уровне, при стабильной гемодинамике и надлежащей оксигенации крови у матери, при условии мониторинга ЧСС плода и готовности к экстренному родоразрешению на сроках более 24 недель беременности). Лучевое лечение применимо во время 1 и 2 триместра. Показано, что поглощенная плодом доза на этих сроках значительно меньше порога возникновения врожденных мальформаций. Тем не менее есть расчеты, дающие риск 1 случая индуцированного рака (на протяжении всей жизни индивидуума) на 1700 наблюдений на каждые 0,01 Гр поглощенной дозы при внутриутробном облучении. Применение ДГТ должно быть тщательно обосновано, обсуждено с пациенткой и родственниками. Химиотерапия применима после 14 недель беременности, за исключением срока более 35 недель и в любом случае должна быть завершена в срок не короче 3 недель до родов (интервал, необходимый для восстановления клеток крови, прежде всего – нейтрофилов). Наибольший опыт имеется по схемам FAC, AC, меньший – по таксанам. На сегодняшний день не получено данных о негативных отдаленных последствиях для детей, рожденных матерями, получавшими химиотерапию во время беременности. Применение тамоксифена не рекомендовано на любом сроке беременности, так как описаны случаи врожденных дефектов при его использовании (синдромы Goldenhar, and Pierre Robin). Подходы североамериканской онкологической школы несколько отличны (рекомендации NCCN, 2011). Так лучевая терапия не рекомендована на любом сроке беременности, соответственно органосохранное лечение возможно лишь при планировании лучевой терапии после родов. Мастэктомия возможна в любом триместре, химиотерапия – начиная со второго. Вопрос о прерывании беременности обсуждается только при диагностике рака в первом триместре.

Собственный опыт. За период с 2006 по 2011 год в маммологическом отделении ГЛПУ ЧОКОД проходили лечение 18 пациенток с раком молочной железы, ассоциированным с беременностью (нами принятый критерий включения – диагноз рака выставлен во время беременности или в срок до года после родов или окончания грудного вскармливания). Средний возраст составил – 33 года (от 25 до 43 лет). В профессиональном отношении ни одна из женщин не была связана с вредным производством или с какой-либо вредностью вообще (экономисты, бухгалтера, продавцы, домохозяйки, и т.д.). Все женщины обнаружили заболевание молочных желез самостоятельно. Соотношение левой/ правой стороны по локализации рака 1/1. Течение беременностей – без особенностей за исключением выраженного токсикоза с угрозой выкидыша на последнем триместре беременности в одном случае, и угрозы выкидыша на сроке 7 месяцев в другом. Сроки беременности в среднем составили – 39 не-

дель. Характеристика родов: 5 женщин – кесарево сечение; затяжные роды – 1, без значимых отклонений – 10, 2 аборта на сроке 5 недель. Соотношение пола родившихся детей девочки/мальчики = 4/1, отклонений в состоянии здоровья детей не выявлено. При анализе группы крови матерей и детей (где известно) закономерностей на имеющемся материале не найдено. Сроки выявления изменений в молочной железе: 14 женщин – после прекращения кормления грудью, 2 женщины – во время беременности (на сроке 3 недели и в III триместре беременности); 1 женщина – после медикаментозного аборта. Онкологический семейный анамнез женщины – рак молочной железы в 4 случаях; желудок – 1, кишечник 4 случая, матка, предстательная железа, головной мозг, поджелудочная железа – по 1. На октябрь 2011 г. у 1 пациентки имеется генерализация заболевания (стадия T₃N₀M₀, время до прогрессирования – 5 лет). Четыре пациентки умерли (стадия на момент первоначального диагноза T₄N₁M₁, общая выживаемость 2,5 года, - стадия T₄N₃M₁, общая выживаемость 3 года, - стадия T₂N₁M₀, время до прогрессирования 14 мес, общая выживаемость 2 года, - стадия T₃N₁M₁, общая выживаемость 2,5 года).

Выводы. Нет однозначных данных о влиянии беременности на отдаленные результаты лечения рака молочной железы. Во всех случаях следует стремиться к морфологической верификации диагноза рака молочной железы у беременных пациенток. Диагностический алгоритм может включать рентгенологические методы только при невозможности стадировать рак и составить план лечения без их применения. Прерывание беременности не является обязательным, решение принимается строго индивидуально. Лечебный алгоритм допускает хирургическое лечение во всех триместрах беременности и химиотерапию во втором и третьем, план лечения составляется индивидуально.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ПРОЦЕССЕ АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИИ У ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА С ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ФАКТОРАМИ

*Н.М. Тихановская, И.А. Горошинская,
И.Б. Лысенко, Е.А. Капуза*

РНИИО, г. Ростов-на-Дону

Лимфома Ходжкина (ЛХ) гетерогенна по своему клиническому течению и требует индивидуального подхода к лечению больных. По литературным данным от 10 до 40% случаев лимфомы Ходжкина являются резистентными к химиотерапии, что выражается в отсутствии полных ремис-

