

*В.Н. Капинус, М.А. Каплан, Е.В. Ярославцева-Исаева*  
**ФС «ФОТОЛОН» В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ С ЭКЗОФИТНЫМ И ВНУТРИТКАНЕВЫМ ТИПОМ РОСТА**

*ФГБУ Медицинский радиологический научный центр Минздрава России, Обнинск*

Результаты лечения базальноклеточного рака (БКРК) кожи часто остаются неудовлетворительными, и одна из причин развития рецидивов – инфильтративно-язвенный тип роста с глубокой инвазией. Ограничивающими факторами применения ФДТ является то, что разрушение опухолевой ткани происходит только на глубине 10–12 мм, поэтому при наличии экзофитного компонента новообразования и при более выраженной опухолевой инфильтрации для достижения адекватного результата лечения необходимо дополнительно использовать внутритканевое подведение лазерного излучения.

**Задачи исследования.** Разработка и оценка лечебной эффективности методики комбинированного применения интерстициального и дистанционного способов подведения лазерного излучения при лечении экзофитных и внутритканевых форм БКРК.

**Материалы и методы.** Лечение было проведено 39 больным раком кожи в возрасте от 55 до 88 лет. У всех пациентов был верифицирован БКРК, из них экзофитный тип роста отмечался у 14 (35,9%) пациентов, а инфильтрация подлежащих тканей – у 25 (64,1%) больных. У 15 (38,5%) пациентов был впервые диагностирован БКРК, у 24 (61,5%) пациентов имели место рецидивы заболевания. Для проведения ФДТ использовался ФС «Фотолон» в дозе 1,0–2,0 мг/кг, лазерный аппарат «Латус-2» (662 нм). На 1 этапе всем больным была проведена интерстициальная ФДТ с использованием световодов с гибким цилиндрическим диффузором длиной 1,0 и 2,0 см (ООО «Полироник», г. Москва) с диаметром световода 600 мкм, диаметр диффузора 900 мкм. Количество позиций диффузоров зависело от объема облучаемой ткани и составляло от 1 до 10, диффузоры устанавливали параллельно на расстоянии 0,7–1,0 см друг от друга. Использовали выходную мощность 200–300 мВт. Время воздействия составляло от 15 до 25 минут. На 2 этапе проводилась ФДТ с дистанционным подведением лазерного света в дозах 50–300 Дж/см<sup>2</sup> при плотности мощности 300–400 мВт/см<sup>2</sup> по полипозиционной методике.

**Результаты.** Полная регрессия опухолевых очагов была зарегистрирована у 31 из 39 больных (79,5%), частичная регрессия – у 8 (20,5%) пациентов. На сроках наблюдения от 6 месяцев до 3 лет у 12 (30,8%) из 39 пациентов были диагностированы рецидивы заболевания, на которые были проведены повторные сеансы ФДТ или лучевой терапии с удовлетворительным эффектом.

**Выводы.** Методика последовательного внутритканевого и дистанционного видов лазерного воздействия расширяет возможности оказания консервативного органосберегающего лечения БКРК с экзофитным и внутритканевым типом роста.

*А.А. Кладиев<sup>1</sup>, Т.Л. Юркинович<sup>2</sup>, П.М. Бычковский<sup>2</sup>, Н.В. Голуб<sup>2</sup>, В.А. Алиновская<sup>2</sup>, Р.И. Костерова<sup>2</sup>, С.О. Соломевич<sup>2</sup>, С.А. Красный<sup>3</sup>, Ю.П. Истомин<sup>3</sup>, Е.Н. Александрова<sup>3</sup>, М.Ю. Ревтович<sup>3</sup>, А.И. Шмак<sup>3</sup>*

**ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ  
 ПОЛИМЕР-ИММОБИЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ПРОСПИДИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ *IN VIVO***

<sup>1</sup>ООО «Биотехнологическая компания ТНК», Москва

<sup>2</sup>Учреждение БГУ «Научно-исследовательский институт физико-химических проблем», Минск

<sup>3</sup>РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, Минск

**Задача исследования.** Оценить противоопухолевую активность существующей инъекционной формы проспицина (Пр) и вновь созданной полимер-иммобилизованной формы проспицина (ПИФП) в эксперименте *in vivo*.

**Материалы и методы.** Исследования проведены беспородных крысах обоего пола (80 крыс с саркомой М-1, 40 крыс с саркомой Йенсена, 114 крыс с гепатомой Зайдела). Препарат проспицина в инъекционной форме и в виде гидрогелей (с соотношением Пр/фосфат декстрана→1/1 в дозах от 250; 500; 750; 1000 мг/кг; с соотношением Пр/фосфат декстрана→1/2 в дозах 500 и 1000 мг/кг), а также гидрогель фосфата декстрана (ФД) (500, 1000, 2000 мг/кг) вводили крысам однократно внутривентрально.

**Результаты.** Противоопухолевая активность отмечена у всех изученных препаратов Пр, а также ФД, при этом она носила дозозависимый характер. Отмечено увеличение противоопухолевой активности для ПИФП в сравнении с инъекционной формой. Так, наблюдалось достоверное уменьшение площади под кривой роста опухоли при сравнении с инъекционной формой Пр: для саркомы М1 14,85±1,96 и 34,18±2,50 см<sup>3</sup>/сутки, для саркомы Йенсена - 4,80±0,41 и 7,65±0,44 см<sup>3</sup>/сутки (для дозы ПИФП 1000 мг/кг), для гепатомы Зайдела – отмечено достоверное увеличение средней продолжительности жизни и уменьшение прироста массы тела в сравнении с инъекционной формой Пр. Для гепатомы Зайдела установлено, что в начальный период времени (до 22 сут) тенденция торможения роста опухоли была одинаковой как для инъекционного Пр, так и для ПИФП. В последующем (после 22 сут) в группах инъекционного Пр имел место прирост массы тела (тем больший, чем меньшая доза проспицина была использована), а в группах ПИФП прирост массы тела оказался отрицательным. Стабилизация массы тела, а следовательно, и отсутствие роста гепатомы Зайдела в случае использования ПИФП могут свидетельствовать о пролонгированном характере противоопухолевого действия препарата. Излеченность животных (для всех экспериментальных опухолей составила) при использовании инъекционного Пр составила 30–70%, для ПИФП 70–100%.

**Выводы.** Полученные экспериментальные данные о положительном влиянии ПИФП на течение опухолевого процесса являются основанием для продолжения аналогичных исследований в клинике при интраперитонеальном использовании.