

вит соответственно 78,1 и 90,4 года. Увеличение средней продолжительности жизни ведет к росту удельного веса лиц пожилого возраста (старше 65 лет): если в 1990 г. данная возрастная группа в Европе составила 9% в общей популяции, то к 2030 г. ожидается ее увеличение до 16%.

**Цель исследования.** Улучшить эффективность лечения и качество жизни пациентов раком легкого в старшей возрастной группе.

**Материал и методы.** Нами проанализированы истории болезни 58 больных раком легкого ПВ–IV стадии в возрасте 65–82 лет, получавших паллиативную аутогемохимиотерапию (АГХТ) в 2005–07 гг. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца у 100% (постинфарктный кардиосклероз – 40%), гипертоническая болезнь – 70%, вирусный гепатит или цирроз печени – 10%, хронический бронхит – 95%. Схемы АГХТ: РЕ для мелкоклоточного рака и САР для немелкоклеточного. При тяжелом состоянии пациентов разовую дозу цисплатины уменьшали до 30 мг/м<sup>2</sup>, не снижая курсовой, водную нагрузку уменьшали до 1200 мл, изменений в ОАМ не отмечено; в схеме САР применяем эпирубицин, при ишемии миокарда – на фоне предуктала. Не проводим «однодневные» курсы ХТ в связи с плохой их переносимостью у лиц старше 65 лет. 29,3% больных получили 2 последовательных курса АГХТ, 62,1% – 3, 8,6% – 4 курса. В случае гистологической верификации «мелкоклеточный рак легкого» мы в большинстве случаев проводили химиотерапию по схеме цисплатин + вепезид, курсовые дозы составляли 60 мг/м<sup>2</sup> для цисплатина и 300 мг/м<sup>2</sup> для вепезида.

**Результаты.** Непосредственные результаты лечения: прогрессирования не отмечено ни у 1 из

58 больных, частичная регрессия – у 17 (29,3%), стабилизация – у 41 из 58 пациентов (70,7%). Однако более важным, на наш взгляд, был 100% субъективный клинический положительный результат, заключающийся в улучшении общего состояния пациентов, регрессию клинических симптомов заболевания (кашель, одышка, болевой синдром). Улучшение качества жизни у 100% (индекс Карновского с 60–70% возрастал до 80–90%). Через 1 мес явились на осмотр 54 из 58 (93,1%) пациентов, в течение 3 мес наблюдались 47 из 58 (81,0%), 6 мес – 39 из 58 (67,2%), 12 месяцев – 14 из 29 (51,9%). Наблюдались осложнения преимущественно I степени, лейкопения II степени – у 5,3% (у 3 из 58 больных). У 7 больных раком легкого с мтс в паренхиму легких и одышкой при незначительной физической нагрузке нами была проведена аутогемохимиотерапия по схеме САР, причем курсовая доза цисплатина введена разовыми дозами по 30 мг/м<sup>2</sup>, на фоне уменьшенной на 400,0 мл гидратационной нагрузки (вводилось 400,0 аутокрови, 400,0 гемодеза и 400,0 физиологического раствора или 5% глюкозы), что приводило к клиническому улучшению (а в дальнейшем и рентгенологической динамике у 5, у 2 – стабилизации) без нарастания одышки и опухолевой интоксикации, свойственных более интенсивному введению платины.

**Выводы.** Возраст больных не является противопоказанием для проведения химиотерапии, рекомендуем платиносодержащие схемы, со снижением разовой дозы цисплатина до 50 мг, не меняя курсовую дозу, введением эпирубицина вместо доксорубина, под прикрытием предуктала. Не проводим «однодневные» курсы ХТ, в пользу 2 недельных.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

К.Б. ЛЕЛЯВИН, В.В. ДВОРНИЧЕНКО

*Иркутский областной клинический онкологический диспансер, г. Иркутск*

**Актуальность.** По совокупности клинических проблем, разнообразию методов лечения рака мочевого пузыря (РМП) отводится одно из первых мест в онкоурологии. В литературе описано мно-

жество методов улучшения результатов лечения немышечно-инвазивного РМП с использованием различных эндоскопических методов, однако фундаментальное обоснование применения этих

методов нередко отсутствует. Все методы обладают рядом достоинств и недостатков. Вопрос о применении того или иного эндоскопического метода лечения часто решается эмпирически и обуславливается возможностями лечебных учреждений и квалификацией специалистов.

