

выходе в бластный криз кроме Ph-хромосомы появляются также дополнительные изменения в кариотипе. Так, трисомии по 8 или 19 хромосомам (+8, +19) или инверсия 17 хромосомы [i(17q)] дают прогноз на продолжительность жизни не более 6 месяцев.

Что касается ХЛЛ, то цитогенетические нарушения на ранних стадиях заболевания встречаются реже (20%), на более поздних – чаще (70%).

У больных с нормальным кариотипом прогноз лучше, чем у больных с цитогенетическими нарушениями. Одна хромосомная абберация прогностически благоприятнее комплексных нарушений. У обследованных нами 4 больных ХЛЛ ни одна из обнаруженных аномалий не являлась прогностически важной для этой патологии. Однако в комплексе они составляли неблагоприятный прогноз для каждого из обследованных больных.

Известно, что хромосомные аномалии при различных видах злокачественных новообразований имеют географическую гетерогенность и зависят от этнической принадлежности больного. Если в случае ХМЛ основная тенденция, наблюдаемая в большинстве исследований, сохранена (81% Ph+ в нашей выборке при 90% в большинстве исследований), то в случае ХЛЛ у 4 обследованных нами больных наблюдался крайне мозаичный кариотип, хотя, по литературным данным, наиболее частыми нарушениями хромосом являются трисомия 12, делеции 6, 11, 13 и 17 хромосом. Отсюда вытекает актуальность и необходимость дальнейших исследований в области цитогенетики гемобластозов.

ЛИЗОСОМОТРОПНЫЙ 5-ФТОРУРАЦИЛ (FTURICIM) В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Д.Ю. Мельников, А.В. Будлянский, Л.Н. Изюров

Уральская государственная медицинская академия,
Областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

Проблема лечения местнораспространенных и генерализованных форм рака толстой кишки (РТК) по-прежнему остается актуальной. В г. Екатеринбурге и Свердловской области свыше 70% больных к моменту диагностики заболевания первично получают химиотерапевтическое и нередко уже паллиативное лечение. Золотым стандартом сегодня признано назначение 5-фторурацила в сочетании с лейковорином, усиливающим цитотоксичность. Но этап генерализации зачастую связан с гипоксией органов и тканей, резистентностью к цитостатикам и полиорганной субкомпенсацией. Лизосомотропный 5-фторурацил (Фтурицим) нам показался наиболее перспективным препаратом в паллиативном лечении рака толстой кишки у пожилых больных при невозможности введения в/венного фторурацила.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности Фтурицима в лечении больных РТК различной степени генерализации на этапе перехода к паллиативному лечению.

С февраля 1999 по июль 2001 г.г. в исследование вошли 9 неоперабельных больных раком толстой кишки, из них - 4 женщины и 5 мужчин в возрасте от 65 до 75 лет. Неоперабельность подтверждалась по УЗИ, КТ печени и малого таза и рентгенографией легких. У 8 человек подтверждено метастатическое поражение печени. У всех больных диагноз был верифицирован гистологически. Разовая доза лизосомотропного 5-фторурацила составила 500 мг, метод введения внутримышечный. Частота введения 1-2 раза в неделю до суммарной дозы 4-6 грамм с интервалом между курсами 3 недели. Количество проведенных курсов у 3 больных - 3, у 5 больных - 2 и у 1 больного - 1. Необходимость лечения Фтурицимом определялась невозможностью проведения стандартной схемы химиотерапии или отказа от нее по каким-либо причинам. Эффективность лечения определялась по стандартным критериям ВОЗ с интервалом 3, 6 и 12 месяцев. Оценка метастатического процесса производилась по УЗИ и КТ. Большинство больных прослежены в течение 2 лет.

У 2 (22,2%) больных удалось добиться частичной регрессии метастатического процесса в печени, который был единственным проявлением генерализации рака толстой кишки. Один из них - в стойкой ремиссии 2 года. У 6 (66,6%) успех достигнут в виде частичной ремиссии и стабилизации, из них у 3 - на срок 12 месяцев и 3 - на 6 месяцев. В одном случае у мужчины 66 лет стабилизация была не стойкой и не превысила 3 месяцев. Биохимический, иммунологический и иммуноферментный мониторинг, проводившийся в процессе лечения, также подтверждали снижение активности заболевания. Показатели крови оставались стабильными и достаточными для продолжения цитостатического лечения. Переносимость лечения Фтурицимом также была удовлетворительной. Индекс Карновского в процессе лечения у 5 больных соответствовал 0 степени и у 4 – 1ст. У всех больных в ходе лечения не наблюдались признаки токсичности и осложнения от применяемого лечения.

Результаты проведенного исследования заслуживают внимания, т.к. на этапе паллиативного лечения, особенно у пожилых больных, основным критерием является качество и продолжительность жизни пациентов, Фтурицим является препаратом выбора. Доступное внутримышечное введение препарата также является его достоинством для амбулаторного ведения больных. Эффект обратного развития метастатического процесса в печени у 22,2% больных требует углубленного изучения препарата на достаточном статистическом материале.

1. Первый опыт применения лизосомотропного 5-фторурацила «Фтурицима» показал, что на этапе паллиативного лечения эффективность составила 88,8%.
2. Эффект обратного развития метастатического процесса в печени достигнут у 22,2% больных.
3. Считаем целесообразным дальнейшее изучение препарата «Фтурицим» не только в паллиативной химиотерапии, но и в индукционном сочетании с лучевой терапией в лечении больных РТК.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В МОСКВЕ В 1990-2000 ГОДЫ

Т.Х. Мень, Д.Г. Заридзе

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН

Существенным дефектом официальной статистики Госкомстата РФ по естественному движению населения является «переучет» умерших на одних территориях и «недоучет» в других. При формировании региональных таблиц смертности по полу, возрасту и причине смерти туда включаются все случаи смерти, зарегистрированные на данной территории независимо от места жительства умершего. В Москве такой «переучет» происходит за счет случаев смерти среди лиц, приехавших на заработки, в командировку или на лечение.

Противоположная установка действует в отношении численности населения: в состав населения не включаются прибывающие на жительство в Москву граждане РФ, стран СНГ и т.д., которым предоставляется так называемая «регистрация по месту пребывания» (свыше 500000 в год).

При оценке показателей смертности в такой ситуации необходима коррекция числителя – числа умерших. Такая процедура стала возможна в Москве с 1990 г., когда Мосгорстат ввел дополнительный код, определяющий статус умершего относительно места регистрации смерти.

В табл. 1. представлены доли иногородних, умерших в Москве от основных классов причин в 2000 г. в разных возрастных группах.