

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ ВЕА СОДР В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Н.Б. ИСМАИЛОВА, О.В. КУНЦУРУБОВА, И.Б. ЛЫСЕНКО, В.В. ДМИТРИЕВА,
Е.А. КАПУЗА, Е.Е. ПАК, Е.М. НЕПОМНЯЩАЯ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Лимфомой Ходжкина болеют люди любого возраста. Наблюдается два возрастных пика максимальной заболеваемости: между 20 и 29 годами и после 45–50 лет. Ежегодная заболеваемость составляет 3 на 100000 населения. Лимфома Ходжкина стала одним из первых онкологических заболеваний, при котором была показана возможность излечения большой группы больных. Если в начале 1940-х годов 5 лет переживало лишь 5% больных лимфомой Ходжкина, то при использовании современных программ лечения 20-летняя безрецидивная выживаемость составляет 60%, а в группе больных с локальными стадиями достигает 80–90 %.

Цель исследования – оценка эффективности полихимиотерапии по схеме ВЕАСОДР в лечении первичных больных лимфомой Ходжкина у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В отделении гематологии РНИОИ за 2007–2008 гг. было пролечено 110 первичных больных лимфомой Ходжкина, в возрасте от 18 до 64 лет. Из них в возрасте до 20 лет – 20 (18,1 %) пациентов, от 20 до 30 лет – 33 (30 %) пациента, от 30 до 40 лет – 33 (30 %) пациента, и в возрасте от 40 до 50 лет – 13 (11,8 %) больных. Основную группу больных представили пациенты в возрасте до 50 лет, что составило 99 человек (89,9 %) от общего числа больных лимфомой Ходжкина. Распределение больных по стадиям проводилось согласно клинической классификации, принятой в Ann – Arbor (1971) для злокачественных лимфом, в которой выделено 4 стадии. Учитывались также симптомы интоксикации: символом «В» обозначается наличие одного и более из следующих симптомов: ночной профузный пот, температура тела выше 38°C не менее 3 дней подряд без при-

знаков воспалительного процесса, снижение массы тела на 10 % за последние 6 месяцев, символом «А» – отсутствие указанных выше симптомов. И представилось следующим образом: пациентов с I А стадией было 2 (1,8 %), с I В – ни одного; с II А стадией – 27 больных (24,5 %), с II В стадией – 23 (20,9 %); с III А стадией поступило 4 пациента (3,6 %), с III В стадией – 27 (24,5 %); первичных больных с IV А стадией заболевания было 3 (2,7 %), с IV В стадией – 24 пациента (21,8 %). Первичных больных с продвинутыми стадиями заболевания (III и IV) было 58 человек (58,5 %) от общего числа пациентов. По вариантам заболевания больные распределялись согласно международной гистологической классификации, предложенной в 1966 году, с добавлением подтипов (1989), следующим образом: нодулярный склероз – 27 (27,2 %), смешанно – клеточный вариант – 41 (41,4 %), лимфоидное истощение – 10 (10,1 %), нодулярный склероз со смешанно – клеточным составом в нодулях – 7 (7,07 %), нодулярный склероз с лимфоидным истощением в нодулях – 7 (7,07 %), лимфоидное преобладание – 1 (1,01 %), неуточненный гистологический вариант – 6 (6,06 %). Из 99 пациентов с лимфомой Ходжкина в возрасте до 50 лет 44 (44,4 %) было проведено лечение по схеме ВЕАСОДР: циклофосфамид – 650 мг/м² в/в в 1-й день, доксорубин – 25 мг/м² в/в в 1-й день, этопозид – 100 мг/м² в/в в 1-3 день, дакарбазин – 375 мг/м² в/в в 1-й день, преднизолон – 40 мг/м² внутрь в 1-8 день, винкристин – 1,4 мг/м² в/в в 8-й день, блеомицин – 10 мг/м² в/в в 8-й день. Цикл повторялся на 14-й, или на 21-й день. Проводилось от 4 до 8 курсов. После проведения химиотерапии все больные подвергались дистанционной гамма-терапии на зоны поражения.

