

полнена операция Вертгейма, а 4 больным после НРВХТ дополнительно проводилась предоперационная лучевая терапия и, затем, они были радикально оперированы. 27 больным с  $T_{2b}$  –  $T_{3b}$  стадиями на втором этапе лечения проводилась сочетанная лучевая терапия (СЛТ). Клинически у всех больных после НРВХТ отмечались уменьшение размеров опухоли и гемостатический эффект. Для объективизации клинической оценки эффективности лечения больным на различных его этапах выполнялось УЗИ органов малого таза с применением цветного и энергетического доплеровского картирования с последующей трёхмерной реконструкцией изображения. Создание и воспроизведение ультразвукового трёхмерного изображения, обработка объемной информации и волюметрическое моделирование шейки матки – осуществлялись на аппарате SonoAse 800 (Medison) с помощью программы 3D\_VIEW (Kretztechnik). Всем больным УЗИ выполнялось до начала лечения. Оперированным больным УЗИ повторно до операции проводилось после НРВХТ и предоперационной химиолучевой терапии. У больных, которые подвергались химиолучевому лечению эхографическая оценка эффективности лечения осуществлялась после НРВХТ, в середине курса СЛТ и после окончания лечения.

**Результаты.** До начала лечения средний объем шейки матки при  $T_1$  стадии составил –  $29\text{ см}^2$ , при  $T_2$  стадии –  $41\text{ см}^2$ , при  $T_3$  стадии –  $53\text{ см}^2$ . Гиперваскуляризация опухоли шейки матки была констатирована у 30 (83,3%) больных, а у 6 (16,7%) определялась умеренная или пониженная васкуляризация опухоли. По данным УЗ-мониторинга после НРВХТ средний объем шейки матки при  $T_1$  стадии составил  $13,7 \pm 2,2\text{ см}^3$ , при  $T_2$  стадии  $19,6 \pm 3,6\text{ см}^3$  и при  $T_3$  стадии  $24,4 \pm 4,5\text{ см}^3$ , что, в среднем, соответствовало уменьшению объема более, чем на 50% от первоначального. Уменьшение объема опухоли шейки матки после НРВХТ происходило параллельно и пропорционально степени её васкуляризации. После предоперационной химиолучевой терапии объемы шейки матки при  $T_1$  и  $T_2$  стадиях в среднем уменьшились до  $12,5\text{ см}^3$ . В процессе химиолучевого лечения у больных с  $T_{2-3}$  стадиями в середине курса СЛТ объемы уменьшились до  $17,0 \pm 3,0\text{ см}^3$  и  $21,0 \pm 4,5\text{ см}^3$  соответственно, а после окончания химиолучевого лечения у большинства больных с  $T_{2-3}$  ст. средний объем шейки матки соответствовал нормальным значениям и отмечалось значительное снижение её васкуляризации.

**Выводы:** Применение НРВХТ с использованием иринотекана (Кампто) в комбинации с карбоплатином в комбинированном лечении РШМ позволяет расширять показания к выполнению радикального оперативного вмешательства у первоначально неоперабельных больных РШМ  $T_{1b2}$ – $T_{2a-b}$  стадий и улучшать непосредственные

результаты химиолучевого лечения больных при  $T_{3b}$  стадии.

#### **АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С 4 СТАДИЕЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ТЮМЕНСКОМ ООД С 2006Г ПО 2010 Г.**

*Н.Н. Франк, Н.С. Райков, Л.В. Дорогина,  
А.Н. Роговских, И.Н. Попов, А.З. Мякишев,  
О.В. Сбродов, А.Р. Хахибова, Р.Н. Чупин*

Тюменский ООД

Рак ободочной кишки составляет 4-6% в общей структуре онкологических заболеваний. В России за последние 20 лет рак толстой кишки переместился с 6 на 4-е место у женщин и на 3-е у мужчин, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы. В течение 2 лет 85-90% больных раком ободочной кишки без лечения и после паллиативных операций погибает, поэтому своевременное выявление рака в начальных стадиях является залогом успешного лечения. Но, к сожалению, запущенность при этой локализации злокачественных опухолей составляет по России 30%, по данным Тюменского канцер регистра – 27,89%.

Нами было проанализировано наблюдение и лечение группы пациентов с диагнозом: рак ободочной кишки (С 18 по МКБ) 4 стадии только по г. Тюмени и Югу области за 5 лет, с 2006 г. по 2010 г. по данным территориального канцер регистра, т.к. наблюдение и лечение пациентов северных регионов не всегда может быть прослежено ввиду выявления, наблюдения и лечения по месту жительства.

За 5 лет впервые диагностирован рак ободочной кишки 4 стадии по данным территориального канцер-регистра у 310 человек, у 2 из них в дальнейшем диагноз не подтвердился, у 22 человек не было сведений об органах, пораженных метастазами, и мы их также исключили из нашего анализа. Также хочется отметить, что в других медицинских учреждениях г. Тюмени и Юга области не всегда правильно стадияруются опухоли кишечника и др. органов. Так метастазы в регионарные лимфоузлы оцениваются как отдаленные; наличие прорастания в другие органы без отдаленных метастазов как 4 стадия, а это лишь 2 или 3 стадия рака.

