

опухолей позволит снизить уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями различных локализаций вообще и в частности колоректальным раком.

Сулейменова А.Т.¹, Сандыбаев М.Н.¹, Манамбаева З.А.², Жоламанова А.А.², Елемесова Ж.Н.²

ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

¹Региональный онкологический диспансер, ²Государственный медицинский университет, г. Семей, Республика Казахстан

Все составляющие современного комплексного лечения онкологических заболеваний оказываются факторами, индуцирующими иммуносупрессию по клеточному типу, что крайне опасно, так как опухоль в свою очередь также использует механизмы супрессии для уменьшения ответа организма на ее наличие. Развивается и имеется ряд научных подтверждений, согласно которым в процессе неогенеза происходит нарушение баланса между продукцией про-неопластических (IL-6, кислотолабильная фракция IFN- α/β), антинеопластических (IL-2, кислотостабильная фракция IFN- α/β , TNF- α), и других регуляторных цитокинов.

Нами была изучена динамика содержания некоторых иммунорегуляторных цитокинов в крови больных раком яичников. Настоящее исследование проведено на базе Регионального онкологического диспансера г. Семей и Государственного медицинского университета г. Семей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что по содержанию IL-2 в сыворотке крови у больных раком яичников III стадии отмечалась тенденция к его снижению в процессе полихимиотерапии (ПХТ), в результате чего уровень данного показателя при повторном исследовании был на 37,2% ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Содержание IL-6 в динамике уменьшалось достоверно (на 20,8%, $p < 0,05$), различия с контрольной группой достигли 47,9% ($p < 0,01$). Имелась тенденция к уменьшению содержания в крови IL-10, приведшая к наличию достоверных различий с показателем группы здоровых лиц (на 11,8%, $p < 0,05$). В ходе ПХТ у больных раком яичников было выявлено дальнейшее повышение содержания IL-12 в крови, хотя и недостоверное в сравнении с исходным показателем, однако приведшее к почти семикратному повышению уровня данного цитокина над показателем контрольной группы практически здоровых лиц ($p < 0,01$).

Как следует из ранее приведенных данных, многие иммунологические показатели у больных наиболее тяжелыми формами злокачественного новообразования, рассматриваемыми в рамках настоящей работы, а именно раком яичников III стадии, имели меньшие отклонения от контрольной группы, чем при менее запущенных стадиях злокачественных новообразований. Данная особенность в полной мере проявлялась и в отношении содержания цитокинов в крови у обследованных больных раком яичников

III стадии. Так, по содержанию IL-2 отмечалось наиболее выраженное снижение как до начала ПХТ, так и в ее процессе. Кроме того, достоверной была и степень снижения данного показателя в процессе ПХТ (на 18,0%, $p < 0,05$). По отношению к контрольной группе его величина была ниже на 63,7% ($p < 0,01$). Наиболее значительно среди всех обследованных групп снижалось также содержание в крови IL-10. Различия со средним показателем у здоровых лиц при повторном обследовании составили 22,4% ($p < 0,05$). При проведении ПХТ у больных раком яичников III стадии отмечались значительно более низкие средние значения, чем при II стадии. Динамика их изменений была направлена на увеличение, причем степень превышения показателя над контрольным достигла 3,5 раза ($p < 0,01$).

Таким образом, в целом следует отметить, что проведение специфической противоопухолевой терапии усугубляло имеющиеся отклонения от среднего уровня контрольной группы по содержанию интерлейкинов в подавляющем большинстве случаев. Особенностью больных с III стадией злокачественного новообразования явилось прогрессирующее угнетение различных механизмов цитокиновой регуляции в процессе химиотерапии.

Фараджев О.Ф., Ахадова А.Т., Рафиева Н.Т., Асланова А.М., Мамедов К.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Военный госпиталь Министерства национальной безопасности Азербайджанской Республики, г. Баку, Азербайджан

Ежегодно в мире рак легкого диагностируется у 1,2 млн человек, а более 1 млн человек умирают от него. За последние годы в Азербайджане значительно возросло количество заболевших раком легкого, особенно среди некурящих женщин. Немелкоклеточный рак легкого составляет 80–85% случаев.

К сожалению, около 60% больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) обращаются за лечением на поздних (III и IV) стадиях болезни.

В последние годы достигнуты значительные успехи в терапии злокачественных образований, в первую очередь, за счет разработки инновационных лекарственных препаратов. Это стало возможным благодаря фундаментальным открытиям в молекулярной биологии и генетике. Были выявлены десятки генов опухолевого роста, а также определены основные пути передачи сигналов в клетки, что позволило обнаружить новые мишени для медикаментозной терапии. Одной из таких мишеней является рецептор эпидермального фактора роста – EGFR.

Данную мутацию при НМРЛ отмечают примерно у 10% представителей европейской популяции и у 30% жителей стран Азии. В контексте лечения НМРЛ таргетное воздействие на EGFR вызывает большой интерес.

