

отличались высокой чувствительностью к воздействию сверхнизкими температурами. Полученные данные позволяют расширить показания к применению криогенных способов лечения в костной онкологии. Метод дает возможность повысить абластичность проводимых резекций костей, благодаря деструкции визуально не контролируемых патологических микроструктур, а также исключить чрезмерную радикальность операции за счет дополнения криовоздействия к традиционным оперативным вмешательствам.

#### Литература

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1990. – С.379.
2. Демичев Н. Хирургическое лечение опухолей и опухолеподобных образований костей// Ортоп., травматол. – 1983. – № 7.
3. Демичев Н.П. // Ультразвук и криогенный метод в оперативной ортопедии: Сб. науч. труд. – Саратов, 1985. – С.3 – 10.
4. Демичев Н.П. // Вестн. хир. – 1994. – №7–12. – С.47–51.
5. Некачалов В.В. Патология костей и суставов. – СПб: СОТИС, 2000. – 277с.
6. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 640 с.
7. Billingham R.E., Medawar P.W. // J. Exp. Biol. – 1952. – №29. – P.454–468.
8. Dorfman H.D., Czerniak B. Giant-cell lesions. In Dorfman H.D., Czerniak B. Bone tumors. St. Louis: CV Mosby, 1998. – P. 559.
9. Fraser J., Gill W. // Brit. J. Surg. – 1967. – P.770–776.
10. Marcove R.C. // Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Clinical Bulletin. – № 1. – 1971. – P.7.
11. Schajowicz F. et al. Histological Typing of Bone Tumors. Geneva, World Health Organisation, 1974.
12. Schajowicz F. Tumors and tumor like lesions of bone. Pathology, radiology and treatment. – 2<sup>nd</sup> ed. – Berlin; Heidelberg, 1994. – S. 505–514.
13. Smith A.U. Biological Effects of Freezing and Supercolling.// Monographs of the Physiological Society. – № 9. – Baltimore, Williams & Wilkins. – Baltimore, 1961.
14. Zaccarian S.A. Cryosurgery of Tumors of the Skin and Oral Cavity. Thomas-Springfield. – 1973. – P.16–37.

УДК 618.19

#### ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОСТИ И В ПЛЕВРУ

Ш.Х. ГАНЦЕВ, С.Л. КОСАРЕВ\*

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о необходимости использования активной лечебной тактики, в которой обязательным компонентом должны быть химиолучевая терапия в сочетании с бисфосфонатами, что приводит к уменьшению или полному исчезновению болевого синдрома, а также улучшает качество жизни и ее продолжительность.

В исследование включены 132 пациентки с метастазами рака молочной железы в кости. У всех метастазы в кости были подтверждены методами обследования: рентгенологическим – у 112 больных, скинтиграфическим – у 20 (с локальным болевым синдромом). Рентгенологически метастазы разделялись на: остеопластические – 17 (15,2%), остеолитические – 59 (52,7%), смешанные – 36 (32,1%). Чаще поражались губчатые кости (ребра, позвонки, затем следовали плоские кости таза и черепа) и лишь потом кости верхних и нижних конечностей.

Остеопластические метастазы в 82,4% случаев были рентгенологической случайной находкой, проявлялись деформацией кости, и лишь в 23,5% имелся болевой синдром. При остеолитических и смешанных метастазах болевой синдром проявился у 80%. По степени выраженности болевого синдрома и реагирования пациенток на анальгетики распределение было следующим: I степень – легкие боли, не требующие приема анальгетиков, – 26 (23,2%); II степень – боли средней интенсивности, требующие приема анальгетиков, – 38 (33,9%).

Продолжительность жизни при прогрессировании метастазов по костям составила 20,5 месяцев, практически не отличаясь

от таковой при стабилизации метастатических изменений в результате специального лечения. Еще раз подтверждается положение, что рациональное использование новых лекарственных средств расширяет возможность врача в продлении и улучшении качества жизни даже таких обреченных на страдания больных, как больные с метастазами в кости. Для этого необходимо довести дозу адриабластина до 300 мг. Метастазы в кости являются абсолютным показанием для проведения химиотерапии антрациклинами независимо от возраста пациентов. Следует признать, что в определенных клинических ситуациях, даже при распространенном злокачественном процессе, должны быть расширены показания к лучевой терапии. Адьювантная терапия не антрациклиновыми цитостатиками не вызывает перекрестной резистентности к адриабластину и практически не снижает эффективности лечения метастазов в кости.

