

КОМБИНАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И РАСШИРЕННЫХ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ КАК МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

**А.В. Комиссаров, Е.А. Шеметов, К.В. Семикопов, В.Г. Маслов,
И.Р. Ахметов, А.А. Антонов**

Челябинский областной онкологический диспансер, г. Челябинск

Актуальность. Исследованиями ряда авторов было показано, что комбинированное лечение с использованием предоперационной лучевой терапии позволило увеличить 5-летнюю выживаемость больных раком желудка по сравнению с хирургическим лечением на 10–20 %, не оказывая при этом существенного влияния на частоту послеоперационных осложнений и летальность. Японские и европейские авторы сообщают о повышении 5-летней выживаемости после расширенных операций в среднем на 10–20 %. Лимфодиссекция при раке желудка является не только лечебной, но и диагностической манипуляцией, так как позволяет адекватно стадировать заболевание, а следовательно, и проводить адекватное адъювантное лечение.

Материал и методы. С 1995 г. у больных раком желудка нами рутинно выполняется предоперационная лучевая терапия в режиме ИКК, СОД 25 Гр (5 фракций по 5 Гр). С 2003 г. мы выполняем D2 вмешательства (изолированно и в рамках комбинированного лечения). На март 2006 г. мы обладаем опытом выполнения 64 подобных операций.

За период, охватывающий 2003–2005 гг., в нашей клинике радикальное лечение по поводу рака желудка получили 172 пациента. Прослежены отдаленные результаты лечения у 130 больных. В 1-й группе (основная) отслезено 60 больных (отслеженность 75 %) с предоперационной лучевой терапией и расширенной лимфадендиссекцией (ЛД) в объеме D2. Во 2-й группе – хирургическое лечение с расширенной лимфадендиссекцией, отслезено 35 пациентов (74,3 %). В 3-й группе отслезено 26 пациентов после комбинированного лечения без лимфадендиссекции (80,8 %), в 4-й группе – 45 пациентов после хирургического лечения

без лимфадендиссекции (84,4 %). Общая отслеженность составила 78,3 %. Сформированные группы были сопоставимы по возрасту, половому распределению, локализации опухоли, морфологии, кроме группы хирургического лечения без расширенной ЛД, в которой оказалось меньше, чем в других группах, пациентов с низкодифференцированным раком и инфильтративной формой роста опухоли.

Результаты. В нашем исследовании мы не получили как такового «феномена миграции стадий». В целом III стадия диагностирована с приблизительно одинаковой частотой во всех группах, что связано также, по нашему мнению, с применением на данном этапе рутинной методики подсчета и исследования лимфоузлов в удаленном препарате, а также с тем, что мы не включали в исследование больных с IV ст., хотя II стадия в группах с расширенной ЛД фиксировалась чаще, чем в группах без ЛД.

Частота прогрессирования оказалась минимальной в группе комбинированного лечения с расширенной лимфодиссекцией (19,2 %). Для остальных групп значимых различий по этому показателю не отмечено (39,4–43 %). Нами отслежены результаты лечения у 49 больных из 62, которые получали лечение в 2003 г. Отслеженность составила 79 % (71,4–82,8 %). К сожалению, в группу хирургического лечения с расширенной лимфодиссекцией попал только 1 пациент, и мы лишены возможности проводить оценку 3-летней выживаемости для данной группы. В основную группу (комбинированное лечение с расширенной ЛД) попали 10 человек. Трехлетняя выживаемость без прогрессирования оказалась наибольшей в группе комбинированного лечения с расширенной лимфодиссекцией (70 %), минимальной – при

хирургическом лечении без расширенной ЛД (42,9 %). При комбинированном лечении без лимфодиссекции 3-летние результаты занимают промежуточное значение (58,3 %).

Выводы. Таким образом, комбинация предоперационной лучевой терапии с расширенной лимфодиссекцией улучшает трехлетнюю выживаемость больных раком желудка.

ОСОБЕННОСТИ ТОКСИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ КСЕЛОДЫ В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНЫМИ РЕЖИМАМИ CMF И FAC

Н.А. Красулина, А.В. Дорошенко, Ю.Л. Кокорина, Е.Ю. Гарбуков

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. Полихимиотерапия является неотъемлемой частью комбинированного лечения рака молочной железы (РМЖ). Используются различные режимы и схемы на основе антрациклинов, таксанов, гемзара и т.д. При выборе схемы, наряду с оценкой возможной эффективности, важным аспектом является определение токсичности проводимого цитостатического лечения. В последние годы в лекарственной терапии РМЖ достаточно успешно применяется препарат из ряда фторпиримидинов – кселода. В отделении общей онкологии в 2003 г. разработаны и апробированы схемы неоадьювантной полихимиотерапии с включением кселоды: CMX (циклофосфан, метотрексат, кселода) и САХ (циклофосфан, адриамицин, кселода). Показана достаточно высокая непосредственная эффективность этих режимов у больных раком молочной железы II–III стадии (46–56 %). Это определяет актуальность анализа токсичности и переносимости изучаемых схем.

Цель исследования. Изучение профиля токсичности и переносимости схем неоадьювантной химиотерапии с включением кселоды (CMXeloda, CAХeloda) в сравнении со стандартными схемами CMF и FAC.

Материал и методы. В исследование включено 169 больных операбельным раком молочной железы T₁₋₄N₀₋₃M0, в возрасте от 29 до 68 лет. Лечение по схеме CMX получили 34 пациентки, по САХ – 35, по CMF – 50, по FAC – 50 больных. Всего проведено 166 курсов НАХТ с включением кселоды, из них по

CMX – 79, по САХ – 87, FAC – 156, CMF – 100 пациенток. Сравнимые группы были сопоставимы по основным клиническим признакам. Программа лечения включала 2–4 курса НАХТ по одной из схем, радикальную операцию и адьювантную химиотерапию (4–6 курсов по схеме FAC). Лучевая и антиэстрогенная терапия – по показаниям. Состояние пациенток всех групп перед началом лечения оценивалось по шкале Карновского, ECOG-ВОЗ и соответствовало 90–100 % и 0–1 соответственно. Токсичность проводимой химиотерапии – в соответствии с критериям CTC-NCIC. Перед началом лечения у каждой больной проводился контроль показателей периферической крови, ЭКГ, биохимического анализа. Все исследуемые параметры были в пределах нормы, состояние хронической патологии – вне обострения.

Результаты. Основными проявлениями токсичности при проведении химиотерапии различными схемами были осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. Так, тошнота/рвота I–II ст. в группе САХ зарегистрирована в 65 % наблюдений, аналогичные показатели были и у больных, пролеченных по схеме FAC – 62,5 %. В группе CMX доля этих осложнений составила 58 %, что несколько превышало показатели у пациенток из группы CMF – 50 %. Рвота III ст. была отмечена в 5 % случаев только у больных, получавших лечение по схеме FAC. Обратили на себя внимание случаи обострения язвенной болезни желудка – 12 % в группе САХ и в 10 % в группе FAC. Следует особо