

ПОСТЛУЧЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

В.И. Куницкая, А.В. Васьенин

*Челябинский областной онкологический диспансер (главрач — проф. А.В. Васьенин)
Уральской государственной медицинской академии, г. Челябинск*

За последние 50 лет лимфома Ходжкина превратилась из абсолютно неизлечимой болезни (5 лет переживали всего 5% больных) в высококурабельное заболевание. Таким образом, на рубеже третьего тысячелетия была доказана возможность излечения большинства больных лимфомой Ходжкина и определено, что снижение общей выживаемости происходит за счет достаточно большого числа таких тяжелых осложнений лечения, как вторичные опухоли и лейкозы (10–30%), инфаркты миокарда (7–6%), инфекции (4–10%) и тяжелые повреждения легочной ткани (6–7%) [1, 2, 10]. Этот факт заставил по-иному взглянуть на программы лечения, оценку его эффективности и факторы, определяющие выбор терапии. Именно поздние осложнения лечения на 20% снижают общую выживаемость больных лимфогранулематозом и ухудшают качество их жизни [3].

В последние десятилетия комбинированная химио- и лучевая терапия прочно заняла лидирующее положение в лечении всех первичных больных лимфомой Ходжкина. Сочетание двух методов позволило не только повысить непосредственную эффективность лечения, но и улучшить отдаленные результаты [7, 9]. В то же время известно, что при проведении лучевой и, особенно, химиолучевой терапии у больных с опухолями органов грудной клетки нередко возникают лучевые повреждения легких в связи с тем, что толерантность легочной ткани к лучевым воздействиям находится в пределах 35–40 Гй, а повреждающий эффект облучения становится еще выше в условиях применения химиотерапии [1, 4, 5, 8].

Прямым следствием стремления уменьшить число лучевых осложнений, сделать лучевую терапию более безопасной, является ее мультивариантность с соблюдением аксиомы "объем лечения зависит от объема поражения" [8].

Нами были обследованы 100 пациентов с постлучевыми пульмонитами и пневмофиброзами при комбинированном лечении по поводу лимфомы Ходжкина. Дополни-

тельные данные о поражении легких за последние годы стало возможным получить путем использования комплексного ультразвукового исследования [6]. 1-ю группу составили 52 человека у которых был выявлен постлучевой пульмонит (при этом у 16 из них в дальнейшем развился пневмофиброз, а у 36 — все клинические и рентгенологические симптомы исчезли в течение 1,5–2 месяцев). Во 2-ю группу вошли 64 человека с постлучевым пневмофиброзом, у которых после лучевой терапии прошло более 3 месяцев (в этой группе было также 16 человек из 1-й группы с постлучевым пульмонитом в анамнезе). Постлучевой пульмонит развился у 52 человек с момента окончания лучевой терапии на сроках до 3 месяцев.

Пациенты с постлучевым пульмонитом жаловались на повышение температуры тела (у 4), кашель с мокротой (у 9), одышку (у 4), боли в грудной клетке (у 1), повышение температуры тела и кашель с мокротой (у 9), сочетание всех жалоб (у 5). Жалобы отсутствовали у 20 (38,5%) человек.

Рентгенологическая картина была следующей: усиление легочного рисунка в прикорневых отделах (у 22), бесструктурность корней (у 17), неомогенная инфильтрация в области корней (у 11), плевральный выпот (у 2). Постлучевой пневмофиброз был диагностирован у 64 человек. Больные жаловались на редкий сухой кашель (у 9), одышку (у 10), сочетание жалоб (у 10). Жалобы отсутствовали у 35 (54,7%) пациентов. Рентгенологическая картина оценивалась по 3 степеням (классификация М.С. Кац, 1980): 1-я (сохранение или незначительное увеличение количества элементов легочного рисунка, некоторое утолщение отдельных элементов, утрата четкости и контуров) — у 38 (59,4%) больных; 2-я (выраженное увеличение количества элементов легочного рисунка, отчетливые изменения их структуры) — у 20 (31,3%); 3-я (резко выраженное изменения легочного рисунка, множественные различной величины очаговые тени, уменьшение объе-

ма легкого или его доли вплоть до цирроза) — у 6 (9,3%).