У 44 больных раком молочной железы были диагностированы метастазы в плевру с выпотом. Диагноз подтвержден рентгенологическим и цитологическим исследованием плевральной жидкости. Ранее проведено радикальное лечение по поводу первичной опухоли 39 пациенткам: у 5 плеврит выявлен одновременно с опухолью молочной железы. Метастазы в плевру были выявлены в срок от 1 до 15 лет после лечения рака молочной железы. В течение 1-го года метастазы обнаружены у 9 (20,5%), что связано с неадекватной изначальной оценкой распространенности процесса. У такого же числа больных появились метастазы на 2-й и 4-й годы после начала лечения. На 3-й год плеврит зарегистрирован у 5 (11,4%), на 5-й – 3 (6,8%) и у 9 (20,5%) больных метастазы выявлены по истечении 5-летнего срока.

Отмечена прямая зависимость свободного длительного периода от состояния репродуктивной функции. У 50% больных с сохраненной менструальной функцией плеврит выявлен в первый год наблюдения, а у больных в глубокой менопаузе время выявления плеврита более чем у 50% приходится на второе пятилетие. Только метастазы в плевру диагностированы у 19 больных, а у 25 имелось сочетание с метастазами в другие органы.

Таблица

#### Эффективность различных комбинаций химиотерапии при метастазах рака молочной железы в плевру (n=44)

| Схема полихимиотерапии | Число больных | Объективный эффект, % |        |           |             |
|------------------------|---------------|-----------------------|--------|-----------|-------------|
|                        |               | общий                 | полный | частичный | без эффекта |
| CMFV P                 | 13            | 30,8                  | 15,4   | 15,4      | 69,2        |
| CMFV P + Тио + ТЭФ в/п | 8             | 37,5                  | 25,0   | 25,0      | 50,0        |
| АС                     | 4             | 25,0                  | -      | 25,0      | 75,0        |
| АС + Тио + ТЭФ в/п     | 5             | 40,0                  | 20,0   | 40,0      | 40,0        |
| Платидиам в/п          | 14            | 85,7                  | 57,1   | 28,6      | 14,3        |
| Итого                  | 44            | 52,3                  | 29,5   | 25,0      | 45,5        |

Основное внимание было уделено разработке нового метода внутриплевральной химиотерапии препаратом платидиам.

Методика введения препарата в плевральную полость не отличалась от таковой при использовании других цитостатиков. Под местной анестезией раствором новокаина 0,5% 15-20 мл производилась плевральная пункция в «типичной» точке. Эвакуировалась жидкость и вводился платидиам, разведенный в 50 мл физиологического раствора, в дозе 50 мг/м<sup>2</sup>. В течении двух часов после введения больной рекомендовали несколько раз менять положение тела. Оценка эффективности лечения проводилась через 4 недели после окончания курса химиотерапии или последнего внутривенного введения по разработанной нами следующей градации: полный эффект – отсутствие выпота в плевральной полости на протяжении 60 дней; частичный эффект – осумкование выпота, не требующее эвакуации в течение 60 дней; отсутствие эффекта – продолжение накопления жидкости.

Как видно из табл., эффективность системной химиотерапии невысокая, следовательно, она может быть применена только при небольшом количестве экссудата, не требующем эвакуации.

При подключении к системному воздействию внутриплеврального введения Тио – ТЭФа эффективность химиотерапии повышается. Но наиболее демонстративные результаты по сравнению с другими (p<0,01) получены при внутривенном введении платидиама. Объективный эффект зарегистрирован у

\* Костанайский областной онкологический диспансер, Башкирский республиканский онкологический диспансер

85,7% больных, из них полный у 57,1%. Эффективность внутриплеврального введения препарата не зависела ни от количества, ни от характера экссудата. При его введении в полость плевры, ни в одном случае полного эффекта не было на протяжении оставшейся жизни. К сожалению, нельзя провести параллели между эффективностью лечения плевритов и выживаемостью, так как на продолжительность жизни влияет в первую очередь распространенность неопластического процесса, и смерть наступает от метастазирования в другие органы. Данное положение подтверждает судьба 10 из 19 пациенток, имевших только поражение плевры. В среднем через 4,5 месяца у них выявлены метастазы в другие органы, в том числе у 7 отмечались множественные.