сий, ранних и поздних рецидивах заболевания. Поиск новых схем химиотерапии и повышение их эффективности сопряжены с ранними и поздними токсическими эффектами, возрастанием смертности от осложнений в процессе лечения и поздних осложнений. В связи с этим необходимость дифференцированного лечения предопределяет поиск новых прогностических факторов. Интерес представляют методы аутобиотерапии с использованием естественных сред организма, в частности, костного мозга. В РНИОИ разработан метод аутомиелохимиотерапии (АМХТ), изучается его эффективность, токсичность в лечении больных ЛХ. Использование в данной работе много курсовой АМХТ и последующей АГХТ делает актуальным исследование биохимических показателей, отражающих выраженность эндогенной интоксикации, в сопоставлении с клиническими проявлениями побочных реакций химиотерапии. Важная роль в развитии эндогенной интоксикации принадлежит свободнорадикальным процессам.

Цель исследования: изучение влияния метода АМХТ на показатели эндогенной интоксикации в процессе химиотерапии у первичных больных ЛХ и оценка использования этих показателей как факторов прогноза заболевания.

Материал и методы.

Для оценки эндогенной интоксикации исследовали содержание веществ средней молекулярной массы (МСМ₂₅₄ и МСМ₂₈₀) и уровень общей (ОКА) и эффективной концентрации (ЭКА) альбумина; рассчитывали степень сорбции токсических лигандов (резервную связывающую способность альбумина) по отношению ЭКА/ОКА • 100% и коэффициент интоксикации (КИ), отражающий баланс между накоплением и связыванием токсических лигандов, а также индекс токсичности, характеризующий в значительной степени вклад недостаточности функций печени в развитие эндогенной интоксикации. Выше перечисленные показатели исследовали у 20 больных ЛХ. Всем больным было проведено 4 курса АМХТ и 2 или 4 курса АГХТ. Биохимические показатели исследованы до начала лечения (фон), перед 2 курсом, после проведения 4 курсов АМХТ (при поступлении больных на 5 курс) и после окончания химиотерапевтического лечения – после 6-8 курса (перед началом лучевой терапии).

Результаты и обсуждение.

Для больных ЛХ до начала лечения было характерно снижение эффективной концентрации альбумина и его резервной связывающей способности в среднем по сравнению с донорами на 48,4% и 43,1% соответственно. КИ был увеличен у всех больных, в среднем в 2,5 раза, индекс токсичности – в 21,6 раза. Через 3 недели после начала 1 курса АМХТ (при поступлении больных в отделение для проведения 2 курса АМХТ) наблюдалось увеличение эффективной концентрации альбумина на 49,6% и резервной связываю-

щей способности альбумина на 31%, которые оставались ниже нормы лишь на 22,8% и 25,5%. КИ снизился у всех обследованных больных и оказался ниже фоновых значений на 44,4%, превышая уровень доноров лишь на 37,2%. Индекс токсичности снизился относительно фоновых значений на 59,9% и был выше нормы в 8,65 раза. После 4 курсов АМХТ наблюдалось дальнейшее увеличение эффективной концентрации и резервной связывающей способности альбумина, а также достоверное увеличение общей концентрации альбумина (на 61,3%, 41,2% и 10,6% соответственно по сравнению с фоном до лечения). Эффективная концентрация и резервная связывающая способность альбумина были ниже нормы лишь на 16,8% и 19,7%. КИ снизился по сравнению с фоном на 42,7%, превосходя норму на 41,5%. Индекс токсичности снизился относительно фоновых значений на 71,3% и был выше нормы в 6,2 раза. После окончания комплексной химиотерапии, включавшей 4 курса АМХТ и 2 или 4 курса аутогемохимиотерапии, все исследованные показатели достоверно не отличались от уровня, достигнутого после 1 курса АМХТ и от результатов предыдущего срока наблюдения. Мы проанализировали динамику изученных биохимических показателей в процессе многокурсовой терапии в зависимости от клинической картины течения заболевания у отдельных больных. У пациентов с непрерывно-прогрессирующим течением заболевания уже после 1 курса АМХТ наблюдалось увеличение КИ на 42,4% относительно фоновых значений (на 161% выше доноров) в отличие от больных с безрецидивным течением и полной ремиссией до настоящего времени, у которых после 1 курса химиотерапии наблюдалось достоверное снижение КИ почти до уровня доноров, сохраняющееся в течение всего срока наблюдения.

Выводы. Коэффициент интоксикации может быть использован как фактор прогноза успешности и эффективности проводимой химиотерапии больных лимфомой Ходжкина.

РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ

С.В. Туманян, Е.Ю. Семилеткина

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

На современном этапе анестезия, с одной стороны, предполагает создание достаточной антиноцицепции в ответ на стресс-реакцию, с другой – предупреждение истощения эндогенной антистрессорной защиты и возникновения патологических состояний. Ключевую позицию в этом вопросе занимает проблема обеспечения вегетативных регуляторных механизмов симпа-