

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

¹С.В. Коренев, ²И. Соловьёв, ¹В.В. Тугай, ³Д. Прошин.

¹Смоленская государственная медицинская академия, ²Смоленский областной клинический онкологический диспансер, ³Брянский областной лечебно-диагностический центр.

Проблема рака щитовидной железы (РЩЖ) приобрела особую актуальность в последние годы в связи с медицинскими последствиями аварии на Чернобыльской АЭС.

Задачи исследования. Определение целесообразности использования различных комбинаций современных противоопухолевых химиопрепаратов при лечении распространенных стадий низкодифференцированного РЩЖ.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены у 42 больных низкодифференцированным РЩЖ, в разной степени пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС. Все пациенты проходили химиотерапевтическое лечение в 1995-2001 годах в лечебных учреждениях Смоленской и Брянской области.

Возраст больных от 16 до 68 лет. Мужчин было 11, женщин 31 человек. У всех исследуемых больных диагностирована IV стадия. Химиотерапевтическое лечение являлось заключительным этапом в комбинированное или самостоятельным видам лечения РЩЖ.

Основными химиопрепаратами являлись: платидиам, карминомицин, винкристин, блеомицин, циклофосфан, адриамицин (от 1 до 6 курсов ПХТ). Эффект лечения оценивался после каждого курса с помощью рентгенологических методов диагностики, УЗИ щитовидной железы и области

шей, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты исследования. В большинстве случаев (у 37 из 42 исследуемых больных) отмечался субъективный эффект, проявляющийся в уменьшении болевого синдрома, субъективном уменьшении пальпируемой опухоли, улучшении общего состояния. Объективный клинический эффект отмечен у 12 больных. Он проявлялся в виде частичной регрессии первичной опухоли (у 7) или уменьшения количества метастазов в лёгкие (у 4) и печень (у 1). У 3 больных диагностирована стабилизация процесса.

Следует отметить, что у большинства больных (11 из 12) с объективным клиническим эффектом в схемы лечения входили адриамицин (30 мг/м²) и блеомицин (30 мг/м²). Выживаемость больных после начала химиотерапевтического лечения составила от 1 до 26 месяцев. Медиана выживаемости 14,5 месяцев.

Выводы. Применение полихимиотерапии при распространенных стадиях низкодифференцированного РЩЖ возможно. Наиболее целесообразно использование в клинической практике схемы адриамицин + блеомицин, позволяющей увеличить продолжительность жизни больных с минимальной частотой побочных эффектов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Н.Ф. Кротов, А.Э. Расулов, О.А. Имамов, Р.А. Давыдов

Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз, Ташкент

В торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз с мая месяца 2001 года длительная регионарная полихимиотерапия в бронхиальную артерию была проведена 25 больным нерезектабельным раком легкого в возрасте от 45 до 77 лет. Из них 19 мужчин и 6 женщин. Рак правого легкого наблюдался у 15 больных, левого легкого – у 10. Центральная форма рака легкого диагностирована у 16 больных, периферическая – у 9.

При гистологическом исследовании биоптата у 20 больных выявлен немелкоклеточный рак легкого. Из них: в 9 случаях – низкодифференцированный плоскоклеточный рак, в 8 – аденокарцинома, в 2 – железисто – плоскоклеточный рак, в 1 – овсяно – плоскоклеточный рак. Недифференцированный мелкоклеточный рак диагностирован у 5 больных.

По данным обследования у всех больных опухолевый процесс оценен как нерезектабельный и (или) неоперабельный. Из них, стадия T3N1M0 – установлена у 7 больных, T3N2M0 – у 2, T4N1M0 – у 4, T4N2M0 – у 9, T4N3M0 – у 2 и T4N2M1 – у 1 больного.

Катетеризацию бронхиальной артерии осуществляли по методу Сельдингера с использованием катетеров фирмы “Kifa”. В 15 случаях была катетеризована правая бронхиальная артерия, в 10 – левая (в зависимости от стороны поражения). Инфузию лекарственных препаратов в бронхиальную артерию проводили в непрерывном круглосуточном режиме путем внутриартериального нагнетания жидкостей методом “высокой бутылки”.

У 17 больных длительная регионарная внутриартериальная полихимиотерапия (ДРВАПХТ) проведена однократно, у 7 – 2 раза и у 1 больного – 3. В 3 случаях наблюдался тромбоз катетера на 2 – е сутки после катетеризации, в связи с чем была произведена повторная катетеризация бронхиальной артерии. У 1 больного после снятия катетера в течении 3 месяцев наблюдалась хромота, связанная с длительным спазмом стенки бедренной артерии. У 1 больного после 3 курсов ДРВАПХТ развилась аневризма бедренной артерии на месте катетеризации, в связи с чем было произведено оперативное вмешательство – удаление анев-

ризмы бедренной артерии с установлением сосудистого эндопротеза.

