

42 пациентки с метастатическим РМЖ. Средний возраст больных составил 50,7 года. Во всех случаях ранее была проведена первая линия химиотерапии: по схеме CMF – у 19 (45,2 %) и по схеме ТС – у 23 (54,8 %) больных. У 9 (21,4%) пациенток имелось изолированное поражение лимфоузлов, в остальных случаях отмечено метастатическое поражение 2 и более органов. Больные были рандомизированы на 2 группы: 1 группа (21 больная) получила лечение по схеме: паклитаксел – 135 мг/м² 1 день, келикс – 40 мг/м² 1 день 3-недельного цикла; 2 группа (21 больная) получила лечение в еженедельном режиме по схеме: паклитаксел 60 мг/м² 1, 8, 15 дни и келикс 25 мг/м² 1, 8 дни 4-недельного цикла. При гиперэкспрессии Her-2/neu дополнительно вводился герцептин в режиме: 8 мг/кг веса нагрузочная доза, затем по 6 мг/кг веса 1 раз в 3 нед при стандартном режиме химиотерапии – 10 больных. При еженедельном режиме – 4 мг/кг нагрузочная доза, затем по 2 мг/кг еженедельно – 10 больных. Общее число курсов химиотерапии в группе 1 составило 106, больные получили от 4 до 7 циклов химиотерапии (медиана – 5,9). Во 2 группе (еженедельный режим) всего было проведено 112 циклов лечения (медиана – 6,2).

Результаты. Полный ответ на лечение не достигнут ни в одном случае. Частичная регрессия процесса зарегистрирована у 11 (52,4 ± 10,8 %) и 18 (85,7 ± 7,6 %) больных 1 и 2 групп соответственно ($p < 0,001$). Стабилизация наблюдалась в 7 (33,3 ± 10,3 %) и 2 (9,5 ± 6,4 %), прогрессирование – в 3 (14,3 ± 7,6 %) и 1 (4,8 ± 4,7 %) случаях в 1 и 2 группах соответственно. Таким образом, контроль опухоли достигнут в 85,7 % наблюдений при стандартном режиме «паклитаксел+келикс» и в 95,2 % – при еженедельном. Медиана ремиссии составила 8,6

мес и 11,4 мес соответственно. Общая частота лейкопений в обеих группах была одинаковой: 62,4 % при стандартном введении цитостатиков и 64,3 % – при еженедельном. Однако лейкопения 3–4 степени в 1 группе развилась в $17,9 \pm 3,7$ %, во 2 группе – в $8,0 \pm 2,6$ % случаев ($p < 0,01$). Из негематологических эффектов для больных обеих групп наиболее характерными были симптомы, связанные с мукозитами – стоматит, диарея, которые наблюдались в 83,0 % и 40,2 % случаев в 1 и 2 группах соответственно, чаще на фоне развития лейкопении 3–4 степени. Также для больных были характерны симптомы астении, мышечные и/или суставные боли. Тошнота сопровождала около половины курсов химиотерапии паклитаксел+келикс, но была контролируемой и только во время 16 (15,1 %) циклов стандартного режима была оценена 3–4 степенью. Эпизоды рвоты были единичными. Введение препаратов в еженедельном режиме позволило снизить частоту ладонно-подошвенный синдрома в 10 раз, он наблюдался в $18,9 \pm 3,7$ % случаев у больных 1 группы, против $1,8 \pm 1,3$ % – во 2 группе ($p < 0,001$). У больных с гиперэкспрессией Her2/neu функция миокарда подвергалась регулярному мониторингированию на протяжении всего периода лечения. Включение в схему лечения таргетного препарата Герцептин у 20 пациентов за время наблюдения ни в одном случае не привело к изменениям со стороны миокарда.

