

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-006.67

© Т.Н. Скворцова, С.В. Мишугин, А.А. Грицкевич, И.Г. Русаков, 2014

Т.Н. Скворцова¹, С.В. Мишугин¹, А.А. Грицкевич², И.Г. Русаков¹ ТАКСАНЫ В ЛЕЧЕНИИ КАСТРАЦИОННО-РЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница № 57», г. Москва

²Городской клинический онкологический диспансер №1, г. Краснодар

В настоящее время изучение механизмов развития и разработка наиболее эффективных методов лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРПЖ) – одна из наиболее актуальных проблем, стоящих перед онкологами и урологами во всем мире. В нескольких крупных рандомизированных исследованиях последнего времени (TAX 327, SWOG 9916) показаны высокие возможности комбинаций на основе доцетаксела. В работе приведены результаты использования различных схем терапии гормонорезистентного рака предстательной железы на основе доцетаксела и кабазитаксела. Полученный благоприятный эффект оправдывает дальнейшее изучение эффективности сочетания нескольких препаратов.

Ключевые слова: кастрационно-резистентный рак предстательной железы, доцетаксел, кабазитаксел, таксаны.

T.N. Skvortsova, S.V. Mishugin, A.A. Gritskevich, I.G. Rusakov TAXANES IN THE TREATMENT OF CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER

Currently, the study of mechanisms of development and introduction of the most effective treatment for castration-resistant prostate cancer (CRPC) is one of the most highlighted concern facing oncologists and urologists worldwide. Several recent large randomized trials (TAX 327, SWOG 9916) have shown high possibilities of combinations based on docetaxel. Results of different treatment schemes on the basis of docetaxel and cabazitaxel in hormone-refractory prostate cancer treatment are presented in this study. The received favorable effect justifies further research of efficacy of drug combination.

Key words: castration-resistant prostate cancer, docetaxel, cabazitaxel, taxanes.

В РФ число мужчин с заболеванием рака предстательной железы (РПЖ) в 2012 г. составило 29082, тогда как в 2000 г. было выявлено 11580 [2]. Несмотря на значительное увеличение числа больных с ранними формами заболевания, 49,6% пациентов на период выявления заболевания имеют местнораспространённые и метастатические формы, в лечении которых показана гормональная терапия (ГТ) [3].

Применением ГТ удается достичь стабилизации заболевания более чем у 80% пациентов, но среднее время до прогрессирования на фоне проводимой ГТ составляет около 2-х лет [1].

В течение длительного времени ни один цитостатический препарат и поликомпонентные схемы не оказывались эффективными при лечении КРПЖ [8,11]. В 2008 г. было завершено рандомизированное исследование III фазы TAX 327, включающее анализ терапии 1006 пациентов, страдающих КРПЖ. В этом большом рандомизированном многоцентровом исследовании сравнивались 2 различных режима лечения доцетакселом и комбинацией митоксантрона и преднизолона. Было зарегистрировано увеличение продолжительности жизни при лечении доцетакселом [6].

В нашей стране проведено исследование TANDEM, которое полностью подтвер-

дило эффективность доцетаксела при КРПЖ [4].

С целью изучения возможностей повышения эффективности химиотерапии путем комбинации ее с ГТ было проведено исследование SWOG 9916, результаты которого опубликованы в 2004 г. [10].

В данном исследовании выявлено достоверное улучшение отдаленных результатов лечения у больных, получавших терапию доцетакселом в комбинации с эстрамустином (продолжительность жизни – 17,5 мес. в 1-й группе и 15,6 мес. – во 2-й, $p=0,02$; время до прогрессирования – 6,3 и 3,2 мес. соответственно, $p < 0,001$). Однако, несмотря на лучшие результаты терапии в 1ой группе, эта схема не была рекомендована в практику из-за серьезных нежелательных явлений. Сочетание же цитостатической терапии с другим вариантом ГТ (медикаментозная или хирургическая кастрация) является целесообразным [7].