Выживаемость в течение года была максимальной при использовании платидиама: 1 год – 70,0%, 2 года – 14,2%. В заключении необходимо подчеркнуть, что с внедрением в клиническую практику новых активных цитостатиков значительно расширяются возможности оказания действенной помощи тяжелому контингенту больных. Полученные высокие результаты еще раз подтверждают ценность правильного определения места и времени применения нового препарата.

Наиболее важным для этой категории больных является возможность проведения общерезорбтивной полихимиотерапии с внутриплевральным введением платидиама, так как при этом способе токсические реакции его значительно снижаются, что позволяет в запланированной дозе провести курс системной полихимиотерапии. Это является весьма важным для увеличения свободного периода от дальнейшего прогрессирования процесса.

#### Литература

1. Моисеенко В.Н. и др. Современное лекарственное лечение местнораспространенного и метастатического рака молочной железы. – СПб: Грифон, 1997 – 254 с.
2. Лазарев А. и др. // VII Рос. онкол. конгр., 2003. – С. 244.
3. Hattori S. et al. // Gan. To. Kagaku. Ryoho. – 2004. – Vol. 31, №2. – Р. 271–274.
4. Rocmer-Becuwe C. et al. // Bull. Cancer. – 2003. – Vol. 90, №12. – Р. 1097–1105.

УДК 616.23

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Д. Г. КАЗАНБЕКОВ, К. А. МАСУЕВ, К. М. АЛИЕВА\*

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой. Люди всех возрастов во всем мире подвержены этому хроническому заболеванию дыхательных путей, которое может быть тяжелым и подчас даже смертельным. За последние десять лет в мировой медицине произошли существенные изменения, касающиеся в первую очередь внедрения понятия медицины, основанной на доказательствах. Такой подход во многом изменил понимание диагностических и лечебных процессов, которые мы применяем в повседневной практике. БА – одна из нозологий подвергнутых многостороннему анализу, с точки зрения медицины основанной на доказательствах, и является серьезной проблемой не только из-за стоимости лечения, но также из-за потери работоспособности. Кроме того, возникает много социальных и семейных проблем. Благодаря последним научным достижениям наше понимание БА улучшилось и стало возможным ее эффективное лечение. Внедрение международных согласительных документов в последние годы привело к существенным изменениям в тактике оказания помощи больным БА. Ключевое место в лечении БА занимают профилактические препараты, подавляющие воспаление, симптомы заболевания и снижающие риск развития тяжелых осложнений [6–7]. Но поддерживающая терапия, не предупреждает развитие обострений, которые с различной частотой и степенью тяжести возникают у больных БА.

**Цель исследования** – изучение эффективности методов реабилитации у больных БА на амбулаторном этапе лечения.

**Материалы и методы.** Для решения поставленных в работе задач, проведено исследование 110 больных БА, обратившихся в Республиканский Реабилитационный Центр МЗ РД. г. Махачкала. Диагноз atopическая БА был установлен у 24 больных, инфекционно-зависимая БА у 49 и смешанная форма БА у 37 больных. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от метода реабилитации. Каждая группа включала в себя две подгруппы (основная – 40 и «плацебо» – 15 больных). Средний возраст обследованных больных составлял 43,2±4,1 лет. Реабилитацию больных во всех группах проводили на фоне базисной терапии. Все больные получали беклометазон в средней дозе 500 мкг. и сальбутамол в дозе 300–400 мкг. в сутки. Поскольку ставилась задача изучения эффективности методов реабилитации больных БА, были сформированы группы, равноценные по длительности, тяжести заболевания, возрасту и полу. 1-я группа больных получала небулайзерную аэрозолетерапию с беродуалом в дозе 1,0–1,5 мл и лазолваном в дозе 2,0–3,0 мл и «плацебо» ингаляции с применением 0,9% физиологического раствора; 2-й группе больных проводили иглорефлексотерапию (ИРТ) и «плацебо» ИРТ с произвольным выбором точек. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) вели на аппарате «Спиро-Тест – РС» до и после курса реабилитации и в динамике через 3, 6, 12 месяцев. Ежедневно у всех изучали пиковую скорость выдоха (ПСВ). Результаты обработаны методом медико-биологической статистики с вычислением средней арифметической величины (С), стандартного отклонения (СО) и стандартного отклонения средних (СОС). Достоверность изменений показателей после реабилитации в сравнении с данными до лечения анализировали с помощью парного и непарного критериев Стьюдента.