Выводы. Введение комбинации «паклитаксел+келикс» в еженедельном режиме позволяет достоверно повысить непосредственный эффект химиотерапии на 33,3 %, увеличив медиану ремиссии на 2,8 мес, и снизить гематологическую и негематологическую токсичность 3–4 степени.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ СМЕШАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД, ЧАСТОТУ И ХАРАКТЕР ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ

Г.С. ЖАМГАРЯН

НИИ онкологии СО РАМН, г.Томск

Актуальность. В лечении сарком мягких тканей (СМТ) до настоящего времени ведущее место

занимает оперативное вмешательство. Во многих исследованиях показано снижение числа местных

рецидивов при применении лучевой терапии (ЛТ). Адьювантная ЛТ в дозе 50 Гр позволила улучшить безрецидивную выживаемость более чем на 20 %. В рандомизированных исследованиях показано отсутствие существенной разницы в показателях локального контроля при проведении ЛТ в пред- и послеоперационном режимах – 78 % и 70 % соответственно, в то же время количество послеоперационных осложнений было значительно выше при использовании предоперационной ЛТ – 35 % против 17 %. При применении интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) в дозе 15 Гр в сочетании с послеоперационной ЛТ в дозе 50 Гр локальный контроль составил 84 %, частота осложнений была 24 %. Таким образом, единой точки зрения в отношении выбора вида лучевой терапии, дозы и режима облучения до настоящего времени нет. Представленные в литературе результаты исследований недостаточно полные, порой противоречивые. Не в полной мере изучено влияние различных режимов ЛТ на частоту и характер послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Оценить влияние предоперационной дистанционной гамма-терапии и ИОЛТ на течение послеоперационного периода у больных с саркомами мягких тканей, а также провести сравнительный анализ выраженности лучевых реакций в зависимости от режима и дозы ЛТ.

Материал и методы. В исследование включено 93 больных в возрасте от 10 до 83 лет (средний возраст $46,2 \pm 2,5$ года), которые получили комбинированное лечение в НИИ онкологии СО РАМН с 1991 по 2008 г. В зависимости от проведенного лечения сформированы две группы пациентов. В первую вошли 39 больных первичными ($n=24$) и рецидивными ($n=15$) СМТ, которые на первом этапе получали предоперационную ДГТ СОД 38–44 Гр с последующим хирургическим лечением и ИОЛТ 10–15 Гр. Во вторую группу (исторический контроль) включены 54 больных первичными ($n=34$) и рецидивными ($n=20$) СМТ, которым вначале было выполнено хирургическое лечение с ИОЛТ 10–20 Гр, а затем проводился послеоперационный курс лучевой терапии СОД 40 Гр. 36 больных контрольной группы получали ИОЛТ в дозе 20 Гр, при этом курсовая доза облучения у них превышала толерантность нормальных тканей (65 Гр) и составила 80–

90 Гр. Больным с саркомами высокой степени злокачественности (G2, G3) проводили 4 курса адьювантной химиотерапии по стандартной схеме MAID. Группы сопоставимы по основным клинико-морфологическим характеристикам. Изучались частота и характер послеоперационных осложнений при различных режимах проводимой лучевой терапии. Статистическая обработка выполнялась с помощью программы Statistica 7.0.

Результаты. Анализ послеоперационного периода в зависимости от метода проводимого облучения показал, что у большинства больных первой группы послеоперационный период протекал удовлетворительно. Швы снимались на 10–14-е сут. Из особенностей следует отметить, что у 4 больных (10,2 %) после снятия швов длительное время выполнялись пункции для эвакуации скапливающегося трансудата из зоны оперативного вмешательства, что связано как с особенностями хирургического лечения, так и с проведенной лучевой терапией. У 2 больных (5,1 %) было нагноение в области послеоперационного рубца, в четырех наблюдениях (10,5 %) рана зажила вторичным натяжением. Кроме того, у 1 пациента (2,5 %) наблюдался тромбоз в области сосудистого анастомоза перемещенного лоскута, что привело к некрозу лоскута, и в одном наблюдении отмечены явления лучевого неврита, обусловленные травмой нерва во время операции и воздействием лучевой терапии при проведении пред- и интраоперационного облучения. В послеоперационном периоде у больных второй группы были следующие особенности. Снятие швов в среднем выполнялось также на 14-е сут. У 3 больных (5,6 %) рана заживала вторичным натяжением, нагноение послеоперационного рубца зафиксировано у 3 пациентов (5,6 %). У 5 больных (9,3 %) в области оперативного вмешательства несколько недель скапливался трансудат. Эти осложнения были причиной длительного перерыва между этапами комбинированного лечения и отодвигали дату начала ДГТ. Кроме этого, оценивалась выраженность лучевых реакций в зависимости от режима проводимой лучевой терапии. После предоперационной ДГТ наблюдались только гиперемия кожи у 4 больных (10,2 %) и постлучевой неврит у 1 пациента (2,5 %). В группе пациентов, получивших ДГТ в послеопераци-

