

струпа, сокращает сроки эпителизации в 1,5 раза, уменьшая фазы экссудации и пролиферации. Отсутствие рубцовой ткани сохраняет

анатомо-функциональную целостность шейки матки.

ПРЕИМУЩЕСТВА НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ КСЕЛОДЫ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТАНДАРТНЫМИ РЕЖИМАМИ

Н.А. ТАРАБАНОВСКАЯ, А.В. ДОРОШЕНКО, Е.Ю. ГАРУБКОВ, Ю.Л. КОКОРИНА

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Актуальность. Одной из наиболее значимых задач неоадьювантной химиотерапии (НАХТ) у больных операбельным раком молочной железы является создание более благоприятных условий для выполнения органосохранного оперативного вмешательства. Эффективность применяемых на сегодняшний день схем полихимиотерапии (FEC, AT, AC) зачастую сопоставима, и поиск новых режимов, позволяющих улучшить непосредственные результаты лечения и, как следствие, получить возможность выполнения органосохранных операций, является актуальной проблемой.

Цель исследования. Изучить преимущества НАХТ с включением кселоуды по сравнению с предоперационной химиотерапией по стандартным схемам FAC и CMF.

Материалы и методы. В исследование включено 180 больных операбельным раком молочной железы T₁₋₃N₀₋₂M₀ в возрасте 29–68 лет. Пациентки исследуемых групп получали НАХТ по схемам CAХeloda (n=40) и CMХeloda (n=40), контрольных групп – предоперационную полихимиотерапию по стандартным режимам FAC (n=50) и CMF (n=50). Анализируемые группы были сопоставимы по основным клиникo-морфологическим признакам. Непосредственная эффективность лечения оценивалась по международной шкале RECIST, проявления токсичности НАХТ – с учетом критериев CTC-NCIC. Показатели общей, безметастатической и безрецидивной выживаемости рассчитывались по формуле Каплана–Майера с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. Сравнительный анализ непосредственных результатов проводимого лечения

выявил более высокую эффективность у пациенток, получавших неоадьювантную терапию с включением кселоуды, по сравнению со стандартными режимами: CAХ – 75 % (полная регрессия (ПР) – 10 %, частичная регрессия (ЧР) – 65 %), FAC – 68 % (ПР – 18 %, ЧР – 50 %). При этом профиль наблюдаемых осложнений в исследуемых и контрольных группах был сопоставим, за исключением проявлений стоматита, который достоверно чаще наблюдался у больных, принимавших кселоуду. Высокие показатели непосредственной эффективности позволили выполнить органосохранные оперативные вмешательства в достоверно большем (p<0,05) проценте случаев больным, получавшим лечение по изучаемым схемам: CAХ – в 50 %, FAC – 32 %; CMХ и CMF – в 47,5 % (n=19) и 22 % (n=11) соответственно. Изучение 2-летней общей, безметастатической и безрецидивной выживаемости в группах не выявило достоверных различий. Общая выживаемость пациенток, пролеченных по схеме CAХ, составила 100 %, по FAC – 96,9 ± 2 %. В группах CMХ и CMF – 94 ± 3 % и 93,5 ± 4 % соответственно. Показатели безметастатической выживаемости в исследуемых и контрольных группах также были сопоставимы: CAХ 96,5 ± 3 %, FAC – 96,9 ± 2 %; CMХ – 86,6 ± 6 %, CMF – 87,5 ± 6 %. Безрецидивная выживаемость за аналогичный период времени составила 93 ± 4 % (CAХ) и 96,9 ± 2 % (FAC). У больных, получавших НАХТ по схемам CMХ и CMF, – 97,1 ± 2 % и 97 ± 2 % соответственно.

Выводы. Более высокие показатели непосредственной эффективности неоадьювантной полихимиотерапии по схемам CAХ и CMХ позволили достоверно чаще выполнять органосох-

ранные оперативные вмешательства больным этих групп, по сравнению с пациентками, получавшими лечение по стандартным схемам FAC

и CMF, при сопоставимых показателях 2-летней общей, безметастатической и безрецидивной выживаемости.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОРИОНКАРЦИНОМОЙ МАТКИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

**А.В. ТАРХОВ, А.В. ГЕРАСИМОВ, Е.В. БАБАЯНЦ, Н.А. АФАНАСЬЕВА,
А.П. КУЛИДЖАНЫ, В.Г. СИСАКЯН, С.Э. КРАСИЛЬНИКОВ**

ОГУЗ «Новосибирский областной онкологический диспансер»

Актуальность. Хорионкарцинома тела матки относится к числу наиболее злокачественных опухолей у женщин. Относительная редкость этого заболевания ведет к его поздней диагностике, росту числа запущенных форм, несвоевременному началу лечения, возникновению резистентности опухоли к проводимой терапии. Известно, что хорионкарцинома является высокочувствительной к химиотерапии опухолью, однако нарушение дозовых режимов и схем терапии, а также отсутствие учета индивидуальных прогностических факторов риска и распространенности заболевания оказывают негативное влияние на результаты. Стандартом лечения больных хорионкарциномой матки низкого риска является комбинация метотрексата, дактиномицина и лейковорина, что позволяет добиться хороших результатов. Однако частое выявление распространенных форм заболевания с множественными отдаленными метастазами, появление химиорезистентности опухоли послужили причиной разработки новых многокомпонентных схем химиотерапии, включающих этопозид, винкристин, циклофосфан, цисплатин (ЕМА-СО, ЕМА-СЕ), которые предлагаются в последние годы для лечения пациенток с плохим прогнозом заболевания и с признаками химиорезистентности опухоли.

Материал и методы. В Новосибирском областном онкологическом диспансере с 2005 г. под наблюдением состоит 4 больных хорионкарциномой матки с неблагоприятным прогнозом заболевания. Средний возраст – 26 лет. Пациентки поступили в гинекологическое отделение с клиникой профузного маточного кровотечения и тяжелой постгеморрагической анемией (Hb –

40–60 г/л), в связи с чем были по экстренным показаниям оперированы в объеме гистерэктомии с перевязкой внутренних подвздошных артерий. У больных имелось тотальное поражение матки опухолью, тека-лютеиновые кисты яичников, множественные метастазы в легких (диаметром более 2 см) и влагалище, высокие показатели ХГЧ в крови (более 2000000 МЕ/мл). Учитывая распространенность опухолевого процесса, плохой прогноз заболевания, высокий риск развития химиорезистентности, во всех случаях химиотерапия была начата со схемы ЕМА-СО (6 курсов лечения с интервалом в 2 нед).

Результаты. В трех случаях отмечена высокая эффективность данной схемы химиотерапии. К 3–4-му курсу лечения произошло практически полное исчезновение метастатических очагов в легких, регрессия метастазов во влагалище и нормализация уровня ХГЧ. Две пациентки находятся под нашим наблюдением больше двух лет без признаков рецидива заболевания, одна – 2 мес после окончания комбинированного лечения. У одной больной при проведении химиотерапии по схеме ЕМА-СО отмечалась положительная динамика, однако менее чем через 6 мес после окончания лечения констатировано прогрессирование заболевания – резкое повышение уровня ХГЧ крови, множественные метастазы в легких, кровохарканье, метастаз в селезенку. Неэффективность схемы ЕМА-СО потребовала проведения химиотерапии II линии – схемы ЕМА-СЕ. В данном случае наблюдалась стойкая химиорезистентность, поэтому проведение 5 курсов химиотерапии второй линии не привело к излечению пациентки. В связи с