

*К.С. Титов, Л.В. Демидов, М.В. Киселевский, И.Н. Михайлова, С.М. Волков*

### **ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ БИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМИ СЕРОЗИТАМИ**

*ФГБУ «РОИЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва*

**Введение.** Опухолевые серозиты (плевриты, перикардиты и асциты) встречаются примерно у 50% больных с диссеминированными формами рака, и поэтому поиск новых эффективных и безопасных методов лечения опухолевых серозитов по-прежнему является актуальным

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность и переносимость методов внутриполостной биотерапии у больных с опухолевыми серозитами.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 203 больных диссеминированными формами рака с опухолевыми серозитами с развившейся на фоне лечения резистентностью к лекарственной терапии (плевриты – 93, асциты – 72 и перикардиты – 38). Состояние больных расценивалось по ECOG-0-1 у 172 (85%) и ECOG-2 у 31 (15%). Для получения ЛАК-клеток использовали мононуклеарные лейкоциты, выделенные из серозного экссудата больного (аутологичные ЛАК) или из периферической крови здоровых доноров (аллогенные ЛАК), которые далее генерировали в лаборатории клеточного иммунитета РОИЦ РАМН в присутствии Ронколейкина в CO<sub>2</sub>-инкубаторе, в течение 2 суток. Для проведения внутриполостной биотерапии серозная полость дренировалась «Плевроканом» на 14 дней при плеврите, на 21 день при асците и на 7 дней при перикардите. Экссудат максимально удалялся до начала биотерапии и далее через день. В полость ежедневно вводили ИЛ-2 (Ронколейкин®, ООО «Биотех», Россия) по 1 млн. МЕ ± ЛАК по 100–150 клеток. В конце лечения катетер из полости удаляли. Клинический эффект оценивался через 1 и далее через каждые 3 месяца после окончания биотерапии.

**Результаты.** Объективный ответ для опухолевых плевритов составил: при внутривнутриполостной ИЛ-2/аутол.ЛАК-терапии – 92,9%, ИЛ-2/аллоген.ЛАК – 93,4% и ИЛ-2 – 80%, медиана времени до рецидива плеврита составила 6, 9 и 7 месяцев соответственно; для асцитов: при внутривнутриполостной ИЛ-2/аллоген.ЛАК – 73,2% и ИЛ-2 – 61,3%, медиана времени до рецидива асцита – 4 и 3 месяцев и перикардитов: внутривнутриполостная ИЛ-2/аллоген.ЛАК-биотерапия – 95,7% и ИЛ-2 – 86,7%, медиана времени до рецидива перикардита – 4 и 3 месяца. Основным побочным эффектом внутривнутриполостной биотерапии в 83% случаев был гриппоподобный синдром, при необходимости купируемый пероральными антипиретиками.

**Выводы.** Внутриполостная биотерапия у больных с химиорезистентными опухолевыми серозитами является эффективным и безопасным методом лечения.

*С.П. Титов, А.Ю. Воробьев, И.В. Иванов, Н.В. Гирин, М.А. Хетагуров*

### **ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКИХ, ПЛЕВРЫ И СРЕДОСТЕНИЯ**

*ГУЗ Костромская Областная Больница*

**Цель работы.** Поделиться опытом применения видеоторакоскопии и видеоассистированных операций в диагностике и лечении опухолей лёгких, плевры и средостения.

**Материалы и методы.** В отделении торакальной хирургии Костромской областной больницы в период с 2001 по 2012 год с применением видеоторакоскопии оперировано 300 больных в возрасте от 14 до 75 лет. Из них 211 мужчин и 89 женщин. При опухолях различных локализаций выполнено 106 операций.

Видеоторакоскопия выполнена в 16 случаях: 2 – при липомах грудной стенки; 13 – при лимфопатиях корней лёгких и средостения; 1 – при энуклеации гамартомы.

Видеоассистированные операции выполнены в 90 случаях: 41 – энуклеация гамартомы; 27 – биопсия лимфатического узла при лимфопатиях; 15 – краевые резекции при метастатических поражениях лёгких; 8 – краевые резекции при периферических опухолях лёгких; 1 – средняя лобэктомия при периферическом раке 1а ст Т1N0M0; 1 – верхняя лобэктомия слева при периферическом раке 1а ст Т1N0M0; 6 – биопсия лёгкого и плевры, дренирование плевральной полости при экссудативном метастатическом плеврите; 5 – удаление липом грудной стенки; 1 – удаление опухоли переднего средостения (тимомы).

При операциях использовались отечественные сшивающие аппараты УО-60, УО-40, УС-30.

**Результаты.** Послеоперационный период больные переносили значительно легче, чем после стандартных торакотомий. Послеоперационные осложнения: в 1 случае нагноением послеоперационной раны, у одного больного развилась очаговая пневмония после удаления гамартомы. Все больные выписаны из стационара с выздоровлением.

**Выводы.** Видеоторакоскопия является высокоэффективным методом диагностики и лечения. Видеоассистированные операции на органах грудной клетки позволяют сократить длительность операции, провести пальпацию лёгкого, использовать отечественные сшивающие аппараты типа УС, УО.