Несмотря на достоверный положительный эффект доцетаксела до настоящего времени продолжают попытки повышения эффективности лечения путём сочетания его с другими цитостатиками.

Цель исследования – оценка эффективности монотерапии двух лекарственных форм доцетаксела против комбинации доцетаксела

с этопозидом в лечении КРРПЖ и оценка эффективности второй линии терапии кабазитакселом.

Задачи исследования:

- Изучить противоопухолевую активность двух лекарственных форм доцетаксела.
- Сопоставить эффективность доцетаксела и его комбинации с этопозидом.
- Провести оценку побочных токсических эффектов изучаемых режимов.
- Оценить изменение качества жизни больных на фоне проводимого лечения.

Материал и методы

В исследование включено 48 пациентов с метастатическим КРРПЖ. Больные были разделены на 4 группы:

- первая группа (n=13) получала доцетаксел (таксотер) и преднизолон;
- вторая группа больных (n=13) получала доцетаксел (таутакс) и преднизолон;

- третья группа (n=11) получала доцетаксел (таксотер), преднизолон и этопозид;
- четвертая группа больных (n=11) получала доцетаксел (таутакс), преднизолон и этопозид.

Доцетаксел у всех больных применяли в дозе 75 мг/м² поверхности тела каждые 3 недели на фоне преднизолона 5 мг 2 раза в сутки, а этопозид с 1-го по 5-й день в дозировке 100мг/м² поверхности тела.

У всех пациентов к началу лечения имелось морфологическое подтверждение диагноза. Кастрационный уровень тестостерона у всех больных был < 1,7 нмоль/л – доминирующее условие наличия факта гормональной резистентности. Средний уровень простат-специфического антигена (ПСА) составил 268,7 нг/мл. Данные по уровню ПСА в группах до лечения представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели	Таксотер (доцетаксел)	Таутакс (доцетаксел)	Таксотер + Этопозид	Таутакс + Этопозид
ПСА, нг/мл	6,4-987,4	4,1-841,7	8,1-1230	14-1041
ПСА (средний уровень), нг/мл	263,2	223,1	301,8	286,7

Результаты и обсуждение

Как составляющие качества жизни оценивался уровень болевого синдрома и статус активности. Уровень болевой градации измерялся по четырехбалльной шкале ВОЗ. Оценка общего состояния оценивалась по шкале Карновского. Данные качества жизни до лечения в группах отображены в табл. 2.

После проведенного лечения доцетакселом отмечено увеличение степени активности пациентов по шкале Карновского: в груп-

пе с активностью 80-100% количество пациентов увеличилось на 2 за счет перевода в нее 2 больных из группы с активностью 50-60%, группа с активностью 60-70% не изменилась. После лечения доцетакселом в комбинации с этопозидом изменение активности больных примерно одинаковое. В группу наиболее активных больных перешел 1 человек из группы с активностью 60-70%, а количество больных в группе с активностью 50-60% не изменилось.

Таблица 2

Градация	Доцетаксел n (%)		Доцетаксел + Этопозид n (%)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Активность по Карновскому, 80-100	19 (73,1)	21 (80,4)	17 (77,3)	18 (81,8)
60-70	4 (15,4)	4 (15,7)	4 (18,2)	3 (13,6)
50-60	3 (11,5)	1 (3,9)	1 (4,5)	1 (4,6)

У большинства больных имелся болевой синдром. Категории больных были следующие: у 15 больных градация боли соответствовала 0, у 23 – 1, у 7 – 2 и у 3 – 3. Большинство пациентов (68,8%) нуждалось в анальгезирующей терапии.

Уменьшение или купирование болевого синдрома после проведенного лечения были примерно одинаковыми в обеих группах: группа пациентов с градацией боли 0 увеличилась на 19,2% после лечения доцетакселом и на 18,4% после лечения доцетакселом и этопозидом; группа с градацией боли 1 уменьшилась на 11,6% после терапии доце-

такселом и на 13,3% после комбинации с этопозидом; в группе больных с градацией боли 2 количество пациентов после лечения не изменилось. Также стоит отметить, что после проведенного лечения больные с выраженным болевым синдромом (градация боли 3) не нуждались в опиатных анальгетиках.

