

Выявлено, что уровень ИФР-II в опухолях эндометрия связан с экспрессией PR. Так уровень ИФР-II в PR-позитивных опухолях составил $5,21 \pm 0,70$ нг/мг, а в PR-негативных – $10,50 \pm 1,30$ нг/мг ($p < 0,05$).

Выводы. Впервые показано, что в аденокарциномах эндометрия уровень ИФР-II, IGFBP-3 и

IGFBP-4 взаимосвязан с экспрессией ER, PR и PTEN. Рецепторнегативные опухоли характеризовались высоким уровнем IGFBP-3, IGFBP-4 и ИФР-II, в то же время высокий уровень IGFBP-3 коррелировал с высоким уровнем экспрессии PTEN.

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЩИНЫ КОЖИ У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ ТУЛОВИЩА

А.В. БАННОВА, О.М. КОНОПАЦКОВА

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Росздрава

Актуальность. Традиционно меланوما кожи считается злокачественной опухолью с вариабельным и зачастую непредсказуемым клиническим течением. В то же время локальная меланوما кожи не является болезнью с однозначно плохим прогнозом. Стойкое излечение после хирургического иссечения первичного очага опухоли на ранних стадиях развития может быть достигнуто у 80–90 % больных. В настоящее время четко показано, что рутинно широкое иссечение (4–5 см от краев опухоли) не улучшает ни ближайших, ни отдаленных результатов лечения. Невозможность измерения толщины опухоли до хирургического вмешательства диктует необходимость учета толщины кожи на различных участках тела.

Цель исследования. Показать целесообразность учета толщины кожи на различных участках туловища при планировании объема оперативного вмешательства у больных меланомой.

Материал и методы. Материалом исследования послужили данные о 134 больных меланомой кожи туловища I–III стадий, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии и онкологии за период с 2001 по 2005 г. Наиболее частой локализацией опухоли была область спины – 55,2 %. На коже живота меланوما была у 22,4 %, на коже передней грудной стенки – у 17,2 %, ягодичной области – у 5,2 % пациентов. Выполнялось иссечение опухоли с окружающими тканями, с последующей пластикой дефекта свободным или перемещенным кожным лоску-

том. Отступ от границ опухоли определялся в зависимости от полученных при измерении толщины кожи результатов. Ранее проводилось микроморфометрическое исследование кожи с грудной клетки, спины, ягодичной области, передней брюшной стенки у 50 человек, умерших не от злокачественных новообразований в возрасте 18–78 лет.

Результаты. По результатам микроморфометрического исследования средние величины общей толщины кожи составили: в области грудной стенки – 1906,0 мкм; в области спины – 2333,0 мкм; в ягодичной области – 3234,6 мкм; в области живота – 3883,6 мкм. Отмечено, что средняя толщина кожи грудной стенки и спины меньшая по сравнению с кожей живота и ягодичной области. Больные с локализацией меланомы на животе и ягодичной области отобраны в первую группу. Вторую группу составили больные с локализацией опухоли на передней грудной стенке и спине. Средний размер меланомы, в максимальном измерении, в двух группах существенно не отличался и составил: в первой группе – 1,4 см, в контрольной группе – 1,6 см. Больным из первой группы выполнено экономное иссечение опухоли с отступом от визуальных границ 2 см. Больным из второй группы выполнено широкое иссечение с отступом 4–5 см. Провели контроль чистоты радикальности операции с помощью гистологического исследования. Во всех случаях по линии резекции опухолевого роста не было. При гистологическом исследовании толщина опухоли по

Breslow существенно не отличалась, составив 2,6 мм и 2,4 мм в первой и второй группах соответственно. Период наблюдения за больными составил 5 лет. За это время местный рецидив отмечен в первой группе у 11 человек (11,3 %), во второй группе – у 4 человек (10,8 %). Отдаленные метастазы выявлены были у 5 человек

из первой группы и у двух пациентов из второй группы – 5,1 % и 5,4% соответственно.

Выводы. Знание толщины кожи на различных участках туловища у больных меланомой позволяет уменьшить объем оперативного вмешательства без риска ухудшения отдаленных результатов.

ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БИОМОЛЕКУЛ В ЭРИТРОЦИТАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РАКА ЛЕГКОГО

Р.Н. БЕЛОНОГОВ, Н.М. ТИТОВА, А.А. САВЧЕНКО

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет», г. Красноярск

Актуальность. В развитии рака легкого существенную роль играет системное действие опухоли на организм. В процессе опухолевой прогрессии происходит изменение показателей окислительного стресса в организме больного, что связано с дисбалансом процессов образования и удаления свободных радикалов и продуктов их взаимодействия с биологическими молекулами. Окисление биологических молекул, входящих в состав эритроцитов, может играть роль в нарушении их функций, что может приводить к соответствующим гематологическим нарушениям в развитии онкологического заболевания.

Цель работы. Исследовать уровень окислительной модификации биомолекул в эритроцитах больных на различных стадиях рака легкого.

Материал и методы. На базе Красноярского краевого онкологического диспансера обследовано 72 больных мужского пола с раком легкого средний возраст составил $53,4 \pm 2,4$ года. В контрольную группу входили 35 здоровых доноров. В эритроцитах больных исследовали содержание карбонильных производных белков (КПБ), молекул средней массы (МСМ), диеновых конъюгатов (ДК) и ТБК-активных продуктов.

Результаты. В зависимости от стадии рака легкого, в эритроцитах наблюдаются следующие изменения содержания маркеров окислительной модификации белков. При II стадии заболевания в эритроцитах происходит

увеличение содержания КПБ на 119 %, при III стадии их уровень снижается до 105 %, при IV стадии падает до уровня контрольной группы. Уровень МСМ в эритроцитах при II стадии увеличился на 24 %, при III – на 22 % и при IV – на 16 %. Уровень ДК в эритроцитах при II стадии был ниже контрольных значений – на 65,4 %, при III – на 53,5 %, при IV стадии уровень ДК упал на 74,7 % относительно контроля. Уровень ТБК-активных продуктов при II стадии был снижен относительно контроля на 35,1 %, при III стадии – на 21,6 %, при IV стадии превышал контрольные значения – на 13,6 %.

Выводы. При раке легкого довольно рано наблюдаются повышение СОЭ, характерны нарушения гемостаза и анемия, которые прямо или опосредованно связаны с функцией эритроцитов. Состояние эритроцитов, в свою очередь, зависит от их химического состава, который может изменяться при нарушениях редокс состояния окружающей среды. В ходе заболевания происходят изменения всех исследованных показателей окисления белков и липидов, которые, в свою очередь, зависят от стадии патологического процесса. Окислительная модификация белков и липидов в составе эритроцитов может приводить к их дисфункции и играть роль в развитии гематологических нарушений и, следовательно, играет роль в патогенезе системного действия опухоли при опухолевой прогрессии.