Нами было проанализировано наблюдение и лечение 286 человек с раком ободочной кишки 4 стадией. Женщины заболевают раком ободочной кишки чаще – 154 (53,8%), чем мужчины – 132 (46,2%).

По возрасту пациенты распределились таким образом: до 30 лет – 1,4%, 31-40 лет – 1,1%, 41-50 лет – 9%, 51-60 лет – 25,5%, 61-70 лет – 29%, 71-80 лет – 25,2%, старше 80 лет – 8,8%.

Основная масса пациентов (79,7%) – это люди в возрасте от 51 до 80 лет. Поэтому не всем больным ввиду возраста, распространенности процесса, наличия сопутствующих заболеваний могло быть предложено специализированное лечение.

Локализация отдаленных метастазов распределилась следующим образом: преимущественно поражается печень – 59%, в меньшей степени брюшина – 9,4%, легкие и плевра – 2,5%, другие органы – 12,6% (метастазы в отдаленные лимфоузлы, яичники и др. органы), множественные метастазы отмечены – у 16,5%.

Лечение. Симптоматическое лечение получали 188 больных. Из них 62-м были выполнены операции диагностические и симптоматические. 160 пациентам были выполнены операции различного характера: диагностические – n=9; 5,6%, симптоматические (обходные анастомозы либо выведение различных стом) – n=3; 33,1%, паллиативные (удаление опухоли, либо удаление опухоли в сочетании с частичным удалением вторичных поражений) – n=86; 53,8%, условно радикальные (удаление опухоли + удаление видимых метастатических изменений) – n=12; 7,5%.

Паллиативные и условно радикальные операции выполнены у 98 человек (61%), причем в 56 случаях (57% от всех паллиативных операций) оперативное лечение дополнено химиотерапией. Паллиативные операции в основном выполнялись пациентам с метастазами в печень – n=60 (64%) и примерно в равных пропорциях при метастазах в брюшину, другие органы и при множественных метастазах.

Продолжительность жизни составила: при симптоматической терапии – 4,3 месяца; при выполнении симптоматических операций – 7 месяцев; при химиотерапии – от 1 до 17 месяцев, в среднем – 10 месяцев; при выполнении паллиативных операций – от 7 до 19 месяцев, в среднем – 12 месяцев; паллиативных операциях, дополненных химиотерапией – от 12 до 36 месяцев, в среднем 16 месяцев, при условно радикальных операциях – 18 месяцев.

В заключении хотелось бы привести пример лечения 2 ныне живых пациентов:

1. Пациентка Ч., 63 лет выявлен рак селезеночного изгиба ободочной кишки с метастазами в печень в сентябре 2009 г. В сентябре 2009 г. проведена паллиативная операция – левосторонняя гемиколэктомия + атипичная резекция печени с метастатическим поражением. В послеоперационном периоде 6 курсов полихимиотерапии по схеме FOLFOX с КТ-контролем. Отпущена под наблюдение на 3 месяца. В июне 2010 г. – регистрация метастазирования в печень. С сентября 2010 г. химиотерапия по схеме FOLFIRI – 3 курса, в динамике – без ухудшения по КТ. В ноябре 2010 г. РЧА метастатического поражения печени. С января 2011 г. – 4 курса ПХТ по схеме FOLFIRI. С июля 2011 г. заподозрен рецидив ме-

тастозов печени. В августе 2011 г. направлена в РОНЦ, выполнена гемигепатэктомия слева + РЧА отдельных метастатических очагов правой доли + резекция диафрагмы и перикарда. Рекомендовано проведение 6 курсов химиотерапии кселодой, лечение получает.

2. Пациент Л., 56 лет в декабре 2009 г. выявлен рак сигмовидной кишки с одиночными метастазами в печень, легкие. С января 2010 г. проведено 6 курсов ПХТ по схеме Мейо с положительной динамикой (по КТ легких и брюшной полости) – исчезновение метастазов. В августе 2010 г. оперативное лечение – резекция сигмовидной кишки с анастомозом, при операции при ревизии печени метастазов не обнаружено. В послеоперационном периоде – 3 курса ПХТ по схеме Мейо. При контрольном КТ ОБП (июль 2011 г.) – данных за метастазов нет.

Выводы:

1. Продолжительность жизни при 4 стадиях рака ободочной кишки при выполнении паллиативных операций выше, чем при выполнении симптоматических.

2. Максимальная продолжительность жизни отмечена при проведении паллиативных либо условно радикальных операций в сочетании с химиотерапией.

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*О.Н. Царев, Ю.И. Гольдман, Л.А. Васильев*

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости женщин. Это определяет стратегию борьбы с данной патологией, которая ориентирована на сокращение смертности, увеличение безрецидивного периода и улучшения качества жизни пациенток.

Основным этапом лечения РМЖ является хирургический метод, особенно при начальных стадиях. До настоящего времени наиболее распространенной операцией при РМЖ остается радикальная мастэктомия. Это вмешательство, является по существу, калечащим и ведет к тяжелым психическим травмам. Качество жизни пациентов, перенесших радикальную мастэктомию, в большинстве случаев остается неудовлетворительным.

Поэтому к хирургическому лечению рака молочной железы в последние десятилетия наметились новые подходы связанные с выполнением органосохраняющих операций.

Органосохраняющей операцией, при выполнении которой соблюдаются основные онкологические принципы, является радикальная резекция.