

риант рака с метастазами в 4 лимфоузлах. Проведено комбинированное лечение: радикальная мастэктомия по Мадден левой молочной железы – 25.10.2006 г., курс лучевой гамма терапии на зоны регионарного метастазирования (СОД 40 Гр) и послеоперационный рубец (СОД 40 Гр). В дальнейшем находилась на динамическом наблюдении.

Ухудшение самочувствия с декабря 2010 г. в виде появления головных болей, резкого подъема артериального давления до 190/110 мм рт. ст. Наблюдалась у терапевта по месту жительства. Получала курсы сосудистой терапии. Состояние прогрессивно ухудшалось – возникли явления гемипареза, когнитивные расстройства. В марте 2011 г. самостоятельно обратилась в ОКБ г. Тюмени, где была выполнена магнитно – резонансная томография. Выявлен метастаз в лобно – височной – теменной области справа 4,0х3,0х3,2 см, окруженный зоной выраженных глиальных изменений без четких границ, распространяющейся на мозолистое тело справа. С марта 2011г. прошла 4 курса полихимиотерапии по схеме МАСС. На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение самочувствия. Состояние по Карновскому – 80 баллов. В дальнейшем частичная регрессия в головном мозге была так же подтверждена магнитно – резонансной томографией.

Приведенные клинические наблюдения отражают достаточно типичный характер течения заболевания. Клинические проявления при метастатическом поражении головного мозга у больных РМЖ достаточно многообразны. Подозрительными на наличие метастаза головного мозга являются следующие клинические признаки: головная боль, внутричерепная гипертензия, нарушения двигательной активности, психопатологические и депрессивные расстройства, судорожный синдром и др.

С внедрением современных методов нейровизуализации – компьютерной томографии и магнитно – ядерной томографии – диагностика внутричерепных образований существенно облегчилась. Однако до настоящего времени эти методы обследования для большинства больных малодоступны. Во-первых, не все медицинские учреждения оснащены соответствующей аппаратурой. Во-вторых, только анализ неврологических симптомов в динамике позволяет вовремя заподозрить метастазы в головной мозг и направить больного на исследование.

Трудности диагностики метастазов в мозг могут быть обусловлены так же неудачей в сборе анамнеза. Поэтому выявление врачами общей практики, наблюдающих этих женщин в 3 клинической группе жалоб психопатологического круга и признаков органического поражения ЦНС должно входить в перечень активно выявляемых проявлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНОГО МОЗГА

Т.Ф. Пушкарева, О.В. Козюк, К.А. Новосёлова

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

В структуре всех регистрируемых злокачественных опухолей неходжкинские лимфомы (НХЛ) составляют 2,6%. Поражение костного мозга (КМ) при НХЛ является одной из закономерных фаз течения заболевания и встречается в 30-40% наблюдений. Выделено 5 независимых прогностических факторов: возраст, стадия, общее состояние больного (по шкале ECOG), число зон экстранодального поражения, повышение уровня лактатдегидрогеназы в сыворотке крови. Кроме обозначенных 5 признаков важное прогностическое значение имеют морфоиммунологический вариант лимфомы, симптомы интоксикации (В - симптомы), поражение средостения и костного мозга, предшествующее лечение и его результаты. В РНИОИ получен значительный опыт лечения больных с солидными новообразованиями методом аутомиелохимиотерапии (АМХТ). Данный метод является эффективным и воздействующим на ряд основных патогенетических звеньев заболевания. Достижение максимального эффекта, а именно, полной ремиссии, требует проведения интенсивной и длительной терапии с момента установления диагноза, что может быть сопряжено с развитием целого ряда осложнений, среди которых наиболее клинически значимы кардиотоксичность, нейтропения и инфекции, тошнота и рвота. При лимфомах IV стадии, особенно при поражении костного мозга, выраженная недостаточность клеточного иммунитета нередко приводила к развитию тяжелых инфекционных осложнений, являющихся основной причиной летальных исходов у онкогематологических больных.

Цель исследования: изучение непосредственных результатов аутомиелохимиотерапии в лечении НХЛ с поражением костного мозга.

Материалы и методы.

