

тивность проведенного лечения и планировать последующую терапию.

46 (66%) больным была выполнена операция в радикальном объеме. 24 (34%) больным потребовалась послеоперационная ЛТ, которую начинали через 1-1,5 месяца после операции. Очевидно, что подобная тактика из-за большой продолжительности лечения не позволяет в полной мере реализовать возможности ЛТ и обеспечить высокий локальный контроль.

С учетом таких известных факторов эффективности ЛТ плоскоклеточных раков области головы и шеи, как величина суммарной дозы и продолжительность лечения, представляется необходимым при радикальном лечении достижение максимальной толерантной дозы за оптимальное время. Реализация данного принципа возможна в процессе послеоперационной ЛТ или самостоятельной ЛТ. Современная конформная ЛТ, одновременная химиолучевая терапия, контактная ЛТ позволяют получить результаты, сопоставимые с хирургическим лечением без косметических и функциональных дефектов.

Вместе с тем, весьма привлекательный абластичный эффект предоперационной ЛТ может быть реализован при проведении коротких курсов ЛТ с укрупненной разовой дозой у больных с локализованным опухолевым процессом. Облучение опухоли и зоны субклинического распространения, визуализируемых при КТ с последующим 3-D планированием и конформным облучением позволяет минимизировать объем облучения и снизить риск послеоперационных осложнений. Повышение абластичности оперативного вмешательства может быть обеспечено за счет подведения 8,0 Гр за две фракции по 4,0 Гр с интервалом 4 часа или 20 Гр за 4-5 фракций в течение 4-5 дней. Операция выполняется в первые 24-72 часа после завершения ЛТ. Альтернативой подобных схем ЛТ является ИОЛТ. Вышесказанное позволяет говорить о необходимости пересмотра тактики комбинированного лечения больных с плоскоклеточным раком головы и шеи.

При наличии местно-распространенной резектабельной опухоли на первом этапе должно выполняться оперативное вмешательство с ИОЛТ при наличии показаний. Показанием к послеоперационной лучевой терапии является наличие факторов риска рецидива: pT_{3-4} , N_{2-3} , наличие метастазов в лимфатических узлах IV или V уровней, перинеуральная инвазия, опухолевые сосудистые эмболы, положительный край резекции. Послеоперационное облучение начинают через 6 недель после операции и проводят в режиме традиционного фракционирования до 50-60 Гр или 40-50 Гр после операции с ИОЛТ.

При наличии местно-распространенной нерезектабельной опухоли или при отказе от хирургического лечения проводится радикальный курс ЛТ. У больных с локализованным опухолевым процессом показано предоперационное облучение укрупненными фракциями или ИОЛТ. При наличии показаний проводится послеоперационная ЛТ.

Подобная тактика позволяет оптимизировать продолжительность лечения и повысить его эффективность. Необходимым условием реализации предлагаемых схем комбинированного лечения является наличие современного диагностического и радиологического оборудования при возможности тесного взаимодействия хирурга, радиолога, рентгенолога, химиотерапевта и морфолога.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ И ОДНОВРЕМЕННОЕ ХИМИЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЁГКИХ

*О.А. Гладков, А.В. Важенин,
Е.Ю. Лукина, Т.М. Шарбура*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Одновременное химиолучевое лечение получило широкое распространение в последние годы при лечении злокачественных опухолей различной локализации. Такой подход сопровождается повышением общей эффективности лечения и вместе с тем, увеличением числа токсических реакций. Роль одномоментного проведения химиотерапии и лучевой терапии при лечении пациентов мелкоклеточным раком лёгких изучена недостаточно, что явилось целью проведения нашей работы.

С января 2004 г. по апрель 2007 г., нами было проведено исследование, в которое было включено 79 больных ограниченным мелкоклеточным раком, получивших одновременное химиолучевое лечение. Группой сравнения явились ретроспективно оцененные истории болезни 40 пациентов с сентября 2002 г. по январь 2004 г., которые получили лучевую терапию и химиотерапию последовательно.

Все больные получали 4 цикла химиотерапии по стандартной схеме EP, которая заключалась во внутривенном введении препарата цисплатин в дозе 80 мг/м² в 1 день лечения и препарата этопозид в дозе 120 мг/м² с 1 по 3 дни терапии. Всем больным проводилась также лучевая терапия. В группе одновременного химиолучевого лечения (I) дистанционная гамма-терапия осуществлялась

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