

химиотерапии и схемы химиопрепаратов. Выживаемость больных коррелировала с гистологической структурой опухоли. Безрецидивная 5-летняя выживаемость при раке яичников составила $54,8 \pm 11,4\%$, при опухолях стромы полового тяжа – 100% , при герминогенных опухолях – $43,1 \pm 20,1\%$, при гонадобластоме – 100% . Общая выживаемость была равна $65,3 \pm 10,6\%$; 100% ; $68,9 \pm 20\%$ и 100% соответственно. Вместе с тем сравнение клинического течения рака яичников I стадии в зависимости от степени дифференцировки

опухоли не обнаружило статистически достоверных различий.

Выводы. Наиболее значимым фактором, влияющим на отдаленные результаты терапии при ранних стадиях рака яичника, оказалось гистологическое строение опухоли. По нашим данным, объем хирургического вмешательства не оказывает статистически значимого влияния на результаты лечения. Благоприятным прогнозом характеризуются опухоли стромы полового тяжа и гонадобластомы, при которых 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость составила 100% .

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

М.Р. КАЙРБАЕВ

Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы

Ежегодно в мире выявляется около 500 тысяч новых случаев рака шейки матки (РШМ) и почти 250 тысяч женщин умирает от этого заболевания. Ранняя диагностика инвазивного РШМ обеспечивает наилучшие отдаленные результаты, и вопросы лечения данной группы пациентов отработаны в большинстве стран мира и не вызывают дискуссий. В более сложном положении клиницисты оказываются при выборе метода лечения больных с местнораспространенным РШМ. Традиционная сочетанная лучевая и химиолучевая терапия позволяют добиться выживаемости больных РШМ IIВ–IIIB стадии по FIGO в пределах $50\text{--}60\%$. В этой связи изучение новых схем комбинированного и комплексного лечения является актуальным.

Цель исследования – изучить непосредственные и отдаленные результаты системной неоадъювантной химиотерапии (НАХТ) при местнораспространенном РШМ.

Материал и методы. Исследование основано на данных о лечении 27 больных РШМ стадий FIGO IIВ–IIIB. Средний возраст больных составил $45,33 \pm 1,57$ года ($32\text{--}61$ год).

На первом этапе больные получали 2 курса НАХТ по схеме цисплатин 75 мг/м^2 в 1 день и гемзар $800\text{--}1000 \text{ мг/м}^2$ в 1 и 8 дни 21-дневного цикла. После завершения двух курсов НАХТ при достаточной регрессии проводилось опера-

тивное лечение с последующим облучением при необходимости. При отсутствии условий для хирургического лечения пациентки получали сочетанную лучевую терапию по радикальной программе.

Результаты. Объективный эффект в виде полных (ПР) и частичных регрессий (ЧР) зарегистрирован в $81,5\%$ случаев. ПР опухоли отмечена у 2 больных ($7,4\%$), ЧР выявлена по данным обследования у 20 женщин ($74,1\%$). Регрессия менее 50% отмечена у 4 больных ($14,8\%$), а отсутствие эффекта – в 1 случае ($3,7\%$). Данные клинической оценки эффективности коррелировали с результатами цитологических исследований: I степень регрессии выявлена у 1 пациентки ($7,4\%$), II степень – у 4 ($14,8\%$) больных, III степень – у 8 ($47,1\%$) женщин, IV – в $11,1\%$ случаев. Измеряемый объем опухоли на шейке матки регрессировал статистически значимо после завершения НАХТ: от $82,36 \text{ см}^3$ до $6,98 \text{ см}^3$ ($p=0,018$). Хирургическая активность после НАХТ составила $62,9\%$. Общая 5-летняя выживаемость больных составила $75,0 \pm 13,0\%$. Выживаемость больных подвергнутых хирургическому лечению, оказалась выше таковой у неоперированных больных: $82,0 \pm 3,6\%$ и $71,0 \pm 2,7\%$ соответственно.