В исследование включены 25 пациентов, у которых первично диагностирована неходжкинская лимфома с поражением костного мозга: 11 больных в основной группе, которым проводилась АМХТ и 14 в контрольной группы, получавших стандартную ПХТ. Диагноз устанавливали на основании морфологического исследования биоптатов лимфатических узлов и / или костного мозга. Иммунологическое исследование (иммуногистохимическое, иммунофенотипирование) было выполнено всем пациентам. Вариант лимфомы устанавливали в соответствии с классифи-

кацией ВОЗ 2001. Инициальное стадирование проводили на основании физикального осмотра, результатов миелограммы, биохимического исследования крови (определяли уровень ЛДГ), рентгенографии органов грудной клетки и костей, ультразвукового исследования периферических л/у, органов брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерной томографии. После всестороннего обследования каждый пациент был отнесен к соответствующей прогностической группе согласно МПИ. Определение группы риска не является в настоящее время стандартным критерием для выбора терапии, но предполагает возможность и целесообразность ее интенсификации на всех этапах развития болезни. АМХТ проводилась пациентам в группах промежуточной и высокой степени риска. Эксфузия костного мозга (КМ) осуществлялась согласно требованиям, изложенным в «Инструкции по заготовке аутологичного костного мозга от больных для клинического применения», утвержденного МЗ СССР 8.04.80 г. Операцию эксфузии КМ в количестве 100-150 мл проводили под местной анестезией после премедикации из задней половины крыла подвздошной кости. Полученную аутомиеловзвесь инкубировали с химиопрепаратом группы антрациклинов (доксорубин) в дозе 50 мг/м². Забор КМВ проводили на втором и четвертом курсах. Для лечения использовали схемы CHOP (СНОЕР), программное лечение (NHL-BFM – 95).

Результаты и обсуждение.

Медиана возраста на момент возникновения заболевания в основной группе – 55 лет, в контрольной – 46 лет. Соотношение мужчин и женщин было практически одинаково. У всех больных диагностирован генерализованный характер поражения, включая лимфаденопатию (было вовлечено более 2 зон поражения) и вовлечение костного мозга. У 8 (72,7%) пациентов так же была вовлечена селезенка, ее размеры до начала лечения превышали нормальные (по данным УЗИ) в 1,5-2 раза. Общее состояние больных на момент начала терапии в основной группе было сопоставимо с таковым в контрольной группе. Симптомы интоксикации до начала лечения сопровождали течение болезни у всех пациентов. Уже после второго курса АМХТ отмечена положительная динамика – улучшение общего состояния (по шкале ECOG 0 – 1), регрессия симптомов интоксикации, уменьшение размеров лимфоузлов. В основной группе после 4 курсов ПХТ достигнута полная и частичная ремиссия у 10 (91%) пациентов, прогрессирование у 1 (9%) больного. Следует отметить низкую частоту токсических осложнений в группе больных получавших АМХТ. Гематологическая токсичность была представлена лейкопенией 2 степени у 4 (36,4%) пациентов, тромбоцитопенией 1 степени у 3 (25%), анемией 1 степени у 4 (36,4%) больных, и не требовала дополнительной медикаментозной

терапии. Негематологическая токсичность представлена гастроинтестинальными осложнениями в виде тошноты I–II степени у 5 (50%) больных и явлениями стоматита у 3 (27%) пациентов. В контрольной группе после 4 курсов ПХТ полная и частичная ремиссия достигнута у 11 (78,6%), прогрессирование заболевания отмечено у 3 (21,4%) пациентов. Высокоинтенсивное лечение сопровождалось следующими осложнениями: лейкопения 3 ст – у 5 (36%) больных, тромбоцитопения – у 4 (28,5%), полинейропатия у 2 (14,3%) пациентов, мукозит у 2 (14,2%) больных, стероидный диабет у 1 (7%) больного. Данные состояния были купированы применением колониестимулирующих факторов, эритропоэтинов, компонентов крови. Анализируя результаты, в основной и контрольной группах больных положительная динамика отмечалась у большинства пациентов и проявлялась в регрессии симптомов интоксикации, уменьшении опухолевых масс. При этом в основной группе проявления гематологической и негематологической токсичности были незначительны и не требовали назначения гемостимулирующей и дезинтоксикационной терапии в отличие от группы сравнения.

Выводы. Таким образом, использование метода аутомиелохимиотерапии улучшает результаты лечения первичных больных неходжкинскими лимфомами с поражением костного мозга, снижая частоту развития токсических реакций. Применение АМХТ может способствовать улучшению качества жизни пациентов и возможно, показателей выживаемости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В БРОНХИАЛЬНУЮ АРТЕРИЮ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

И.И. Оспанов, Н.К. Орманов, Д.Т. Арыбжанов

Южно-Казахстанская ГФА, Казахстан
Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан
Кызылординский ООЦ, Кызылорда, Казахстан

В Казахстане рак легкого занимает первое место (37-39%) от общего числа онкопатологии. Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) составляет около 85-90% от всех злокачественных новообразований легкого. Учитывая, что более 75% больных НМРЛ уже неоперабельны на момент установления диагноза, очевидна актуальность разработки методов комбинированной терапии этой формы рака.

Цель работы: изучение отдаленных результатов предоперационной регионарной химиотерапии в бронхиальную артерию у больных НМРЛ по данным ООД ЮКО за 2004-2010гг.