

эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии и на 10-е сутки после ее выполнения.

Результаты и обсуждение.

До начала лечения в крови больных раком мочевого пузыря выявлены: увеличение суммарных показателей лейкоцитов - WBC - в пределах от $10,2$ до $14,0 \times 10^9/\text{л}$, повышение значений СОЭ от 17 до 45 мм/ч, анемия первой степени. Так же были обнаружены выраженные изменения структурно - функциональных характеристик нейтрофилов и лимфоцитов: объема клеток - MVNe, MVLy и интенсивности светорассеяния - MSNe, MSLy. Нейтрофилы характеризовались увеличением объема в среднем до $154,0 \pm 2,04$ фл., в норме - $142,0 \pm 2,86$ фл., и снижением интенсивности светорассеяния в среднем до $123,0 \pm 1,66$, в норме - $140,0 \pm 3,15$. Лимфоциты, как и нейтрофилы, имели больший объем ($95,0 \pm 2,37$ фл.), в сравнении с нормой ($85,0 \pm 1,70$ фл.), но отличались повышением показателя светорассеяния в среднем до $73 \pm 2,80$, в норме - $65,0 \pm 2,67$. Обращало внимание сопряженность изменения VCS-характеристик нейтрофилов и лимфоцитов

В процессе лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря уровень WBC в среднем по группе составил $7,9 \pm 0,84 \times 10^9/\text{л}$, при этом минимальные значения показателя WBC не выходили за пределы $4,6 \times 10^9/\text{л}$ ни у одного из больных. Количество нейтрофилов и лимфоцитов, в среднем, за период наблюдения составило $58,0 \pm 0,60\%$ ($4,7 \times 10^9/\text{л}$) и $28,4 \pm 0,32\%$ ($2,2 \times 10^9/\text{л}$), соответственно. На 10-е сутки после проведения НЭАПХТ отмечена стабилизация VCS-показателей нейтрофилов и лимфоцитов - MVNe, MVLy и MSNe, MSLy. Объемные показатели снижаются в направлении нормальных величин, показатели интенсивности светорассеяния в нейтрофилах увеличиваются, в лимфоцитах - снижаются. Так, MVNe у больных с положительным эффектом от проводимой АПХ терапии составил $143,0 \pm 1,64$ фл., MSNe - $138,0 \pm 1,36$; MVLy - $88,0 \pm 0,50$ фл.; MSLy - $67,0 \pm 0,84$.

Выводы. Описанные изменения в крови больных свидетельствуют об отсутствии на фоне проводимой (НЭАПХТ) терапии признаков глубокой миело- и иммунодепрессии, обусловленной низкой токсичностью НЭАПХТ и о способности циклофосфана, введенного на аутосредах, включаться в биоадаптивные процессы организма, обеспечивающие, наряду с противоопухолевым эффектом лечения, выраженное снижение гематологической токсичности. Изученные параметры могут быть использованы в мониторинге терапии рака мочевого пузыря, служить диагностическим и прогностическим целям.

ФОТОУЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Х.Я. Гюлов, А.В. Важенин, С.В. Яйцев,
В.И. Сычев, Г.А. Кожевников, Е.А. Сырчинова,
А.А. Ложков, А.А. Ключенева,
И.Н. Лыс, А.Д. Хоменко*

ПНИЛ «Радиационная онкология» ЮУНЦ РАМН - ЧООЦ
Уральская ГМАДО, Челябинская ГМА, г. Челябинск

Онкологическая заболеваемость в России тоже с каждым годом растет и является острой медико-социальной проблемой. Ежегодно выявляется более 400 тысяч больных со злокачественными новообразованиями различных локализаций (Чиссов В.И., 2007). Опухолевая патология органов головы и шеи (ГиШ) составляет порядка 20% от всех злокачественных новообразований (ЗНО) человека.

Совокупная доля ЗНО рассматриваемых нами локализаций в структуре онкозаболеваемости в РФ составляет 6,54% и занимает 6-е место. В Челябинской области этот показатель ниже и составляет 4,95%. Патология ГиШ занимает 7-е место в структуре онкозаболеваемости (Важенин А.В., 2006).

Несмотря на доступность орофарингеальной зоны визуальному осмотру, пальпации и инструментальному осмотру, доля запущенных случаев ЗНО этих локализаций остается высокой. Основная масса больных (порядка 50%) обращаются за специализированной помощью с III и IV стадией опухолевого процесса, что обуславливает и высокие показатели смертности. По данным В.И. Чиссова (2007), в структуре смертности от ЗНО орофарингеальной зоны занимают 3-4 место (6-7%) у мужчин в возрасте 40-60 лет.

Особую сложность представляет оказание специальной помощи онкологическим больным, не подлежащим радикальному лечению из-за распространенности опухолевого процесса или при неэффективности проводимого традиционного метода лечения. Приходится констатировать, что в онкологии на сегодня те больные, которые исчерпали лечебные возможности трех основных традиционных методов лечения, обречены на симптоматическое лечение по месту жительства, которое сводится к противоболевой терапии. Эта группа больных составляет две трети впервые выявленных онкологических больных, а вопросы оказания оптимальной медицинской помощи им вырастают серьезную медико-социальную проблему (Борисов В.И. и соав., 2007).

