

тканью опухоли от больных без метастазов в регионарные лимфоузлы значимых различий получено не было.

Иммуногистохимический анализ показал, что выраженность экспрессии белка AKR1B10 в нормальном и метаплазированном эпителии слизистой оболочки не различалась. При кишечном типе рака интенсивность экспрессии AKR1B10 не отличалась от таковой в нормальном или метаплазированном эпителии. При диффузном типе рака желудка экспрессия была менее выраженной в сравнении с экспрессией AKR1B10 в цитоплазме клеточных элементов карциномы кишечного типа (соответственно, $2,0 \pm 0,6$ и $2,7 \pm 0,5$; $F=13,9$; $p=0,0005$). При кишечном типе рака желудка экспрессия AKR1B10 в железистоподобных структурах, располагающихся в серозной оболочке, была ниже ($36,7 \pm 30,1$ %) в сравнении с экспрессией этого маркера в подобных структурах в слизистой оболочке ($87,2 \pm 16,9$ %; $p=0,0000$), подслизистой ($79,9 \pm 22,7$ %; $p=0,002$) и мышечной ($73,4 \pm 31,2$ %; $p=0,038$) оболочках. В паренхиматозном компоненте диффузного рака желудка процент экспрессии AKR1B10 не зависел от глубины расположения разных структур в стенке желудка. Кроме того, при кишечном типе рака желудка в случаях с наступлением летальных исходов отмечалось снижение процента экспрессии AKR1B10 в клетках, формирующих желези-

стоподобные структуры, располагающиеся в слизистой оболочке желудка, в сравнении со случаями с благоприятным исходом заболевания (соответственно, $76,7 \pm 24,9$ % и $92,5 \pm 7,7$ %; $F=6,1$; $p=0,02$).

Выводы. По сравнению с нормальной тканью опухолевая ткань желудка отличается пониженным уровнем экспрессии гена *AKR1B10* как при диффузном, так и интестинальном гистотипах. Значимое понижение экспрессии отмечено, начиная с ранних стадий процесса (T1-T2), и связано с вовлечением лимфатических узлов. Кишечный и диффузный типы рака желудка отличаются как по выраженности экспрессии белка AKR1B10 в клетках новообразования, так и по прогностической значимости этого маркера. Существенные различия в характере и интенсивности белковой экспрессии AKR1B10 в клетках диффузных и интестинальных опухолей указывают на разные механизмы его вовлечения в патогенез этих типов злокачественных новообразований желудка. Полученные данные свидетельствуют о возможной роли AKR1B10 в патогенезе РЖ и об актуальности дальнейших исследований для оценки его диагностической и прогностической значимости.

Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (09-04-99072) и Международного научно-технического центра (# 3909).

ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

П.В. СУРКОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Злокачественные опухоли головы и шеи занимают 6-е место по распространенности во всем мире и составляют 1,8–2,2 % в структуре общей заболеваемости злокачественными опухолями. Современная своевременная диагностика этой патологии является актуальной проблемой в онкологии. Ввиду скрытого клинического течения, слож-

ности анатомо-топографического строения, инфильтративного характера роста, онкологи чаще встречаются с местно-распространенным процессом. Доля пациентов с III–IV стадиями составляет 60–70 %. Методы лучевой диагностики злокачественных опухолей гортани позволяют правильно оценить распространенность первичного патологического процесса

и рецидивных злокачественных образований гортани, а также ответ на химиотерапию, которая используется в неоадьювантном режиме для обеспечения радикальности оперативного вмешательства или проведения органосохраняющего лечения.

Цель исследования. Изучить возможности использования динамической контрастированной спиральной компьютерной томографии в оценке эффективности предоперационной химиотерапии у больных раком гортани и гортаноглотки.

Материал и методы. Проведено исследование 62 пациентов со злокачественными опухолями гортани на спиральном компьютерном томографе «Somatom Emotion 6». Выполняли срезы толщиной 1,25 мм, с последующим стандартным алгоритмом реконструкции. Исследование проводилось в аксиальной проекции, параллельно голосовым складкам, при этом зона исследования включала область от корня языка до нижнего края перстневидного хряща. Сканирование выполняли до, во время и после внутривенного болюсного контрастирования омнипаком в объеме 100 мл, скорость введения – 4 мл/сек. Компьютерная томография производилась и при фонации во время непрерывного произношения звука «и». Спиральная компьютерная томография выполнялась до лечения и после проведения двух курсов химиотерапии.

Результаты. При анализе данных в 22,6 % случаев процесс носил изолированный характер, было выявлено поражение голосовых складок,

вестибулярных складок, передней комиссуры, надскладочного отдела, опухолевое поражение надгортанника. При СКТ в 13 % выявлялось увеличение объема структур глотки. Инвазия хрящей гортани, мягких тканей шеи, сосудистых структур выявлена у 8,05 % больных раком гортани и гортаноглотки. После проведения двух курсов химиотерапии отмечалось уменьшение размеров опухоли в 54 %. При этом регрессия на 50 % выявлена у 16 % больных, на 25 % – у 38 %, у 46 % – размеры опухоли не изменились. Важно отметить, что увеличение размеров не отмечено после курсов химиотерапии. Чаще всего менялись размеры опухоли у больных с экзофитным характером роста.

Выводы. Включение СКТ в алгоритм обследования больных раком гортани и гортаноглотки позволяет на этапе диагностики получить дополнительную информацию о протяженности и адекватно оценить истинную распространенность опухолевого процесса, уточнить стадию заболевания и правильно определить тактику лечения. Применение СКТ с внутривенным болюсным контрастированием можно считать оправданным в оценке результатов предоперационной химиотерапии, используемой в комбинированном лечении больных раком гортани и гортаноглотки, так как она позволяет определить степень регресса первичной опухоли, особенно при эндофитном характере роста у пациентов с местнораспространенным опухолевым процессом.

МЕТОДИКА МОНИТОРИНГА РАКА ГОРТАНИ НА ЭТАПАХ ЛУЧЕВОГО И ХИМИЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

И.Ю. СУРОВЦЕВ, В.Н. КОРОЛЕВ, К.И. КУЛАЕВ, К.С. ЗУЙКОВ

*Челябинский областной клинический онкологический диспансер
Уральская клиническая база «Российский научный центр рентгенорадиологии Росздрава», эндо-
скопическое отделение, г. Челябинск*

Актуальность. Рак гортани занимает 9-е место в структуре общей онкологической заболеваемости в РФ, составляя 2–5 %. В Российской Федерации традиционным методом лечения больных плоскоклеточным раком гортани остается комбинированный метод, включающий

лучевую терапию и ларингоэктомия. В течение последних 10 лет подходы к лечению рака гортани существенно изменились благодаря появлению новых противоопухолевых препаратов, а также широкому применению оптимальных вариантов химиотерапии в сочетании