

## **Выводы**

Дифференциальную диагностику патологически измененной и интактной паращитовидной железы можно проводить интраоперационно на основании конфокальной лазерной микроскопии. Применение конфокальной лазерной микроскопии открывают новые возможности для диагностики и проведения исследований, в том числе с использованием миниинвазивных технологий.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Самохвалова, Н. А. Программный подход к лечению вторичного гиперпаратиреоза при хронической болезни почек / Н. А. Самохвалова, Н. А. Майстренко, П. Н. Ромашенко // Хирургия органов эндокринной системы. — 2013. — Т. 172, № 2. — С. 43–46.
2. Ким, И. В. Исследование паратгормона из смыва при пункционной биопсии околощитовидных желез как метод топической диагностики при первичном гиперпаратиреозе / И. В. Ким, Н. С. Кузнецов, С. Н. Кузнецов // Эндокринная хирургия. — 2014. — Т. 2. — С. 14–19.
3. Ragazzi, M. Fluorescence confocal microscopy for Pathologists / M. Ragazzi, S. Piana, C. Longo // Modern Pathology. — 2014. — Vol. 27. — P. 460–471.
4. Kiesslich, R. Confocal laser endomicroscopy / R. Kiesslich, M. I. Canto // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. — 2009. — Vol. 19, № 2. — P. 261–272.
5. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия — применение в патоморфологических исследованиях / А. О. Дурнова [и др.] // Биотехносфера. — 2014. — Т. 35, № 5. — P. 30–35.

УДК 616.411-006.81-08:577.344.3(476.2)

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МЕЛАНОМЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Ганусевич О. Н.<sup>1</sup>, Нестерович Т. Н.<sup>2</sup>, Ачинович С. Л.<sup>1</sup>, Федоркевич И. В.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

## **Введение**

Лечение пациентов с меланомой кожи (МК) по-прежнему является актуальной проблемой. Это связано, как с ростом показателей заболеваемости в Республике Беларусь, так и агрессивным течением опухоли, обусловленным ее высоким метастатическим потенциалом [1]. Хирургическое лечение остается единственным радикальным методом лечения первичной МК, однако высокий риск микрометастазирования до и во время оперативного вмешательства обуславливает необходимость поиска новых методов системного и местного воздействия на опухоль [2]. Перспективным является использование фотодинамической терапии (ФДТ) в качестве неоадьювантного лечения. Фотодинамический эффект реализуется путем прямого цитотоксического действия синглетного кислорода, а также путем повреждения эндотелия сосудов опухоли, приводящее к ее ишемии, и инициализации иммунного ответа [2].

## **Цель**

Изучить непосредственные результаты применения неоадьювантной ФДТ в лечении пациентов с МК.

## **Материал и методы исследования**

В онкологическом отделении общей онкологии и реабилитации Гомельского областного клинического онкологического диспансера (ГОКОД) у 8 пациентов с МК была проведена неоадьювантная ФДТ.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

Всего с применением неоадьювантной ФДТ было пролечено 8 пациентов, в возрасте от 46 до 68 лет. Из них женщин было 6 (75 %), мужчин — 2 (25 %). Всем пациентам диагноз МК был верифицирован цитологически до начала лечения. Для работы мы использовали фотосенсибилизатор хлоринового ряда «Фотолон». Доза препарата составляла 50 мг, который вводился внутривенно капельно в течение 30 мин. Через 2 ч

после завершения введения раствора выполнялось лазерное облучение опухоли до достижения общей поглощенной световой дозы 300–360 Дж/см<sup>2</sup>. В качестве источника излучения использовался аппарат «УПЛ ФДТ» с длиной волны 665 ± 5 нм, с мощностью на выходе 1,25 Вт, плотность мощности излучения на поверхности опухоли 0,2–0,3 Вт/см<sup>2</sup>. Хирургическое лечение проводилось через двое суток после локального облучения первичной опухоли. Побочных реакций и осложнений при введении препарата «Фотолон» в используемых дозах мы не наблюдали.

Чаще всего, в 3 (37,5 %) случаях, опухоль локализовалась на коже поясничной области, в 2 (25 %) — на коже голени, по 1 (12,5 %) случаю — на коже шеи, предплечья и лопаточной области. В зависимости от стадии заболевания пациенты анализируемой группы распределились следующим образом: в 4 (50 %) случаях была I стадия МК, в 3 (37,5 %) — II стадия, в 1 (12,5 %) — III стадия. Всем пациентам после ФДТ было выполнено радикальное электрохирургическое иссечение опухоли, в том числе, в 4 (50 %) случаях, с пластическим замещением дефекта перемещенным кожным лоскутом. В послеоперационном периоде осложнений, увеличения сроков заживления раны не было выявлено.

Гистологическая структура меланомы после ФДТ характеризовалась наличием коагуляционного некроза, выраженного в разной степени: клетки угловатой формы с умеренным полиморфизмом, цитоплазма гомогенная, эозинофильная с размытыми границами; ядра сморщенные, гиперхромные, местами вытянутой, палочковидной и неправильной формы, в некоторых ядрах определяются грубые глыбки хроматина и нечетко визуализирующиеся ядрышки, фигуры апоптоза. В строме выраженное полнокровие с наличием резко расширенных венул и мелких вен с наличием эритроцитарных сладжей и микротромбов и диапедезом эритроцитов. В строме гиалиноз, скопления распадающихся нейтрофильных гранулоцитов, глыбки меланина. Эпидермис был изъязвлен с отложением фибрина, лейкоцитов.

#### **Заключение**

Неоадьювантная ФДТ препаратом «Фотолон» — это безопасный метод для комбинированного лечения МК с хорошими непосредственными результатами. Для оценки отдаленных результатов требуется дальнейшее наблюдение за пациентами.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований» [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 6 июля 2018 г., № 60. — Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21833500p&p1=1>. — Дата доступа: 28.09.2019.

2. Клинико-иммунологическая оценка эффективности неоадьювантной фотодинамической терапии в хирургическом лечении первичной меланомы кожи / Г. И. Гафтон [и др.] // Сибир. онкол. журнал. — 2015. — № 2. — С. 31–38.

**УДК 617.51+616.831]-001-022.17:616-008.9**

### **ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ, ИММУНОСУПРЕССИВНЫЙ, КАТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

**Гончаров В. В.<sup>1,2</sup>, Светлицкая О. И.<sup>1</sup>, Комликов С. Ю.<sup>2</sup>,  
Маркевич Н. Г.<sup>1,2</sup>, Беспалова С. С.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,**

**<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения  
«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»  
г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Развитие медицинских технологий привело к значительному снижению летальности пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), однако выжившие молодые