

тоническая болезнь), превалирование пациенток с «высоким» риском прогрессирования заболевания, высокий процент прогрессирования за-

болевания после проведенного лечения, неудовлетворительные отдаленные результаты.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ

И.Р. АХМЕТОВ, В.Г. МАСЛОВ, К.В. СЕМИКОПОВ,  
А.В. КОМИССАРОВ, А.А. АНТОНОВ

*ГЛПУ «Челябинский областной онкологический диспансер»*

**Актуальность.** В настоящее время не разработана единая тактика в отношении регионарных лимфатических узлов при лечении меланомы кожи туловища и конечностей.

**Цель исследования** состояла в оптимизации лечебной тактики и улучшении результатов лечения меланомы кожи.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились 227 больных меланомой кожи туловища, которых разделили на три группы: 1) профилактическая лимфаденэктомия не проводилась, 2) профилактическая лимфаденэктомия проводилась в сроки менее 4 нед после иссечения первичной опухоли, 3) профилактическая лимфаденэктомия проводилась в сроки более 4 нед после иссечения первичной опухоли. Изучение общей и безрецидивной выживаемости в исследуемых группах проводилось с помощью метода многофакторного линейного регрессионного анализа и метода Каплана–Мейера.

**Результаты.** Доказана зависимость результатов лечения (общей и безрецидивной выживаемости) от сроков проведения профилактической лимфаденэктомии после иссечения первичной

меланомы кожи. Установлено, что оптимальным является проведение профилактической лимфаденэктомии в срок от 4 до 8 нед после удаления первичной опухоли – такой способ лечения позволяет достоверно улучшить общую и безрецидивную выживаемость по сравнению со способом лечения без использования профилактической лимфаденэктомии. Проведение профилактической лимфаденэктомии в срок менее 4 нед после иссечения первичной меланомы кожи не оказывает статистически значимого влияния на результаты лечения и поэтому не рекомендуется. Для определения показаний к выполнению профилактической лимфаденэктомии предложена математическая модель, позволяющая прогнозировать появление метастазов в регионарные лимфатические узлы. При этом выявлено, что при меланоме кожи туловища и конечностей наиболее значимым прогностическим фактором, оказывающим влияние на вероятность регионарного метастазирования, а также на общую и безрецидивную выживаемость, является степень инвазии первичной опухоли.

## ПРОТИВООПУХОЛЕВОЕ И ИММУНОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ КСЕНО- И АУТОВАКЦИНОТЕРАПИИ У МЫШЕЙ

С.Н. БЕЛОГОРОДЦЕВ, Э.А. КАЩЕНКО, Г.В. СЕЛЕДЦОВА, А.А. ШИШКОВ,  
Д.М. САМАРИН, И.В. МАЙБОРОДИН

*ГУ «НИИ клинической иммунологии СО РАМН», г. Новосибирск*

**Актуальность.** Вакциноterapia опухолевых заболеваний является относительно новым, динамично развивающимся направлением. В

настоящее время предложены различные виды вакцин, основанные на опухолюспецифических и опухолюассоциированных антигенах. Среди

них особое внимание заслуживают ксеновакцины, получаемые из опухоли животных, так как выявлена высокая степень гомологии их антигенного состава с опухолями человека. Ксеногенная природа вакцины повышает ее иммуногенность и вызывает более выраженный специфический иммунный ответ.

**Целью исследования** явилось противоопухолевое и иммуностропное действие ауто- и ксеновакцинотерапии у мышей-опухоленосителей с меланомой В16

**Материал и методы.** Мышам линии С57В1/6 с меланомой В16 трехкратно с интервалом 5 дней вводили лизат клеток мышинной меланомы В16 (аутовакцина) либо лизат клеток человеческой меланомной линии Вго (ксеновакцина). Вакцинацию начинали на 3-и сут после трансплантации опухоли, лизат  $5 \times 10^6$  клеток опухоли вводили подкожно. Оценивали выживаемость мышей, гистологическую картину опухоли, реакцию бласттрансформации спленоцитов на меланомный антиген (В16), содержание в периферической крови  $\text{INF-}\gamma$ ,  $\text{IL-4}$ .

**Результаты.** Отмечено статистически значимое увеличение средней продолжительности жизни в 1,2 раза в группе животных с ксеновакциной по сравнению группами, получавшими аутовакцину, и контролем (введение физиологического раствора). Между двумя последними группами не отмечено различий в медиане выживаемости.

При гистологическом исследовании в контрольной группе отмечена слабо выраженная лейкоцитарная инфильтрация опухоли и I–II сте-

пень патоморфоза (апоптоз и некроз). В обеих опытных группах инфильтрация и степень патоморфоза были резко выражены. Однако в группе ксеновакцинированных животных большая часть инфильтрирующих клеток представлена нейтрофилами, а в группе мышей, получавших аутовакцину, отмечено одинаковое соотношение нейтрофилов и лимфоцитов.

При оценке пролиферативного ответа на антигены меланомы В16 отмечено достоверное увеличение индекса пролиферации (отношение стимулированной антигеном В16 пролиферации спленоцитов к спонтанной пролиферации спленоцитов) в группе мышей, вакцинированных аутологичной вакциной, и уменьшение в группе мышей, вакцинированных ксеновакциной (соответственно  $4,6 \pm 0,3$  и  $1,3 \pm 0,3$  по сравнению с контрольной группой  $2,8 \pm 0,4$  ( $p=0,002$  и  $p=0,001$ )). В сыворотке крови мышей контрольной группы содержание  $\text{INF-}\gamma$  и  $\text{IL-4}$  не превышало минимальной определяемой концентрации (1 пг/мл и 5 пг/мл соответственно). В группе мышей, получавших аутовакцину, содержание  $\text{INF-}\gamma$  составило  $6,5 \pm 2,1$  пг/мл. В то же время в группе ксеновакцинированных животных определялся  $\text{IL-4}$  в концентрации  $6,2 \pm 0,8$  пг/мл.

**Вывод.** Ксеновакцинотерапия позволяет увеличить продолжительность жизни мышей-опухоленосителей с меланомой В16, стимулируя иммунный ответ преимущественно по гуморальному типу. Однако требуются дальнейшие исследования по изучению тонких механизмов действия ксено- и аутовакцин.

## ОЦЕНКА ОПУХОЛЕВОГО МАРКЕРА СА-125 У БОЛЬНЫХ С СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМОЙ ЯИЧНИКОВ В ДИНАМИКЕ

Е.В. БЕЛЯЕВА

*ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,  
г. Саранск*

**Актуальность.** В настоящее время в литературе наряду со специфическими для рака яичников – СА-125 описываются и другие не менее информативные опухолевые маркеры: РЭА,

СА 19-9, СА 72-4, СА 15-3, HMFG-2, CASA, LASA, CYERA 21-1 и др. Тем не менее наиболее изученным и широко применяемым маркером остается СА-125. Повышение уровня этого