**Цель исследования** – сравнить преимущества и возможные недостатки (ограничения, осложнения) трансуретральных оперативных методов (стандартной ТУР; ТУР + электровапоризация (ТУЭВ); биполярной ТУР в 0,9% растворе натрия хлорида) в комплексном лечении больных немышечно-инвазивным РМП.

**Материал и методы.** Нами проанализированы результаты 594 эндоуретральных операций, выполненных в Иркутском областном клиническом онкологическом диспансере (главный врач – д-р мед. наук, проф. В.В. Дворниченко) в течение последних 6 лет по поводу немышечно-инвазивного РМП (Ta, Tis, T1). В зависимости от вида эндоуретрального вмешательства больные были разделены на три группы: первая – стандартная ТУР у 175 (29,8%); вторая – биполярная ТУР в 0,9% растворе натрия хлорида у 43 (7,2%); третья – ТУР + ТУЭВ основания опухоли и окружающей слизистой на 1,5-2,0 см от зоны резекции у 376 (63 %) больных. Практически у всех пациентов эндоуретральные методы были дополнены внутривезикулярной адъювантной монокимиотерапией (доксорубицином, митомицином С) и иммунотерапией (BCG). При анализе результатов лечения уделяли внимание на эффективности гемостаза, травматичности операций и частоте развития рецидивов.

**Результаты.** Переходя к характеристике осложнений в исследуемых группах, прежде всего, следует отметить, что частота их была не-

высокой, что соответствует данным большинства отечественных и зарубежных авторов. У больных (11) первой группы сложнее было добиться гемостаза в толще опухоли, особенно при больших размерах новообразования (более 3,5 см). У больных (1) второй группы проблем с гемостазом было значительно меньше. Неконтролируемая перфорация (синдром «запирательного нерва») возникала у пациентов (7) первой и третьей (5) групп. Перфораций у пациентов второй группы не возникло. Если у пациентов первой группы в течение 3-4 сут присутствовала макрогематурия, то у пациентов второй и третьей моча имела желтый цвет. Отдаленные результаты отслежены у 354 (59,5 %) пациентов первой и третьей групп (вторая группа не подвергалась этому анализу, т.к. биполярная резекция выполняется с 2008 года). Средний срок наблюдения за пациентами I и III групп составил  $29,5 \pm 1,4$  мес. Рецидив немышечно-инвазивного РМП диагностирован у 43,2 % больных I группы и 26,7 % III группы. Наиболее критическим сроком в появлении рецидивов в I и III группах был первый год после операции. У пациентов I группы в основном рост происходил на «старом месте» или рядом.

**Выводы.** Очевидные преимущества перед другими эндоуретральными методами продемонстрировала биполярная ТУР (хороший гемостаз, отсутствие ТУР-синдрома, отсутствие термических повреждений, значительно меньшая стимуляция запирательного нерва, возможность использования вблизи устья или над устьем мочеточника). Наши результаты ещё раз подтверждают репутацию эндоуретральных операций как самого безопасного метода лечения немышечно-инвазивного РМП.

## ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОСТРУКТУРЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У КРЫС-ОПУХОЛЕНОСИТЕЛЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МАГНИТНЫХ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ

Д.В. ЛЕОНТЬЕВА, А.И. ШИХЛЯРОВА, Т.А. КУРКИНА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,  
г. Ростов-на-Дону

**Актуальность.** Известно, что прогрессивный рост опухоли влияет на общее состояние

организма, что находит отражение в системных изменениях гомеостаза, поддержание которого