Традиционным основополагающим критерием ответа на лечение рака предстательной железы является динамика уровня ПСА крови. Динамика уровня ПСА после лечения представлена в табл. 3.

У большей части больных в группе монотерапии доцетакселом (42,4% и 23,1%) от-

мечено снижение ПСА на 50% и 80% соответственно, стабилизация уровня ПСА выявлена у 17,1%, а прогрессирование ПСА у 19,2%. После лечения доцетакселом и этопозидом снижение уровня ПСА на 50% и 80% было отмечено у 54,5% и 22,7% пациентов, стабилизация ПСА у 13,6%, а прогрессирование ПСА у 9,2%.

Таблица 3
Динамика уровня ПСА в группе монотерапии доцетакселом и в группе доцетаксела и этопозидом

Динамика ПСА	Доцетаксел, %, (n), p=0,05	Доцетаксел +этопозид, %, (n) p=0,05
Снижение ПСА >50%	42,4% (11)	54,5% (12)
Снижение ПСА >80%	23,1% (6)	22,7% (5)
Стабилизация ПСА	17,1% (4)	13,6% (3)
Прогрессирование ПС	19,2% (5)	9,2% (2)

Таким образом, общий ответ на лечение в виде снижения уровня ПСА более чем на 50% в группе больных, получавших доцетаксел с этопозидом, составил 77,2% (17 больных).

Было отмечено, что у 17 пациентов с положительной динамикой ПСА произошла стабилизация патологических процессов в костной и лимфатической системах. У одного пациента со стабилизацией уровня ПСА отмечено прогрессирование со стороны костных метастазов, усиление болевого синдрома. У пациентов с прогрессированием ПСА также прогрессировали метастазы в костях, лимфоузлах, внутренних органах.

Положительный ответ на лечение доцетакселом у больных с метастазами в костях имелся в десяти случаях из пятнадцати (66,7%). Отмечалась стабилизация патологических процессов в костном метастатическом очаге по данным остеосцинтиграфии. Фиксировалось отсутствие новых очагов накопления радиофармпрепарата по окончании лечения. Значительная часть пациентов, входивших в данное исследование (42,8%), имели генерализованный костный метастатический процесс, соответствующий критериям Soloway 3-4.

Органые очаги были обнаружены в печени и легких. Оценка регрессии проводилась согласно критериям системы RECIST. Среди пациентов с метастазами в печень эффект регрессии получен у одного пациента: произошло уменьшение на 75% количества и

площади метастазов. Во втором случае отмечена стабилизация очагов в печени. У единственного больного с метастазами в легкие зарегистрирована стабилизация метастатического поражения в течение 5 месяцев с последующей тенденцией к медленному прогрессированию.

Определяющим критерием эффективности химиотерапии является продолжительность жизни больных с первого дня начала химиотерапии, которая составила в группе монотерапии доцетакселом 15,4 мес., с 95%-м доверительным интервалом.

Применение доцетаксела позволило повысить показатель статуса активности у четверых (15,4%) пациентов (p=0,06), что в сочетании с 38,9% больных, которым удалось уменьшить уровень болевого синдрома (p<0,05), показывает его положительное влияние на улучшение качества жизни больных ГРПЖ с метастатическим поражением лимфатических узлов, внутренних органов и костей скелета.

Таким образом, общий объективный ответ на лечение составил 68,2% (15 больных).

Ответ на лечение пациентов с метастазами в костной системе имелся в девяти случаях из четырнадцати (64,3%).

Применение комбинированной терапии доцетаксела с этопозидом позволило повысить показатель статуса активности всего лишь у одного (4,5%) пациента, несмотря на достаточно мощный анальгезирующий эффект этой схемы (40% больных), (p<0,05).

Продолжительность жизни больных после окончания лечения составила в группе комбинированной терапии доцетакселом и этопозидом 8,9 месяца с 95%-м доверительным интервалом.

