

дартную ПХТ (от 6–8 курсов при лимфомах до 16 при остром лейкозе), а при лимфомах дополнительно лучевую терапию.

Результаты и обсуждение. Комплексное клинико-биохимическое обследование через 1–2 года после проводимой терапии выявило, что у 92,9% больных отмечался выраженный астено-вегетативный синдром, у 67,5% – диспепсический, у 66,1% – кардиальный, в 65,2% случаев регистрировался синдром гепатодепрессии, в 43,5% – холестаза, в 22% – цитолиза. При углубленном клинико-инструментальном исследовании сердечно-сосудистой системы у 52,3% больных выявлялся эндомиокардиальный фиброз, у 47,7% – миокар-диодистрофия, в 36% случаев – кардиопатия. У 36% больных отмечалась легочная гипертензия. При исследовании гепатобилиарной системы регистрировался хронический гепатит у 100% обследуемых, с фиброзом I–III степени, а у 9,6% больных отмечена трансформация в цирроз печени. У 50% больных определялись маркеры вирусных гепатитов В или С, причем у 33,3% обследуемых – в фазе репликации вируса. Хронический гастрит регистрировали у 93,5% больных, в подавляющем числе случаев (91%) гипо- и ацид-

ный. Воспалительные изменения слизистой толстой кишки отмечены у 95%, дисбактериоз кишечника – у 97% больных.

Заключение. Выявленные изменения послужили основой для создания комплексной программы реабилитации. В зависимости от степени выраженности изменений различных органов, больному проводится патогенетическая терапия. Так, при обострении хронического гастрита назначается 3–4-компонентная эрадикационная терапия, при явлениях дисбактериоза назначаются пробиотики, при воспалительных изменениях в толстой кишке – антибактериальная терапия, при хронических гепатитах – гепатопротекторы, эссенциальные фосфолипиды, препараты интерферонов, при холестазах – урсодезоксихолевая кислота, при поражении сердечно-сосудистой системы – кардиопротекторы, ингибиторы АПФ. Курс реабилитации продолжается год. За этот период каждый больной получает 3–4 лечебных комплекса, а в межкурсовой период присоединяются метаболиты, адаптогены, лекарственные травы. Оценка состояния больных через год показала значительное улучшение состояния и качества жизни больных, что подтверждено и результатами исследований.

Оценка эффективности и безопасности протокола ОМЛ-01.10 при лечении острого миелоидного лейкоза взрослых, проводимого в рамках Российского многоцентрового исследования

А.С. Пристипа, О.М. Урясьев, Г.А. Папкина, М.Ю. Кроливец, М.Г. Калацук, Н.В. Мартышева, А.А. Шапошников, С.В. Тюпина, В.А. Луныков

Областная клиническая больница, Рязань; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Введение. В рамках российского многоцентрового исследования по лечению острых миелоидных лейкозов (ОМЛ) взрослых больных до 60 лет, мы включили в протокол ОМЛ-01.10 с февраля 2010 г. по апрель 2012 г. 15 больных (8 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 25 до 58 лет (медиана 50 лет), из них 5 больных в феврале–апреле 2012 г. Данный протокол предполагает рандомизацию больных ОМЛ на 2 ветви: в первой ветви больные получают 4 курса индукции-консолидации. Первый курс (стандартный "7 + 3") с дозой даунорубицина 60 мг/м², второй курс "7 + 3" с непрерывной в течение 7 суток инфузией цитозин-арабинозида в ежесуточной дозе 200 мг/м². При достижении ремиссии больной получает еще два курса консолидации: третий курс "7 + 3" с идарубицином 12 мг/м² и четвертый курс "7 + 3" с митоксантроном 10 мг/м². Во второй ветви рандомизации в третьем и четвертом курсе доза цитозин-арабинозида повышена до 1000 мг/м² на протяжении 3 ч 2 раза в сутки в течение 3 дней. После завершения основной программы лечения больных переводят на поддерживающую химиотерапию. Каждый больной должен получить 5 курсов "5 + 5", состоящих из 5-дневного введения цитозин-арабинозида и меркаптопурина.

