

мезотелиома. Больной проведено 3 курса аутогемохимиотерапии, курс ДГТ на область средостения (СОД – 40 изоГр). Рентгенологически – стабилизация процесса. 8 пациентов получили лишь химиотерапевтическое лечение, процесс был верифицирован как злокачественная мезотелиома плевры. Во всех случаях для аутогемохимиотерапии использовались следующие схемы: цисплатин (1 день – 80 мг/м²) + гемзар (1, 8 дни 800 мг/м²), винкристин (1 мг/м² 1,8 день) + блеомицетин (15 мг/м² 1,4,8,11 дни), интраплеврально вводился блеомицетин по 15 – 20 мг на 20,0 аутоплевральной жидкости по мере накопления экссудата (требовалось 2 – 3 введения). Количество курсов при химиотерапевтическом лечении составило от 4 (62,5%) до 6 (37,5%). Из токсических проявлений цитостатиков отмечены аллопеция 1 степени, диспептические явления 1-2 степени. Качество жизни больных на фоне и после завершения лечения было 1-2 балла по шкале ВОЗ и 80 – 70% по шкале Карновского.

Результаты. Срок наблюдения за 2 пациентами, получившим хирургическое лечение по поводу узловой формы мезотелиомы плевры, – более 2 лет, оба живы в настоящее время, без признаков рецидива заболевания. Срок наблюдения за больным после комплексного лечения – 19 мес. После химиолучевой терапии продолжительность жизни составила 10 мес. Непосредственный эффект после только химиотерапии: ремиссия накопления экссудата – у 8 из 8 больных (100%), частичная регрессия очагов первичной опухоли – у 6 из 8 больных (75%). Стабилизация – у 2 из 8 (25%). Отдаленные результаты у данной группы пациентов: 1 год прожили 8 из 8 больных (100%), 2 года – 2 из 8 (25%), медиана выживаемости составила 17 мес.

Выводы. Индивидуальный подход к лечению больных мезотелиомой плевры позволяет не только значительно увеличить продолжительность жизни больных, но и сохранить качество жизни.

ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЛЕГКОГО В СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

И.А. ЛЕЙМАН, С.З. КАРТАШОВ

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

Актуальность. В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости раком легкого. В структуре заболеваний в России рак легкого занимает I место среди злокачественных новообразований. При этом, несмотря на значительные успехи в совершенствовании хирургической техники, «семиимильные шаги» развития химиотерапии, разработки и ввода в эксплуатацию все нового оборудования для проведения лучевого лечения, на фоне бурного развития диагностических приемов, мы все же отмечаем не только отсутствие снижения, но даже рост смертности от рака легкого, которая остается самой высокой, количество заболевших в год примерно равняется количеству умерших. В США от рака легкого умирает больше больных, чем от рака толстой кишки, молочной железы и предстательной железы, вместе взятых. Это можно объяснить, во-первых, изменением структуры заболевших,

как применительно морфологического строения опухоли, превалирование менее дифференцированных, быстро метастазирующих, но при всем этом менее восприимчивых к проводимому лечению гистотипов карцином, во-вторых (из-за бурного прогрессирования опухолевого процесса, а в нашей стране и из-за особенностей менталитета людей), первичное выявление рака легкого в поздних, мало- и бесперспективных для лечения стадиях карциноматозного процесса, и, наконец, в-третьих, изменением возрастного распределения лиц, у которых впервые выявляется это грозное заболевание – рак легкого. Одной из стойких демографических тенденций является увеличение средней продолжительности жизни населения планеты: если в 1991 г. средняя продолжительность жизни составляла 73 года для мужчин и 81,1 года для женщин, то к 2020 г. ожидаемая средняя продолжительность жизни соста-

вит соответственно 78,1 и 90,4 года. Увеличение средней продолжительности жизни ведет к росту удельного веса лиц пожилого возраста (старше 65 лет): если в 1990 г. данная возрастная группа в Европе составила 9% в общей популяции, то к 2030 г. ожидается ее увеличение до 16%.

Цель исследования. Улучшить эффективность лечения и качество жизни пациентов раком легкого в старшей возрастной группе.

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезни 58 больных раком легкого ПВ–IV стадии в возрасте 65–82 лет, получавших паллиативную аутогемохимиотерапию (АГХТ) в 2005–07 гг. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца у 100% (постинфарктный кардиосклероз – 40%), гипертоническая болезнь – 70%, вирусный гепатит или цирроз печени – 10%, хронический бронхит – 95%. Схемы АГХТ: РЕ для мелкоклоточного рака и САР для немелкоклеточного. При тяжелом состоянии пациентов разовую дозу цисплатины уменьшали до 30 мг/м², не снижая курсовой, водную нагрузку уменьшали до 1200 мл, изменений в ОАМ не отмечено; в схеме САР применяем эпирубицин, при ишемии миокарда – на фоне предуктала. Не проводим «однодневные» курсы ХТ в связи с плохой их переносимостью у лиц старше 65 лет. 29,3% больных получили 2 последовательных курса АГХТ, 62,1% – 3, 8,6% – 4 курса. В случае гистологической верификации «мелкоклеточный рак легкого» мы в большинстве случаев проводили химиотерапию по схеме цисплатин + вепезид, курсовые дозы составляли 60 мг/м² для цисплатина и 300 мг/м² для вепезида.

Результаты. Непосредственные результаты лечения: прогрессирования не отмечено ни у 1 из

58 больных, частичная регрессия – у 17 (29,3%), стабилизация – у 41 из 58 пациентов (70,7%). Однако более важным, на наш взгляд, был 100% субъективный клинический положительный результат, заключающийся в улучшении общего состояния пациентов, регрессию клинических симптомов заболевания (кашель, одышка, болевой синдром). Улучшение качества жизни у 100% (индекс Карновского с 60–70% возрастал до 80–90%). Через 1 мес явились на осмотр 54 из 58 (93,1%) пациентов, в течение 3 мес наблюдались 47 из 58 (81,0%), 6 мес – 39 из 58 (67,2%), 12 месяцев – 14 из 29 (51,9%). Наблюдались осложнения преимущественно I степени, лейкопения II степени – у 5,3% (у 3 из 58 больных). У 7 больных раком легкого с мтс в паренхиму легких и одышкой при незначительной физической нагрузке нами была проведена аутогемохимиотерапия по схеме САР, причем курсовая доза цисплатина введена разовыми дозами по 30 мг/м², на фоне уменьшенной на 400,0 мл гидратационной нагрузки (вводилось 400,0 аутокрови, 400,0 гемодеза и 400,0 физиологического раствора или 5% глюкозы), что приводило к клиническому улучшению (а в дальнейшем и рентгенологической динамике у 5, у 2 – стабилизации) без нарастания одышки и опухолевой интоксикации, свойственных более интенсивному введению платины.

Выводы. Возраст больных не является противопоказанием для проведения химиотерапии, рекомендуем платиносодержащие схемы, со снижением разовой дозы цисплатина до 50 мг, не меняя курсовую дозу, введением эпирубицина вместо доксорубина, под прикрытием предуктала. Не проводим «однодневные» курсы ХТ, в пользу 2 недельных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

К.Б. ЛЕЛЯВИН, В.В. ДВОРНИЧЕНКО

Иркутский областной клинический онкологический диспансер, г. Иркутск

Актуальность. По совокупности клинических проблем, разнообразию методов лечения рака мочевого пузыря (РМП) отводится одно из первых мест в онкоурологии. В литературе описано мно-

жество методов улучшения результатов лечения немышечно-инвазивного РМП с использованием различных эндоскопических методов, однако фундаментальное обоснование применения этих