

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

М.А. ВИНИДЧЕНКО, С.Э. КАВИЦКИЙ, П.Г.САКУН

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Эффективное лечение диссеминированных форм злокачественных опухолей, осложненных метастатическим поражением головного мозга (МПГМ), является важной проблемой современной онкологии, актуальность которой возрастает вместе с ростом частоты злокачественных опухолей и улучшением диагностики благодаря внедрению нейроонкологической службы. Множественные (от 2 и более) метастазы в головной мозг превалируют над одиночными, в соотношении 2:1, и считаются крайне неблагоприятным прогностическим фактором. Ранняя и своевременная диагностика компенсированных больных МПГМ на амбулаторном уровне позволяет проводить все методы специального лечения. У неоперабельных, нерезектабельных больных МПГМ возможно проведение консервативного комбинированного паллиативного лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов паллиативного лечения и качества жизни неоперабельных больных с множественным метастатическим поражением головного мозга, без использования коечного фонда нейрохирургического стационара.

Материал и методы. Амбулаторно проведено лечение 42 больных с мультифокальным неоперабельным МПГМ, отобранных из нейроонкологических пациентов, обследованных в поликлинике. Все больные отбирались по уровню индекса Карновского (ИК) не ниже 70, отсутствию вовлечения ствола мозга или грубой дислокации срединных структур. Основная и контрольная группы состоят из равного количества больных (21), сравнимых по неврологическому статусу и степени распространенности. В обеих группах представлены нейроонкологические пациенты со злокачественными новообразованиями молочной железы, легкого,

меланомой кожи и без выявленного первичного очага. В основной группе последовательно осуществляется тотальное облучение головного мозга (ТОГМ) 24-40 Гр и системная полихимиотерапия с введением кармустина на аутоплазме и других химиопрепаратов (схемы аналогичны применяемым при соответствующей локализации первичной опухоли) на аутокрови. Контрольная группа получала классические химиотерапевтические схемы (ломустин или темодал) под амбулаторным наблюдением. Все больные получали базовую противоотечную, противосудорожную терапию, проходили рентгеновскую компьютерную томографию головного мозга (КТ), обзорную рентгенографию грудной клетки, ультрасонографию органов брюшной полости после облучения, 2-го и 4-го курсов химиотерапии и общий анализ крови еженедельно. Оценка головной боли проводилась по визуально-аналоговой шкале, общее состояние – по ИК, степень неврологического дефицита – по трехбалльной шкале.

Результаты. В обеих группах после начала лечения произошло значительное улучшение со стороны общемозговой и локальной симптоматики. В основной группе после лучевого этапа лечения улучшение томографической картины отмечалось у 24% больных, отсутствие прогрессирования – у 76% больных. Наблюдалось уменьшение выраженности общемозгового синдрома и неврологического дефицита, увеличение ИК в обеих группах после 2 курсов химиотерапевтического лечения по сравнению с исходными. При этом экстракраниальное прогрессирование в основной группе отмечалось у 29%, а в контрольной группе – у 47,6%, интракраниальное прогрессирование в основной группе – в 5% случаев, в контрольной группе – 23,8%. Из основной группы после 2 курсов

химиотерапии выбыло 2 пациента, из группы контроля у 6 больных прогрессирование не позволило продолжать специальное лечение. В обеих группах после 4 курсов химиотерапии отмечается ухудшение неврологического статуса, однако в основной группе ухудшение достоверно менее выражено, среднее значение неврологического дефицита по 3-балльной шкале $1,28 \pm 0,2$ в основной группе, а в контрольной $1,87 \pm 0,2$. Стабилизация интракраниального процесса после 4 курсов химиотерапии по данным КТ в основной группе отмечена у 13 больных (72% от продолжающих терапию), а в группе сравнения у 10 больных (67%). Прогрессирование после 4 курсов ХТ отмечено у 1 больного (6%) в основной группе и у 4 (27%) в группе сравнения. В обеих группах отсутствовали вы-

раженные токсические эффекты применяемых терапевтических методик. Гематологические осложнения в виде панцитопении, лейкопении IV степени не наблюдались за период лечения, отмечены умеренная лейкопения у 8 больных, анемия I-II ст. у 4 больных. Гастроинтестинальный синдром встречался у 9 больных. Достоверных различий в токсичности между группами не отмечено. Средняя продолжительность жизни в основной группе составила 7,9 месяца, а в контрольной группе 5,2 месяца, при более высоком качестве жизни в основной группе.

Выводы. Комплексное амбулаторное лечение (ТОГМ и химиотерапия на аутосредах) является высокоэффективным и безопасным методом в терапии МПГМ, проводимым без привлечения стационарного коечного фонда.

РОЛЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ОРГАНСОХРАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.И. ВИНТИЗЕНКО, Е.А. УСЫНИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В структуре онкоурологической заболеваемости опухоли мочевого пузыря занимают первое место и составляют 70%. На долю инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) приходится до 60 % опухолей этой локализации. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2007), стандартным методом лечения мышечно-нвазивного РМП считается радикальная цистэктомия. Несмотря на значительный объем оперативного вмешательства, в течение двух лет после радикальной цистэктомии у 50% больных появляются отдаленные метастазы, а у 25% развиваются местные рецидивы опухоли в полости малого таза. В связи с этим в последнее время растет число сторонников органосохранного подхода в лечении инвазивного РМП с использованием химиолучевой терапии. Для снижения риска развития местных рецидивов опухоли и отдаленных метастазов при органосохранном лечении инвазивных форм РМП, с целью увеличения выживаемости без признаков прогрессирования

заболевания, в настоящее время применяют неоадъювантную химиотерапию (НАХТ). Некоторые авторы считают, что она улучшает показатели выживаемости на 10–15%, другие полагают, что результаты НАХТ позволяют только выделять группы больных с хорошим (при полной регрессии опухоли) и плохим (при частичной регрессии и отсутствии эффекта) исходом заболевания и может трактоваться лишь как дополнительный фактор прогноза. Изучение литературных данных показывает, что единой точки зрения в отношении целесообразности проведения предоперационной химиотерапии у больных инвазивным РМП до сих пор нет.

Цель исследования. Изучить влияние неоадъювантной полихимиотерапии на эффективность лечения мышечно-инвазивного РМП.

Материал и методы. В исследование включено 60 больных мышечно-инвазивным переходно-клеточным РМП T2a-3bN₀M₀ G1-3. В I группу вошли 26 больных, которым проводилось 2 курса НАХТ по стандартной схеме