

одновременно с лекарственным лечением, причём в подгруппе А лучевую терапию проводили с 1 дня старта химиотерапии, в подгруппе Б - с 43 дня от начала назначения противоопухолевых препаратов. В группе последовательного лечения (II) гамма-терапию осуществляли последовательно, после завершения химиотерапии и купирования токсических реакций, с 64 дня от момента начала лечения проводили облучение первичной опухоли и зон регионарного метастазирования.

Общая эффективность в группе I составила 79,7%, в группе II – 67,5%, $p=0,12$. Отмечено преобладание больных с нейтропенией 3-4 степени в группе I – у 19% по сравнению с группой II – у 2,5%, $p=0,0178$. Частота фебрильных нейтропений была выявлена у 3,8% больных в группе I и не была отмечена в группе II, $p=0,2$. Тошноту 1-2 степени в группе I отмечалась у 44,3% больных, в группе II – у 2,5% пациентов, $p=0,00001$. Рвота 1-2 степени у 10,1% и 2,5% в группе I и группе II соответственно, $p=0,177$. Без существенных различий между группами пациентов регистрировались такие осложнения, как тромбоцитопения, гиперкреатининемия, эзофагит и пневмонит. Всего перерывы в лечении были необходимы 14 пациентам в группе I, в группе II временного прекращения терапии не потребовалось. Для всех больных медиана времени до прогрессии составила 14 мес., общей выживаемости - 23 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами отмечено не было.

Результатом исследования явился вывод о том, что проведение одновременного химиолучевого лечения для лечения больных ограниченным мелкоклеточным раком лёгких не выявило преимуществ в сравнении с последовательным проведением химио- и лучевой терапии. Кроме того, одномоментное лечение сопровождается более частым развитием токсических реакций.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАК ОТРАЖЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Н.К. Гуськова, А.Н. Шевченко, И.А. Хомутенко

ФГУ РНИОИ Росмедтехнологий

Многочисленными исследованиями показана прямая зависимость противоопухолевого эффекта и продолжительности жизни онкологических больных от интенсивности проводимой терапии. Интенсификация лечения достигается за счет повышения разовой дозы цитостатиков и сокра-

щения интервалов между курсами химиотерапии. Однако обратная сторона повышения доз цитостатиков – более интенсивное токсическое воздействие на нормальные ткани организма, прежде всего, на кроветворную. К критериям, характеризующим состояние клеток крови, относятся показатели их функциональной активности и сопротивляемости различным факторам. Снижение противоопухолевой активности лейкоцитов связывают с увеличением микровязкости их мембран, что, в свою очередь, может определять изменение морфо-функциональных характеристик клеток и, в частности, такого жизненно важного параметра как объем клетки. Воздействие химиопрепаратов ведет к дезинтеграции механизмов клеточной ауторегуляции. Однако, при применении химиотерапии на аутоплазме выраженность дезинтеграционных процессов носит умеренный характер. Степень выраженности изменений структурно-функциональных показателей клеток крови под воздействием аутоплазмы химиотерапии незначительна и нивелируется от курса к курсу. Это приводит к быстрому восстановлению объема клеток, что имеет важное функциональное значение, ибо клеточный объем играет роль вторичного посредника в регуляции относительной эффективности анаболизма и катаболизма (Орлов С.Н., Новиков К.Н., 1996.), способствует повышению функциональной активности клеток.

Цель: исследовать структурно - функциональные показатели клеток периферической крови при проведении неоадьювантной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии (НЭАПХТ).

Материалы и методы.

Исследования выполнены на гематологическом анализаторе LH-500 (Beckman Coulter) с использованием VCS-технологии (The Coulter GEN-S Reticulocyte and Associated Parameters. – Nyon. 2001). Объектом исследования служили образцы крови 19 больных инвазивным раком мочевого пузыря основной группы и 19 здоровых мужчин – доноров соответствующих по возрасту. Больным основной группы проводили неоадьювантную эндолимфатическую химиотерапию циклофосфаном (суммарная доза – 3200 мг), инкубированного на аутоплазме при температуре 37 °С в течение 30 минут, путем последовательного введения в обе нижние конечности по 1600 мг с интервалом в 7 дней. На 10-е сутки выполнена резекция мочевого пузыря с тазовой лимфаденэктомией с последующим проведением 2-х курсов адьювантной аутогемохимиотерапии (суммарно: гемзар 4000 мг, цисплатин 200 мг).

Взятие крови осуществляли утром натощак непосредственно перед началом неоадьювантной

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. Сырчикова,
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).