

МПК более активно продуцируют ИФН- γ при стимуляции конканавалином А, чем клетки пациентов до хирургического лечения. Кроме того, наблюдается тенденция к увеличению уровня стимулированной продукции ИФН- γ относительно соответствующих значений в контрольной группе. Следовательно, у больных ПКР через 14 дней после хирургического лечения отмечается положительная динамика изменений параметров ИФН статуса, однако полного восстановления ИФН-продуцирующей активности не происходит. Так, сохраняется повышенный уровень спонтанной продукции ИФН- γ МПК. Кроме того, необходимо отметить пониженный уровень спонтанной продукции ИФН- β . Несмотря на увеличение уровня индуцированной продукции ИФН- β относительно параметров у больных ПКР до хирургического лечения, концентрация ИФН данного класса не достигает уровня здоровых доноров.

Выводы. Можно констатировать дефицит продукции эндогенного ИФН- β у больных ПКР как до, так и через 14 дней после хирургического лечения, что дает основание для проведения иммунотерапии препаратами ИФН- β у данной категории больных. Причем целью такого лечения может быть не только профилактика возникновения метастазов и повышение противоопухолевой резистентности организма, но и коррекция эндогенного синтеза ИФН- β МПК, поскольку известно, что небольшие дозы экзогенного ИФН обладают прайминг-эффектом, иначе говоря, способствуют более активной выработке эндогенного ИФН. Однако необходимо отметить, что к вопросу о назначении интерферонотерапии и необходимых дозах, сроках лечения следует подходить индивидуально, на уровне каждого отдельного пациента, так как общие схемы интерферонотерапии эффективны всего в 15–45 % случаев, по данным разных авторов.

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СТЕНОК ОРБИТЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

В.И. Штин

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. Развитие опухолей околоносовых пазух в 60 % случаев сопровождается их интраорбитальной инвазией. При злокачественных новообразованиях верхней челюсти и полости носа, вызывающих ограниченную деструкцию костных стенок орбиты без инфильтрации интраорбитальной клетчатки, оправдано выполнение электрохирургической резекции верхней челюсти с удалением пораженных стенок и прилегающей клетчатки с сохранением глазного яблока. В этих условиях значительную проблему представляет восстановление резецированных стенок орбиты.

Материал и методы. В НИИ онкологии совместно с НИИ медицинских материалов разработана оригинальная методика устранения послеоперационных костных дефектов глазницы и сохранения нормального положения и функ-

ции глазного яблока после радикальных резекций по поводу опухолей верхней челюсти.

Результаты. Эндопротезирование выполняется с использованием сетчатых имплантатов из никелидтитановой нити, их изготовление производят по данным спиральной компьютерной томографии, антропометрического обследования в предоперационном периоде и интраоперационных измерений костного дефекта лицевого скелета. Сетчатый имплантат подгоняют конгруэнтно протезируемой области и устанавливают, укрепляя балкой из пластины пористого никелида титана толщиной 0,3–0,8 мм, шириной 0,5 см. С использованием данной методики пролечено 7 пациентов. Наблюдение за течением репаративных процессов в послеоперационной полости установило сокращение сроков заживления практически в 2 раза. Толщи-

на и структура имплантатов дают возможность добиться максимальной конгруэнтности со структурами протезируемой области, благодаря чему ткани протезируемого участка прорастают имплантат как с краев, так и в центральных отделах, сокращается длительность развития грануляционной ткани и эпителизация эндопротеза. Данные особенности метода способствуют сокращению числа послеоперационных осложнений, уменьшению времени и повышению качества реабилитации пациента. Недостатком сетчатых имплантатов является нестабильность

краев, результатом чего является разволокнение последних. В некоторых случаях это вызывало необходимость обрезать выступающие нити в послеоперационном периоде.

Выводы. Представляется целесообразным продолжение работы над описанным методом и совершенствование последнего с целью устранения недостатков и достижения максимально высокого уровня качества жизни пациентов, получавших лечение местно-распространенных опухолей средней зоны лица.

АКТИВНОСТЬ НАД(Ф)-ЗАВИСИМЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ В ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ОПУХОЛИ

А.С. Щербинина, М.В. Яцинов, Н.Н. Казакова

*Красноярская государственная медицинская академия, кафедра клинической онкологии;
лаборатория молекулярно-клеточной физиологии и патологии ГУ «НИИ медицинских проблем
Севера СО РАМН», г. Красноярск*

Актуальность. По современным представлениям, появление злокачественного процесса, в том числе и рака желудка, неразрывно связано с нарушениями в системе иммунологической защиты. Высокую значимость в поддержании функциональной активности клеток иммунной системы имеют НАД(Ф)-зависимые дегидрогеназы. Это связано с тем, что основными переносчиками электронов в клетке служат пиридиновые нуклеотиды, а отсюда активное участие НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в биоэнергетических процессах. Кроме того, НАД(Ф)-зависимые дегидрогеназы, участвуя в направленной координации сопряженных метаболических потоков, в значительной степени обуславливают адаптивные изменения внутриклеточного обмена веществ.

Целью исследования явилось изучение активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах крови у больных раком желудка в зависимости от гистологического типа опухоли.

Материал и методы. На базе Красноярского краевого онкологического диспансера обследовано 94 пациента с диагнозом рак желудка,

в возрасте 32–74 года. Кровь на исследование забиралась на следующий день после поступления. В качестве контроля обследовано 106 здоровых добровольцев аналогичного возраста. В зависимости от гистологической структуры опухоли больных разделили на четыре группы: высоко-, средне- и низкодифференцированный, а также перстеновидноклеточный рак желудка. Выделение общей фракции лимфоцитов осуществляли по стандартной методике в градиенте плотности фиколл-верографина с последующей очисткой от прилипающих клеток. Биolumинесцентным методом определялась активность следующих НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ: глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ), прямой и обратной реакции лактатдегидрогеназы (ЛДГ и Обр.ЛДГ), прямой и обратной реакции малатдегидрогеназы (МДГ и Обр.МДГ), малик-фермента (НАДФМДГ), прямых и обратных реакций НАДФ- и НАД-зависимых глутаматдегидрогеназ (НАДФГДГ, Обр.НАДФГДГ, НАДГДГ и Обр.НАДГДГ соответственно), НАД- и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАДИДГ и НАДФИДГ), глутатионредуктазы (ГР).