

факт обеспечивает начальную чувствительность опухоли к цитостатикам, лучевому лечению, что и определяет выбор терапевтической тактики. Было показано, что проведение химиотерапии в лечении пациентов с локализованным МРЛ сопровождается высоким количеством местных рецидивов – более чем у 75 %. Дополнительное назначение лучевой терапии приводит к значительной, от 30% до 60 %, редукции риска интраторакальных рецидивов болезни. Выбор оптимального времени начала проведения лучевой терапии (ЛТ) относительно химиотерапии остаётся до сих пор не решённым, как и вопрос о выборе дозы и режиме фракционирования лучевой терапии. Агрессивное противоопухолевое воздействие вызывает необходимость оптимизации схем полихимиотерапии, доз препаратов с целью уменьшения токсичности лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность химиолучевого лечения ограниченного мелкоклеточного рака лёгких в зависимости от времени начала лучевой терапии при проведении одновременного химиолучевого лечения.

Материал и методы. 110 больным с ограниченной стадией МРЛ было проведено не менее 4–6 циклов химиотерапии в сочетании с лучевой терапией. Обязательным условием для включения пациента в исследование было наличие морфологической верификации опухолевого процесса. Всем больным проводилась также лучевая терапия. Основное отличие между изучаемыми группами заключалось во времени начала проведения облучения опухоли

по отношению к химиотерапии. Так, в группе I дистанционная гамма-терапия осуществлялась одновременно с лекарственным лечением, в группе II лечение выполняли последовательно, после завершения химиотерапии и купирования токсических реакций.

Результаты. Результативность химиолучевого лечения в обеих группах оказалась высокой. Показатели общей эффективности находились в пределах 70–80 %, различия статистически недостоверны. Частота полных ответов на лечение оказалась незначимо выше в группе раннего начала лучевой терапии, чем при её отсроченном проведении. Как известно, проведение одновременного химиолучевого лечения сопровождается более высокой токсичностью по сравнению с последовательными режимами. Нами также отмечено увеличение частоты токсических реакций при раннем начале ЛТ в комбинации с химиотерапией. Обращает на себя внимание зависимость возникновения нежелательных явлений от варианта последовательности проведения ЛТ и ХТ. Так, наименьшая токсичность зарегистрирована в группе последовательного проведения ЛТ и ХТ. Лечение сопровождалось достоверным увеличением осложнений в группе раннего проведения ЛТ одновременно с ХТ.

Выводы. Одномоментное проведение химиотерапии и лучевого лечения в составе комплексного лечения пациентов с ограниченным мелкоклеточным раком лёгкого увеличивает эффективность терапии при одновременном повышении частоты токсических реакций.

ЗАВИСИМОСТЬ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК ОПУХОЛИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРИ КИШЕЧНОМ И ДИФFUЗНОМ ТИПАХ РАКА ЖЕЛУДКА

М.В. ЗАВЬЯЛОВА^{1,2}, И.В. СТЕПАНОВ^{1,2}, С.В. ВТОРУШИН^{1,2},
О.В. САВЕНКОВА¹, А.В. АВГУСТИНОВИЧ¹, А.О. КАРПОВА²

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск¹

*ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет
Минздравоохранения России», г. Томск²*

Актуальность. Рак желудка является одним из наиболее распространенных злокачественных

новообразований. Пролиферативную активность называют перспективным прогностическим

маркером. Наиболее информативным маркером пролиферативной активности считают экспрессию Ki67. Известно, что при кишечном типе рака желудка высокая пролиферативная активность наблюдается чаще, в сравнении с диффузным типом новообразования. Опухоли с глубокой инвазией характеризуются более высокой экспрессией Ki67. Однако в литературе не описаны случаи изучения данного параметра в зависимости от детального морфологического строения опухоли и от локализации тех или иных опухолевых структур в разных слоях стенки желудка.

Цель исследования. Изучить пролиферативную активность клеток опухоли в зависимости от морфологического строения новообразования и от глубины инвазии стенки желудка при кишечном и диффузном типе рака.

Материал и методы. Исследовался операционный материал от 65 больных кишечным и от 42 больных диффузным типом рака желудка стадии T₁₋₄N₀₋₃M₀, не получавших предоперационного лечения. Иммуногистохимическое исследование выполнялось по стандартной методике. Для изучения пролиферативной активности клеток новообразования использовались антитела фирмы «Dako» к Ki67 (клон MIB-1, RTU, мышинные). При кишечном типе рака желудка оценивали процент экспрессии Ki67 в клетках железистоподобных, криброзных структур новообразования и в дискретных мелких группах опухолевых клеток, располагающихся в слизистом, подслизистом, мышечном и серозном слоях стенки органа. При диффузном типе рака изучали процент экспрессии Ki67 в мелких дискретных группах опухолевых клеток, находящихся на разной глубине инвазии. Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. При кишечном типе рака желудка

уровень экспрессии Ki67 был значимо ниже ($4,8 \pm 3,3$ %) в клетках, формирующих железистоподобные структуры, располагающиеся в серозной оболочке, в сравнении с экспрессией в подобного рода структурах, находящихся в слизистой оболочке – $33,7 \pm 22,7$ % ($p=0,02$). Подобного же рода закономерность прослеживалась и в отношении экспрессии Ki67 в клетках, формирующих криброзные структуры. Уровень экспрессии Ki67 в этих структурах в серозной оболочке был меньшим ($12,7 \pm 15,6$ %), в сравнении с этим показателем в структурах, обнаруживаемых в слизистом слое ($48,4 \pm 27,2$ %; $p=0,009$). При кишечном типе рака желудка пролиферативная активность в дискретно расположенных группах опухолевых клеток не была связана с глубиной их инвазии в стенку органа, но отличалась от таковой в железистоподобных структурах. Так, частота экспрессии Ki67 в группах опухолевых клеток, выявляющихся в слизистой оболочке, составляла $19,5 \pm 18,7$ %, а в железистоподобных структурах на этой же глубине инвазии – $33,7 \pm 22,7$ % ($p=0,09$). При диффузном типе рака уровень экспрессии Ki67 в мелких группах опухолевых клеток, находящихся в серозной оболочке, был ниже ($3,2 \pm 1,6$ %) в сравнении с этим показателем в подобных структурах, располагающихся в серозной оболочке ($24,5 \pm 27,9$ %; $p=0,07$).

Выводы. Выявленные отличия пролиферативной активности опухолевых клеток, связанные с глубиной инвазии в стенку желудка, могут являться основой для проведения фундаментальных исследований механизма инвазивного роста при раке желудка.

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

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ – ЗВЕНО В СХЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

А.С. ЗАГАЙНОВ, Р.А. ЗУБКОВ

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, кафедра онкологии

Актуальность. Лечение колоректального рака с метастатическим поражением печени – акту-

альная и сложная проблема. Слабый уровень развития медицины и онкологии, в частности.