

женщин имеют опухоли с экспрессией онкомаркера HER2/new, в русской – 27 % пациенток. Среди пациенток казахской национальности в группе с HER2/new-позитивным типом отмечено наибольшее число больных РМЖ III стадии по сравнению с таковым групп люминального А фенотипа и люминального В типа опухоли; меньшее число больных со II стадией РМЖ в группе с базальноподобным типом по сравнению с 3-й и 4-й группами. Среди пациенток русской национальности в группе с люминальным типом А отмечено наименьшее число больных РМЖ III стадии по сравнению с таковым в группах люминального А фенотипа и люминального В типа опухоли.

Заключение. У пациенток казахской национальности HER2/new-позитивный РМЖ встречается чаще, чем в группах русской и других национальностей, и отмечено наибольшее число больных РМЖ III стадии по сравнению с таковым в группах люминального А фенотипа и люминального В типа опухоли, что вызывает интерес при проведении дальнейших исследований.

А.П. Поляков, М.В. Ратушный, О.В. Маторин, М.М. Филюшин, И.В. Ребрикова, П.А. Никифорович
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Отдаленные метастазы, выявляемые менее чем у 10 % пациентов, значительно ухудшают общую выживаемость и являются главной причиной смертельных исходов. Костные метастазы определяются у 12 % пациентов с папиллярной карциномой и у 36 % пациентов с фолликулярной карциномой; у 22 % пациентов моложе 60 лет и у 34 % — старше этого возраста. Из-за процессов костной резорбции у данных пациентов возникает болевой синдром. Лечение пациентов с костными метастазами требует применения комплексной терапии: хирургическое лечение, терапия радиоактивным йодом J131, паллиативная терапия (купирование болевого синдрома и др.).

Цель исследования — оптимизация комплексного подхода в лечении пациентов с костными метастазами рака щитовидной железы (РЩЖ).

Материалы и методы. В отделении микрохирургии применяется комплексный подход в лечении пациентов с костными метастазами РЩЖ, состоящий из хирургического лечения, гормонотерапии, терапии радиоактивным йодом J-131 и симптоматической терапии. На 1-м этапе проводится активная хирургическая тактика, включающая в себя удаление щитовидной железы, регионарных метастазов и костных метастазов, которые возможно удалить. Далее следует терапия радиоактивным йодом J-131 с последующей гормональной терапией. Золедроновая кислота (Резорба) применяется при симптоматической терапии, которая способствует снижению болевого синдрома у пациентов с костными метастазами посредством блокирования процессов костной резорбции. Дозировка Резорбы

зависит от исходного уровня С1 креатинина, во время лечения необходим постоянный контроль уровня креатинина и кальция.

Результаты. До начала лечения Резорбой болевой синдром отмечался у 20 (46,5 %) пациентов. После 2–3 инфузий 14 (70 %) пациентов жалоб на боли не предъявляли; у 5 (25 %) пациентов болевой синдром оставался на прежнем уровне; у 1 пациента отмечалось нарастание болей в костях. В 26,7 % выявлена репарация костной ткани разной степени интенсивности (после 1–5 курсов).

Заключение. Включение золедроновой кислоты в комплексное лечение пациентов с высокометастатическим дифференцированным РЩЖ с метастатическим поражением костей скелета способствует снижению интенсивности болевого синдрома и репарации костной ткани.

Д.А. Понкратова¹, А.А. Лушикова¹, Л.Ф. Морозова¹, С.М. Андреев², Е.Ю. Рыбалкина¹

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ КАТИОННЫХ ПЕПТИДОВ НА МОДЕЛЬНЫХ КЛЕТОЧНЫХ ЛИНИЯХ

¹ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБУ «Институт иммунологии ФМБА России», Москва, Россия

Введение. Для злокачественных опухолей человека характерна молекулярно-генетическая и клиническая неоднородность. Это повышает риск рецидивов и резистентность к стандартному медикаментозному лечению. Для молекулярно направленной терапии опухолей перспективны катионные пептиды (КП) со специфической структурой, взаимодействующие как с поверхностными, так и внутриклеточными мишенями в опухолевых клетках.

Цель исследования — анализ цитотоксичности КП на модельных перевиваемых клеточных линиях человека.

Материалы и методы. Цитотоксичность 5 КП изучали на перевиваемых клеточных линиях меланомы кожи (МК) mel IS и mel H, глиобластомы (Гл) — G1b-Sh и G1b-17, рака яичника (РЯ) — CrovCel, полученных и охарактеризованных в НИИ ЭДито ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Клеточную суспензию в полной питательной среде RPMI-1640 с 10 % эмбриональной телячьей сывороткой культивировали в 96 луночных планшетах, по 180 мкл среды и 7–10 тыс. клеток в лунке. После 24-часовой инкубации в лунки, за исключением контрольных, вносили по 20 мкл водного раствора каждого из тестируемых КП в конечной концентрации от 0,25 до 4 мкг/мл в трехкратных повторах. В качестве внешнего контроля использовали культуру нормальных фибробластов кожи перевиваемой линии H1036. Цитотоксичность анализировали в стандартных МТТ-тестах через 2–3 сут инкубации клеток с КП в рабочих концентрациях от 0,25 до 2 мкг/мл, а также после 1–4-часовой инкубации суточной культуры клеток с КП флуоресцентно меченным S-5 (1 мкг/мл).

Результаты. МТТ-тест выявил высокую цитотоксичность 5 изученных КП с дендримерной структурой в отношении модельных линий МК: выживаемость клеток снизилась до 25–8 % по сравнению с клетками в контрольных лунках без добавления КП. В контрольной культуре фи-