

ненного рака легкого и ее роли при комбинировании с лучевой терапией (ЛТ).

Материалы и методы. В исследование включены 90 больных с морфологически верифицированным местно-распространенным немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ), которым проведено консервативное лечение в клинике МРНЦ им. А.Ф. Цыба. Все пациенты имели обтурационные вентиляционные нарушения, обусловленные опухолевым стенозом главного или долевого бронха. Эндоскопическая ФДТ с хлориновыми фотосенсибилизаторами была проведена 63 больным по методике: за 2 ч до эндобронхиальной процедуры внутривенно капельно вводили Фотолон в дозе 1,2–1,9 мг/кг или Фотодитазин в дозе 0,7–0,9 мг/кг. Для ФДТ использовали лазерные терапевтические установки, генерирующие излучение с длиной волны, соответствующей спектру поглощения фотосенсибилизатора, с выходной мощностью лазера 1,2–1,6 Вт, плотность энергии лазерного излучения 100–300 Дж/см².

Результаты. При бронхоскопии через 1 мес после ФДТ у 60,9 % больных выявлена полная регрессия экзофитного компонента опухоли, у 34,1 % отмечена частичная регрессия, у 5 % уменьшения опухоли не выявлено. Отдельно проведен сравнительный анализ влияния ФДТ на отдаленные результаты лечения местно-распространенного рака легкого. Для этого у 26 больных III стадией НМРЛ, получивших ФДТ перед ЛТ (химиолучевой терапией), оценена общая выживаемость. В качестве сравнения использованы результаты лечения 27 пациентов с аналогичной распространенностью процесса, не получавших ФДТ. Медиана выживаемости больных III стадией НМРЛ в группе ФДТ + ЛТ составила 15,4 мес, в то время как в группе ЛТ — 13,2 мес. Одно-, 2- и 3-летняя выживаемость — 42,3; 37,0 и 15,4 % и 11,1; 7,7 и 3,7 % в группах соответственно. Анализ достоверно установленных причин смерти показал, что фатальное легочное кровотечение как на фоне прогрессирования заболевания, так и без него развилось у 9 (34,6 %) больных при сочетанном лечении (ФДТ + ЛТ), тогда как в контрольной группе данный исход был отмечен у 6 (22,0 %) больных.

Заключение. ФДТ удовлетворительно переносится, обладает высокой клинической эффективностью. Добавление ФДТ в терапевтические программы неоперабельного рака легкого позволяет улучшить результаты консервативного лечения.

*А.А. Раджабов, В.А. Дербенев, Г.И. Исмаилов,
А.М. Азимшоев, И.А. Морозенков, Г.Г. Газиев*

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ ГНОЙНЫХ РАН К ПЛАСТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

ФГБУ ГНЦ ЛМ ФМБА России, Москва

Введение. Для лечения гнойных и ожоговых ран в настоящее время используется большое количество консервативных и оперативных методов. Однако при обширных, длительно не заживающих, хронических ранах восстановление кожных покровов является основополагающим этапом в закрытии раневого дефекта.

Цель исследования — улучшить подготовку гнойных ран различного генеза к пластическим операциям (аутодермапластике, наложению вторичных швов) путем комплексного применения хирургических, физических и физико-химических методов воздействия на раневой процесс в первую фазу заживления.

Материалы и методы. Было проведено обследование и лечение 189 больных с гнойно-некротическими ранами различной локализации и генеза, площадью свыше 35 см²: 149 пациентов составили основную группу, 40 — контрольную. По этиологии зарегистрированы: раны после вскрытия флегмон и абсцессов, раны после иссечения карбункулов; посттравматические раны; гнойные раны после локальных ожогов. В контрольной группе у 40 больных выполняли традиционную хирургическую обработку гнойных ран мягких тканей, которая включала иссечение некротизированных, пропитанных гноем и нежизнеспособных тканей обычными инструментами с последующим местным лечением ран посредством наложения повязок с антисептиками или гидрофильными мазями: 1 % раствор йодопирона, мазь левомеколь, раствор хлоргексидина. Основную группу разделили на 2 подгруппы: в 1-й подгруппе у 39 пациентов после удаления наибольшего количества некротизированных тканей раневую поверхность обрабатывали сфокусированным и расфокусированным излучением углекислотного лазера «Лансет 1», после чего продолжали местное лечение, аналогичное больным контрольной группы. Во 2-й подгруппе 110 пациентам после выполнения традиционной хирургической обработки на следующие сутки после операции выполняли фотодинамическую терапию с фотосенсибилизатором хлоринового ряда Фотодитазин. Вначале на рану наносили 0,5 % гель-пенетратор из расчета 1 мл на 10 см². После 90-минутной экспозиции проводили сеанс «засвечивания» раны излучением лазерного аппарата «Аткус-10» с длиной волны 661 ± 0,3 нм при плотности/мощности 0,5–1 Вт/см² в непрерывном режиме, с плотностью энергии 25–30 Дж/см².

Результаты. Средние сроки очищения ран от раневого детрита, время до появления грануляции и краевой эпителизации в основной группе были достоверно короче, чем в контрольной. Средние сроки готовности ран к выполнению пластических операций в 1-й подгруппе основной группы составили 5,4 ± 0,3 сут, во 2-й подгруппе — 4,4 ± 0,4 сут, в то время как в контрольной группе — 9,8 ± 0,9 сут. После очищения ран от некротизированных тканей, в фазе грануляции и краевой эпителизации у 57 больных выполнена аутодермопластика дерматомным методом, по Ревердена—Янович—Чайнского—Девиса или по Тирша—Фомина. Вторичные швы наложили 132 пациентам. У всех больных после наложения вторичных швов раны зажили без осложнений, после выполнения аутодермопластики приживление аутотрансплантатов составили более 90 %.

Заключение. Использование высокоэнергетического лазерного излучения и лазерной фотодинамической терапии в комплексной подготовке гнойных ран к пластическим операциям позволяет сократить сроки очищения и гранулирования раневой поверхности и тем самым выполнить пластическое закрытие ран в кратчайшие сроки.