

использовали значения OR и 95 %С.І. (редкий аллель vs частый аллель).

**Результаты.** Выявлена ассоциация полиморфного локуса rs1447295 с риском развития РПЖ у мужчин, проживающих в Западно-Сибирском регионе РФ, а именно, увеличение риска заболевания для носителей А-аллеля: OR=1,74 [1,26–2,4],  $p=7,8 \times 10^{-4}$ . Для SNP rs6983267 в нашей работе статистически значимой ассоциации с заболеваемостью РПЖ получено не было (OR[G]=1,04 [0,85–1,28];  $p=0,68$ ). Однако проведенный мета-анализ показал ассоциацию для обоих исследуемых SNPs (для G-аллеля rs6983267 OR=1,25,  $p<10^{-6}$ ; для

А-аллеля rs1447295 OR=1,37,  $p<10^{-6}$ ). Отсутствие ассоциации SNP rs6983267 с риском развития РПЖ в нашем исследовании, возможно, связано с недостаточным объемом выборки. Стоит отметить, что хотя rs6983267 расположен всего на 70kb проксимальнее rs1447295, данные полиморфные замены не находятся в блоке неравновесия по сцеплению ( $D'=-0,027$ ;  $r^2=0,0001$ ). Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают роль хромосомной области 8q24 в развитии рака простаты.

*Работа поддержана грантом № 21.25 программы «Фундаментальная наука медицине» СО РАН*

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

А.В. ПАК, А.В. АВГУСТИНОВИЧ

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

**Актуальность.** Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) является одним из самых тяжелых и трудно прогнозируемых осложнений в абдоминальной хирургии, встречающихся по данным различных авторов, в 14–27 % всех осложнений. Основными факторами, определяющими развитие ОПП, являются интраоперационная травматизация поджелудочной железы, гемодинамические расстройства в зоне оперативного вмешательства. Предупреждение ишемии поджелудочной железы при рефлексорных и стрессовых влияниях на нее достигается стабилизацией системной гемодинамики с использованием мультимодальной комбинированной анестезии. Для профилактики и в комплексном лечении ОПП применяются методики подавления ферментативной активности поджелудочной железы в интра- и послеоперационном периодах. Наибольшие перспективы в профилактике и лечении панкреатита связаны с применением пролонгированной формы соматостатина – октреотида-депо, который подавляет синтез пищеварительных ферментов поджелудочной железы.

**Целью исследования.** Явилось изучение эффективности методики ведения периопера-

ционного периода у больных раком желудка с использованием мультимодальной комбинированной анестезии в сочетании с введением октреотида-депо.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 54 больных операбельным раком желудка, подлежащих радикальному хирургическому лечению с лимфодиссекцией D2. Больные были разделены на две репрезентативные группы. I группа (основная) – 28 больных раком желудка, которым с целью подавления ферментативной активности поджелудочной железы за 7 сут до операции был введен октреотид-депо в дозе 20 мг п/к однократно. В дальнейшем антисекреторные и антиферментные препараты не вводились. В качестве анестезии использовалась модернизированная мультимодальная комбинированная анестезия. II группа (контрольная) – 26 больных раком желудка. Использовалась стандартная схема антиферментной терапии октреотидом 100 мг и гордокс 200 тыс. ЕД. Для анестезиологического обеспечения использовалась мультимодальная анестезия по схеме Горобца.

**Результаты.** При оценке адекватности анестезии по среднему артериальному давлению

отмечается более гладкое течение в основной группе. В контрольной группе наблюдались колебания среднего артериального давления на этапах разреза и выполнения лимфодиссекции. Уровень ферментемии в основной группе был достоверно ниже и не выходил за пределы нормальных значений. В контрольной группе отмечалось увеличение уровня амилазы, липазы, щелочной фосфатазы, которое нормализовалось к 5-м сут после операции. Отмечается снижение послеоперационных осложнений, патогенетически связанных с повреждением поджелудочной железы, таких как острый послеоперационный панкреатит, реактивный левосторонний плеврит, стойкий парез кишечника. Особенно значительно снижение уровня панкреатита в основной группе. Он наблюдался в 3,8 раза реже, чем при стандартной антиферментной терапии в послеоперационном периоде. В основной группе

у 39 % больных наблюдается восстановление перистальтической активности кишечника на 3-и сут после операции, что достоверно выше, чем в контрольной группе (12,5 %). Полное восстановление моторной функции кишечника у абсолютного большинства больных основной группы зарегистрировано на 5-е сут, что свидетельствует о более гладком течении послеоперационного периода и позволяет раньше начинать энтеральное питание, активизацию больных, чем в контрольной группе.

**Выводы.** Однократное введение октреотида-депо в дозе 20 мг позволяет контролировать уровень ферментов поджелудочной железы в пределах физиологической нормы, что снижает риск развития острого послеоперационного панкреатита, реактивного плеврита, стойкого пареза кишечника.

## ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ЗАМЕЩЕНИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ

С.В. ПАТАЛЯК

*ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Минздравсоцразвития, г.Томск*

Постоянное совершенствование комбинированного подхода к лечению опухолей костной системы привело к тому, что в настоящий момент стало возможным выполнение малоинвазивных вмешательств без снижения эффективности лечения (общей выживаемости, безрецидивного периода). Однако после данных операций образуется пострезекционный дефицит костной ткани, требующий пластического замещения. При проведении пластики необходимо, с одной стороны, восполнить дефект, восстановив тем самым опороспособность и повысив прочность кости; с другой – создать оптимальные условия, для собственных остеорепаративных процессов.

Оптимизация репаративного остеогенеза – это создание благоприятных условий для реализации собственного остеогенного потенциала индивидуума. Остеорепарация в условиях использования биоматериалов обеспечивается в

первую очередь их остеоиндуктивными свойствами. Остеоиндукция – «процесс, который поддерживает митогенез недифференцированных мезенхимальных клеток, приводящий к формированию клеток предшественников остеобластов, способных формировать новую кость» (Urist, 1980). Остеогенные свойства биоматериалов зависят от их физико-химических характеристик, биосовместимости и структуры поверхности (архитектоники, размера пор и объема пористости). В условиях малоинвазивного доступа становится затруднительным применение «золотого стандарта» пластических замещений – аутокости. Использование пластических препаратов на основе донорской кости и полимерных материалов не является идеальным в силу ряда нежелательных свойств: повышенной антигенной нагрузки в первом случае и недостаточности остеоиндуктивного потенциала во втором. Таким образом, ранее