

ется ингибирование экспрессии гена *hTERT*. Доказано, что ингибирование экспрессии этого гена ведет к потере активности теломеразы, что, скорее всего, приведет к потере теломеров и хромосомной нестабильности, что также может индуцировать апоптоз.

Выводы. Молекулярный механизм действия исследованных тритерпенов связан со снижением экспрессии онкогенов *hTERT*, *Bcl-2*, *Cyclin D1*, блокирующих противоопухолевую

защиту клеток. Такие изменения приводят к торможению пролиферации опухолевых клеток и апоптозу. Представленные данные показывают перспективность дальнейшего изучения противоопухолевого действия высших терпеноидов, которое позволит в будущем осуществить направленный синтез производных с повышенной специфичностью воздействия на молекулярные мишени опухолевых клеток.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОАДЪЮВАНТНОГО ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ОРГАНСОХРАННЫМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

Д.А. ШИШКИН

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Актуальность. Лечение рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, несмотря на успехи современной онкологии, представляет собой одну из сложнейших проблем. Для опухолей этой локализации характерно быстрое распространение на соседние анатомические структуры, поэтому удельный вес больных с поздними стадиями достигает 70–75 %, а показатели 5-летней выживаемости, как правило, не превышают 30–43 %. Возможности комбинированного лечения этих опухолей, заключающееся в радикальной операции с пред- или послеоперационной лучевой терапией весьма ограничены, особенно при распространенных формах. В отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН изучается метод комбинированного лечения опухолей данной локализации с применением неoadъювантной химиолучевой терапии в сочетании с органосохранными и функционально-щадящими операциями.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и качества жизни больных со злокачественными опухолями орофарингеальной области путем использования современных противоопухолевых препаратов в сочетании с

лучевой терапией и органосохранным хирургическим лечением.

Материал и методы. В исследуемые группы включены больные не старше 70 лет с местнораспространенными опухолями полости рта и ротоглотки. Исследуемая группа: пациенты с первичными злокачественными опухолями полости рта и ротоглотки II–III стадии, которым проводилась гамма-терапия в стандартном режиме в СОД 60 изоГр на область первичного опухолевого очага и регионарного лимфооттока с оценкой эффекта на дозе 40 изоГр в сочетании с 2 курсами полихимиотерапии по схеме: Паклитаксел (175 мг/м² в/в капельно в 1-й день), Карбоплатин (расчет дозы на AUC 6, в/в капельно в 1-й день) с интервалом 4 нед. В зависимости от непосредственной эффективности химиолучевого лечения исследуемая группа разделена на подгруппу А – пациенты с эффективным химиолучевым лечением (на дозе 40 изоГр эффект лечения более 50 %). Этим больным лечение проводится по радикальной программе (до 60 изоГр) с последующим динамическим наблюдением. Подгруппа Б – пациенты с неэффективным химиолучевым лечением (на дозе 40 изоГр эффект лечения менее 50 %).

Этим больным на 2-м этапе лечения наряду с операцией на лимфопутях планируется проведение органосохранного хирургического лечения. В контрольную группу включены пациенты с местно-распространенными опухолями орорфарингеальной области, которым проводилось комбинированное лечение, включающее типовые операции и послеоперационный курс ДГТ в стандартном режиме.

Результаты. С использованием данного комплекса мероприятий пролечено 6 больных (5 мужчин и 1 женщина) с опухолями полости рта и ротоглотки III–IV стадии. У всех пациентов отмечен клинический эффект после проведения 1-го этапа лечения – химиолучевой терапии. В 1 случае наблюдалась лейкопения I степени и нейросенсорные расстройства. У троих из шести пациентов был отмечен польный клинический эффект, и больные наблюдаются в динамике. У остальных больных зарегистрирована частичная регрессия опухоли и метастазов

(до 50 %), что позволило выполнить II этап лечения в объеме органосохранных операций. Проведение неоадьювантной химиолучевой терапии не отразилось на сроках заживления послеоперационной раны.

Выводы. Комбинированное лечение с использованием неоадьювантной химиотерапии по схеме РС (Паклитаксел + Карбоплатин) в сочетании с лучевой терапией показало высокую непосредственную эффективность по отношению к опухолям орорфарингеальной области. Проведенное лечение позволило в ряде случаев воздержаться от хирургического лечения, а в остальных случаях выполнить органосохранные и функциональнощадящие операции. Внедрение методики комбинированного лечения с предоперационной химиолучевой в сочетании с органосохранными и функциональнощадящими хирургическими вмешательствами представляется необходимым и аргументированным.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ СИГМОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

А.В. ШКРАДЮК, Д.А. ЧАЛБАШ

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Актуальность. Двухмоментные оперативные вмешательства в хирургическом лечении больных раком прямой и сигмовидной ободочной кишки прочно вошли в арсенал ургентной хирургии и используются у 40–80 % больных с осложнениями в течении заболевания. Наиболее часто выполняется операция обструктивной резекции прямой кишки по Гартману. Несмотря на значительные преимущества подобного оперативного вмешательства, операции Гартмана присущи и недостатки, связанные с наличием функционирующей колостомы и необходимостью ее закрытия оперативным путем. Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства на левых отделах толстой кишки сопряжены с высоким риском развития ранних послеоперационных осложнений, ве-

дущим среди которых является несостоятельность швов анастомоза, приводящая к развитию общего перитонита у 30–40 % больных. В настоящее время имеется несколько вариантов реконструкции: «ручной» анастомоз между культей прямой кишки и сигмовидной кишкой – сигморектальные термино-латеральные и термино-терминальные соустья; анастомоз, выполняемый путем наложения механического шва с использованием сшивающих аппаратов типа АКА, КЦ-28 и др.; низведение ободочной кишки через культю прямой кишки; брюшно-анальная резекция культи прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал; илеоколонопластика. Наиболее популярными методами восстановления непрерывности кишечника после операции Гартмана являются