исследуемых параметров крови от воспалительного процесса в легочной ткани. При этом причина воспаления не имеет значения.

Заключение. У пациентов с НМРЛ в условиях ремиссии хронического воспаления или отсутствия острого воспалительного процесса происходящие изменения показателей воспаления отражают развитие и (или) рецидив опухоли.

А.Д. Таганович[1], Н.Н. Ковганко[1], Е.А. Хотько[1], А.В. Колб [1], Е.М. Барабанова[1], Я.Д. Турута[1], В.А. Струневский[1], О.В. Готько[2]

ЛАБОРАТОРНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С III СТАДИЕЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЛЕГКОГО

[1]Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь
[2]Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», аг. Лесной, Республика Беларусь

Актуальность. Аденокарцинома (АК) легкого является одним из основных гистологических типов немелкоклеточного рака легкого (НМКРЛ). В ходе лечения пациентов с III стадией АК проводят резекцию опухоли, сопровождающуюся дополнительными курсами химиотерапии. Несмотря на проведенное лечение у части пациентов развивается рецидив.

Цель. Изучить возможность использования данных мониторинга уровня CYFRA 21-1, доли лимфоцитов, снабженных рецептором CXCR1, и отношения эозинофилы/моноциты, а также их комбинированной модели до- и после проведенного лечения для предсказания рецидива у пациентов с III стадией АК.

Материалы и методы исследования. Обследовано 43 пациента (30 мужчин и 13 женщин) с впервые диагностированной АК легкого III стадии. У 28 пациентов (T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0) была проведена хирургическая резекция опухоли (R0) с последующим проведением 4 курсов адъювантной полихимиотерапии (АПХТ), включавшей винорельбин и цисплатин (В+Ц). У 19 пациентов (T4N0M0, T4N1M0, T4N2M0) до операции было проведено 2 курса неоадъювантной полихимиотерапии (НПХТ), включавшей те же препараты, затем выполнена хирургическая резекция опухоли (R0) с последующим назначением 2 курсов АПХТ, включавших В+Ц.

Уровень показателей измеряли до начала лечения и через 3 недели, 3 и 6 месяцев после лечения соответственно на автоматическом иммунохемилюминесцентном анализаторе (CYFRA 21-1), проточном цитометре (CXCR1), гематологическом анализаторе (концентрация моноцитов и эозинофильных лейкоцитов).

Результаты. Проведение ROC-анализа, построение моделей пропорциональных рисков Кокса показали, что вероятность рецидива по результатам измерения разницы уровня CYFRA 21-1, доли лимфоцитов, снабженных рецептором CXCR1, и отношения эозинофилы/моноциты в период 3 недели – 3 месяца, 3 – 6 месяцев, 3 недели – 6 месяцев после лечения и последующего ее использования для расчета регрессионного уравнения комбинированной модели можно предсказать с вероятностью 74,4%, 83,7%, 88,4% соответственно (чувствительность 72,1%, 86,0%, 86,0%, специфичность – 76,7%, 81,4%, 90,7%) при пороговых значениях 0,061, 0,117 и 0,178 соответственно.

Заключение. Предварительные результаты имеют высокую информативность в определении вероятности рецидива у пациентов с аденокарциномой III стадии. Наиболее высокие предсказательные параметры у комбинированной модели, которая включает значения всех трех показателей. Расчет ее может быть рекомендован для предсказания рецидива для контроля за эффективностью лечения пациентов.