

немелкоклеточного рака легкого и пролиферативной активностью.

Исследованы 94 случая немелкоклеточного рака легкого, полученные после оперативного лечения, из них 79 мужчин и 15 женщин. Средний возраст пациентов составил 60 лет (от 43 до 76 лет). Плоскоклеточный рак определен в 54 случаях (57,5%), аденокарцинома – в 40 (42,5%). Высокая, умеренная и низкая степень дифференцировки плоскоклеточного рака были определены в 11, 33, 10 случаях (20, 61 и 19 %); аденокарциномы – в 6, 27, 7 случаях (15, 67,5 и 17,5 %) соответственно. Иммуногистохимическое исследование проводили на срезах толщиной 5 мкм, инкубация с первичными антителами к Ki-67 (клон MIB-1, «Dako») 18-24 часа при +4°C, иммунное окрашивание стрептавидин-биотиновым пероксидазным методом («Dako», LSAB+). В каждом случае исследовали 1000 эпителиальных клеток, в 5-7 полях зрения, при увеличении x400. Определяли индекс метки Ki-67 (ИМ Ki-67) – количество положительно окрашенных ядер клеток от общего количества подсчитанных клеток (в процентах). Статистический анализ полученных данных осуществляли в программе STATISTICA 6.0, результаты представляли в виде медианы и интерквартильного интервала, использовали непараметрические методы: U-тест Манна-Уитни, тест Краскела-Уоллиса и коэффициент корреляции Спирмена (r).

ИМ Ki-67 в плоскоклеточном раке составил 42 % (30-56), в аденокарциноме – 27 % (13-48). В зависимости от степени дифференцировки опухоли (высоко-, умеренно- и низкодифференцированная) ИМ Ki-67 составил соответственно 45 % (42-51), 39 % (27-61), 49 % (37-80) в плоскоклеточном раке и 8 % (5-9), 23 % (16-36), 51 % (33-55) в аденокарциноме. Определены статистически значимые отличия ИМ Ki-67 между высоко- и умереннодифференцированной, умеренно- и низкодифференцированной аденокарциномой ($p < 0,001$ и $p = 0,02$); предварительно проведенный тест Краскела-Уоллиса показал достоверные различия в выборках ($H = 16,6$; $p < 0,001$). В плоскоклеточном раке отсутствовали статистически значимые отличия ИМ Ki-67 между высоко-, умеренно- и низкодифференцированной формами ($p = 0,10$ и $p = 0,76$). Обнаружена статистически значимая корреляция между ИМ Ki-67 и степенью дифференцировки аденокарциномы ($r = 0,65$; $p < 0,001$), со степенью дифференцировки плоскоклеточного рака взаимосвязь отсутствовала ($r = 0,15$; $p = 0,28$).

В аденокарциноме легкого со снижением гистологической степени дифференцировки отмечается увеличение пролиферативной активности. В плоскоклеточном раке отсутствует взаимосвязь пролиферативной активности со степенью дифференцировки опухоли, что, вероятно, связано с дополнительным видом гибели клеток плоскоклеточного рака – ороговением.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ю.Ю. КОЗЕЛЬ, С.А. КУЗНЕЦОВ

*ФГУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологии,
г. Ростов-на-Дону*

Злокачественные опухоли носоглотки у детей составляют от 1 до 3% от общего числа детей со злокачественными новообразованиями. Биологическая активность низкодифференцированного рака носоглотки у детей объясняет агрессивность течения с развитием как регионарных, так и отдаленных метастазов. С высокой агрессивностью опухоли связывают большой процент детей, поступивших на специализированное

лечение в запущенных стадиях заболевания – III-IV (около 70-80%). Основным методом лечения злокачественных опухолей носоглотки у детей является химиолучевая терапия. Выживаемость при раке носоглотки, по литературным источникам, составляет при I стадии - 89%, при II стадии - 70%, при III стадии – 25-30%, при IV стадии - до 15% (Переводчикова Н.И., 2005). Из-за относительно низкой частоты встречаемости

данной патологии на территории РФ схемы и результаты лечения в современной отечественной литературе освещены недостаточно.

Цель – изучить опыт лечения детей, страдающих раком носоглотки, на базе отделения детской онкологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института.

Результаты. За период с 2004 по 2007 г. проходило лечение 17 больных по поводу рака носоглотки, что составило 4,2% случаев от всех больных детей со злокачественными опухолями, проходивших лечение в отделении детской онкологии за истекший период. На момент поступления у 1 пациентки (5,9%) выставлена I стадия процесса, у 3 больных (17,6%) – II стадия, у 11 больных (64,7%) – III стадия, у 2 больных (11,7%) – IV стадия. Средний срок от момента появления первых симптомов заболевания до верификации процесса составил 3 мес, что обусловлено лечением больных по поводу хронических аденоидитов, риносинуситов, лимфаденитов в стационарах неонкологического профиля. Средний возраст пациентов составил 15,5 года. По морфологическим вариантам опухоли разделились следующим образом: недифференцированный рак – 12 случаев (70,6%), неороговевающий плоскоклеточный рак – 4 случая (23,5%), в 1 случае (5,9%) наблюдался высокодифференцированный переходноклеточный рак. По клиническим признакам отмечался типичный симптомокомплекс для данной патологии: заложенность носа, конгломерат лимфатических узлов на шее. У больных с

верифицированной IV стадией заболевания определялось: у одного больного местнораспространенный процесс, с прорастанием в полость черепа и поражением височной доли головного мозга и у одного больного поражение лимфатических узлов надключичной области и средостения с метастатическим поражением головного мозга. Схема терапии предполагала проведение 4 курсов индукционной полихимиотерапии, в последующем лучевой терапии по радикальной программе в суммарной очаговой дозе на носоглотку 60 Гр, на лимфатические узлы шеи – 50 Гр и 4 курсов консолидирующей полихимиотерапии. В схему полихимиотерапии включались препараты циклофосфан в 1, 8-й дни в дозе 500 мг/м², доксорубин 30 мг/м² в 1-й день, винкристин 1,5 мг/м² в 1, 8-й дни, цисплатин 100 мг/м² в 4-й день. Перерыв между курсами полихимиотерапии составлял 3 нед. В результате проведенного лечения в настоящее время в ремиссии находятся 9 пациентов (52,9%). Средний срок ремиссии составляет 2 года. Умерло 5 больных (29,4%), из них 2 – поступили с IV стадией процесса, у 3 – была установлена II стадия. У 1 пациента (5,9%) на данный момент наблюдается генерализация процесса с поражением костей и отдаленных лимфатических узлов. Двое больных (11,7%) выбыли из-под наблюдения.

Выводы. Приведенные результаты свидетельствуют о целесообразности применения данной схемы лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Л.А. КОЛОМИЕЦ, А.Л. ЧЕРНЫШОВА, Н.В. БОЧКАРЕВА, Н.С. РОДИЧЕВА

НИИ онкологии СО РАМН, г.Томск

Целью исследования явилось изучение экспрессии маркеров апоптоза, неоангиогенеза и p53 в опухолях эндометрия во взаимосвязи с клиническими проявлениями рака тела матки.

Материал и методы. В исследование вошли 31 пациентка перименопаузального периода, страдающих раком тела матки. Изучалась экспрессия онкосупрессорного про-

теина p53, про- и антиапоптотических белков Вах и Bcl-2, а также рецепторов эстрогенов (ER) и прогестерона (PR). Проводилась оценка ангиогенеза в опухоли путем подсчета количества микрососудов, окрашенных антителами к эндотелиальным клеткам (CD31).

Результаты. По результатам иммуногистохимического окрашивания срезов на протоонко-