

миотерапии (НПХТ) методами мануального обследования, маммографии и ультразвукового исследования (УЗИ) и чувствительность клеток РМЖ в первичной культуре к применяемым химиопрепаратам.

Материалы и методы. Первичную культуру получали из трепан-биоптатов опухоли молочной железы пациенток с диагнозом РМЖ до проведения НПХТ. Активность ацетилхолинэстеразы (АХЭ) определяли стандартным методом с использованием реактива Элмана и выражали в относительных единицах увеличения оптической плотности суспензии клеток в минуту в пересчете на 1 мг белка. Чувствительность к лекарственным средствам *in vitro* оценивали по величине прогностического коэффициента k , отражающего изменение активности АХЭ в культуре при добавлении химиопрепаратов и последующего культивирования в течение 48 ч в стандартных условиях CO_2 -инкубатора.

Результаты. Определены значения коэффициента k в первичной культуре опухоли 46 пациенток с первично верифицированным диагнозом РМЖ различных молекулярно-генетических подтипов и осуществлена оценка степени регрессии опухоли после НПХТ методами, применяемыми в клинике. Установлено, что совпадение положительного прогноза по значению k после НПХТ и степени регрессии опухоли в общей группе пациенток, определенной мануально, составляет в среднем 75 %. Совпадение рентгенологических показателей и данных, полученных *in vitro*, составляет 67 %, а данных УЗИ — лишь 60 %. Оценка степени регрессии опухоли после проведения НПХТ в клинике не всегда однозначна. Например, для пациентки с Her2-позитивным подтипом РМЖ мануальное обследование свидетельствовало о полном отсутствии регрессии, маммография — о регрессии, составляющей 63 %, а УЗИ — о регрессии 81 %. В то же время для группы пациенток с трижды негативным подтипом РМЖ чувствительность к химиопрепаратам, определенная нами *in vitro*, и степень регрессии опухоли после НПХТ совпала на 71 % при определении мануальным методом, на 68 % — при маммографии и на 75 % — при использовании УЗИ.

Заключение. Таким образом, разработанный нами метод определения чувствительности клеток РМЖ в первичной культуре к химиопрепаратам позволяет дополнительно оценить вероятную регрессию опухоли молочной железы отдельной пациентки после НПХТ.

Т.Г. Шербатюк¹, Е.С. Плеханова², И.А. Чернигина¹, Г.С. Терентюк³, А.Б. Бучарская³

НОВАЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НА ОСНОВЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

¹ГБОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород;

²ФГАОУ ВО «ННГУ им. Н.И. Лобачевского»,

Нижний Новгород;

³ФГБОУ ВПО «СГУ им. Н.Г.Чернышевского», Саратов

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) не нашла широкого применения в онкологической практике из-за ряда недостатков и ограничений. Нами предлагается усилить фотодинамическое воздействие за счет интенсификации в опухолевой ткани окислительного стресса медицинским озоном.

Цель исследования — разработать схему лечения опухолей на основе комбинирования ФДТ с медицинским озоном (O_3) в эксперименте.

Материалы и методы. Белые нелинейные крысы с трансплантированной карциномой почки РА были разделены на три группы: ФДТ ($n = 10$), ФДТ + O_3 ($n = 8$) и контрольная ($n = 10$), в каждой из которых выделили подгруппы с исходными объемами опухоли до $0,5 \text{ см}^3$ (А) и более $0,5 \text{ см}^3$ (В). При ФДТ интратуморально вводили 0,3 % раствор препарата Фотосенс (ГНЦ «НИОПИК», Россия) и в течение 6–12 ч после инъекции воздействовали светодиодным лазером ($\lambda = 660 \pm 10 \text{ нм}$, $P = 100 \text{ мВт/см}^2$). Всего проведено 2 сеанса ФДТ: на 15-е и 19-е сутки после перевивки. Животным группы ФДТ + O_3 с 10-х суток после трансплантации внутрибрюшинно вводили по 0,5 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона в озono-кислородной смеси 400 мкг/л (курс 10 дней). Противоопухолевый эффект оценивали по коэффициенту абсолютного прироста опухоли ($K \geq 0$ — продолженный рост опухоли; $-1 \leq K < 0$ — опухолевая регрессия). Обработка данных осуществлялась с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты. После ФДТ показана регрессия карциномы в 5 случаях из 10, но статистически достоверно более высокий K при продолженном росте опухоли ($p = 0,038$) по сравнению с контролем. После комбинированного воздействия опухолевая регрессия наблюдалась в 5 случаях из 8, а также торможение опухолевого роста как в подгруппе А ($p = 0,034$), так и в подгруппе В ($p = 0,045$) по сравнению с контролем.

Заключение. ФДТ с препаратом Фотосенс при интратуморальном введении может оказывать стимулирующее действие на рост неоплазии. Разработанная экспериментальная схема лечения опухолей, основанная на комбинированном действии ФДТ с озонированным физиологическим раствором с концентрацией озона в озono-кислородной смеси 400 мкг/л, более эффективна при исходно малых объемах опухоли и обладает сниженным риском стимуляции роста опухолевого новообразования при исходно больших размерах опухолевого очага по сравнению с ФДТ.

Ж.А. Юлдашов, Д.М. Матрасулова, Н.Н. Пулатов
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СТЕАТОГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования — оценить безопасность и эффективность терапии урсодеооксиголевой кислотой (УДХК) в комбинации с симвастатином (СС) при лечении дислипидемии у больных с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследованы 30 пациентов с МС и НАСГ, подтвержденными клинико-лабораторными и ультразвуковыми исследованиями (УЗИ), и лабораторно доказанной атерогенной дислипидемией. Средний возраст мужчин составил 52 ± 12 лет, женщин — 66 ± 12 лет. Всем больным был проведен биохимический анализ крови, осуществлен серологический скрининг вирусного гепатита