

казників 3-ї групи. У мишей 4-ї — у пухлині вміст CD44^{high}, CD44⁺24⁻, CD133⁺ клітин був вищим, ніж у мишей 3-ї групи й нижчим, ніж у ГЗ. При дослідженні Т-клітинної ланки імунітету була виявлена пряма кореляція між масою пухлини й вмістом Т-регуляторних клітин (CD4⁺25⁺). Зі збільшенням маси пухлини знижувалася кількість Т-хелперів і Т-супресорів/цитотоксичних.

Встановлені факти кількісних і топографічних особливостей експансії СРК і стану Т-клітинної ланки імунної системи, залежно від стадії й вираженості розвитку РГЗ, можуть мати важливе значення для модернізації підходів до діагностики пухлинного процесу.

А.В. Бур'ян, О.В. Меркулова, В.А. Зміїв

Харківський обласний клінічний онкологічний центр

Застосування хемомодифікації у комплексному лікуванні раку підшлункової залози

Application of chemomodification in complex treatment for pancreatic cancer

Key words: pancreatic cancer, chemomodification.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, химиомодификация.

Ключові слова: рак підшлункової залози, хемомодифікація.

Незважаючи на впровадження нових, а також удосконалення існуючих підходів до лікування раку підшлункової залози (РПЗ), віддалені результати лікування залишаються незадовільними.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 9 хворих на РПЗ, які проходили комплексне лікування в Харківському обласному клінічному онкологічному центрі в 2010 р. Усім хворим призначали променеву терапію з хемомодифікацією поліплатином з подальшим хірургічним лікуванням.

Променеву терапію (ПТ) проводили методом класичного фракціонування за розщепленою методикою: на І етапі СОД 40 Гр, на ІІ етапі до СОД 60 Гр. Як хемомодифікатор вводили поліплатинен 375 мг в/в крапельно, 1 раз на тиждень. На І етапі ПТ зроблено 4 його введення (сумарна доза 1500 мг). На ІІ етапі — 2 введення (сумарна доза 750 мг).

У 7 (77,8%) хворих первинна пухлина локалізувалася у голівці підшлункової залози, у 2 (22,2%) — в тілі підшлункової залози.

У всіх пацієнтів гістологічна форма пухлини — протокова аденокарцинома різного ступеня диференціювання.

Трьом (33,3%) хворим зроблено операцію з видалення первинної пухлини (панкреатодуоденальна резекція за Уїплом). Симптоматична операція в обсязі холецистоеюноанастомозу з Браунівським сполученням і заглушкою за Шалімовим проведена у 6 (66,7%) хворих.

У 7 (77,8%) пацієнтів відзначено поліпшення якості життя у вигляді зникнення або зменшення болю, ліквідації симптомів жовтяниці, зменшення проявів симптомів загальної інтоксикації. У 2 (22,2%) пацієнтів відзначено прогресування хвороби у вигляді метастазів у печінку і заочеревинні лімфатичні вузли. Однорічна загальна виживаність хворих склала 100%.

Використання ПТ в поєднанні з хемомодифікацією поліплатином дозволило підвищити ефективність комплексного лікування хворих на рак підшлункової залози.

Ю.В. Волкова

Харківський національний медичний університет

Особливості інтенсивної терапії травматичної хвороби у геронтологічних онкохворих

The peculiarities of intensive therapy for traumatic disease in gerontology patients

Key words: gerontology patients, oncology, multiple injury, plasmapheresis.

Ключевые слова: геронтологические больные, онкопатология, политравма, плазмаферез.

Ключові слова: геронтологічні хворі, онкопатологія, політравма, плазмаферез.

Оскільки в організмі літньої людини виникають закономірні морфофункціональні зміни, на особливу увагу заслуговують геронтологічні онкохворі з політравмою (ГОХП), у яких перебіг травматичної хвороби зумовлений характерними для злоякісних новоутворів імунологічними зрушеннями.

Метою дослідження був пошук найбільш патогномічного комплексу інтенсивної терапії (ІТ) у ГОХП, спрямований на зниження кількості вторинних інфекційних ускладнень, часу перебування в стаціонарі і рівня летальності.

Нами було обстежено 36 ГОХП віком $65,14 \pm 2,06$ року із супутньою онкопатологією ТХМ0N0 після 1 курсу хемотерапії (ISS $32,5 \pm 4,1$ бали, АРАСНЕ ІІ $26,7 \pm 3,3$ бали), які склали 2 рандомізовані групи: І (n = 16), ІІ (n = 20). Додатково до загальноприйнятого діагностичного комплексу пацієнтам обох груп визначали рівні показників загальної імунограми, маркерів ендогенної інтоксикації, показників системного транспорту кисню (доставка — DO₂, поглинання — VO₂, екстракція — ERO₂). Хворим групи ІІ лікувальний комплекс доповнювали сеансами мембранного плазмаферезу з 3-ї доби перебування у стаціонарі (за умов компенсації гемодинаміки).

За результатами дослідження можна висновувати, що проведення сеансів мембранного плазмаферезу в комплексі ІТ ГОХП зменшує прояви ендогенної інтоксикації, кількість вторинних ускладнень, час перебування у стаціонарі і рівень летальності.

Таким чином, всім ГОХП необхідно до загальноприйнятого лікувального комплексу додавати екстракорпоральну детоксикацію, навіть за умов відсутності прямих показань до її застосування.