В решении этой нелегкой задачи одно из ведущих мест занимают новые технологии. Это, низкоинтенсивное стимулирующее лазерное излучение, высокоэнергетическое повреждающее излучение, лазериндуцированная гипертермия, энергии низкочастотного ультразвука, излучения фотоматричной системы к области опухолевой раны, а так же быстро развивающееся направление – фотодинамическая терапия опухолей. Фотоультразвуковая технология основана на сочетанном применении трех физических факторов воздействия на опухоль (Гельфонд М.Л., 2007). Первый способ основан на применении фотодинамической терапии. Второй метод основан на применении энергии низкочастотного ультразвука. При этой технологии на поверхность опухолевой раны доставляются растворы фотосенсибилизатора и антибиотика с последующим наложением ультразвуковых колебаний. Под воздействием этих колебаний в растворе возникает целый ряд явлений, такие как кавитация, акустические потоки, звуковое давление и др., инициирующие сложный комплекс физико-химических и биологических процессов в ране. Вследствие этого достигается очистка поверхности раны от некротических опухолевых отложений, бактерицидный эффект и как следствие стимулируются физиологические процессы заживления раны (Жаров В.П. и соав., 2006). Третья технология основана на применении низкоинтенсивного излучения красного спектра на опухолевую рану и в/в. Низкоинтенсивное излучение красного спектра оказывает стимулирующее воздействие на иммунитет, а также оно обладает стабилизирующим влиянием на вегетативный гомеостаз. Все это способствует уничтожению опухоли, устранению перифокального воспаления и снижает сроки заживления инфицированных опухолевых ран.

Главные преимущества этой технологии следующие: более бактериологическая качественная обработка гнойных опухолевых ран комбинированным методом, чем каждым способом в отдельности; усиление ультразвуковой импрегнации фотосенсибилизатора; ускорение очищения поверхности раны от некротических тканей (Жаров В.П. и соав., 2006).

Целью нашего исследования была оценка возможностей фотоультразвуковой терапии при комплексном лечении больных раком орофарингеальной зоны при неэффективности традиционных методов лечения.

Материалы и методы.

Нами, за период с 2004 по 2008 гг. подвергнуто фотоультразвуковой терапии 192 пациента с ЗНО орофарингеальной зоны в возрасте от 46 до 73 лет. Из них мужчин – 176, женщин – 16. Использовались фотосенсибилизаторы (ФС) - ра-

додинамическая терапия опухолей. Фотоультразвуковая технология основана на сочетанном применении трех физических факторов воздействия на опухоль (Гельфонд М.Л., 2007). Первый способ основан на применении фотодинамической терапии. Второй метод основан на применении энергии низкочастотного ультразвука. При этой технологии на поверхность опухолевой раны доставляются растворы фотосенсибилизатора и антибиотика с последующим наложением ультразвуковых колебаний. Под воздействием этих колебаний в растворе возникает целый ряд явлений, такие как кавитация, акустические потоки, звуковое давление и др., инициирующие сложный комплекс физико-химических и биологических процессов в ране. Вследствие этого достигается очистка поверхности раны от некротических опухолевых отложений, бактерицидный эффект и как следствие стимулируются физиологические процессы заживления раны (Жаров В.П. и соав., 2006). Третья технология основана на применении низкоинтенсивного излучения красного спектра на опухолевую рану и в/в. Низкоинтенсивное излучение красного спектра оказывает стимулирующее воздействие на иммунитет, а также оно обладает стабилизирующим влиянием на вегетативный гомеостаз. Все это способствует уничтожению опухоли, устранению перифокального воспаления и снижает сроки заживления инфицированных опухолевых ран.

хлорин, фотодитазин и фотолон. В качестве источника лазерного излучения использовались аппараты «Кристалл» и «Латус» - с длиной волны 662 нм и выходной мощностью до 3.0 Вт., низкочастотный ультразвуковой аппарат УЗОЛ-01 «Ч» (Кавитар) (НПО Медприбор). Доза лазерного облучения за один сеанс составляла 50-100 Дж/см², при плотности мощности 100-300 Вт/см², частота ультразвуковых колебаний – 26,5 кГц, амплитуду колебаний – 40⁺/- 20мкм. Оценка эффективности осуществлялась непосредственно после окончания сеанса ФДТ, через 1 сутки, 5-7 дней и далее ежемесячно. При этом в 52,8% удалось добиться полной резорбции опухоли, в 24,2% - частичная резорбция и 23% прогрессирование процесса. При частичной резорбции и прогрессировании процесса проводилась пролонгированная (многокурсовая) ФДТ.

Таким образом, фотоультразвуковая терапия при лечении ЗНО орофарингеальной зоны является эффективным компонентом рационального лечения, существенно улучшающим качество, а в ряде случаев и продолжительность жизни, особенно в тех случаях, когда традиционные методы бессильны.

РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭМЕТОГЕННОЙ ДЕТЕРМИНАНТЫ В ДИСПЕПСИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ПРИ АДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*П.Б. Зотов, А.Г. Сняков,
Ю.В. Солнцева, А.С. Ральченко*

Тюменский ООД

На основе клинических исследований обоснована гипотеза патологической эметогенной детерминанты, формирующейся у больных раком молочной железы на фоне адъювантной полихимиотерапии. Показано, что при недостаточном антиэметогенном контроле в течение первых трех курсов химиотерапии у многих женщин формируется предварительная диспепсия, активирующаяся под воздействием ситуационно обусловленных, преимущественно психогенных факторов (красный цвет, обстановка). Предлагаются методы профилактики и контроля.

Ключевые слова: патологическая эметогенная детерминанта, рак молочной железы, химиотерапия.

Рак молочной железы (РМЖ) – опухоль, при которой лекарственное лечение является важнейшим компонентом комплексной терапии (Летягин В.П., 2007). Использование адъювантной полихимиотерапии улучшает результаты лечения, повышая общую и безрецидивную выживаемость больных (Переводчикова Н.И., 2007). Однако высокая агрессивность и токсичность многих