Из-за выраженной миелоидной токсичности схемы комбинированной цитостатической терапии четверым больным было прекращено лечение. Редукция доз препаратов была проведена в 9 случаях по причине тяжелой нейтропении (7) и прогрессирующей анемии (2). Одному пациенту было прекращено лечение из-за спровоцированной отеками, рвотой сердечной недостаточности. Влияние терапии в группах на градацию боли представлено в табл. 4.

Таблица 4

Градация боли	Динамика болевого статуса			
	Группа 1 – Доцетаксел, n (%)		Группа 2 – Доцетаксел + Этопозид, n (%)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
0-анальгетики не требуются	8 (30,8%)	13 (50%)	7 (31,8%)	11 (50%)
1-иногда ненаркотические	11 (42,3%)	8 (30,8%)	12 (54,5%)	9 (40,9%)
2-регулярно ненаркотические	5 (19,2%)	2 (9,2%)	2 (9,1%)	2 (9,1%)
3- иногда наркотические	2 (7,7%)	0	1 (4,5%)	0
4- регулярное наркотические	0	0	0	0

Полностью отказаться от приема наркотических препаратов с целью обезболивания смогли 7,7% больных после терапии доцетакселом и 4,5% пациентов после применения доцетаксела и этопозиды. В целом следует отметить снижение градации болевого синдрома у 38,9% (7 из 18) пациентов в группе лечения доцетакселом и у 40% (6 из 15) пациентов в группе лечения доцетакселом и этопозидом. Анальгезирующий эффект зафиксирован в группах с выраженной степенью болевого синдрома, что свидетельствует о мощном анальгетическом действии проведенной терапии.

Активное изучение более эффективных альтернатив привело к тому, что в качестве возможных вариантов проведения 2-й линии терапии у пациентов с КРППЖ Европейской ассоциацией урологов рекомендуется целый ряд препаратов, в том числе и уже зарегистрированный в РФ кабазитаксел [13].

Химическая формула кабазитаксела отличается от формулы доцетаксела посредством изменения двух радикалов, что привело к отсутствию перекрестной резистентности к таксанам. Механизм действия основан на торможении деления и пролиферации опухолевых клеток за счет связывания и стабилизации тубулина – белка клеточных микротрубочек, необходимых для расхождения хромосом при делении клетки [13].

Результаты исследования III фазы TROPIC (Treatment of Hormone-Refractory Metastatic Prostate Cancer Previously Treated with a Taxotere-Containing Regimen) препарата кабазитаксел в комбинации с преднизолоном по сравнению с митоксантроном в комбинации с преднизолоном в лечении КРППЖ (после терапии доцетакселом) были представлены в 2010 г., во время симпозиума по заболеваниям мочеполовой системы в рамках конгресса Американского общества клинических онкологов (ASCO). Данное многоцентровое рандомизированное регистрационное исследование III фазы проводилось с участием 755 пациентов с КРППЖ, у которых было выявлено прогрессирование заболевания после химиотерапии на основе доцетаксела.

Результаты исследования TROPIC показали, что комбинация кабазитаксела с преднизолоном приводила к значительному снижению риска летального исхода на 30%, а медиана общей выживаемости составила 15,1 мес. по сравнению с 12,7 мес. в группе пациентов, получавших комбинированную терапию препаратом митоксантрон. Кроме того, у пациентов, получавших кабазитаксел в рамках ком-

бинированной терапии, был значительно выше уровень ответа со стороны опухоли – 14,4% по сравнению с пациентами, получавшими комбинированную терапию на основе митоксантрона – 4,4% [5].

Через 2 года после начала лечения кабазитакселом 28% пациентов были живы, тогда как в группе больных, получавших митоксантрон, к этому сроку остались в живых только 17% больных. Существенно увеличился период без прогрессирования болезни – 2,8 мес. по сравнению с 1,4 мес. в контрольной группе [12].