Результаты. Результаты ответа на терапию по схеме BEACODP оценивались по следующим критериям: полная ремиссия - 29 (72,5 %), частичная ремиссия - 5 (12,5 %), прогрессирование заболевания - 3 (7,5 %), рецидив - 2 (5,0 %), результат неизвестен у 4 больных, умер - 1 (2,5 %). В настоящее время завершено лечение 34 (85,0 %) пациентов, продолжают лечение - 5 (12,5 %), 4 больных выпали из наблюдения и не были включены в оценку результатов лечения.

Выводы. Анализ клинических наблюдений за данный период времени показал, что большинство больных в возрасте до 50 лет на момент обращения находились в III, IV стадиях заболевания; по гистологической структуре преобладал смешанно-клеточный вариант; полная ремиссия достигнута в 72,5 % случаев, из них в I – II стадии заболевания в 48,3 % случаев, в III – IV стадии в 51,7 % случаев.

К ВОПРОСУ О МЕТАСТАЗИРОВАНИИ И РЕЦИДИВИРОВАНИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Е.А. КАЛАБАНОВА, Г.А. НЕРОДО, Е.А. ГУСЬКОВА, Л.Я. РОЗЕНКО

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону.

Актуальность. Вопросы метастазирования остаются одной из актуальных проблем онкологии. Особенности метастазирования злокачественных опухолей в значительной мере определяют клиническое течение, выбор методов лечения и прогноз заболевания. Поэтому изучение факторов, влияющих на частоту возникновения метастазов, локализацию, время, прошедшее после лечения первичной опухоли имеет исключительно важное значение для клинической онкологии.

Цель исследования – изучить особенности метастазирования и рецидивирования рака шейки матки.

Материал и методы. В работе проанализированы клинические данные 65 больных с манифестированными метастазами и рецидивами рака шейки матки, которые развились после комплексного или сочетанно-лучевого лечения. Срок наблюдения за больными составил 3 года. В возрастной группе 20-29 лет было 8 (12,3%) человек, 30-39 лет - 23 (35,4%), 40-49 лет - 19 (29,2%) пациенток, 50-59 лет - 7 (10,8%), старше 60 лет - 8 (12,3%) больных. Распределение больных по стадиям первичного процесса: I стадия исходно была у 5 (7,7%) человек, II стадия – у 27 (41,5%), III стадия – у 33 (50,8%), т.е. большинство пациенток исходно имели третью стадию заболевания. По формам роста первичной опухоли больных с экзофитной опухолью

было 11 (16,9%), с эндофитной опухолью - 21 (32,3%), со смешанной формой роста опухоли - 10 (15,4%), с формированием кратера – 23 (35,4%) больные. Из 65 пациенток гистологический анализ первичной опухоли показал, что у 21 (32,3%) больной плоскоклеточный рак с ороговением, плоскоклеточный рак без ороговения у 29 (44,6%), аденокарцинома у 12 (18,5%), железисто-плоскоклеточная карцинома выявлена у 3 (4,6%) больных.

Результаты. Метастазы и рецидивы возникли в исследуемой группе менее чем через 6 мес у 5 (7,7%) больных, в период от 7 до 12 мес у 25 (38,5%), от 13 до 18 мес у 15 (23%), от 19 до 24 мес у 13 (20%), более чем через 24 мес у 7 (10,8%) человек. В ходе исследования выявлено, что среди больных, имевших первично рост опухоли с формированием кратера (35,4%) или эндофита (32,3%), частота возникновения рецидивов и метастазов выше, чем при экзофитной (16,9%) и смешанной (15,4%) формах роста первичной опухоли. Локальный рецидив был выявлен у 11 (16,9%) пациенток, поражение параметральной клетчатки (чаще одностороннее) у 45 (69,2%), распространение на стенку влагалища у 9 (13,8%) пациенток. Метастазы в отдаленные лимфоузлы отмечены у 13 (20%) больных, метастазы в легкие у 11 (16,9%), в кости у 5 (7,7%), в печень у 2 (3%) пациенток. В легких выявлены в основном одиночные пери-