Выводы. Неоадъювантная химиотерапия у больных местнораспространенным РШМ

показывает достаточно высокую эффективность с высокой частотой ПР и ЧР, позволяет провести радикальное хирургическое лечение у большинства больных – 62,9%. Выявлено,

что выживаемость больных, подвергнутых на втором этапе лечения радикальной хирургии, на 11% выше, чем у больных, подвергнутых сочетанной лучевой терапии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Е.А. КАПУЗА, И.Б. ЛЫСЕНКО, О.В. КУНЦУРУБОВА, Е.Е. ПАК

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

Множественная миелома (ММ) – наиболее часто встречающаяся форма парапротеинемических гемобластозов, причем за последние 20 лет отмечается рост числа больных. Средний возраст больных – 62 года, однако в настоящее время наблюдается «омоложение» заболевания. Трудности в лечении больных обусловлены тем, что уже исходно часть опухолевых клеток может быть резистентной к цитотоксическим препаратам. Выживаемость больных варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет. ММ характеризуется агрессивным течением, высоким уровнем смертности и большим количеством осложнений (остеодеструктивный синдром, сопутствующая инфекция, анемия, ХПН). Большой интерес для лечения ММ представляют препараты направленного действия, которые при низком уровне токсичности давали бы максимальный ответ.

Цель работы – анализ клинических характеристик и оценка результатов лечения ММ.

Материал и методы. В 2007–20008 г. в отделении гематологии РНИОИ наблюдалось 34 больных с множественной миеломой в возрасте 33–78 лет. Средний возраст больных составлял 56 лет, из них 20% – лица моложе 50 лет, старше 70 лет 14,7%. Со II (А и В) стадией было 52,9% больных, с III (А и В) стадией 47,1% больных, с хронической почечной недостаточностью у 28% со II стадией, 50% больных с III стадией заболевания. Больные были распределены на 4 группы: 1 группа – 25 человек, осуществлялась терапия по схеме М2 (винкристин, кармустин, мелфалан, циклофосфан, преднизолон); 2 группа – 4 человека, терапия МР (мелфалан, преднизолон), все больные старше 70 лет; 3

группа – 5 человек, терапия по схеме VD (бортезомиб (велкейд) 1,3 мг/м² внутривенно в 1, 4, 8, 11-й дни + дексаметазон 20 мг внутрь в 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12-й дни лечения, с последующим 10 дневным перерывом, до 8 циклов терапии); 4 группа – 7 человек, вторая линия терапия по схеме VD.

Результаты. Эффективность терапии оценивали по стандартным критериям Национального рака США. В 1 группе больных ММ частичная ремиссия достигнута у 24% больных, полная ремиссия наблюдалась в 20% случаев, стабилизация процесса в 16%, прогрессия отмечалась в 32% случаев. Умерло 7 человек – у 6 пациентов прогрессирование почечной недостаточности, у одного пациента на фоне терапии развилась плазмоклеточная лейкемия, а рецидивы наблюдались в 8% случаев. Во второй группе больных ММ полных ремиссий не наблюдалось, частичная ремиссия, рецидив и прогрессия отмечались у 25% больных. В третьей группе полная ремиссия составила 80%, стабилизация процесса в 20% случаев. В четвертой группе больных полная ремиссия наблюдалась у 42,8%, частичная ремиссия – в 14,2%, рецидив и прогрессия в – 28,5% случаев. Один пациент умер от почечной недостаточности. Осложнения химиотерапии оценивали по шкале токсичности CTC NCIC. В первой группе больных отмечалась анемия II степени – 17,6% и III степени – 14,8%, лейкопения I степени – в 5,8%, тромбоцитопения II степени – в 11,7% и III степени – в 2,9% случаев, после 6–10 курсов ХТ. Полинейропатия не отмечалась. Во второй группе больных осложнения не отмечались. В третьей группе больных в 2,9% отмечалась