

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ

М.Г. ИЛЬЧЕНКО, Н.А. МАКСИМОВА

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,  
г. Ростов-на-Дону*

**Цель исследования.** Уточнение возможностей комплексной сонографии (В режим, ДГ, ДМ) у детей с нефробластомой.

**Материал и методы.** С 2006 по 2009 г. обследованы 14 пациентов с верифицированным диагнозом забрюшинная нефробластома. Распределение по возрасту: до 1 года – 2 детей (14,3 %); от 1 до 3 лет – 3 (21,4%); от 3 до 6 лет – 6 (42,8%); от 6 до 9 лет – 2 (14,3%); старше 12 лет – 1 ребенок (7,14%). Распределение по стадиям заболевания: I – 2 (14,3 %); II – 4 (28,6%); III – 6 (42,8 %); IV – 2 (14,3 %). Комплексное УЗИ осуществлялось на сканере «IU 22 PHILIPS» с использованием конвексного трансабдоминального датчика частотой 2–5 МГц. Обследования проводились по стандартной методике в В-режиме, в цветовом и энергетическом доплере с этапом доплерометрии.

**Результаты.** В результате ультразвукового исследования в режиме серошкального сканирования нефробластома визуализировалась как объемное образование, располагающееся в проекции правой или левой почки размерами от 2,0 до 17,0 см, солидно-кистозной структуры (80%); смешанной эхогенности (88%). Тип кровоснабжения новообразований: гиперваскулярный – у 8 (57,2 %), изоваскулярный – у 4 (28,5%), гиповаскулярный – у 2 (14,3%). Для объективизации эффекта

неоадьювантной и адьювантной противоопухолевой терапии (аутогемохимиотерапия, лучевая терапия) проводился динамический мониторинг по разработанному нами способу оценки эффективности лечения забрюшинных опухолей с применением методики мультилокусной доплерографии в режимах ЦДК. Методика позволила объективизировать эффективность лечения с определением чувствительности либо резистентности к терапии. В результате динамической оценки установлено, что получена стабилизация процесса у 1 (7,1%), ремиссия – у 9 (64,2%), генерализация процесса – у 4 (28,6%). После хирургического лечения рецидивов заболевания не выявлено. Отмечено, что в специализированное отделение более 60% детей поступают с размерами образований больше 11,0 см, что затрудняет топическую и дифференциальную диагностику. До начала противоопухолевой терапии у 9 детей (64,2%) под УЗИ-контролем выполнялась аспирационная пункционная биопсия, что позволило оценить гистоструктуру злокачественного процесса и имело существенное значение в определении тактики лечения.

**Выводы.** Комплексное УЗИ является высокоэффективным методом диагностики в оценке динамики опухолевого процесса и эффективности проводимого лечения.

## АДОПТИВНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЛЕГКОГО

С.Н. КАБАНОВ, С.З. КАРТАШОВ, Ю.Н. ЛАЗУТИН, И.А. ЛЕЙМАН, Е.Г. ВОЙТКЕВИЧ

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,  
г. Ростов-на-Дону*

Биотерапия – лечение опухолей с помощью различных биологически активных веществ – является одним из наиболее перспективных направлений в онкологии. Одна из ее задач

– активация клеточного противоопухолевого иммунитета. Применяемые при местнораспространенном раке легкого режимы химиотерапии, самостоятельно или в сочетании с лучевой тера-

пией, часто бывают недостаточно эффективны. Успешное лечение опухоли может зависеть от баланса между противоопухолевой эффективностью химиотерапевтических комплексов и потенциалом иммунной системы, достаточным (или недостаточным) для того, чтобы справиться с оставшимся после лечения количеством опухолевых клеток. Основную роль в противоопухолевой защите организма играет группа лимфоцитов, называемых натуральными киллерами. Они способны эффективно лизировать опухолевые клетки. Однако их численность невелика, всего 10-15% всех лимфоцитов крови, что не позволяет им справиться с опухолевой массой. Чтобы увеличить количество лимфоцитов-киллеров нами был применен метод так называемой адоптивной (adoptive – привнесенный) иммунотерапии. Он позволяет из обычных лимфоцитов крови или других биологических жидкостей (в данном случае была лимфа) больного получить значительное количество так называемых лимфокинактивированных киллеров (ЛАК). ЛАК вводятся в организм пациента, где они оказывают противоопухолевое действие. Классическим препаратом, вызывающим генерацию ЛАК *in vitro*, является интерлейкин-2 (IL-2).

С целью улучшения непосредственных результатов лечения местно-распространенного рака легкого был апробирован метод аутолимфохимиотерапии (АЛХТ) в сочетании с ЛАК-терапией.

**Материал и методы.** Проведено лечение 10 пациентам раком легкого IIIA-IIIВ стадии. Все больные были мужчины, в возрасте 54–65 лет. Из них у 4 был мелкоклеточный рак (МРЛ), у 6 – немелкоклеточный рак (НМРЛ); у 3 – аденокарцинома, у 3 – плоскоклеточный рак.

Для проведения ЛАК-иммунотерапии всем больным выполняли дренирование грудного лимфатического протока. Собранная лимфа, в объеме 200 мл инкубировалась при 37°C в течение 48 ч с 1 млн МЕ ронколейкина (IL-2) и затем реинфузировалась пациентам в/в капельно. Адоптивная иммунотерапия проводилась в сочетании с аутолимфохимиотерапией (АЛХТ) по схеме ЕР в следующих режимах: при МРЛ: цисплатин – 100 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день, вепезид – 200 мг/м<sup>2</sup> в 1, 2, 3-й день, ронколейкин – 1 млн МЕ во 2, 3, 4, 5-й день; при НМРЛ: цисплатин – 100 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день, вепезид – 200 мг/м<sup>2</sup> в 1, 3, 5-й день, ронколейкин – 1 млн МЕ во 2, 4, 6, 8-й день.

**Результаты.** Клинический эффект проведенной терапии заключался в уменьшении или полном регрессе кашля, одышки, болей в грудной клетке, нормализации температуры тела. Рентгенологически полный ответ отмечен у 2 больных с мелкоклеточным раком, частичный ответ – у 6, стабилизация процесса – у 2 пациентов. Прогрессирование процесса не зарегистрировано.

**Выводы.** ЛАК-иммунотерапия расширяет спектр возможностей противоопухолевой терапии. Она имеет ряд преимуществ по сравнению с химиотерапией и облучением: отсутствие токсичности и хорошая переносимость, возможность применения совместно с традиционными методами лечения, а также в случаях лекарственной резистентности в качестве самостоятельного вида терапии, стимуляция противоопухолевого клеточного иммунитета, приводящая к лизису опухоли, улучшение качества и продолжительности жизни.

## ФЕНОТИП ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ПРИ БИОТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ

З.Г. КАДАГИДЗЕ

*РОИЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Москва*

В настоящее время разработаны различные методы иммунотерапии, направленные на повышение эффективности специфического противоопухолевого иммунного ответа, включающие введение цитокинов, антигенов опухолевых клеток,

дендритных вакцин, инфильтрирующих опухоль лимфоцитов, Т-клеток совместно с фактором роста или активированных цитокинами и т.д. Однако иммунотерапевтические методы недостаточно эффективны. Открытие минорных субпопуляций