

что клинически проявляется нормализацией лейкоцитарной формулы и снижением потребности в проведении гемотрансфузий.

П. Б. Попов

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМЫ

Специализированная клиника лазерной и фотодинамической терапии, Краснодар

Введение. Способность к эпителиально-мезенхимальному переходу стволовых клеток меланомы нелинейно нарастает с толщиной опухоли; таким образом, у 80 % пациентов без клинических метастазов присутствует скрытая гематогенная диссеминация. Широкое иссечение первичной опухоли устраняет ее ингибирующее влияние на рост микрометастазов и способствует манифестации последних. Становится очевидной несостоятельность хирургической концепции лечения первичной меланомы.

Цель исследования — сравнение эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) и хирургического лечения при первичной меланоме.

Материалы и методы. ФДТ была проведена 340 пациентам с морфологически верифицированной первичной меланомой кожи Т1–4 по разработанной нами и используемой с 2004 г. оригинальной методике. Оценка результатов лечения проводилась путем сравнения с прогностически сопоставимыми группами пациентов, получивших хирургическое или комбинированное лечение. Общий период наблюдения за пациентами, вошедшими в исследование, составил 3–10 лет, в среднем 5–6 лет.

Результаты. Полной резорбции первичной опухоли удалось добиться у всех пациентов. Заживление дефекта происходило под струпом с образованием мягкого рубца. Пластика не требовалась даже на месте очень протяженных опухолей. Ни в одном случае не отмечено локального рецидива в области рубца, тогда как в группе сравнения локальные рецидивы наблюдались у 8 % пациентов. Пятилетняя выживаемость при толщине опухоли до 4 мм составила 91,0 %, в группе сравнения — 83,6 %; свыше 4 мм — 57 и 47,6 % соответственно. Десятилетняя выживаемость при толщине опухоли до 2 мм в группе наблюдения составила 91,6 %, в группе сравнения — 88,9 %; от 2 до 4 мм — 66,3 и 59,8 % соответственно; более 4 мм — 49,5 и 37,1 % соответственно.

Заключение. ФДТ при первичной недиссеминированной меланоме кожи является высокоэффективным методом лечения, предупреждающим развитие локальных рецидивов заболевания даже у пациентов с неблагоприятными морфологическими характеристиками первичной опухоли, что улучшает отдаленные результаты лечения. Более высокая результативность ФДТ в сравнении с хирургическим лечением связана с системным влиянием ФДТ на процессы диссеминации и метастазирования. В отличие от широкого иссечения, ФДТ не требует сложных методик пластического закрытия дефектов и позволяет проводить лечение в амбулаторном режиме, что положительно сказывается на качестве жизни пациентов и значительно снижает затраты на лечение и реабилитацию.

П. Б. Попов

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Специализированная клиника лазерной и фотодинамической терапии, Краснодар

Введение. Актуальность органосохраняющего лечения рака шейки матки (РШМ) у нерожавших пациенток репродуктивного возраста не вызывает сомнений. В этом плане представляет интерес наш 10-летний опыт применения фотодинамической терапии (ФДТ) для лечения этого заболевания.

Цель исследования — оценить отдаленные результаты ФДТ при неинвазивном и инвазивном РШМ.

Материалы и методы. Всего за истекший период было пролечено 203 пациентки, из них 169 прослежено в течение 5–10 лет. В ходе подготовки к ФДТ опухоли были верифицированы. У 32 (18,9 %) пациенток выявлена инвертирующая кондилома с очагами *cancer in situ*. В остальных случаях был обнаружен инвазивный умеренно- и низкодифференцированный плоскоклеточный рак. Глубину инвазии оценивали по результатам биопсии и магнитно-резонансной томографии с контрастированием. В 107 (63,3 %) случаях поражение соответствовало стадии IA по FIGO, в 30 (17,8 %) — IB. ФДТ неглубоких опухолей проводили с использованием оригинальных насадок для шейки матки, позволяющих равномерно засвечивать наружную поверхность и цервикальный канал. При глубокой инвазии излучение лазера подводили на границу раздела опухоль/здоровая ткань интерстициально при помощи кварцевых и сапфировых игл-диффузоров. Подведенная энергия составила 150 Дж/см² границы раздела. В группе с высоким риском метастазирования кроме локальной ФДТ проводили курс непрямого фотодинамического лизиса. Контрольную кольпоскопию выполняли через 8 нед после ФДТ. В отдельных случаях, когда инвазия превышала 3 мм, осмотры проводили по индивидуальному графику. Все подозрительные участки подвергались биопсии.

Результаты. Полной регрессии опухоли удалось добиться у всех пациенток. У 2 (1,2 %) больных со сложной геометрией опухоли через 1 мес был выявлен рецидив, потребовавший повторного проведения ФДТ. У 37 (21,9 %) пациенток с персистенцией папилломавирусной инфекции через год потребовалась повторная ФДТ по поводу *de novo* возникшей дисплазии. Всем им была проведена ФДТ с положительным результатом. Прогрессирование в виде поражения лимфатических коллекторов имело место у 4 (2,4 %) пациенток с глубокой инвазией. Пятилетняя выживаемость составила 97,6 %.

Заключение. Разработанная нами медицинская технология ФДТ инвазивного РШМ позволяет сохранить фертильность и высокое качество жизни при высокой результативности лечения.

Е. А. Поттер, Е. В. Долгова, А. С. Проскурина, В. П. Николин, Н. А. Попова, Я. Р. Ефремов, О. С. Таранов, С. С. Богачев

РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ ЭЛИМИНАЦИИ АСЦИТА НА МОДЕЛИ ОПУХОЛИ МЫШЦЫ КРЕБС-2

ФГБНУ ИЦГ СО РАН, Новосибирск

Введение. Асцитная форма рака относится к неизлечимым заболеваниям и характеризует терминальную стадию