

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 исследование 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 СНОР (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

Ш. 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.

Материал и методы. Начиная с 2004 года нами пролечено 60 больных с местно распространенным, центральным раком легкого (T2-3N1-2M0) в возрасте 41-75 лет. У 13 (21,6%) больных при первичном обращении имел место ателектаз пораженной доли или всего легкого. Морфологически в 46 (76,6%) случаях был плоскоклеточный рак, в 14 (33,4%) случаях аденокарцинома. Всем больным было проведено по 2-3 курса предоперационной полихимиотерапии. У 30 (50%) больных по схеме Этопозид 120мг/м², Цисплатин 80мг/м², у 30 (50%) больных по схеме Таксотер 75мг/м², Цисплатин 75мг/м² с селективной катетеризацией бронхиальной артерии.

Результаты. После 1 курса химиотерапии у 24 (40%) больных рентгенологически отмечена частичная регрессия процесса, у 36 (60%) стабилизация процесса. После 3-х курсов химиотерапии у 45 (75%) больных отмечена частичная регрессия процесса, эндоскопически у 14 (23,3%) проходимость бронхов восстановлена до сегментарных бронхов. Из 60 больных подвергнуты хирургическому лечению 42 (70%) больных. В 30 случаях произведена расширенная пульмонэктомия, 12 случаях комбинированно - расширенная пульмонэктомия. Послеоперационный период во всех случаях протекал без особенностей. Послеоперационный результат гистологического исследования во всех случаях показал лекарственный патоморфоз II-III степени.

Таким образом, использование предоперационной химиотерапии позволило повысить операбельность больных с местно распространенным НМРЛ. 5-летняя выживаемость составила 13,5%, 7 и более лет живут 4% больных. Применение цитостатиков в режиме внутриартериального введения улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с НМРЛ.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ СКТ И ОЭКТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

П.В. Суркова, И.Г. Фролова, Е.А. Чойнзонов, С.Ю. Чижевская, Р.В. Зельчан

НИИ онкологии, СО РАМН, г. Томск

Методы лучевой диагностики злокачественных опухолей гортани позволяют правильно оценить распространенность первичного патологического процесса и рецидивных злокачественных образований гортани и гортаноглотки.

Цель исследования: изучить возможности использования динамической контрастированной спиральной компьютерной томографии и однофотонно-эмиссионной компьютерной томо-

графии в диагностике и оценке эффекта химиотерапии у больных раком гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. Проведено исследование 38 пациента со злокачественными опухолями гортани на спиральном компьютерном томографе «Somatom Emotion 6». Сканирование зоны интереса производилось с задержкой в 10-15 сек. от момента начала введения контрастного вещества. Это позволяет одномоментно получить фазы заполнения контрастным веществом сосудов и тканей шеи – артериальную и венозную. Аксиальная плоскость сканирования параллельна голосовым складкам. При этом зона исследования включает область от корня языка до нижнего перстневидного хряща. Оптимальной толщиной среза является 3 мм, при наклоне спирали 1,5. Компьютерная томография гортани производилась в трех основных режимах – во время небольшого вдоха, при фонации звука «и». Повторное исследование в условиях контрастного усиления (внутривенного введения контрастного вещества) проводилось для уточнения границ новообразования и определения параметров опухолевого кровотока.

ОЭКТ гортани выполнено с ^{99m}Tc-Технетрилом. Приготовленный фармпрепарат вводился пациенту внутривенно, болюсно. ОЭКТ выполнялась через 5-15 минут после введения радиофармпрепарата и включала в себя запись 64 планарных проекций на 360° оборота детектора, каждая продолжительностью по 20 сек., в матрицу 64x64 или 128x128.

По данным планарных проекций реконструировались томографические срезы распределения радиофармпрепарата в тканях гортани и гортаноглотки в аксиальной, фронтальной и сагиттальной плоскостях. Для получения совмещенных изображений использовались одинаково расположенные срезы СКТ и ОЭКТ. Для соответствия элементов изображения СКТ и ОЭКТ при их наложении друг на друга и получения совмещенного изображения, вручную выделялся наружный контур гортани на изображения СКТ и внутренняя граница области нормального накопления ^{99m}Tc – Технетрила в мягких тканях на ОЭКТ. В окончательное изображение совмещенного скана для облегчения его визуального анализа данные СКТ включались в виде кодирования в градациях серого, а данные ОЭКТ - в цветовой кодировке. Совмещенные, анатомически сопоставимые изображения особенно полезны в оценке эффекта проведенной химиотерапии.

Результаты исследования.

При анализе данных в 22,6% случаев от общего числа пациентов, процесс носил изолированный характер, было выявлено поражение голосовых складок, вестибулярных складок, передней комиссуры, надскладочного отдела, опухолевое поражение надгортанника. При СКТ в 13% выявлялось увеличение объема структур глотки.