

зах. Наиболее выраженный и длительный эффект наблюдался при использовании имОН в дозе 200 мг/кг. Обнаруженная высокая активность имОН в отношении лейкоцитов периферической крови предопределила изучение действия препарата на костномозговое кроветворение. Так, имОН повышали содержание незрелых нейтрофильных гранулоцитов в костном мозге на 8-е сут на 47,2 %, а их зрелых форм на 4-е сут – на 15,3 %, способствовали накоплению эритрокариоцитов на 2, 4-е сут исследования. В противоположность этому, содержание лимфоидных клеток в опыте снижалось. Эффективное использование гемостимуляторов в клинической практике невозможно без понимания механизма их действия. В наших исследованиях курсовое применение имОН на фоне развития миелосупрессии стимулировало формирование КОЕ-ГМ и КОЕ-Э. Одновременно отмечалось увеличение индекса

созревания эритроидных и гранулоцитарно-макрофагальных предшественников. Кроме того, в ходе эксперимента было выявлено, что имОН снижали уровень эритропоэтической активности в супернатантах неприлипающих миелокариоцитов на 3-и сут после цитостатического воздействия и не влияли на продукцию КСА клетками кроветворного микроокружения.

Выводы На модели цитостатической миелосупрессии, вызванной введением циклофосфана и 5-фторурацила, было показано, что при цитостатических воздействиях имОН ускоряют процессы регенерации костномозгового эритро- и гранулоцитопоэза. В периферической крови наблюдается увеличение количества нейтрофильных гранулоцитов. Механизм действия имОН связан с увеличением функциональной активности эритроидных и гранулоцитарно-макрофагальных предшественников.

ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

Ю.А. РАГУЛИН, В.С. УСАЧЕВ

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздравсоцразвития РФ, г. Обнинск

Актуальность. Внедрение высокотехнологичных аппаратных методик расширило возможности методов визуализации в диагностике патологии легких. Тем не менее морфологическая верификация остается основой формирования онкологического диагноза. В настоящее время для адекватной диагностики и определения плана лечения необходимо достаточное количество материала для определения гистологического подтипа опухоли и проведения молекулярно-генетических исследований.

Цель исследования – определение диагностической ценности трансторакальной биопсии образований легких под контролем компьютерной томографии.

Материал и методы. В клинике МРНЦ с 2005 по 2010 г. трансторакальная пункционная биопсия под контролем КТ выполнена 93 больным, возраст от 25 до 86 лет (в среднем 60 лет). В 4 случаях проведение пункции не удалось и морфологический материал не был получен (у 3 по причине развившегося пневмоторакса, не

позволившего локализовать иглу в опухоли, у 1 в связи с плотной консистенцией опухоли и ее малым размером). 31 больному выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (диаметр иглы 20G), 58 больным – трепанационная биопсия иглой, представляющей собой троакар, внутри которого проводится стилет с расщепленным концом, позволяющий захватить кусочки ткани, достаточный для гистологического исследования (диаметр 14G, длина 100 мм). Также данная техника выполнения пункции позволяет получать материал для цитологического исследования в виде отпечатков опухолевой ткани или смывов иглы.

Результаты. Размер пунктируемых образований составил от 10×10 мм до 80×95 мм (в среднем – 36,6×45,4 мм). Субплеврально расположенные образования были у 24 (25,8%) больных, на расстоянии 1–3 см от грудной стенки – 53 (57%), на расстоянии более 4 см – 16 (17,2%). Диагноз злокачественной опухоли легкого был поставлен у 65 больных на осно-

вании результатов трансторакальной пункции, при последующем оперативном вмешательстве или динамическом наблюдении. Аспирационная биопсия позволила верифицировать онкологический диагноз у 15 (75 %) из 20 больных, в то время как при использовании троакарной трепанационной биопсии злокачественный характер поражения выявлен у 42 (93,3 %) больных из 45 (у 80 % – гистологически, у 84,4 % – цитологически). По полученному гистологическому материалу 5 больным раком легкого выполнено исследование опухоли на наличие мутации EGFR, что в значительной степени повлияло на тактику лечения. Диагноз туберкулеза был верифицирован у 6 больных из 8. При биопсии неопухолевых поражений ложноположительных онкологических результатов не было. После трансторакальной биопсии легкого осложнения

развились у 17 (18,3 %) больных (пневмоторакс – 15, кровохарканье – 2). Клинически значимые осложнения, потребовавшие коррекции, отмечены у 2 больных (дренирование плевральной полости, гемостатическая терапия).

Выводы. Использование троакарной трепанационной биопсии легкого с последующим цитологическим и гистологическим исследованием материала обладает большей диагностической значимостью при верификации объемных процессов в легких по сравнению с тонкоигольной аспирационной биопсией. Метод прост в использовании и не сопровождается серьезными осложнениями. Получение образцов ткани позволяет проводить молекулярно-генетические исследования и тем самым индивидуализировать тактику лечения больных.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОДОЗНОЙ БРАХИТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНОРАПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.А. РЕШЕТНИКОВА, Ю.А. МАГАРИЛЛ, И.Л. ВАСИЛЬЧЕНКО

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово

Актуальность. В России на долю рака предстательной железы (РПЖ) приходится 5,0 % всех злокачественных новообразований у мужчин. Смертность от РПЖ среди онкологических заболеваний занимает у мужчин 2-е место после рака легкого. Брахитерапия РПЖ источниками высокой мощности дозы (^{192}Ir) используется для радикального лечения у больных с локализованными опухолями. При наличии местнораспространенного процесса либо иных факторов неблагоприятного прогноза возможно применение данной методики в сочетании с дистанционной лучевой терапией.

Цель исследования – улучшение результатов лечения местнораспространенного рака предстательной железы при использовании сочетанной лучевой терапии.

Материал и методы. С 2008 по февраль 2011 г. в ГУЗ ОКОД применяется внутритканевая брахитерапия с источниками высокой мощности дозы в комбинации с наружным облучением у 10 больных. Больные распределились по стадиям

следующим образом: $T_{2b}N_xM_0 - 2$, $T_{3a}N_xM_0 - 8$. Возраст больных колебался от 55 до 73 лет. У всех больных диагностирована ацинарная карцинома. Индекс по Глиссону находился в диапазоне от 4 до 9 баллов, и исходный уровень ПСА более 20 нг/мл. На первом этапе всем пациентам было проведено дистанционное облучение, клинический объем мишени включал предстательную железу, семенные пузырьки. Использовали четырехпольную методику в режиме классического фракционирования СОД 64–68Гр (перерыв 2 нед и реформирование полей облучения после СОД 44Гр). Вторым этапом проводили брахитерапию. Имплантацию игольчатых интрастатов выполняли под контролем ТРУЗИ через направляющий шаблон, в предстательную железу, количество которых определяли объемом простаты (от 8 до 12 см³). Процедура проходила под спинномозговой анестезией в положении семилитомии. Дозиметрическое планирование осуществлялось («АВАКУС») с включением в референсную