Из всех пациентов с постлучевыми пневмонитами и пневмофиброзами самостоятельно к врачу обратились лишь 22 человека, хотя жалобы были у 33 пациентов, но у них постлучевые повреждения легких были выражены лишь при контрольном прохождении рентгенографии грудной клетки в различные сроки после лучевой терапии (1,5; 3; 6; 12 месяцев и далее). Следовательно, почти у половины пациентов с постлучевыми повреждениями легочной ткани жалобы отсутствовали, однако рентгенологическая картина была настолько разнообразной, что возникали определенные трудности в дифференциальной диагностике данного вида осложнений.

Таким образом, всем пациентам после лучевой терапии необходимо проводить контрольное рентгенографическое исследование органов грудной клетки и при этом обращать внимание не только на динамику основного процесса (уменьшение размеров средостения), но даже на самые незначительные изменения в ткани легкого. Раннее выявление постлучевых осложнений возможно лишь при наличии тесного контакта врача (проинформировать больного о возможных осложнениях лечения) и пациента (регулярная явка на контрольные осмотры, немедленное обращение при наличии жалоб) с целью назначения своевременного лечения.

Заслуживают внимание последние научные разработки с использованием комбинированной сонографии для оценки состояния легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев Б.П., Акимов А.А., Николаева Е.Н. и др. // Мед. радиол. и радиац. безопасность. — 2005. — № 2. — С.34–40.
2. Байсоголов Г.Д., Шишкин И.П., Афанасова Н.В. и др. // Мед. радиол. — 1983. — № 10. — С.22–30.
3. Бардычев М.С., Курпешева А.К., Пасов В.В. и др. // Росс. онкол. журн. — 2003. — № 4. — С. 31–33.
4. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. — М., 1985.
5. Богатырева Т.И., Кравченко Т.В., Афанасова Н.В., Павлов В.В. // Вестн. РНЦРР МЗ РФ. — 2004. — №3.
6. Васильева Н.П. Оптимизация диагностики и выбора тактики лечения пороков развития и заболеваний органов грудной полости у детей методом эхографии: Авторефер. дисс. ... докт. мед. наук. — Уфа, 2005.
7. Даценко И.В. // Вестн. РНЦРР МЗ РФ. — 2003. — № 1.
8. Канаев С.В., Холин А.А., Малинин А.П. // Вопр. онкол. — 1986. — № 5. — С.50–54.
9. Brusamolino E., Lungli F., Orlandi E. et al. // Haematologica. — 2000. — Vol. 85. — P. 1032–1039.
10. MacKenzi R.G., Frassen E., Wong R. et al. // Clin Oncol (R Coll Radiol). — 2000. — Vol. 12. — P. 278–288.
11. Von der Maase H., Overgard J., Vaeth M. // Radiother. Oncol. — 1986. — Vol. 5. — P. 245–247.

Поступила 11.03.06.

POSTRADIATION INJURIES OF LUNG TISSUE AFTER COMBINE TREATMENT OF HODGKIN LYMPHOMA

V.I. Kunitskaya, A.V. Vagenin

Summary

The results of combine chemo and radiation therapy of 100 patients with Hodgkin lymphoma is reported. The discrepancies between clinical status of the patients and roentgenological changes in the lung were found. It is suggested that all patients after radiation therapy have to pass roentgenological chest examination to check any small changes in the lung even without clinical manifestation.

УДК 616. 233 — 002. 2 + 616. 988. 7] — 08 : [615. 3. 467. 2 + 615. 3. 476. 8

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЛЕЙ ЯНТАРНОЙ И ФУМАРОВОЙ КИСЛОТ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Х.М.Вахитов, О.И.Пикуза, Е.А.Самороднова, Л.Ф.Вахитова, Л.З.Шакирова

Кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии (зав. — проф. О.И. Пикуза), кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. В.П. Булатов) Казанского государственного медицинского университета

Одним из фундаментальных свойств живых организмов является тонкая регуляция интенсивности физиологических функций. Большая роль в регуляции этих процессов принадлежит веществам, используемым организмом в качестве суб-

стратов окислительно-восстановительных реакций. Наиболее многообразные возможности в плане метаболической коррекции функционального состояния и резистентности организма дают компоненты цикла Кребса. В их число входят янтарная