

Материалы и методы. При эзофагогастродуоденоскопии были выявлены эпителиальные образования желудка у 123 пациентов, возраст 22–83 года ($52 \pm 5,9$), мужчин – 46, женщин – 77. Пациенты были направлены для проведения эндоскопии терапевтами, гастроэнтерологами по поводу различной патологии желудочно-кишечного тракта. В 78% случаев проводили биопсию слизистой желудка в теле и антральном отделе для дополнительной верификации инфекции *Helicobacter pylori*. Использовали эндоскопическую видеосистему Olympus Luciga CV-260, с режимом аутофлуоресценции AFI. Фиксировали АФ-окрашивание образования в пурпурный или зеленый цвет. Для выяснения зависимости вида АФ-окрашивания эпителиальных образований желудка от их гистологического строения все образования разделили на 4 группы в соответствии с Венской классификацией гастроинтестинальных неоплазий: 1-я группа включала в себя все виды гистоморфологически подтвержденных инвазивных и неинвазивных карцином; 2-я группа включала аденоматозные образования с диспластическими изменениями 1–3-й степени; 3-я группа включала в себя образования с неопределенной дисплазией, смешанным аденоматозно-гиперпластическим гистологическим строением; 4-я группа (контрольная) включала в себя образования, негативные по диспластическим изменениям, воспалительного характера.

Результаты. Диагностические возможности АФ-эндоскопии оценены с помощью показателей чувствительности, специфичности, прогностической ценности положительного результата и отношения правдоподобия и составили: чувствительность – 0,69; специфичность – 0,71; прогностическая ценность положительного результата – 0,92; прогностическая ценность отрицательного результата – 0,31; отношение правдоподобия – +LR-2,4 и –LR-0,43. Выявлено, что пурпурное АФ-окрашивание эпителиальных образований в 2,4 раза вероятнее, чем в контрольной группе.

Выводы. АФ-окрашивание эпителиальных образований желудка зависит от гистологического строения – карциноматозные и аденоматозные структурные изменения имеют пурпурный цвет. Данная АФ-характеристика позволяет во время эндоскопического исследования получить дополнительную информацию о гистологическом строении образования и применить адекватный метод лечения.

Коробов С.С.¹, Давыдов Е.В.²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

¹ ФГБОУ ВПО «МГУПП», г. Москва, Россия;

² Ветеринарная клиника «Велес-Текстильщики»

Korobov C.C., Davidov E.V. (Moscow, RUSSIA)

FLUORESCENT DIAGNOSTICS IN SKIN NEOPLASMS

Обоснование и цель исследования. Флуоресцентная диагностика (ФД) является перспективным методом диагностики в онкологии, который позволяет не только диагностировать новообразования, но и проводить мониторинг лечения.

Материалы и методы. Пациенты – собаки ($n = 4$) и кошки ($n = 5$) со спонтанно возникшими опухолями (базальноклеточный рак кожи (БКР) и гистиоцитомы кожи), возраст от 8 до 11 лет, опухоли – диаметр от 0,7 до 4,5 см, плотные, бугристые. БКР с очагами некроза, расположение: на спине, в области щеки и на голове. В качестве фотосенсибилизатора использовали Фотодитазин. Для флуоресцентной диагностики использовали прибор АЛХТЭЛОМЕД, изображение выводили на монитор компьютера, через плату видеозахвата аналогового изображения с камеры.

Результаты. Флуоресцентную диагностику проводили с фотосенсибилизатором Фотодитазин, который вводился за 3 часа до диагностики в дозе 1 мг/кг. Во всех случаях ФД злокачественных и доброкачественных опухолей кожи флуоресценция накопленного фотосенсибилизатора хорошо визуализировалась, что позволило определить истинные границы опухоли и произвести контроль лечения как хирургического удаления, так и ФДТ. При хирургическом удалении проводи-

ли ФД ложа удаленной опухоли и краев резекции – отсутствие флуоресценции свидетельствовало о полном иссечении. При ФДТ существенное снижение или полное исчезновение флуоресценции свидетельствовало о полной активации накопленного фотосенсибилизатора.

Заключение. Таким образом, флуоресцентная диагностика является перспективным и ценным методом диагностики опухолей кожи и методом контроля качества лечения. При этом индекс контрастности – накопления в опухолевой и здоровой ткани – выше в злокачественных опухолях, чем в доброкачественных, что можно использовать для выявления злокачественных опухолей, а в перспективе – и для определения вероятного морфологического диагноза по спектру флуоресценции, индексу контрастности и времени накопления.

Лихачева Е.В.¹, Пономарев Г.В.², Муравьев М.В.³

КОМБИНИРОВАННОЕ АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ФДТ

¹ ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России», г. Москва, Россия;

² ИБМХ им. В.Н. Ореховича, г. Москва, Россия;

³ ООО «Панков-медик», г. Москва, Россия

Likhacheva E.V., Ponomarev G.V., Muraviev M.V.
(Moscow, RUSSIA)

A COMBINED OUT-PATIENT TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS WITH ANTI-INFLAMMATORY PHOTODYNAMIC TECHNIQUE

Обоснование. В ГНЦ лазерной медицины фотодинамическая терапия (ФДТ) при лечении хронических неопухолевых ЛОР-заболеваний применяется с 2003 г. В настоящее время ее актуальность возрастает для лечения воспалительных заболеваний в разных областях медицины, в том числе и в оториноларингологии. В данной работе проводилось наблюдение над пациентами, страдающими хроническим тонзиллитом (лакуноотомия) и получающих комбинированное лечение, включающее лазерную коагуляцию небных миндалин и сеансы фотодинамической терапии.

Цель работы. Оптимизация амбулаторного метода лечения хронического тонзиллита.

Материалы и методы. В работе использовали: хирургический СО₂-лазер длиной волны 1060 нм и светодиодный матричный терапевтический прибор для фотодинамической терапии «Гармония-Спектр» («Панков-Медикл») с длинами волн 405 и 662 нм. Также применяли гель-фотосенсибилизатор хлоринового ряда и гель-фотосенсибилизатор порфиринового ряда. Наблюдение проводили за 16 пациентами с хроническим тонзиллитом, получившими комбинированное лечение (сочетание хирургической коагуляции небных миндалин и ФДТ), за контрольной группой из 10 пациентов, получивших только хирургическое лечение, и 10 – только ФДТ. У всех пациентов в посевах мазка с небных миндалин обнаруживалась патогенная или условно-патогенная флора в клинически значимых количествах. У многих пациентов отмечалось инфицирование лимфотропными герпесами в разных стадиях. В основной группе пациентам производилась СО₂-лазерная лакуноотомия, рассечение спаек и рубцовых изменений небных миндалин и проводилось 2–3 сеанса ФДТ небных миндалин с противовоспалительной целью. Интервалы между процедурами были от 2 недель до 2 мес. в зависимости от состояния пациента и клинических лабораторных показателей. В контрольных группах пациентам производилась только лазерная лакуноотомия или только ФДТ.

В лечении применялись разработанные в ГНЦ лазерной медицины методики. При хирургическом лечении под местной аппликационной анестезией лидокаином в спрее производилась лакуноотомия, рассечение спаек, рубцов небных миндалин и дужек, по необходимости – коагуляция поверхности миндалин лучом СО₂-лазера. При ФДТ промазывали небные миндалины или(и) вводили в лакуны гель-фотосенсибилизатор, а затем,