

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ

Е.А. Демина

РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

В этом номере читателю предлагаются 4 статьи крупных отечественных клиник, в которых представлен многолетний опыт лечения лимфомы Ходжкина (ЛХ) в нашей стране. Эти статьи представляют различную идеологию в лечении ЛХ и разные направления поиска оптимальных терапевтических программ. Тем не менее все клиники предъявляют очень высокие, аналогичные крупнейшим исследовательским центрам мира, непосредственные и отдаленные результаты лечения ЛХ. Кроме того, эти публикации свидетельствуют, что проблемы, которые на разных этапах становления современных лечебных программ решались и решаются в мировой практике, изучались и в отечественной науке на тех же самых отрезках времени. Как и во всем мире, в России ведется поиск совокупности прогностических факторов, позволяющий выбрать оптимальную программу лечения для каждого больного, наиболее эффективные комбинации цитостатиков, минимально-достаточный объем лучевой терапии, ее режим и дозы.

Однако имеется и целый ряд проблем. Разработка новых программ лечения любого заболевания требует соблюдения определенных методологических условий. Сюда относятся минимально-обязательное количество больных, включенных в исследование, минимальные и максимальные сроки наблюдения, правильное использование методов отбора больных, строгое соблюдение объема обследования и контроля за лечением, знание и понимание возможностей статистических методов сравнения и умение пользоваться ими, воспроизводимость методики в других лечебных учреждениях.

В настоящее время выбор любой программы лечения для больных ЛХ осуществляется на основании прогностических признаков. Предложенные различными исследовательскими центрами три основ-

ные системы прогностических признаков близки между собой по сути и различаются деталями. Однако ни одна из них не обеспечивает подбора абсолютно адекватного объема терапии всем больным, поэтому продолжается поиск новых прогностических факторов и новых систем прогностических признаков. Каждая новая система, с одной стороны, должна быть не менее эффективной, чем имеющиеся, а с другой — достаточно простой для использования врачами общей лечебной сети. Любая переусложненная прогностическая система остается идеальным инструментом только в руках автора. Для сравнения своих данных с мировыми необходимо сравнение проводить в одной системе.

Используемые при лечении ЛХ химиотерапевтические программы последнего поколения высокоэффективны, но до настоящего времени остается около 10—15% больных, которым приходится лечить повторно. Не прекращается поиск новых комбинаций химиопрепаратов, не менее эффективных, но менее токсичных. Однако для того чтобы новая схема химиотерапии или методика лучевой терапии вошла в практику, необходимо не только знать механизм действия каждого препарата и возможность их сочетания с учетом выраженности и времени токсического воздействия на органы и системы, но и понимать законы опухолевой прогрессии. Целый ряд высокоэффективных по внешним признакам схем не вошел в мировую практику из-за большого числа непосредственных или поздних осложнений или эти режимы оказались недостаточно эффективными из-за невнимания авторов к ритму введения отдельных препаратов, который диктуется биологическими особенностями опухолевой клетки. Несоблюдение разовых и курсовых доз, а также интервалов между введениями химиопрепаратов обуславливает неуправляемый рост резистентного опухолевого клона.

Химио- и лучевая терапия являются высокоэффективными методами лечения и успешно дополняют друг друга, но найти оптимальный баланс между ними чрезвычайно трудно. По-прежнему продолжают споры о месте лучевой терапии в комбинированном лечении, об оптимальном ее объеме, достаточных суммарных дозах и методиках облучения. В статьях этого номера представлен весь спектр современных взглядов на проблему лучевой терапии в рамках комбинированного лечения.

Эффективность лечебных программ последнего поколения (как по непосредственным результатам лечения, так и по отдаленным) столь высока, что выявить преимущество одной из программ возможно лишь при сравнении больших контингентов больных. Математические расчеты показывают, что для статистического подтверждения преимущества нового метода лечения перед старым в 10% по показателю 5-летней безрецидивной выживаемости необходимо включить в исследование более 660 больных. При этом не менее половины больных (медиана прослеженности) должны быть прослежены до 4 лет.

Абсолютное большинство заболевших ЛХ — молодые люди (до 30—35 лет). Сегодня шанс излечиться имеют более 70—80% из них, и потому столь велик интерес к изучению осложнений лечения и их возможному предотвращению.

Непременным условием успеха новой программы лечения является воспроизводимость ее результатов широким кругом независимых лечебных учреждений. Поэтому для каждой исследовательской группы всегда интересна кооперация с другими лечебными учреждениями. Возможно, у читателей журнала есть собственный опыт лечения первичных больных ЛХ, которым они хотели бы поделиться.