

68 препаратов щитовидной железы после тиреоидэктомии мультицентричный рост опухоли обнаружен во всех 24 случаях наследственного МРЦЖ (100 %) и у 2 больных из 44 (4,5 %) со спорадической формой рака. Таким образом, мультицентричный характер роста опухоли наблюдается в незначительном проценте случаев.

Выводы. Проведение органосохранных операций при ограниченных размерах первичного опухолевого очага не приводит к ухудшению отдаленных ре-

зультатов лечения. Судьба больного в большей степени зависит от наличия, локализации и распространенности метастатического поражения. Это свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к объему хирургического вмешательства. Полагаем, что показаниями к органосохранным операциям являются одновременное наличие следующих показателей: спорадические формы заболевания, размеров опухоли, соответствующих T_1 – T_2 , отсутствие прорастания капсулы щитовидной железы.

СТЕКЛОВОЛОКОННАЯ ЭПИФАРИНГОСКОПИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, РОТОГЛОТКИ И ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ

И.В. Бураков

Областной клинический онкологический диспансер, г. Оренбург

Задача исследования. Установить возможности выполнения стекловолоконной эпифарингоскопии при заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, ротоглотки и зубочелюстной области.

Материал и методы. С января 2002 по декабрь 2004 г. под наблюдением находились 150 больных, направленных для диагностической эпифарингоскопии, которая проводилась с использованием фибробронхоскопа “Pentax” FB-18P диаметром 6 мм.

Результаты. Беспрепятственное проведение стекловолоконной эпифарингоскопии оказалось возможным у 78 больных (52 %). У остальных 72 больных (48 %) выявлены различные патологические процессы, препятствующие осмотру носоглотки. Среди них: резкое искривление, гребни и шипы носовой перегородки – 23 больных (31 %), полипоз носа, хронический гиперпластический ринит, хроническая аллергическая ринопатия, хоанальный полип – 9 (12 %), су-

жение полости носа опухолями носовой полости и околоносовых пазух – 6 (8 %), гипертрофия носоглоточной миндалины III степени – 11 (15 %), гипертрофия небных миндалин III степени – 12 (16 %), опухоли ротоглотки – 8 (11 %), последствия травм и заболевания зубочелюстной области – в 5 случаях (7 %).

Выводы. При наличии у больных заболеваний полости носа, околоносовых пазух, ротоглотки и зубочелюстной области, препятствующих проведению стекловолоконной эпифарингоскопии, следует предусматривать варианты выполнения этой диагностической процедуры в зависимости от конкретной патологии у отдельного пациента: проводить эндоскоп через нижний или средний носовой ход, через ретро-малярное пространство или отсутствующие зубы, раздвигая увеличенные небные миндалины, а иногда и после хирургического устранения препятствий со стороны полости носа.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩЕГО ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ ПО ПОКАЗАНИЯМ ИММУННОГО СТАТУСА

М.Е. Буякова, Е.Г. Кузьмина, В.Г. Андреев, В.А. Панкратов

ГУ МРНЦ РАМН, г. Обнинск

Цель исследования. Сопоставить действие лучевого и химиолучевого лечения рака гортани (РГ) по

показателям эффективности регрессии опухоли и состояния иммунного статуса.

Материал и методы. В исследование включены 33 пациента с морфологически верифицированным диагнозом РГ III ст. Первой группе больных (11 человек) проведено лечение по схеме: лучевая терапия по 2 Гр ежедневно методом суперфракционирования до СОД 30–40 Гр, воздействие инфракрасного лазера на область гортани в течение 10 мин до сеанса лучевой терапии. Во второй группе (22 человека) осуществлено аналогичное лечение с одновременным проведением курса ПХТ (винкристин 2 мг, цисплатин 75 мг, блеоцин 30 мг, циклофосфан 800 мг). Через 2 нед после первого этапа лучевой терапии визуально оценивали результат – регрессию опухоли более или менее 50%. Сравнили реакцию иммунной системы больных на проведенную терапию в зависимости от степени регрессии опухоли. Определяли основные популяции и субпопуляции иммунокомпетентных клеток методом проточной цитофлуориметрии.

Результаты. В первой группе регрессия более 50 % наблюдалась у 5 больных (45,5 %), менее 50 % – у 6 (54,5 %). Во второй группе регрессия более 50 % наблюдалась у 14 больных (63,6 %), менее 50% – у 8 (36,4 %). При этом во второй группе отмечен более высокий уровень активации Т-системы: вырос уровень активированных Т-клеток (CD3+HLADR+) в 2,5 раза, спонтанной и индуцированной ФГА пролиферации в 1,3 и 2,5 раза, цитотоксических лимфоцитов (CD8+) в 1,2 раза, отмечены также более высокий уровень НК-клеток (CD16+) и более низкое содержание циркулирующих иммунных комплексов.

Выводы. Применение ПХТ в программе лучевого лечения РГ повысило эффективность проводимой органосберегающей терапии на 18,1 %. Повышение эффективности лечения происходит на фоне активации иммунной системы.

ТЕРМОРАДИОТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСПИДИНА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

А.В. Ваккер

ГУ НИИО и МР им. Н.Н. Александрова, г. Минск

Проспидин при лучевом лечении рака гортани применен нами более чем у 1000 человек. Из этого числа – 83 больным (T_3 – 63, T_4 – 20) химиолучевое лечение дополнено локальной СВЧ-гипертермией на установках “Парус”, “Плот”, “Яхта-3” с частотой 460 и 915 МГц. Температура в опухоли гортани поддерживалась на уровне 40–41 °С в продолжение 1–2 ч, 2 и 5 раз в нед. Лучевая терапия проводилась сразу после гипертермии на аппарате “Луч” и “Рокус” ежедневно РОД 2 Гр, СОД 70 Гр. Проспидин вводился внутримышечно или внутривенно за 1–3 ч до гипертермии, начиная с 50 мг. Каждые 2–3 дня разовая доза препарата увеличивалась на 50 мг до 200 мг. Суммарная доза проспицина 3–6 г.

В результате проведенного лечения без рецидива и метастазов 5 и более лет живы в общем $64,3 \pm 7,4$ % больных (T_3 – 64,3 %; T_4 – 60 %). Существенных различий в зависимости от ритма гипер-

термии нет. Лучшие результаты получены при раке вестибулярного отдела и распространении опухоли на гортаноглотку и корень языка. Островчатый (12,4 %) и плёнчатый (16,9 %) эпителииты при термохимиорadiотерапии проспидином наблюдались в 1,5 раза чаще, чем при терморadiотерапии. Кожные реакции при применении проспицина наблюдались у 13,2 % и чаще возникали при ежедневном нагревании. У 12 человек наблюдались также типичные для проспицина общие реакции: рвота, тошнота, парестезии, кожные высыпания, слабость. Все реакции возникали после 2–3 г проспицина. Регионарные метастазы возникли у 2,5 % больных, отдалённых метастазов не выявлено.

Таким образом, терморadiотерапия проспидином хорошо переносится, позволяет повысить эффективность лечения рака гортани, но увеличивает количество и интенсивность лучевых реакций.