В исследовании TROPIC наиболее частыми ($\geq 10\%$) нежелательными явлениями 1–4-й степеней были анемия, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, диарея, слабость, тошнота, рвота, запоры, астения, боль в животе, гематурия, боль в спине, анорексия, периферическая нейропатия, гипертермия, одышка, диспепсия, кашель, артралгия и алопеция. Самыми частыми ($\geq 5\%$) нежелательными явлениями 3-4-й степеней у пациентов, получавших кабазитаксел, были нейтропения, лейкопения, анемия, фебрильная нейтропения, диарея, слабость и астения. Прекращение терапии в связи с развитием нежелательных явлений произошло у 18% пациентов, получавших кабазитаксел, и у 8% больных, получавших митоксантрон. Наиболее частыми нежелательными явлениями, приводившими к необходимости прекращения лечения в группе больных, получавших препарат кабазитаксел, были нейтропения и почечная недостаточность [5,9].

С целью профилактики фебрильных нейтропений ряд исследований (German Compassionate Use Program – CUP) показали, что выполнение рекомендаций Американского общества клинической онкологии по профилактическому назначению стимуляторов лейкопоза обеспечивает более чем двукратное снижение вероятности развития этого осложнения [5].

Летальные исходы по любой причине, за исключением прогрессирования болезни, в течение 30 дней с момента приема последней дозы исследуемого препарата отмечены у 18 (5%) пациентов из группы больных, получавших кабазитаксел, и у 3 (менее 1%) пациентов, получавших митоксантрон. Самыми распространенными нежелательными явлениями, приведшими к летальному исходу, были инфекции ($n=5$) и почечная недостаточность ($n=4$). Один летальный исход произошел вследствие обезвоживания и нарушения электролитного баланса, связанных с диареей [9].

Под нашим наблюдением с февраля 2013 г. находились 25 больных с КРРПЖ, у которых было зафиксировано прогрессирующее заболевание после проведенной химиотерапии: ранее 8 из них получили 2 линии химиотерапии препаратами митоксантрон и доцетаксел и 17-ти пациентам была проведена 1 линия химиотерапии препаратом доцетаксел в стандартных дозах.

У 18 больных отмечено прогрессирующее опухолевого процесса. Среди них у 13 выявлены новые костные метастазы, у 3-х обнаружены и морфологически верифицированы метастазы в подвздошные и забрюшинные лимфоузлы, у 2-х зарегистрированы метастазы в легкие. У остальных 7 пациентов отмечено стойкое повышение уровня ПСА на фоне проводимой химиотерапии. Только 18 пациентов были переведены на следующую линию химиотерапии кабазитакселом. С учетом тяжести общего состояния 3 больным цитотоксическая терапия не была назначена, еще у 3 больных зафиксирована стойкая гематологическая токсичность и 1 больной отказался от продолжения химиотерапии.

До настоящего времени больным было проведено от 4 до 6 курсов химиотерапии кабазитакселом. Если говорить об эффекте, то снижение уровня ПСА зафиксировано у 10 пациентов. Частичная регрессия лимфоузлов отмечена у 1 больного, стабилизация процесса у 2 больных. Частичная регрессия костных метастазов зарегистрирована у 6 пациентов (продолжают получать препарат кабазитаксел по настоящее время), у 4-х больных – стабилизация процесса в костях и у 2-х больных с легочными метастазами также зафиксирована стабилизация процесса.

В связи с прогрессирующим опухолевого процесса в костях после проведенных 4-х курсов лечения трое пациентов были переве-

дены на другие варианты лечения, также у этих больных было зафиксировано стойкое повышение ПСА: у 1 больного после проведения 3-го курса и у 2 больных после 4-го курса терапии кабазитакселом.

