

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 2007–2008 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/м<sup>2</sup> 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 полная ремиссия не наблюдалась, 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 СТС 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

лейкопения и полинейропатия II степени, не требующая отмены лечения и снижения дозы препаратов. В четвертой группе больных в 8,8% случаев отмечалась полинейропатия II степени, в 5,8% – III степени, требующая уменьшения дозы велкейда до 0,8 мг/м<sup>2</sup>, в 5,8% случаев была анемия II степени.

**Выводы.** Применение бортезомиба в первой линии терапии позволяет достичь 80% полных ремиссий, при незначительных осложнениях, в то время как использование той же схемы в терапии второй линии сопровождается значительными осложнениями и не препятствует развитию резистентности.

## ЛЕЧЕНИЕ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ АДЕНОМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

М.Б. КАРАКЕШИШЕВА, М.В. ВУСИК, В.А. ЕВТУШЕНКО

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

Мнения по вопросу показаний к эндоскопическому лечению малигнизированных аденом и критерии его радикальности переменчивы. Метод лечения выбирается на основании тактики, принятой в данном лечебном учреждении.

**Целью нашего исследования** явилось выявление значимости эндоскопической полипэктомии с помощью электроэксцизии как метода лечения малигнизированных аденом.

**Материал и методы.** Эндоскопическая полипэктомия с помощью электроэксцизии была выполнена 15 пациентам с малигнизированными аденомами различных отделов толстого кишечника, выраженной сопутствующей патологией и высоким операционным риском. Среди больных преобладали мужчины, средний возраст составил 69,3 года. У одной пациентки эндоскопическое удаление малигнизированных аденом проводилось из оставшегося фрагмента сигмовидной кишки после колонэктомии по поводу рака толстой кишки на фоне «семейного полипоза». Во всех случаях заболевание диагностировалось при эндоскопическом исследовании и являлось «случайной» находкой.

**Результаты.** Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологическими исследованиями биопсийного материала на этапе проведения

диагностической колоноскопии. По гистотипу преобладала высокодифференцированная аденокарцинома. Диаметр аденом составлял от 0,4 до 1,5 см, преобладали II–III тип полипов. После морфологического исследования извлеченных полипов выявлено, что имела место инвазия опухоли не глубже подслизистого слоя кишечной стенки. В 1 случае эндоскопическая полипэктомия осложнилась кровотечением, которое было остановлено с помощью эндоскопической электрокоагуляции. При динамическом наблюдении в течение 2 лет во всех случаях отсутствовали рецидивы аденом и отдаленные метастазы. В эти же сроки у 5 пациентов выявлены аденомы без признаков малигнизации в других отделах толстого кишечника, которые также были удалены с помощью электроэксцизии.

Таким образом, эндоскопическая полипэктомия является методом выбора при лечении малигнизированных аденом толстого кишечника у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким операционным риском. Учитывая хорошие отдаленные результаты, метод полипэктомии может являться самостоятельным методом лечения при инвазии опухоли не глубже подслизистого слоя.