

сторожевых лимфоузлов при злокачественных опухолях гортани и гортаноглотки.

Целью исследования явилось изучение диагностических возможностей определения сторожевых лимфоузлов при злокачественных новообразованиях гортани и гортаноглотки.

Материал и методы. В исследование включены 17 пациентов плоскоклеточным раком гортани различной степени дифференцировки и стадией злокачественного процесса (со стадией T_1 – 2 пациента, T_2 – 4, T_3 – 10, T_4 – 1 больной) и 2 пациента с опухолью гортаноглотки (T_2 – 1, T_4 – 1) в возрасте от 41 до 73 лет, средний возраст – 58,7 года. Всем больным до операции проводилось исследование сторожевых лимфоузлов (СЛУ). Для определения их локализации в исследовании использовали ^{99m}Tc -«Nanocis» – 1 мл, в дозе 80 МБк. Накануне оперативного вмешательства при стандартной фиброларингоскопии с помощью одноразовых инъекционных игл диаметром 0,6–0,7 мм РФП вводился перитуморально путем 2–4 инъекций по 0,25 мл (в зависимости от размеров и локализации опухоли). После введения препарата выполнялась серия планарных сцинтиграмм в прямой проекции (через 20 мин, 2 ч и 18 ч). В эти же временные промежутки проводилась однофотонная эмиссионная томография. Во время операции с помощью гамма-детектора определялись лимфатические узлы в операционной ране. Лимфоузлы с наибольшим показателем радиоактивности удалялись с последующим гистологическим исследованием. Лимфодиссекция шеи выполнялась всем больным с метастатически пораженными СЛУ.

Результаты. По данным ОЭКТ и с помощью гамма-детектора во время операции были обнаружены от 1 (у 14 пациентов) до 3 (у 2 пациентов) СЛУ. Общее количество СЛУ составило 22 (в среднем – 1,1 СЛУ). При анализе расположения СЛУ выявлено, что в области верхней трети яремной вены (уровень IIА) идентифицировано 8 лимфоузлов, в средней трети яремной вены (уровень III) – 1, в нижней трети яремной вены (IV) – 1, зона предгортанных лимфоузлов (VI) – 4, паратрахеальных лимфоузлов (VI) – 3, парогортанных лимфоузлов (VI) – 5. Все 22 СЛУ были найдены в процессе хирургического вмешательства с помощью гамма-зонда. При плановом гистологическом исследовании выявлены следующие изменения в СЛУ: метастатическое поражение у 2 пациентов, воспалительная инфильтрация – у 7, синусный гистиоцитоз и фиброз – у 4, нормальная ткань лимфатического узла – у 9 пациентов. У 1 пациента с метастатическим поражением СЛУ не было выявлено дополнительных метастазов в регионарные лимфатические узлы. У данного больного через 6 мес после проведенного лечения был зарегистрирован продолженный рост опухоли и метастаз в лимфоузел противоположной стороны. В 1 случае у пациента метастаз обнаружен как в СЛУ, так и в лимфоузле последующего порядка. У этого больного в сроки через 1 год и 1 год 9 мес после лечения наблюдалось метастазирование в другие группы регионарных лимфатических узлов.

Выводы. Радионуклидное выявление СЛУ при раке гортани и гортаноглотки является перспективным методом для определения объема хирургического вмешательства.

ПОКАЗАТЕЛИ АУТОФЛУОРЕСЦЕНЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

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

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

Основным методом лечения рака легкого является радикальное хирургическое вмеша-

тельство. Однако как самостоятельный вариант он используется только на ранних стадиях за-

болевания, в остальных же случаях применяются различные варианты комбинированного лечения. Основной задачей сочетания хирургического метода и различных режимов химиотерапии является улучшение результатов лечения за счет системного воздействия препаратов на формирующиеся или уже сформировавшиеся, но не проявляющиеся клинически метастазы. Целью предоперационной химиотерапии является воздействие на существующие микрометастазы, подавление которых уменьшит риск последующего прогрессирования заболевания, и первичную опухоль, сокращение которой под влиянием лечения увеличит шанс выполнения радикальной резекции. На сегодняшний день нет единого мнения по поводу целесообразности проведения предоперационной химиотерапии у больных раком легкого.

Целью исследования стало изучение влияния предоперационной химиотерапии на процессы репарации в слизистой оболочке бронхов с помощью аутофлуоресценции.

Материал и методы. Для измерения аутофлуоресценции (АФ) слизистой оболочки бронхов использовался метод локальной флуоресцентной спектроскопии (ЛФС). С целью поиска значимых различий между спектрами аутофлуоресценции слизистой оболочки бронхов анализировали следующие спектральные характеристики: интенсивность АФ в максимуме спектра АФ, положение максимума спектра АФ, отношение спектральных интенсивностей в различных областях. Помимо оценки интенсивности для интерпретации спектров и получения диагностической информации в работе был использован спектрально-флуоресцентный диагностический параметр D_f .

Результаты. Проведено динамическое наблюдение за 68 больными, получившими лечение по поводу немелкоклеточного рака легкого, из них 9 пациентам выполнено радикальное хирургическое лечение, а 59 человек в предоперационном периоде получили предоперационную химиотерапию по схеме: паклитаксел/карбоплатин. Всем пациентам в послеоперационном периоде с целью изучения АФ слизистой оболочки бронхов измерялись спектры АФ методом ЛФС. После проведения спектрально-флуоресцентных измерений выполнялся забор материала слизистой оболочки бронхиального дерева для морфологического исследования. Анализ полученных спектров показал, что при возбуждении АФ в зеленой области спектра в обеих группах нормальный эпителий бронха интенсивно флуоресцирует, а спектры АФ имеют максимумы в районе 580 нм. Усредненная интенсивность АФ в максимуме спектра для нормальной слизистой оболочки в бронхиальном дереве у пациентов, не получавших химиотерапию, составила 1329 ± 144 отн.ед. Значения спектрально-флуоресцентного диагностического параметра D_f были стабильны и варьировали в пределах D_f от 0,8 до 1,0 ед. В группе пациентов, получивших курс предоперационной химиотерапии, показатели интенсивности АФ в слизистой оболочке бронхов были сопоставимы с интенсивностью аутофлуоресценции в контрольной группе.

Выводы. Нам не удалось получить достоверные различия в показателях аутофлуоресценции слизистой оболочки бронхов у больных после самостоятельного хирургического лечения и у пациентов после комбинированного лечения, включающего предоперационную химиотерапию.