

опухоли до 20 мм. Стабилизация процесса с регрессией 25<50% была выявлена у 4 из 19 (21,1%) пациентов с объемами опухоли, превышающими 180 см³. Ни в одном случае не было выявлено признаков прогрессирования процесса. Исходный объем опухолевого поражения существенно уменьшился в среднем на 32,1 см³: (до лечения - 98,4±8,9 см³, а после ЭАПХТ - 66,3±5,7 см³). Объем мочевого пузыря увеличился в среднем на 61,5 см³ - (238,9±6,3 против 177,4±7,8 см³) Больных с исходными размерами ЧЛС 10-20 мм до лечения в было только 25%, через 10 дней после эндолимфатической химиотерапии их количество увеличилось до 62,5% (p<0,05). Кроме того, в 2 раза уменьшилось число пациентов с исходным расширением полостных систем почек свыше 35 мм. С нашей точки зрения, сокращение объемов опухоли, увеличение емкости мочевого пузыря, купирование гидронефроза - являются подтверждениями противоопухолевой эффективности НЭАПХТ. Морфологические изменения, произошедшие в раковых опухолях мочевого пузыря в течение 10 дней под действием неоадьювантной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии можно отнести ко II-III степени лечебного патоморфоза. В первичных очагах опухолей мочевого пузыря под действием проводимой терапии определялись выраженные дистрофические и некробиотические изменения в раковых клетках в виде кариопикноза, карио- и цитолитиса. В строме отмечалось развитие плотной волокнистой соединительной ткани. В основной группе площадь паренхиматозного компонента опухоли была уменьшена на 7,3% по сравнению с контролем. Стромальный компонент, напротив, был увеличен на 9,3%. Индекс повреждения паренхимы составил 13,7. Митотическая активность клеток после химиотерапии была достоверно ниже - в 1,6 раза по сравнению с контролем (1,6‰ в основной группе против 2,5‰ в контроле p≤0,05), а количество дистрофически измененных клеток оказалось на 53,4 % выше (в контроле этот 128,6±12,8‰, а в основной - 182±16,1‰). После осуществления тазовой лимфаденэктомии макроскопически измененные лимфоузлы были обнаружены у 12 (63,2%) больных, среди которых у 9 - поражение предполагалось и при первичном обследовании. Морфологическое подтверждение метастатического поражения лимфатических узлов было получено в 47,4% (9 из 19) случаев, при этом выявлялись выраженные дистрофические изменения с явлениями патоморфоза и, что важно, определялось развитие плотной волокнистой соединительной ткани окаймляющей или разделяющей метастатические зоны. Расчет выживаемости проводился с помощью метода Каплана-Мейера. Трехлетняя общая

выживаемость больных инвазивным раком мочевого пузыря после лечения вышеописанным методом составила 82,1±5,1%. Медиана общей выживаемости больных составила более 40 месяцев, а в контроле - 31 месяц (Различия по Log-Rank test: p=0,0423.) Бессобытийная 3-х летняя выживаемость больных была на уровне 37,4±7,2%. Медиана бессобытийной выживаемости составила 27 месяцев. Медиана безрецидивной выживаемости составила 27 месяцев (Log-Rank test: p=0,00082). Медиана выживаемости больных до первых признаков прогрессирования составила более 36 месяцев (Log-Rank test: p=0,0078). Отдаленное метастазирование за 3 года наблюдения зафиксировано только у 2 из 19 (10,5% - p<0,05).

Выводы:

1. Применение неоадьювантной эндолимфатической аутоплазмохимиотерапии целесообразно в комплексном лечении инвазивного рака мочевого пузыря. Она обеспечивает в 89,5% наблюдений достижение общего регрессионного клинического эффекта (с полной регрессией в 10,5%), в среднем уменьшает на 32,6% объем первичной опухоли и на 34,4% увеличивает объем мочевого пузыря.

2. Эндолимфатическая неоадьювантная аутоплазмохимиотерапия в комплексном лечении инвазивного рака мочевого в сочетании с оперативным лечением и адьювантной аутогеомохимиотерапией обеспечивает существенное увеличение 3-х летней общей выживаемости больных до 82,1±5,1%.

3. При проведении эндолимфатической неоадьювантной аутоплазмохимиотерапии 3-х летняя бессобытийная и безрецидивная выживаемость больных инвазивным раком мочевого пузыря составила соответственно 37,4±7,2% и 45,4±6,1%. Медиана бессобытийной и безрецидивной выживаемости больных составила 27 месяцев. Медиана выживаемости больных до первых признаков прогрессирования составила более 36 месяцев (p=0,0078).