Нежелательным явлением, отмеченным у всех больных, получивших более двух курсов кабазитаксела, была лейкопения 1-2-й степеней. Поэтому с целью профилактики фебрильной нейтропении 12 (66,6%) из 18 пациентов, получивших лечение, были назначены стимуляторы лейкопоэза. Гемостимулирующая терапия позволила избежать серьезных осложнений. Случаев фебрильных нейтропений в наших наблюдениях не было. Лейкопения 3-4-й степеней отмечена только у 3 больных, и она была без тяжелых последствий. Ни у одного больного, получавшего кабазитаксел, лечение не было прекращено из-за токсических осложнений.

Заключение

Таутакс по сравнению с таксотером показал значительно более выраженную степень нежелательных побочных явлений при одинаковом количестве положительных эффектов. Последовательное назначение таксанов – доцетаксел (таксотер) в первой линии и кабазитаксел во второй – позволяет улучшить качество и увеличить продолжительность жизни больных с КРРПЖ и повысить качество их жизни. Следует отметить, что в настоящее время ни в одном из исследований не отмечено существенного увеличения продолжительности жизни больных и поиски наиболее эффективной схемы лечения в настоящее время продолжаются. Несмотря на разнообразие проводимых исследований, для постоянно растущего количества пациентов с КРРПЖ необходимы разработка и адаптация новых стратегий, ведущей из которых остается лекарственная терапия.

Сведения об авторах статьи:

Скворцова Татьяна Николаевна – врач-онколог отделения химиотерапии ГБУЗ ГКБ № 57. Адрес: 105077, г. Москва, ул. 11-я Парковая, 32. Тел./факс (495) 465-95-81. E-mail: igorrusakov@mail.ru.

Мишугин Сергей Владимирович – к.м.н., зав. отделением онкоурологии ГБУЗ ГКБ № 57. Адрес: 105077, г. Москва, ул. 11-я Парковая, 32. Тел./факс (495) 465-95-81. E-mail: mordovin-posylka@mail.ru.

Грицкевич Александр Анатольевич – к.м.н., врач-онколог 2 онкологического отделения городского клинического онкологического диспансера № 1. Адрес: 350040, г. Краснодар, ул. Димитрова, 146. Тел./факс 233-62-12. E-mail: grekaa@mail.ru.

Русаков Игорь Георгиевич – д.м.н., профессор, зам. главного врача по онкологии ГБУЗ ГКБ № 57. Адрес: 105077, г. Москва, ул. 11-я Парковая, 32. Тел./факс (495) 465-95-81. E-mail: igorrusakov@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, Б.Я. Возможности и механизмы действия гормональной терапии у больных кастрационно-резистентным раком предстательной железы / Б.Я. Алексеев, А.Н. Андрианов // Онкоурология. – 2013. – № 1. – С. 34-43.
2. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 250 с.
3. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2012. – 240 с.
4. Карякин, О.Б. Российский опыт применения Таксотера в терапии метастатического гормонорефрактерного рака предстательной железы: результаты описательного исследования TANDEM / О.Б. Карякин // Онкоурология. – 2010. – №4. – С. 61-64.
5. Be Bono, J.S. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomized open-label trial / J.S. Be Bono [et al.] // Lancet. – 2010. – Vol. 376 (9747). – P. 1147-1154.

6. Berthold, D.R. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer: updated survival in the TAX 327 study / D.R. Berthold // J. Clin. Oncol. – 2008. – Vol. 26 (2), № 10. – P. 242-245.
7. Heidenreich, A. Guidelines on Prostate Cancer. / A. Heidenreich [et al.] E.A.U. // - 2011. – 152 P.
8. Kish, J. The treatment challenge of hormone-refractory prostate cancer / J. Kish, R. Bukkapatnam // Cancer Care. – 2001. – Vol. 8(6). – P. 487-495.
9. Oudard, S. TROPIC: Phase III trial of cabazitaxel for the treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer / S. Oudard // Future Oncol. – 2011. – Vol. 7 (4). – P. 497-506.
10. Petrylak, D.P. Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer/ D.P. Petrylak // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351(15). – №7. – P. 1513-1520.
11. Horwich, A. Prostate Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / A. Horwich // Ann. Oncol. – 2012. – 3 P.
12. Shigeta, K. Cabazitaxel for castration – resistant prostate cancer / K. Shigeta [et al.] // Lancet. – 2011. – Vol. 377 (9760), – author reply – P. 122-123.
13. Wilkes, G. Cabazitaxel, a taxane for men with hormone- refractory metastatic prostate cancer / G. Wilkes // Oncology. (Williston Park) – 2010. – Vol. 24 (10 Suppl) – P. 46-48.

