

факт снижения тканевой перфузии, наличие кислородной задолженности. Включение субстратного антигипоксанта Реамберина в интенсивную терапию острой кровопотери тяжелой степени язвенной этиологии показало высокую клиническую эффективность препарата, позволило снизить степень проявления тканевой гипоксии, улучшить процессы доставки и потребления кислорода.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА КОЖИ**

Панова А.Ю., Огнерубов Н.А.

*Воронежский областной клинический  
онкологический диспансер,  
Воронеж*

#### **Цель исследования**

Изучить эффективность местного применения глицифоновой мази в комбинации с короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами и интратуморального введения реаферона с последующим применением короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами при первично-множественном раке кожи.

#### **Задачи**

Уменьшить лучевую нагрузку на окружающие опухоль здоровые ткани. Увеличить количество одномоментно пролеченных очагов. Уменьшить количество рецидивов.

#### **Материалы и методы**

В исследовании включено 200 больных (302 очага) в возрасте от 42 до 82 лет с первично-множественным синхронным и метахронным раком кожи области головы и шеи I-II стадии. У всех больных был цитологически диагностирован базальноклеточный рак.

Лечение проводилось в амбулаторных условиях. При отсутствии четких границ опухоли, лечение начинали с нанесения тонкого слоя глицифоновой мази до появления границ (7-10 аппликаций) с последующей короткодистанционной рентгенотерапией сниженными суммарными дозами СД = 3000 - 3500 р (СОД 31,5 - 43 Гр) ВДФ 40-50 ЕД, а при выраженном инфильтрационном вале, когда толщина краев значительно превышала толщину опухоли в центре, лечение начинали с короткодистанционной рентгенотерапии сниженными суммарными дозами СД = 3000 - 3500 р (СОД 31,5 - 43 Гр) ВДФ 40-50 ЕД с последующими аппликациями глицифоновой мазью (10 - 15 аппликаций). В третьей группе мы проводили иммунотерапию, путем интратуморального введения реаферона по 3 000 000 МЕ, 1 раз в день, каждые 5 дней, курсом, состоящим из 5 инъекций с последующей короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами.

Четвертой группе проводилась короткодистанционная рентгенотерапия в самостоятельном варианте, СОД составляла от 51 до 78Гр, при факторе ВДФ = 65-82 Гр. Во всех исследуемых группах рентгенотерапия применялась в режиме традиционного фракционирования 5 раз в неделю в интервале разовых

очаговых доз (РОД) от 4.8 до 5.7 Гр, разовых доз (РД) от 404 до 509 р.

Результаты лечения свидетельствуют о том, что при проведении комбинированного лечения лучевая эритема была менее выражена. Продолжительность эритемы составляла  $24,6 \pm 6,3$  суток в контрольной группе и  $14 \pm 3,5$  суток в группе комбинированного лечения ( $p < 0,01$ ). Влажный эпидермит, развивался в контрольной группе по окончании лечения в 96,7% случаев, и его продолжительность составляла  $15,4 \pm 7,5$  суток, при использовании комбинированного лечения он наблюдался в 26,3% случаев в течение 7 дней после окончания лечения и к концу второй недели, клинические проявления его сохранялись лишь в 3,3% наблюдений и его продолжительность в среднем составляла  $6,2 \pm 3,6$  суток ( $p < 0,01$ ).

Косметически хорошие рубцы получены в 70,1% случаев в группе комбинированного лечения и меньше чем в одной трети в группе КДР (23,8%), применявшейся в монорежиме. Удовлетворительный результат констатирован в 37,96% случаев в группе сравнения и 23,8% в группе с применением глицифоновой мази. Неудовлетворительный результат наблюдался в 35,77% и 6,1%.

Рецидивы наблюдались в 3,3% случаев в группе комбинированного лечения и 8,6% в группе применения короткодистанционной рентгенотерапии в самостоятельном варианте. ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы**

Терапия с использованием глицифоновой мази и интратуморальных инъекций реаферона в комбинации с короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами может применяться для лечения первично-множественного базальноклеточного рака кожи, как перед ней, так и после, в зависимости от характера опухоли. Применение её позволяет достоверно уменьшить выраженность и продолжительность лучевых реакций, снизить количество рецидивов и получать лучшие косметические эффекты по сравнению с короткодистанционной рентгенотерапией в самостоятельном варианте.

### **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Парахонский А.П., Цыганок С.С.

*Кубанский медицинский университет,  
Центр квантовой медицины «Здоровье»,  
Краснодар*

#### **Цель работы**

Анализ показателей клеточного и гуморального иммунитета, характеристика неспецифической иммунологической реактивности во взаимосвязи с выделением ферментов поджелудочной железы (ПЖ) и с перекисным окислением липидов (ПОЛ) в динамике развития острого панкреатита (ОП). Исследовали активность фагоцитоза, концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (Ig) и лизоцима, а также аминокислотный состав крови у 89 больных ОП. У больных выявлены нарушения гуморальных факторов иммунитета, проявляющиеся снижением иммуноглобули-