Полихимиотерапию проводили по следующим схемам: при немелкоклеточном раке легкого - схема PF (цисплатин 25 – 75 мг/м² в/арт + 5 – фторурацил 0,5 – 1,5 г/м² в/арт) и схема PЕС (цисплатин 25 – 75 мг/м² в/арт + этопозид 50 – 150 мг/м² в/арт + циклофосфамид 300 – 750 мг/м² в/м). При мелкоклеточном раке легкого применялась схема САУ (циклофосфамид 300 – 750 мг/м² в/м + адриабластин 10 – 30 мг/м² в/арт + винкристин 1 мг/м² в/в) и схема АСЕ (адриобла-

стин 10 – 30 мг/м² в/арт + циклофосфамид 300 – 750 мг/м² в/м + этопозид 50 – 150 мг/м² в/в).

Эффективность метода определяли путем наблюдения изменений общего состояния и при контрольной рентгенографии и бронхоскопии в динамическом наблюдении по классификации ВОЗ (Брюссель 1979 г.).

Из 25 больных нерезектабельным раком легкого после ДРВАПХТ у 2 больных отмечена значительная регрессия опухолевого процесса, у 21 – частичная регрессия, и у 2 больных – стабилизация опухолевого процесса.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ФОТОСЕНСЕБИЛИЗАТОРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВИДИМОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

М. Т. Кулаев, А. М. Лецанов

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск

В последние годы широкое распространение получили методы лазерного лечения и диагностики, в том числе и фотодинамическая диагностика (ФД) и фотодинамическая терапия. Для целей ФД используют различные флюоресцентные, например, Фотосенс, 5-аминолевулиновую кислоту. ФД основана на взаимодействии трех составляющих: воздействия лазерного излучения определенной длины волны, появления в ткани синглетного (атомарного) кислорода и флюоресценции ткани. Задачей работы явилось изучение отечественных фотосенсибилизаторов Аласенса и Фотосенса для некоторых злокачественных опухолей видимой локализации. Работа выполнена в лаборатории Биоспектроскопии, лазерной и фотодинамической терапии с целью изучения возможностей ФД в качестве “оптической биопсии” у 56 больных базалиомой, 3 – плоскоклеточным раком и 15 – меланомой кожи. В качестве контроля служили данные 6 больных с неонкологической патологией кожи (рубцы и др.). Для ФД использовали комплекс ДТК-3М (лазер с длиной волны 632 нм, мощность на выходе – 12 мВт). При изучении аутофлюоресценции выявлено, что коэффициент флюоресценции в центре опухоли в 2,4 раза выше, чем в крае. Концентрация эндогенных флюоресцирующих

субстанций в центре опухоли выше, чем в крае опухоли и в здоровой коже в 1,9 и 3,1 раза, соответственно. Аутофлюоресцентный контраст в центре и крае опухоли составил 6,3 и 1,7 по отношению к здоровому участку кожи. Пик аутофлюоресценции был сдвинут в центре и крае базалиомы в красную область – 688 и 686,2 нм, соответственно, в слизистой нижней губы – 685,4 нм, в нормальной коже – 684,9 нм. После в/в введения Фотосенса с целью ФД проведенные измерения выявили, что пик флюоресценции в центре и крае опухоли сместился к 682 нм, в здоровой коже – 681,8 нм, в слизистой нижней губы – 681,5 нм. При сравнении двух доз Фотосенса (0,5 и 0,8 мг/кг) обнаружено, что увеличение дозы препарата не приводит к повышению флюоресцентной контрастности и, соответственно, не ведет к росту эффективности лечения. Максимум флюоресцентной контрастности при введении 0,5 мг/кг наступает через 24 часа, а при дозе 0,8 мг/кг – через 24–48 часов.

Выводы. ФД с применением отечественных флюорохромов является информативным методом диагностики злокачественных опухолей видимой локализации. Аутофлюоресцентная диагностика для выявления пигментных опухолей обладает сомнительной эффективностью.

ДИКАРБАМИН, КАК ПРОТЕКТОР ЛЕЙКОПОЭЗА И ГРАНУЛОЦИТОПОЭЗА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ГЕМЗАРОМ И ПРЕПАРАТАМИ ПЛАТИНЫ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Е. В. Махнова, М. Л. Гершанович

ГУН НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова МЗ РФ, Санкт-Петербург

В группе из 9 ранее интенсивно леченных женщин в возрасте от 43 до 66 лет с рецидивами рака яичников, имевших лейкопению в результате использования гемзара с препаратами платины и отобранных в результате скрининга, в период проведения аналогичных последующих 20 курсов химиотерапии изучено действие дикарбамина в

качестве протектора лейкопоза и гранулоцитопоза. Дикарбамин в дозе 100 мг/сут давался внутрь за 5 дней до начала очередного цикла миелодепрессивной комбинированной химиотерапии (КХТ) гемзаром (1000 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни) с цисплатином 60 мг/м² или карбоплатином АUC 5 – в 1-й день четырехнедельного цикла и ежед-