

Основная группа – 89 больных, в процессе противоопухолевого лечения которых был использован имунофан (НПП «Бионокс», Москва). После окончания лучевой терапии проводился первый курс введения 0,005 %-ного раствора имунофана по 1 мл внутримышечно, ежедневно в течение 5 дней. После радикальной мастэктомии и между вторым и третьим циклами полихимиотерапии проводились аналогичные курсы иммуномодулирующей терапии. Контрольная группа – 72 пациентки, не получавшие имунофана. Лабораторное обследование проводилось до начала противоопухолевого лечения, после радикальной мастэктомии и по окончании полихимиотерапии и включало определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови: CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD25+, CD4+/CD8+.

Результаты. Выявлены изменения в субпопуляционном составе лимфоцитов Т – клеточного звена. Уровень CD3+ составил $50,12 \pm 2,04$ % ($p < 0,01$),

CD4+ – $24,79 \pm 1,98$ % ($p < 0,01$), CD16+ – $28,61 \pm 1,23$ % ($p < 0,01$). Снижение показателей явилось показанием для иммуномодулирующей терапии. В результате проведенных курсов лечения имунофаном по предложенной схеме отмечалась достоверная положительная динамика иммунологических показателей в основной группе больных раком молочной железы. Уровень CD3+ повысился с $50,12 \pm 2,04$ % до $63,41 \pm 3,75$ % ($p < 0,01$), CD4+ – с $24,79 \pm 1,98$ % до $35,21 \pm 1,1$ % ($p < 0,01$). Изначально повышенный уровень CD16+ под влиянием иммуномодулирующего лечения снизился до $16,43 \pm 2,2$ % ($p < 0,01$).

Выводы. Выявлены лабораторные признаки выраженного вторичного иммунодефицитного состояния и показано стимулирующее влияние имунофана на иммунологические показатели у больных в процессе радикального лечения по поводу рака молочной железы I – III стадий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Корнев

Смоленская государственная медицинская академия

Лекарственная терапия при распространенных формах рака щитовидной железы (РЩЖ) – сложная и неоднозначная проблема в клинической онкологии, которая требует многокомпонентного анализа возможностей различных методов лечения. Признавая приоритет хирургического метода в лечении РЩЖ, до настоящего времени нет единой точки зрения о целесообразности использования консервативных методов лечения, в частности, полихимиотерапии.

Задача исследования. Изучение возможностей химиотерапевтического компонента терапии у больных, получавших комбинированное лечение по поводу распространенных стадий первичного РЩЖ.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены 366 морфологически верифицированным больным РЩЖ, находившимся на лечении в клиниках г. Смоленска с 1986 по 2002 гг. Из них химиотерапию получали 32 пациента (8 %) (женщин – 23, мужчин – 9). Больные на момент постановки диагноза были в возрасте от 30 до 76 лет (средний возраст 54,6 лет). В 4 случаях ПХТ применялась при II стадии, в 15 – при III стадии и в 13 – при IV стадии. Химиотерапевтическое лечение являлось этапом в комбинированном лечении РЩЖ или самостоятельным паллиативным видом лечения. Основные препараты: блеомицин, винкристин, циклофосфан, адриамицин, адриабластин.

Результаты. Радикальное лечение проведено 16 больным РЩЖ (II–III стадия процесса), при этом химиотерапия применялась в режиме послеоперационного лечения (у 10 человек) или в сочетании с лучевой терапией (у 6 больных). Паллиативный характер лечения определен у 13 больных и у 3 в качестве лечения рецидива заболевания.

Из 10 больных, получавших ПХТ в сочетании с радикальной операцией, живы 9, в сроки от 1 до 14 лет. Один больной низкодифференцированным РЩЖ умер от прогресса РЩЖ. Из 6 человек, получавших только химиолучевую терапию, живы 3 человека в сроки от 1 до 8 лет. Трое больных умерли от прогресса РЩЖ в течение 16 мес. В случае паллиативного лечения 7 из 13 больных умерли от прогресса заболевания в сроки от 2 до 23 мес после окончания лечения. Больные (6), получившие ПХТ в последние годы, живы и прослежены в сроки от 0,5 до 2,5 лет. У большинства больных с положительным объективным эффектом в схемы лечения входили блеомицин, винкристин и доксорубидин. При этом больные отмечали и субъективный эффект после окончания ПХТ.

Выводы. ПХТ при первичном РЩЖ возможна как этап послеоперационного радикального лечения с использованием блеомицина, винкристина и доксорубидина. При паллиативном лечении РЩЖ целесообразность применения ПХТ сомнительна.