Материалы и методы. Среди наблюдаемых нами больных ОМЛ вариант M₀ был у 2 больных, M_{1/2} – у 8, M₄ – у 3, M₅ – у 1, M₆ – у 1. Содержание гемоглобина колебалось в пределах 54 – 132 г/л (медиана 72 г/л), лейкоцитов 2–110 × 10⁹/л (медиана 12 × 10⁹/л), тромбоцитов 0–64 × 10⁹/л (медиана 30 × 10⁹/л). При рандомизации, 11 больных ОМЛ были включены в первую ветвь протокола, 4 больных во вторую ветвь.

Результаты и обсуждение. В анализ включены 14 больных (1 пациентка только начала 1-й курс). При анализе не-

гематологической токсичности на первом курсе "7 + 3" констатировано, что фебрильная нейтропения (ФН) возникла у всех 14 (100%) больных, причем во всех случаях это была 4-я степень нейтропении, пневмония развилась у 5 (36%) больных, из них у 1 – пневмония 4-й степени; энтеропатия и диарея – у 1 (7%), анорексия – у 9 (64%), рвота – у 2 (14%). После первого курса ремиссия была достигнута у 12 (85,7%) из 14 больных. Случаев летального исхода на фоне 1 курса химиотерапии "7 + 3" не было. Вторым курсом был закончен у 8 больных, анорексия отмечалась у всех пациентов, пневмония – у 2. Третий курс (со стандартной дозой цитозин-арабинозида) был проведен у 6 больных: ФН 3–4-й степени развилась у 4 больных. На 4-м курсе (со стандартной дозой цитозин-арабинозида) ФН развилась во всех 5 случаях, пневмония – у 2, анорексия – у 3 больных. Резистентность отмечалась у 2 (14,3%). В ремиссии умерли 4 (33,3%) из 12 больных достигших ремиссии: во время 2-го курса умер 1 больной, третьего курса – 2 и 4-го курса – 1 больной. У 3 (25%) больных смерть наступила в результате кровоизлияния в головной мозг, у 1 (8,3%) – от пневмонии. Рецидив наступил у 2 (16,7%) больных. Ремиссия сохраняется у 6 (50%) больных, из них только 3 (25%) закончили всю программу лечения, включая 5 поддерживающих курсов.

Выводы:

1. Протокол ОМЛ-01.10 перспективен в применении: он сочетает различные режимы введения цитозин-арабинозида и ротацию антрациклинов.
2. Протокол ОМЛ-01.10 хорошо воспроизводим.
3. Токсичность протокола не выходит за рамки стандартных осложнений.

Результаты лечения лимфом яичка

М. В. Пучинская

Минский городской клинический онкологический диспансер, Минск, Республика Беларусь

Введение. Лимфомы яичка (ЛЯ) являются достаточно редкой формой новообразований данной локализации, составляя около 1–2% всех неходжкинских лимфом (НХЛ) и 5–8% тестикулярных новообразований. Тем не менее, ЛЯ имеют достаточно плохой прогноз, часто рецидивируют. Диагностика заболевания на дооперационном этапе затруднена и часто проводится лишь при гистологическом исследовании операционного материала. Редкость заболевания затрудняет проведение рандомизированных исследований, направленных на выработку оптимальной тактики лечения этого

заболевания. Цель работы – проанализировать результаты лечения лимфом яичка в Минском городском клиническом онкологическом диспансере (МГКОД).

Материалы и методы. Мы проанализировали данные о 21 больных первичными ЛЯ, состоявшими под диспансерным наблюдением в МГКОД в течение последних 20 лет. Использовали данные медицинских карт амбулаторного пациента и выписок из историй болезни. Для обработки данных применяли методы описательной статистики. Средний возраст больного на момент выявления заболевания составил