УДК 616.712 – 001.4 – 0015 – 089.15
В.С. Тарасенко, В.А. Аркушенко, С.А. Мхоян

В.С. Тарасенко¹, В.А. Аркушенко², С.А. Мхоян¹
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ
¹ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Оренбург
²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Оренбург

Проблема ранений груди остается актуальной в связи с социально-экономической и криминогенной обстановкой, ростом алкоголизма и наркомании. Проведен ретроспективный анализ протоколов операций и историй болезни 147 пациентов с ранениями груди за период 2009-2012гг. Результаты анализа оценивались с использованием общепринятых классификаций. Выделены три группы пострадавших. В 1-ю группу вошли пациенты с проникающим ранением груди и живота с неустойчивой гемодинамикой, которым выполнено экстренное хирургическое вмешательство с устранением кровотечения и повреждения органов. Во 2-й группе пациентам с проникающим ранением груди и стабильной гемодинамикой выполнялись первичная хирургическая обработка (ПХО) раны и дренирование плевральной полости. В 3-й группе пациентам с непроникающими ранениями проводились ПХО раны и наложение асептической повязки. Обследование проведено с использованием рентгенографии грудной клетки, УЗИ грудной и брюшной полости, клинического анализа крови. Летальность наблюдалась только в 1-й группе, составив 12,5%.

Ключевые слова: ранения груди, хирургическая тактика, осложнения.

V.S. Tarasenko, V.A. Arkushenko, S.A. Mkhoyan
SURGICAL TACTICS FOR CHEST INJURIES

The problem of chest wounds remains relevant in connection with the socio-economic and criminal situation, growth of alcoholism and drug abuse. Retrospective analysis of surgical records and histories of 147 patients with injuries of the chest for the period of 2009-2012 has been carried out. The results of the analysis were estimated using generally accepted classifications. Three groups of injured people have been revealed. The 1st group includes patients with penetrating wounds of chest and abdomen with unstable hemodynamics. They underwent urgent surgeries to eliminate hemorrhage and organs' injuries. Patients of the 2nd group with penetrating wounds of the chest and stable hemodynamics were performed primary surgical processing (PSP) and wound drainage of the pleural cavity. In the 3rd group patients with non-penetrating wounds underwent PSP of wounds and aseptic bandage dressing. The examination was carried out with the use of chest radiography, ultrasound examination of the chest and abdomen, clinical analysis of blood. Mortality was observed only in the first group with the rate of 12.5%.

Key words: chest injuries, surgical tactics, complications.

За последние два десятилетия отмечается неуклонный рост числа пострадавших с ранениями, что обусловлено резким ухудшением социально-экономической и криминальной обстановки, алкоголизмом и наркоманией [1]. При этом нарастает удельный вес множественных и сочетанных ранений шеи, груди и живота. Так, с начала 90-х годов до настоящего времени частота множественных ранений груди возросла с 7,8 до 14,3%, сочетанных – с 14,5 до 25,3% от общего числа лиц, раненных в грудь [2].

Обращает на себя внимание значительное количество проникающих ранений в общем числе открытых повреждений груди. Для

сочетанных проникающих ранений груди характерны их множественность, частое сочетание с открытыми и закрытыми повреждениями жизненно важных органов в других анатомических областях, тяжелое состояние пациентов, вариабельность клинического течения [3].

Особенностью ранений груди является их тяжесть. При многих проникающих ранениях возникают внезапные нарушения гемодинамики и дыхания, непосредственно угрожающие жизни. Проникающие ранения груди являются тяжелым видом повреждений, сопровождающихся большим количеством осложнений и высокой летальностью [3].