

Таким образом, внедрение в широкую медицинскую практику криохирургических методов с использованием российского оборудования, отвечающего мировым стандартам качества, обладающего высокой лечебной и экономической эффективностью, позволит сделать специализированную медицинскую помощь людям, в ней нуждающимся, доступной вне зависимости от региона их проживания и социального статуса.

¹Курпешев О.К., ²Флоровская Н.Ю., ¹Лебедева Т.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

¹ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России, г. Обнинск; ²ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер», г. Мурманск

Введение. Стандартом консервативного лечения больных с неоперабельными метастазами (мтс) колоректального рака (КРР) в печени является химиотерапия (ХТ), в основном с использованием 5-фторурацила (5-ФУ). Частота объективного ответа опухолей при этом методе колеблется от 12 до 42%, медиана выживаемости больных от 6 до 12 мес. Применение новых схем ХТ, таких как FOLFOX, FOLFIRI, XELOX, FUFOX, CAPOX и др., значительно расширило возможности лечения данной категории пациентов. Однако развитие химиорезистентности в опухолевых клетках значительно снижает результаты ХТ. В связи с этим разработка дополнительных методов, позволяющих повысить ее эффективность, является актуальной задачей в онкологии. Данные литературы свидетельствуют, что к таким методам можно отнести локорегионарную гипертермию (ЛРГТ).

Материал и методы. ЛРГТ в сочетании с 5-фторурацилом (5-ФУ) (термохимиотерапия – ТХТ) проведена 32 пациентам в возрасте от 31 до 76 лет (в среднем 58,7 года), из них 19 (59,4%) мужчин и 13 (40,6%) женщин. Группой сравнения служили 40 больных, подвергшиеся только ХТ с использованием 5-ФУ. Возраст больных в группе сравнения колебалась от 31 до 75 лет (в среднем 59,7 года). Мужчин было 26 (65%), женщин – 14 (35%). Эффективность лечения изучали в зависимости от степени поражения печени. Оценку степени поражения печени проводили по Bengtsson G. и соавт. (1981): при I степени (ст.) метастазы занимали до 25% объема печени, при II ст. – 25–75%, при III ст. – более 75%. Для контроля эффективности лечения использовали различные методы лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ). ХТ осуществляли с использованием 5-ФУ без лейковорина или в комбинации с ним: 5-ФУ 425 мг/м² внутривенно струйно 5 дней. Лейковорин 20 мг/м² внутривенно струйно в 1–5-й день за 1 ч до введения 5-ФУ. Повторные курсы проводили с интервалами в 4–5 нед. Некоторым больным назначали перорально капецитабин (Кселода) в монорежиме: 2500 мг/м² в сутки в 2 приема после еды ежедневно в течение 2 нед, интервал между курсами 1–2 нед.

ЛРГТ проводили на гипертермической установке

Thermotron RF-8 (40,68 МГц). Нагревание осуществляли после введения (приема) химиопрепаратов.

Результаты. Применение ЛРГТ в комбинации с 5-ФУ значительно повышало эффективность лечения больных с метастазами КРР рака в печени. В процессе проведения курса ТХТ значительно улучшался общесоматический статус, а также симптоматика заболевания. Эти изменения в первую очередь были связаны с высоким непосредственным эффектом ТХТ. По сравнению с ХТ при ТХТ частота объективного ответа опухоли (ПО и ЧО) повышалась от 30 до 56,3%, улучшалась также выживаемость больных. Из-за малой выборки при I ст. заболевания (по 5–6 больных) различия в выживаемости не были значимы. При II ст. поражения печени, где объем выборки также был небольшим (по 8 пациентов), но вследствие выраженного эффекта от ТХТ различия в продолжительности жизни больных были значимы ($p = 0,055$). Медиана выживаемости в основной группе (ТХТ) составила 9 мес, в исследуемой – 13 мес., средняя продолжительность жизни (СПЖ) – 9,6 и 13,0 мес соответственно. При III ст. заболевания различие в продолжительности жизни между группами было также значимым ($p = 0,034$): медиана выживаемости после ТХТ по сравнению с ХТ возросла от 3 до 5 мес, СПЖ – с 3,9 до 5,9 мес. Еще более высокозначимые различия между группами были получены при анализе продолжительности жизни больных с II–III и I–III ст. поражения печени. Медиана выживаемости в первом случае после ТХТ составила 7 мес, после ХТ – 4 мес ($p = 0,011$), во втором – 9 и 4,5 мес ($p = 0,013$) соответственно.

Заключение. Локо-регионарная гипертермия повышает эффективность лечения 5-ФУ больных с метастазами КРР в печени.

Манихас Г.М., Ханевич М.Д., Ваикуров С.М., Куканов М.А., Чалаев А.Г., Гончарук М.К., Хазов А.В.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЯГКОТКАННЫХ ОПУХОЛЕЙ

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день саркомы мягких тканей по-прежнему остаются недостаточно изученной опухолевой патологией. В первую очередь это обусловлено их относительной редкостью. В то же время саркомы мягких тканей более чем в 60% случаев развиваются у пациентов трудоспособного возраста, а лечение данной патологии часто приводит к инвалидизации больных. С появлением рентгенэндоваскулярных методик началось их активное использование, в том числе и в лечении опухолей мягких тканей и их рецидивов. Это позволяет сократить объем интраоперационной кровопотери, количество осложнений, снизить процент рецидивов, а также повысить количество органосохраняющих вмешательств.