Таблица 1

Динамика показателей ФВД больных БА после небулайзерной терапии (1-я группа)

| Показатель   | Небулайзерная терапия (40 больных) |               | «плацебо» ингаляции 0,9% физ. раствором (15 больных) |              |
|--------------|------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------|--------------|
|              | До лечения                         | После леч.    | До лечения                                           | После леч.   |
| ЖЕЛ (л)      | 1,82 ± 0,14                        | 2,54 ± 0,12** | 2,26 ± 0,23                                          | 2,31 ± 0,32* |
| ОФВ-1 (л)    | 1,89 ± 0,21                        | 2,47 ± 0,17** | 1,62 ± 0,34                                          | 1,73 ± 0,21* |
| МОС-25 (л/с) | 2,99 ± 0,17                        | 3,52 ± 0,22** | 2,38 ± 0,27                                          | 2,34 ± 0,28* |
| МОС-50 (л/с) | 2,26 ± 0,18                        | 3,05 ± 0,14** | 1,65 ± 0,31                                          | 1,78 ± 0,19* |
| МОС-75 (л/с) | 1,25 ± 0,29                        | 1,84 ± 0,19** | 0,67 ± 0,24                                          | 0,74 ± 0,22* |

\*p > 0,05

\*\*p < 0,05

**Результаты.** В первой группе больных, получавших небулайзерную терапию в начале лечения, суточные колебания ПСВ составляли 220±72 (32,7%), что указывало на явное обострение заболевания. На фоне небулайзерной терапии начиная с 3-го дня суточные колебания ПСВ снижались, а к 5-му дню ежедневные значения ПСВ возросли до 420±30 и суточный разброс значений составлял не более 7,1%. В группе «плацебо» колебания ПСВ составляли 242±65 (26,8%) на всем протяжении лечения. Следует отметить, что для больных прошедших полный курс (4 раза в год) реабилитации методом небулайзерной терапии было характерно качественное изменение клинической картины заболевания, значительное сокращение объема медикаментозной терапии и статистически достоверное улучшение всех показателей ФВД. В этой группе в течение наблюдения не отмечалось обострений заболевания. (табл. 1) Статистически достоверное улучшение показателей ФВД наблюдается только у лиц 1-й группы, пролеченных методом небулайзерной терапии; в группе «плацебо» отмечена слабозначительная, статистически не достоверная динамика.

На фоне лечения во 2-й группе прошедших реабилитацию методом ИРТ около 37,9% пациентов отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение ощущения одышки, некоторое снижение потребности в бронхолитиках. Однако при анализе суточных показателей значений ПСВ и показателей ФВД статистически значимой достоверной динамики не было. Суточные колебания ПСВ во 2-й группе составляли 25,4% и более. Как видно из данных табл. 2, показатели ФВД во 2-й группе не отличаются от «плацебо». Наилучшие результаты ИРТ были у лиц с ведущим нервно-психическим механизмом развития БА. У этой категории больных эффективность метода обусловлена психологическим воздействием акупунктуры. У части пациентов наблюдался «феномен 3-го дня»: краткое ухудшение самочувствия после 3-го сеанса с последующим улучшением состояния.

\* Дагмедикадемия, кафедра внутренних болезней № 2. Республиканский реабилитационный центр МЗ РД, г. Махачкала Р.Д.