

(60,0%). Стабилизация процесса прослежена в 13,3% случаях (2 б-ых). В ходе лечения проявления гематологической и гастроинтестинальной токсичности IV степени отмечено не было. Лейкопения II-III степени наблюдалась в 53,3% случаях. В одном случае отмечен автозный стоматит.

Выводы. Предварительные результаты исследования показали клиническую эффективность предлагаемого режима мультимодальной терапии у больных РП, не сопровождающуюся увеличением лимитирующей токсичности, и требуют дальнейшего проведения исследования в данном направлении.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА НА ЧАСТОТУ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Г.С. ЖАМГАРЯН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Саркомы мягких тканей (СМТ) составляют около 1% всех злокачественных новообразований, объединяющих группу опухолей неэпителиального генеза, которые характеризуются упорно рецидивирующим течением. Основным методом лечения СМТ является хирургический, но в последние десятилетия большое значение придается комбинированным схемам терапии, включающим в себя лучевую и химиотерапию, что позволяет снизить частоту местных рецидивов. В мировой литературе активно обсуждаются вопросы клинко-морфологических факторов прогноза СМТ, такие как степень злокачественности, пролиферативная активность, размеры, локализация и глубина расположения опухоли, возраст больного, наличие рецидивов в анамнезе, также появились работы, посвященные изучению молекулярно-генетических маркеров. Однако эти данные противоречивы, нет единых четких критериев оценки прогноза заболевания, нет четко оговоренных показаний для проведения химио- и лучевой терапии.

Цель. Изучить влияние отдельных клинко-морфологических параметров на частоту возникновения местных рецидивов у больных СМТ.

Материалы и методы. В исследование включено 93 больных в возрасте от 10 до 83 лет (средний возраст 46,2 года), которые получили комбинированное лечение в НИИ онкологии СО РАМН в период с 1991 по 2008 г. В первую группу (ретроспективная, исторический контроль) вошли 54 больных первичными (n=34) и

рецидивными (n=20) СМТ, которым выполнено хирургическое лечение с ИОЛТ 10-15 Гр, затем послеоперационный курс лучевой терапии СОД 20-40 Гр. Во вторую группу включены 39 больных первичными (n=24) и рецидивными (n=15) СМТ, на первом этапе они получили предоперационную ДГТ СОД 38-44 Гр с последующим хирургическим лечением с ИОЛТ 10-15 Гр. Больным СМТ высокой степени злокачественности проводили адьювантную химиотерапию по схеме MAID. Проводился анализ частоты рецидивов опухоли в зависимости от метода лечения, возраста больных, размеров, локализации, глубины расположения опухоли, степени злокачественности. Статистическая достоверность разницы показателей оценивалась методом углового преобразования Фишера.

Результаты. Из 93 пролеченных больных у 18 (20,2%) возникли местные рецидивы в течение первых двух лет наблюдения, в первой группе количество рецидивов меньше – 16,67% (9 из 54) против 23,1% (9 из 39) во второй группе, однако разница статистически незначима. Анализируя количество рецидивов между группами больных с первичными и рецидивными СМТ, выявлено, что первичные СМТ после комбинированного лечения рецидивируют в 11,1% случаев (6 из 54), в то время как у больных с рецидивными саркомами рецидивы наблюдались в 30,8% (12 из 39), ($p<0,01$), при этом во второй группе у больных с рецидивными СМТ наблюдали 46,7% рецидивов (7 из 15), у больных с первичными СМТ – 8,3% (2 из 24), ($p<0,01$), в первой группе также количество рецидивов отмечено больше

у подгруппы больных с рецидивными СМТ (25% против 11,8%), но разница статистически незначима.

Количество рецидивов при СМТ верхних и нижних конечностей было примерно одинаковым – 19,4% и 19,1% соответственно, несколько чаще – при локализации на туловище (27,3%), однако разница статистически недостоверна. В то же время у больных с первичными СМТ верхней конечности количество рецидивов достоверно ниже в сравнении с рецидивными – 7,1% (1 из 14) и 29,4% (5 из 17) соответственно, ($p \leq 0,05$). Также достоверно ниже количество рецидивов у больных первичными СМТ нижних конечностей – 11,8% (3 из 34), против 38,5% (5 из 13) в подгруппе с рецидивными СМТ нижних конечностей ($p \leq 0,05$).

В зависимости от возраста количество рецидивов было достоверно выше у лиц 60 лет и старше – 33,3% (7 из 21), у больных моложе 60 лет рецидивы наблюдались в 16,2% (11 из 68), ($p \leq 0,05$). У больных с рецидивными опухолями число рецидивов достоверно выше у лиц 50 лет и старше – 41,2% (7 из 17) против 16,7% (3 из 18) у лиц моложе 50 лет ($p \leq 0,05$). В группе с

первичными СМТ эта разница статистически не достоверна. Достоверно большее количество рецидивов наблюдаются у больных СМТ размерами более 10 см в наибольшем измерении – в 16,7% ($p \leq 0,05$) больных с первичными СМТ во второй группе. Ни одного рецидива не наблюдалось у больных первичными СМТ размером менее 5 см ($n=6$), при размере опухоли 5 см и более количество рецидивов составило 12,5% (6 из 48), разница статистически достоверна ($p \leq 0,05$). В группе больных с рецидивными СМТ эта разница статистически недостоверна.

Степень злокачественности определялась только у больных второй группы. Из 13 больных СМТ с умеренной степенью злокачественности (G2) рецидивы наблюдались в 7,7% (1 из 13), у больных СМТ с высокой степенью злокачественности (G3) – в 30,7% (8 из 26), ($p \leq 0,05$).

Выводы. Анализ количества рецидивов у больных СМТ выявил наиболее неблагоприятные факторы прогноза: возраст старше 60 лет, рецидивные опухоли, размер опухоли более 10 см в наибольшем измерении, высокая степень злокачественности.

НАКОПЛЕНИЕ МУТАНТНОГО БЕЛКА P53 ПРИ АНОМАЛИЯХ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ E-КАДХЕРИНА В КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ

Н.В. ЖАРКОВ

Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. В 2007 г. в Республике Казахстан, наравне с ростом злокачественных заболеваний центральной нервной системы, молочной, предстательной и щитовидной желез, яичников и тела матки, отмечен рост колоректальных опухолей. Рак ободочной и прямой кишки занимает 5-е и 6-е место соответственно в структуре злокачественных заболеваний в РК.

Злокачественный и метастатический потенциал любой опухоли, связан с ее пролиферативной и апоптотической активностью и степенью межклеточного взаимодействия опухолевых клеток. Одним из основных регуляторов кле-

точного цикла является супрессорный белок p53, экспрессирующийся в большинстве колоректальных опухолей. Гиперэкспрессия белка p53 обычно ассоциируется с высоким риском развития местных рецидивов и низкой выживаемостью. Одним из маркеров прогрессии эпителиальных опухолей является снижение экспрессии E-кадгерина (E-cad), опосредующего адгезионные межклеточные контакты типа «зоны слипания» (zona adhaerence). Известно, что образование эпителиального пласта (развитие межклеточных контактов) коррелирует с накоплением белка p53 дикого типа, в то время