ПРИМЕНЕНИЕ ТАКСАНОВ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III СТАДИИ

*К.Р. Умарова, О.К. Кулакеев,
Н.К. Орманов, Д.Т. Арыбжанов*

Областной онкодиспансер, г. Шымкент, Казахстан

Рак молочной железы (РМЖ) в настоящее время является наиболее часто встречающимся

злокачественным новообразованием среди женщин, с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости. В Южно-Казахстанской области ежегодно выявляется 240-250 новых случаев РМЖ, из них до 40% случаев составляют больные с III стадией процесса, зачастую в этой группе больных уже при первичном обращении имеется местно-распространенный процесс (наличие N₁₋₂).

Целью настоящей работы является изучение непосредственных результатов неoadьювантной полихимиотерапии местно распространенного РМЖ с применением таксанов в условиях Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера за 2005-2008 гг.

Материал и методы: нами проанализированы непосредственные результаты неoadьювантной полихимиотерапии 60 пациенток с местно распространенным РМЖ в возрасте 28-65 лет получивших лечение в ООД ЮКО за период 2005-2008 гг. У 38 (63,3%) больных была IIIa стадия заболевания (T₂₋₃N₁₋₂M₀), у 22 (36,7%) больных IIIb стадия (T₄N₁₋₂M₀). Все больные получили по 4 курса неoadьювантной химиотерапии по схеме ТАС (Таксотер 75 мг/м², Доксорубин 50 мг/м², Циклофосфан 600 мг/м²) в 1-й день, с интервалом 21 день. Нами изучены непосредственные результаты 2-х и 4-х курсов неoadьювантной химиотерапии. При развитии гематологической токсичности применяли Нейпоген 30млн. МЕ подкожно 2-3 инъекции.

Результаты: при контрольном осмотре после 2-х курсов химиотерапии у 4 (6,7%) отмечена значительная регрессия опухоли, у 25 (41,6%) больных частичная регрессия процесса и у 31 (51,7%) больных отмечена стабилизация процесса. После 4х курсов химиотерапии полная регрессия отмечена у 7 (11,7%) больных, частичная регрессия отмечена 41 (68,3%) больных, стабилизация процесса у 7 (11,7%) больных, у 5 (8,3%) больных отмечено прогрессирование в виде вторичного процесса – метастазы в кости 3 больных, метастазы в легких 2 больных. Анализ комплексной оценки результатов 4х курсов неoadьювантной химиотерапии показал, что резорбция опухоли и метастазов в регионарных лимфоузлах была отмечена у 48 (80%) больных, а также в 11,7% случаев отмечена полная регрессия опухоли. Прогрессирование процесса отмечена у 8,3% больных (p<0,05).

Выводы: таким образом, основой неoadьювантной химиотерапии больных РМЖ на сегодняшний день являются схемы включающие таксанов. Опыт клинической работы и данные многочисленных публикаций еще раз показывают, что схема химиотерапии ТАС имеет преимущество перед стандартными комбинациями не содержа-

щими таксанов с точки зрения частоты объективных эффектов. Рандомизированные исследования подтверждают эти результаты, и комбинация таксанов может быть рекомендована в качестве первой линии химиотерапии больных РМЖ III стадии, особенно у женщин молодого возраста.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ

М.Б. Якубова, А.А. Байназарова*,
К.В. Югай, Д. Т. Арыбжанов

Казахский НМУ им. Асфендиярова, г. Алматы,
Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

Рак шейки матки (РШМ) является одной из наиболее распространенных опухолей у женщин. В настоящее время рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются важной составляющей в терапии больных с местнораспространенным раком шейки матки и локорегионарными рецидивами заболевания в случаях кровотечения и болевого синдрома. Регионарная химиотерапия является компонентом комбинированного лечения больных с локализованными стадиями заболевания в качестве адьювантной или неoadьювантной терапии.

Целью настоящей работы явилось изучить непосредственные результаты лечения больных с РШМ с применением методики химиоэмболизации.

Материал и методы.

Начиная с июля 2008 г. нами на базе областного онкологического диспансера внедрена методика одномоментной болюсной химиоинфузии селективно во внутренние подвздошные артерии (ВПА) с последующей эмболизацией маточных артерий у больных раком шейки матки. Лечение подверглись 22 пациентки в возрасте от 33 до 48 лет. У всех больных была IIa-IIb стадия процесса (T₂N₀M₀-T_{2b}N₀M₀). В устья ВПА вводили болюсно химиопрепараты со скоростью 2 мл/с. В основном применяли схему FAP (Фторурацил 1 гр/м², Адрибластин 60 мг/м², Цисплатин 80 мг/м²). Далее селективно катетеризировали маточную артерию на стороне исследования (слева) и производили эмболизацию гемостатической губкой.

После выполнения процедуры эмболизации перемещали в аорту и выполняли катетеризацию второй (правой) ВПА и после инфузии химиопрепаратов эмболизировали маточную артерию. Если необходима одновременная катетеризация