

после окончания лечения. В контрольной группе полной регрессии удалось достигнуть у 24 больных (60%), частичной - у 11 (40%). В основной группе у 21 пациента (69%) и 14 (31%) соответственно.

По сравнению с традиционными методами лечения

использование МХТ и ПХТ не приводит к увеличению сроков госпитализации и выраженности лучевых реакций при более выраженной регрессии опухоли при сроках наблюдения до 4-х недель. Следует продолжить поиск высокоэффективных и малотоксичных комбинаций цитостатиков.

ЦЕРУЛОПЛАЗМИН КАК ПРОТЕКТОР НАРУШЕНИЯ ЛЕЙКОПОЭЗА ПРИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Д.Д. Сакаева

Бакирский республиканский онкологический диспансер, Уфа.

Задачей исследования явилось изучение протекторных свойств препарата церулоплазмина (ЦП) в условиях исходной токсической лейкопении (ТЛ) II степени при продолжающейся полихимиотерапии (ПХТ) злокачественных опухолей.

Материалы и методы. С ноября 1995 г. по февраль 2002 г. протекторный эффект ЦП изучен у 457 больных с исходной ТЛ II степени, индуцированной ПХТ злокачественных лимфом (222 больных) и солидных опухолей (235 больных). Средний возраст больных составил 49 ± 22 лет. Пациенты с генерализованными стадиями заболевания составили 64,2%. ТЛ препятствовала началу очередного курса химиотерапии. ПХТ по программам: COPP-ABVD, ABVD, CVPP, CNOP, CAF, FAC, CP проводилась "под прикрытием" ЦП, начиная с первого дня введения цитостатиков.

ЦП вводился в дозе 2-4 мг/кг в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия в вену капельно со скоростью 30 капель в минуту в течение 7 дней. Протекторное влияние оценивали по динамике числа лейкоцитов (Л) и абсолютного числа гранулоцитов (Г) в периферической крови, по срокам их нормализации от начала введения ЦП с учетом

побочных эффектов.

Результаты. Выявлено, что введение ЦП с профилактической целью, вместе с началом ПХТ, позволяло продолжать её с необходимой интенсивностью и в запланированные сроки без углубления ТЛ. Исходный уровень (Л) составлял $2,4 \pm 0,18 \times 10^9/\text{л}$, на 2-4 сутки $-3,2 \pm 0,13 \times 10^9/\text{л}$, по завершении курса (на 7 сутки) $-2,86 \pm 0,12 \times 10^9/\text{л}$ без дальнейшего снижения. Наблюдалась защита и умеренная стимуляция гранулоцитопоэза. При исходной гранулоцитопении II степени ($1,3 \pm 0,14 \times 10^9/\text{л}$) абсолютное число (Г) в первые 2-3 суток возрастало до $2,0 \pm 0,16 \times 10^9/\text{л}$, а затем снижалось до $1,7 \pm 0,15 \times 10^9/\text{л}$.

Среди побочных действий препарата нами отмечена гипертермия у 67% больных, в том числе с ознобами - у 28% (поддающаяся коррекции парацетамолом и димедролом), в 8% случаев - головокружение и головная боль.

Выводы. С учетом отсутствия лимитирующей токсичности при минимальных других побочных эффектах, ЦП расценивается нами как высокоэффективное средство профилактики ТЛ при химиотерапии злокачественных опухолей.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Таджиев Х.К., Таджибаева Ю.Т., Ахмедов О.М., Абдуганиева С.Р.
Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз, Ташкент

Рак шейки матки (РШМ)- заболевание весьма опасное для здоровья и жизни женщин. Опухоль встречается с неодинаковой частотой.

Основной причиной летальности от РШМ являются рецидивы рака, составляющие от 37 до 50% всех пролеченных больных. Поэтому остается актуальной проблема поиска путей повышения эффективности лечения у больных раком шейки матки.

Местнораспространенный рак шейки матки часто осложняется острым кровотечением и болевым синдромом. При этом часто применяется хирургическое лигирование внутренних подвздошных артерий. Перевязка внутренних подвздошных артерий хирургическим путем является травматичным, кроме того, вызывает быстрое развитие коллатералей и нередко сопровождается рецидивом кровотечения.

Одним из современных методов повышающих эффективность лечения местнораспространенных форм рака шейки матки являются рентгенэндоваскулярные вмешательства с селективной эмболизацией и химиоэмболизацией передних ветвей внутренних подвздошных артерий.

В настоящее время в РОНЦ МЗ Республики Узбекистан с целью внедрения малоинвазивных методов лечения местно-распространенных форм рака шейки матки у 5 больных проведена эмболизация передних ветвей внутренних подвздошных артерий (ВПА). У всех больных наблюдались постгеморрагическая анемия 4 степени тяжести и выраженный болевой синдром.

У 2 больных в связи с тяжелым общим состоянием произведена двухсторонняя острая эмболизация передних ветвей ВПА, и у 3 больных после проведения предвари-