

ляется опухоль единым блоком с прилежащими нормальными тканями (твердой мозговой оболочкой, мышцами, костями основания черепа и лицевого скелета, слизистой, тканями глазницы, кожей). Краниофациальная блок-резекция является одним из этапов комплексного лечения больных со злокачественными опухолями основания черепа. Злокачественные опухоли краниофациальной локализации имеют склонность к местному распространению и редко дают как регионарные, так и отдаленные метастазы. На этом основана концепция возможности излечения больного от злокачественной краниофациальной опухоли путем ее удаления блоком с участком прилежащих здоровых тканей. При подготовке больного к блок-резекции важно тщательное обследование для исключения метастазирования и четкого определения локализации и распространенности процесса с целью планирования объема резекции и метода пластики дефекта.

Существует три основных метода блок-резекции:

1) Передняя краниофациальная блок-резекция – в блок включается носоглотка, решетчатая и основные пазухи, ольфакторная ямка. В зависимости от распространенности патологического процесса блок расширяется за счет глазницы, верхнечелюстной пазухи. Дефекты твердой мозговой оболочки закрываются свободными фрагментами жировой клетчатки, а сверху укладывается перемещенный лоскут надкостницы. Возникающие обширные дефекты костей и мягких тканей закрываются кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке с формированием из его кожной поверхности области неба и основы для глазного протеза. Кожно-мышечный лоскут формирует-

ся из широчайшей мышцы спины, передней зубчатой мышцы, большой грудной мышцы, прямой мышцы живота. При распространенном нарушении целостности твердой мозговой оболочки эти дефекты целесообразнее закрывать лоскутом большого сальника на сосудистой ножке.

2) Боковая краниофациальная блок-резекция – в блок включаются структуры, формирующие подвижную ямку, суставной и венечный отростки нижней челюсти, наружные отделы пирамиды височной кости, верхнечелюстной пазухи, глазницы, включая основание передней черепной ямки, формирующей крышу глазницы. Дефекты закрываются по тем же принципам, что и при передних блок-резекциях.

3) Переднебоковая краниофациальная блок-резекция – применяется при локализации опухоли в глазнице, верхнечелюстной пазухе, носоглотке. По сути данная блок-резекция является наиболее обширной, т.к. распространенность опухоли наиболее велика. Данная операция сочетает в себе, по возможности, обе вышеописанные методики и отличается разве что большим объемом удаляемых тканей. Дефекты закрываются по тем же принципам. Перед краниофациальной блок-резекцией устанавливается люмбальный дренаж, который удаляется через 6–8 дней после операции.

В настоящее время в институте внедрена в практику методика краниофациальных блок-резекций злокачественных опухолей основания черепа. Производится удаление опухоли блоком с прилежащим участком здоровых тканей и пластикой дефектов кожно-мышечным лоскутом или лоскутом большого сальника с последующей косметической коррекцией. За период с 1992 по 2005 г. совместной бригадой оперировано 895 больных. По гистологической структуре опухоли распределялись следующим образом: почти в 90 % случаев эпителиаль-

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ ПААГ “ВИТАГЕЛЬ” ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ КСЕНОГЕННЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМой В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ

И.В. Решетов, Ю.И. Можаренко, О.В. Маторин, В.К. Сологуб

*МНИОИ им П.А. Герцена, г. Москва
ЗАО “Русские биотехнологии”*

ные опухоли, остальные – саркомы, злокачественные хондромы, эстезионеуробластомы, анапластические менингиомы. При сроках наблюдения до 5 лет выживаемость больных составила 53 %. Общая летальность составила 46,8 %. Средний возраст составил 40,1 года.

Цель исследования. Клиническая оценка адъювантной вакцинотерапии на основе ксеногенных опухолевых клеток, культивируемых в капсуле из полиакриламидного геля (ПААГ) у больных меланомой кожи

после радикального хирургического лечения, анализ иммунологических показателей. Испытываемыми средствами являлись полиакриламидный гель (ПААГ) производства ООО “Витагель” и препарат клеток меланомы мышцы В-16 (ПКММ В-16), представляющий собой стерильно приготовленную взвесь живых опухолевых клеток меланомы В-16 в концентрации 50 млн клеток в 1 мл среды. Общий объем препарата для одного введения – 2 мл.

Материал и методы. Исследование являлось клиническим испытанием, в которое включено 18 пациентов с гистологически верифицированным диагнозом меланомы кожи головы и шеи I–III ст. Хирургическое лечение предшествовало вакцинотерапии у всех больных. Средний возраст больных 44,3 (от 21 до 64 лет). Распределение по полу – 11 женщин и 7 мужчин. Во время проведения исследования пациенты не получали дополнительное противоопухолевое лечение или другую лекарственную терапию. На первом этапе больным под контролем УЗИ производилось подкожное введение полиакриламидного геля в объеме 5 мл в околоспинальную область спины. После предварительной оценки формирования капсулы в месте инъекции геля выполнялось введение препарата ПКММ В-16 на 21–28-е сут под контролем УЗИ через шприц в объеме 2 мл. Данный вид лечения проводился больному однократно в течение года.

Результаты и обсуждение. Аллергических реакций на введение полиакриламидного геля (ПААГ) не отмечено. У 12 пациентов (67 %) аллергических реакций на введение препарата ПКММ В-16 не отмечено. У 2 больных (11 %) – однократное повышение темпе-

ратуры тела до 38 °С в день введения вакцины. Местная гиперемия в месте введения отмечена у 2 пациентов. У 2 больных отмечена аллергическая реакция в виде появления кожных высыпаний папулезного характера, сопровождающихся незначительным зудом, картина нормализовалась в течение 7 сут, без использования антигистаминных препаратов. Существенных изменений в общездоровье состоянии больных и клинико-лабораторных анализах не отмечено. Оценивая результаты проведенного клинического исследования, следует отметить отсутствие тяжелых местных и общих токсических реакций после вакцинации в сроки от 1 до 36 мес. Результативность профилактической направленности метода ксеногенной вакцинации оценивалась по времени безрецидивного течения и выживаемости. Следует отметить отсутствие признаков генерализации при сроках наблюдения до 36 мес у 16 (90 %), однако у 2-х больных отмечено прогрессирование процесса в виде появления метастазов в регионарные лимфоузлы, потребовавшее дополнительного хирургического лечения с последующим проведением иммунохимиотерапии в стандартном варианте.

Выводы. После вакцинации не отмечено тяжелых местных и общих токсических реакций. Достоверное увеличение иммунного ответа, зарегистрированное через 14 дней после вакцинации, постепенно снижалось к 30-му и 90-му дню наблюдения, но оставалось увеличенным по сравнению с исходным, кроме того, сохранялось достоверно увеличенное содержание клеток, экспрессирующих CD38 и CD14 антигены и свидетельствующих о пролонгированной стимуляции клеточного иммунитета. Специфичность пролонгированной стимуляции клеточного поствак-

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ CO₂ ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА И РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ

И.В. Решетов, В.А. Ульянов, В.Я. Панченко, О.В. Маторин, А.К. Дмитриев, В.Н. Кортунов

*Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
Институт проблем лазерных и информационных технологий РАН, г. Троицк*

цинального иммунитета требует дополнительной верификации в ELISPOT-анализе. Вышеизложенное является основанием для продолжения исследования и набора клинического материала по данной тематике.

Цель исследования. Выявление диагностических возможностей дифференцировки различных биологических тканей с использованием волноводного CO₂