онном режиме, количество лучевых реакций было больше, но определялось курсовой дозой облучения. Так, у больных, получивших ЛТ в пределах толерантности нормальных тканей (≤ 65 Гр), наблюдалась гиперемия кожи у 2 пациентов (11 %) и у 1 пациента (5,5 %) развился постлучевой неврит. В подгруппе больных с курсовой дозой >65 Гр гиперемия кожи наблюдалась у 3 больных (8,3 %), а также отмечены более серьезные осложнения: лучевая язва в 2 наблюдениях (5,5 %), постлучевой неврит – в 3 (8,3 %), в 2 (5,5 %) случаях – остеодистрофия, которая в поздние сроки привела к патологическому перелому кости.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

А.В. ЖУКОВ, В.В. ДВОРНИЧЕНКО, В.Г. ЛАЛЕТИН, А.А. МЕНГ

Кафедра онкологии ГОУ ДПО ИГИУВа, г.Иркутск.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом онкологии ГОУ ВПО ИГМУ

Одними из наиболее часто встречающихся злокачественных поражений являются опухоли пищеварительной системы. До 70 % из них на момент выявления находятся в распространенных стадиях. Часто при лечении локальных форм онкозаболеваний в различные сроки возникает генерализация процесса. Одним из проявлений распространенного опухолевого процесса являются отдаленные метастазы. Очень часто такому поражению подвержены легкие. Удаление очагов из легкого, часто сочетаемое с радиотерапией и химиотерапией, позволяет добиться продления жизни пациентов, а у некоторых даже приводит к выздоровлению.

В Иркутском областном онкологическом диспансере в течение 30 лет проводится хирургическое удаление метастазов из легких. На сегодняшний день такое лечение проведено у 72 пациентов, из них 18 (25 %) пациентов оперировано по поводу метастазов опухолей ЖКТ, в основном колоректальных. Женщин было 13 (72 %), мужчин – 5 (28 %). Средний возраст составлял 63,5 года. Средний срок от момента лечения первичной опухоли до момента выявления метастазов в легких – 37,5 мес, причем

Выводы. Существенных различий в течении послеоперационного периода в анализируемых группах не наблюдалось. Предоперационная лучевая терапия не оказывает отрицательного влияния на характер послеоперационных осложнений, которые в большей степени были обусловлены хирургической травмой. Количество лучевых реакций при использовании курсовых доз в пределах толерантности нормальных тканей не зависит от режима проводимой лучевой терапии. Однако превышение курсовой дозы >65 Гр приводит к развитию таких осложнений, как лучевая язва и остеодистрофия.

у мужчин сроки появления метастазов – около 15 мес. У половины пациентов симптомов поражения легких не было, и выявление метастазов произошло при комплексном обследовании после радикального лечения первичной опухоли. 9 пациентов обратились к врачу при появлении симптоматики, чаще всего кашля, одышки и кровохарканья (в 2 случаях). Основным методом выявления метастазов в легкие был рентгенологический. Для уточнения количества и расположения очагов применяли КТ грудной клетки. При планировании метастазэктомии проводится комплексное обследование пациентов, включая область первичной опухоли для исключения признаков рецидива. Морфологическое подтверждение метастатической опухоли в легких удается получить у половины пациентов. У 6 – при помощи бронхоскопии, у 3 – при трансторакальной пункции под КТ- или УЗ-наведением. Интересной особенностью метастазов опухолей колоректальной локализации является то, что в подавляющем большинстве имелся единственный очаг поражения в легких. Средний размер составил 4,5 см, (от 2 до 9 см). Это позволяет выполнять в основном органосох-