Как результат этих открытий были созданы и изучены два таблетированных препарата – селективно обратимые ингибиторы тирозинкиназы рецептора эпидермального фактора роста – гефитиниб (иресса) и эрлотиниб (тарцева).

Задача исследования – изучение эффективных методов лечения III и IV стадии НМРЛ при негативном или позитивном статусе EGFR. Определение уровня выживаемости без прогрессирования заболевания.

Материал и методы. В нашем исследовании участвовало 133 больных НМРЛ III и IV стадии, которые проходили лечение в период с 2009 по 2015 г. в Онкологическом центре и военных госпиталях Министерства национальной безопасности и Государственной пограничной службы Азербайджанской Республики. Из 133 больных 82 мужчины и 51 женщина в возрасте от 40 до 80 лет.

У всех больных верифицирован гистологический диагноз, у 73 – проведено исследование EGFR-статуса. Исследуемые были разделены на 3 группы.

В 1-й группе 61 больной – статус EGFR не исследован. Больные получили различные схемы химиотерапии на основе препаратов платины по 4–6 курсов.

Во 2-й группе 47 больных – EGFR-статус негативный. Больные проходили курс химиотерапии с последующей поддерживающей терапией тарцевой при дозировке 150 мг/м² в день в течение 4–8 мес.

В 3-й группе собраны 25 больных с положительным EGFR-статусом. Больные принимали тарцеву по 150 мг/м² в день в течение 4–8 мес.

Результаты. Все 133 больных успешно окончили запланированный курс лечения. С целью выбора оптимальных методов лечения нами проведен сравнительный анализ.

В 1-й группе, получавшей только химиотерапию, объективный ответ на лечение был у 16 (12,5%) больных.

Во 2-й группе объективный ответ был у 19 (14,1%) больных, а в 3-й – у 98 (73,2%) больных. Кроме того, только в 3-й группе у 5 больных наблюдалась полная ремиссия, которой не было в других группах.

Медиана безрецидивной выживаемости для 1-й группы составила 3,8 мес, для 2-й – 4,1 мес, а для 3-й – 14,1 мес.

Суммируя результаты можно отметить, что лечение эрлотинибом в 1-й линии терапии больных НМРЛ с позитивным EGFR- статусом по сравнению с химиотерапией почти утраивает как уровень объективного ответа, так и показатель безрецидивной выживаемости.

Одновременно в ходе лечения у некоторых больных наблюдались нежелательные гематологические и негематологические явления. Наиболее часто встречающиеся осложнения в группе больных, получавших химиотерапию, были анемия, нейтропения и тромбоцитопения.

В группе больных, получавших эрлотиниб, в основном отмечались негематологические нежелательные явления, такие как диарея и сыпь. У 3 больных в связи с выраженной сыпью доза тарцевы была редуцирована. Серьезных осложнений, требующих прерывания лечения, в обеих группах не отмечалось. Нежелательные явления III и IV степени проходили после соответствующего лечения.

Выводы

1. Эрлотиниб в 1-й линии терапии больных НМРЛ с позитивным EGFR-статусом, почти утраивает период жизни без прогрессирования заболевания (14,1 мес против 4,9 мес).

2. Частота объективного ответа существенно не увеличивалась в группе с последующей поддерживающей терапией тарцевой по сравнению с группой получавших только химиотерапию.

3. У больных с негативным EGFR- статусом добавление тарцевы для поддерживающей терапии после получения химиотерапии существенно не увеличивает выживание без прогрессирования заболевания (4,1 мес против 3,8 мес).

Филиппова Ю.Г.¹, Игнатъев Ю.Т.¹, Харченко Т.В.², Копыльцов Е.И.², Леонов О.В.²

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПСЕВДОКАПСУЛЫ ОПУХОЛИ ПОЧКИ И РЕШЕНИИ ВОПРОСА ОБ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ

¹ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России; ²БУЗОО «Клинический онкологический диспансер», г. Омск, Россия

Цель данного исследования – оценить диагностическую эффективность мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастированием в визуализации псевдокапсулы опухоли почки.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 74 пациента (40 мужчин, 34 женщины, средний возраст 54±2,1 года). Всем пациентам было выполнено хирургическое лечение с последующей макроморфологической оценкой удаленной опухоли и гистологическим анализом. Во всех случаях диагностирован почечно-клеточный рак (ПКР). МСКТ-изображения были получены в нативную, артериальную, портальную и нефрографическую-экскреторную фазы.

Наличие непрерывного кольцевидного ободка высокой или пониженной денситометрической плотности, окружающего новообразование, принималось за наличие псевдокапсулы. Точность МСКТ в обнаружении псевдокапсулы определяли по сравнению с результатом гистологического исследования. Выполнялся анализ нативных изображений в аксиальной проекции и многоплоскостных реформаций в поперечной, коронарной и сагиттальной проекции в каждую фазу контрастирования отдельно.

Критерий Хи-квадрат был использован для сравнения эффективности анализа многоплоскостных реформаций в каждую фазу контрастирования с гистологическими результатами.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного исследования средний диаметр опухоли