественных опухолей слюнных желез остается актуальной задачей. Вследствие резистентности злокачественных новообразований слюнных желез к фотонной терапии частота местных рецидивов достигает 50%. Рак щитовидной железы (РЩЖ) является самой распространенной опухолью эндокринной системы, в структуре онкологической заболеваемости в России составляет 1,5-2,2 %

всех злокачественных новообразований человека. В лечении дифференцированных форм РЩЖ достигнуты большие успехи, в то время как результаты лечения больных с недифференцированными формами РЩЖ остаются неудовлетворительными. Анапластический РЩЖ составляет не более 4-6% всех ЗНО щитовидной железы и, наряду с плоскоклеточным РЩЖ, по праву является одной из самых злокачественных опухолей человека. Согласно литературным