

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

С.В. ПАТАЛЯК

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Саркомы мягких тканей (СМТ) – гетерогенная группа заболеваний, имеющих мезенхимальное и нейроэктодермальное происхождение. По данным разных авторов, они составляют 0,5–2% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований. СМТ отличаются агрессивным клиническим течением, быстрым инфилтрирующим ростом, стертой границей между опухолью и окружающими тканями, упорным рецидивированием. В настоящий момент большинством авторов признаются преимущества комбинированного подхода к лечению данных групп опухолей. Совместное использование химиотерапии, лучевой терапии и оперативного вмешательства позволило значительно улучшить результаты лечения. Большинство современных лекарственных комбинаций включают в себя доксорубин и ифосфамид, которые являются наиболее эффективными препаратами при лечении сарком мягких тканей. Разработка новых терапевтических методик с учетом клинкоморфологических критериев, а также достижений в области молекулярно-генетической биологии и понимание биохимических процессов в опухолях явились стимулом для использования таргетной терапии при СМТ.

Несмотря на изучение и активное внедрение новых препаратов, непосредственная эффективность неоадьювантных схем лекарственной терапии, оцениваемая согласно действующим шкалам по сумме полных и частичных регрессий, составляет в среднем не более 25% (Aguiar S. et al., 2010). Наиболее распространены в настоящий момент следующие критерии оценки эффективности химиотерапии: WHO (World Health Organization), RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors). В основе этих классификаций лежит анализ изменения размеров опухоли под действием проводимой терапии. Одним из основополагающих моментов данных оценочных шкал является предположение о том, что размер опухоли прямо про-

порционален числу опухолевых клеток. Однако это утверждение, по мнению ряда авторов, не является однозначным и не отмечается при GIST и других саркомах (Benjamin R.S. et al., 2007). Значительно чаще на фоне проводимого системного лечения наблюдается длительная стабилизация процесса, которая, возможно, имеет большее клиническое значение, чем это предполагалось ранее.

Кроме того, традиционные методики оценки эффективности химиотерапии не всегда соответствуют реализации воздействия таргетной терапии, оказывающей преимущественно цитостатическое, а не цитотоксическое действие на опухоль. Именно поэтому в последние годы все чаще используется термин «контроль роста опухоли» (КРО), или tumor control rate (TCR), предполагающий достижение полной регрессии, частичной регрессии, минимального эффекта, а также длительной стабилизации. Как правило, это соотносится не только с увеличением выживаемости без прогрессирования, но и с общей выживаемостью, что подтверждено данными ряда авторов (Горбунова В.А., 2009).

С этих позиций перспективным представляется использование шкалы оценки эффективности химиотерапии, предложенной Н. Choi (2007). В ней, в отличие от традиционных методик, осуществляется измерение 2 параметров: размера опухоли и её плотности (по данным компьютерной томографии). Критериями частичной регрессии являются уменьшение размеров первичного очага >10% или уменьшение плотности опухоли >15%, а критерием прогрессирования считается увеличение опухоли >10% без 15% уменьшения плотности новообразования. Предполагается, что данный метод более точно коррелирует с патоморфологическим ответом опухоли на терапию по сравнению с критериями RECIST, WHO. Следует полагать, что этот подход оценки непосредственной эффективности химиотерапии позволит более

адекватно и в более ранние сроки оценить эффективность проводимого курса химиотерапии

и, соответственно, спланировать дальнейшую тактику лечения.

МЕТОД ЛОКАЛЬНОЙ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КУЛЬТЫ РЕЗЕЦИРОВАННОГО БРОНХА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.В. ПОЛЯКОВА¹, В.А. ЕВТУШЕНКО¹, Н.Н. БУЛГАКОВА², О.В. ЧЕРЕМИСИНА¹

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск¹
ИОФ РАН им. А.М. Прохорова, г. Москва²*

Актуальность. Рак легкого занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности в большинстве индустриально развитых стран. Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения, прогноз у данной группы пациентов остается неблагоприятным. Традиционными методами оценки эффекта лечения рака легкого и выявления рецидива опухоли являются рентгенологическое и эндоскопическое исследование. Среди методов раннего выявления рака перспективным на сегодняшний день является аутофлуоресцентная диагностика (АФД). АФД основана на различиях в интенсивности и спектральном составе собственной флуоресценции здоровой и патологически измененной ткани. Одним из способов исследования аутофлуоресценции (АФ) слизистой оболочки бронхов является метод локальной флуоресцентной спектроскопии (ЛФС), который позволяет получать количественную информацию при измерениях спектров лазер-индуцированной аутофлуоресценции биологических тканей.

Цель исследования – повысить эффективность ранней диагностики патологических изменений в культе резецированного бронха у больных, получивших комбинированное лечение по поводу рака легкого.

Материал и методы. Проведено динамическое наблюдение за 68 больными, получившими комбинированное лечение по поводу немелкоклеточного рака легкого. Всем пациентам в послеоперационном периоде с целью раннего выявления патологических изменений в культе резецированного бронха проводилась традици-

онная фибробронхоскопия, которая дополнялась измерением лазер-индуцированной аутофлуоресценции слизистой оболочки бронхов методом ЛФС. После проведения спектрально-флуоресцентных измерений выполнялся забор материала слизистой оболочки бронхиального дерева для морфологического исследования.

Результаты. При обследовании больных раком легкого после комбинированного лечения в слизистой оболочке культы резецированного бронха было выявлено: в 3 случаях – рецидив рака, в 40 – воспаление слизистой оболочки, при этом хроническое воспаления отмечались у 34, острое – у 6 пациентов, в 12 наблюдениях патологических изменений не отмечалось. При проведении ЛФС в патологически не измененной слизистой оболочке культы резецированного бронха регистрировалась интенсивная аутофлуоресценция, значения спектрально-флуоресцентного диагностического параметра D_f были стабильны и варьировали в пределах D_f от 0,8 до 1,0. В участках слизистой оболочки с признаками острого воспаления наблюдалось достоверное падение интенсивности АФ в максимуме спектра и возрастание параметра D_f по отношению к показателям в нормальной слизистой оболочке. В случаях диагностированного рецидива злокачественной опухоли в культе резецированного бронха, регистрировалось резкое падение интенсивности АФ относительно здоровой слизистой оболочки и возрастание величины спектрально-флуоресцентного диагностического параметра D_f более 1,4.

Выводы. Проведенное исследование АФ слизистой оболочки культы резецированного