

высокая (до 90-95%), рецидивы экссудации редки. Также возможно использование внутривенного введения цитокинов, прежде всего, интерлейкина-2. Отмечена высокая эффективность (86,7% (продолжительность объективного ответа составила 3,4 и 3,2 месяцев) с хорошим профилем переносимости и низкой токсичностью.

Таким образом, на сегодняшний день в онкологии актуальной задачей является поиск оптимально эффективного и низкотоксичного лечения канцероматоза перикарда и опухолевого перикардита. Однако, обнадеживающими являются данные об высокоэффективном методе внутривенной ИЛ-2-иммунотерапии, что позволяет его рекомендовать его в комплексном лечении этой сложной категории онкологических больных.

Перспектива лечения цитокининдуцированной анемии с функциональным дефицитом железа у онкологических больных

В. Н. Блиндарь¹, Ю. А. Нестерова¹, Г. Н. Зубрихина¹, И. И. Матвеева¹

*Место работы: ¹ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» МЗ России
e-mail: bld51@list.ru*

Цель. Выявление особенностей показателей крови, исследование которых сможет помочь в дифференциальной диагностике функционального (ФДЖ) или абсолютного дефицита железа (ЖДА), так как лечение принципиально отличается.

Материалы и методы. Исследование проведено у 39 онкологических больных с анемией, до лечения. Средний возраст (65,4±4,9) лет. В качестве контрольной группы определение аналогичных показателей крови проведено у 23 здоровых лиц. Клинический анализ крови исследовали по 47 показателям на гематологическом анализаторе Sysmex XE-2100, в том числе, и ретикулоцитарные индексы. Содержание ферритина (ФР), растворимых рецепторов трансферрина (рРТФ), эритропоэтина (ЭПО), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и гепсидина-25 (ГП25) определяли методом ИФА.

Результаты. Больные с анемией имели одинаковые морфологические признаки эритроцитов и ретикулоцитов крови, а именно, — микроцитоз (MCV=76,4±1,1 фл) и гипохромия (MCH=22,5±0,9пг), среднее содержание гемоглобина в ретикулоците составило (23,8±0,6пг). На основании показателей ФР, рРТФ, ИЛ-6, ГП25 больные были разделены на две группы. Первая (17 чел.) — с истинной ЖДА, при которой отмечено снижение ФР (13,2±3,7) нг/мл, повышение уровня рРТФ (3,7±0,9) мкг/мл, ИЛ-6 колебался от 0 до 4,1 нг/мл (1,1±0,4) нг/мл, ГП 25 был значительно (1,5±0,4) нг/мл ниже нормы. Вторая (22 чел.) — с АХЗ и функциональным дефицитом железа (ФДЖ), которая характеризовалась высокой концентрацией ФР (539,6±122,4) нг/мл, рРТФ (2,7±0,4) мкг/мл, ГП25 (25,2±7,1) нг/мл и ИЛ-6 (27,0±10,5) нг/мл, что достоверно выше, чем у больных с ЖДА. Анализ показателей ЭПО выявил повышение более 100 мЕ/мл у 15 (38,4%) чел. с колебаниями от 57 до 227 мЕ/мл. У 24 (61,6%) больных ЭПО колебался от 3,2 до 43,0 мЕ/мл (18,1±3,8) мЕ/мл, Me-10,5 мЕ/мл, т.е. был неадекватным степени тяжести анемии.

Более низкая продукция ЭПО отмечалась у всех больных с ФДЖ, в меньшей степени, единичные случаи, у пациентов с ЖДА.

Заключение. Показатели экспрессии интерлейкина-6, гепсидина-25 у онкологических больных с анемией хрониче-

ского заболевания могут предоставить клиницистам новые инструменты для разработки иных способов и механизмов терапевтического воздействия. Это, в свою очередь, будет способствовать адекватному назначению препаратов железа, ГЕРО, возможно, антагонистов интерлейкина-6, гепсидина и, соответственно, оптимальной эффективности терапии.

Биопсия внутрикостных хрящевых опухолей. За и против

А. В. Бондарев¹, М. Ю. Щупак¹, А. Г. Жуков¹

Место работы: ¹МГ ОБ 62

e-mail: sasha.b@list.ru

Цель. Определить показания к выполнению трепан-биопсии внутрикостно-расположенных опухолевых очагов с хрящевым матриксом.

Материалы и методы. Клинико-морфологическому сопоставлению подвергнуто 30 клинических случаев опухолей с хрящевым матриксом, локализованных внутри костного матрикса. Анализировалась гистологическая картина трепан-биоптата, результаты инструментальных методов диагностики, в первую очередь рентгенологические, а также клиническая картина. Гистологическое исследование включало в себя стандартную микроскопию и/или ИГХ исследование. При оценке данных методов визуализации в первую очередь учитывался размер опухолевого очага, его локализация, состояние окружающего костного матрикса и кортикального слоя в зоне расположения опухоли. Клиническая картина учитывала наличие и характеристики болевого синдрома

Результаты. Во всех проанализированных случаях гистологическая картина не имела специфических признаков, позволяющих достоверно отличить хондросаркому от энхондромы. Окончательное заключение основывалось на анализе данных методов визуализации а именно — признаки деструкции кортикального слоя. Наличие мягкотканного компонента однозначно трактовалось в пользу хондросаркомы. В то же время трепан-биопсия нарушает кортикальный слой, что в случае хондросаркомы усугубляет стадию заболевания. После трепан-биопсии возникает необходимость иссечения биопсийного канала, при этом распространение опухолевых клеток в гематоме может быть значительно-больше размеров послеоперационного рубца. Ожидание биопсии также задерживает сроки проведения лечения.

Заключение. Трепан-биопсия хрящевых опухолей, расположенных внутри кости не может служить достоверным способом верификации опухолевого процесса. Для данной категории пациентов целесообразно определение клинического диагноза и принимать решение о дальнейшей тактике соответственно установленному диагнозу. При выборе хирургического варианта лечения вариантом выбора служит выполнение краевой резекции а аллопластикой.

Эндопротезование тел позвонков в онкоverteбрологии

С. В. Зарецкий¹, А. А. Касюк¹

*Место работы: ¹Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь
e-mail: Alexander_on@tut.by*

Цель. Оценить непосредственные результаты использования эндопротезов тела позвонка у пациентов с опухолевым поражением позвоночника.