

П.И. Гордийчук¹, К.В. Кошель², И.В. Вовченко², А.А. Ключов²

КОМБИНИРОВАННАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В АДЬЮВАНТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ДИССИМИНАЦИЕЙ

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

²Киевский городской клинический онкологический центр

Несмотря на мировое снижение заболеваемости на рак желудка, в том числе и в г. Киеве заболеваемость с 2006 г. по 2010 г. уменьшилась с 24,12 до 22,52 на 100 тысяч населения, результаты смертности остаются высокими и соответствуют в данный период 17,84 и 17,42 на 100 тысяч населения. До-годовая смертность у больных с впервые выявленным раком желудка составила около 60%. Частота диагностики запущенных (IV ст.) форм рака желудка в 2010 г. г. Киеве составила 27,7%.

Задачи исследования. Улучшение результатов лечения больных раком желудка IV ст. (обусловленного перитонеальной диссеминацией) путем использования усовершенствованной адьювантной комбинированной полихимиотерапии.

Материалы и методы. На протяжении 2006–2011 гг. прооперировано 18 больных раком желудка IV ст рT₃₋₄ N₁₋₃ M₁ (p I–III) в возрасте от 34 до 68 лет, мужчин было – 11 человек, женщин – 7. Больным выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией D2, спленэктомией и перитонэктомией, последняя у 13 больных выполнена в объеме верхнего этажа брюшной полости, а у 5 дополнена – полостью малого таза.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде всем больным через дренаж в брюшную полость введен препарат Полиплатиллен в дозе 200 мг/м² на 5–7–9 сутки разведенный в 800 мл физиологического раствора с экспозицией 24 ч. Спустя 3–4 недели больным начато проведение 4 курсов системной ПХТ в режиме ELF, у 6 больных продолжена ПХТ еще двумя курсами с включением оксалиплатина. У 3 больных после второго курса системной ПХТ дальнейшее проведение ее прекращено из-за тяжести общего состояния и возникших противопоказаний для ее продолжения. Среди 6 больных, которым проведено 6 курсов ПХТ, у 1 больной на 27 месяце послеоперационного периода диагностирован метастаз Крукенберга правого яичника и выполнено оперативное вмешательство с последующим проведением 2 курсов ПХТ в режиме CAPOX, в настоящее время (38 мес) состояние больной без прогрессирования. Получены результаты лечения: 1-годичная выживаемость составила 38,8±6,1%; 2-годичная – 27,7±4,7%; 3-годичная – 8,9±2,1%.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения и усовершенствования как способов хирургического лечения, так и проведения комбинированной ПХТ у больных с запущенными формами рака желудка.

П.И. Гордийчук¹, А.А. Манжура²

ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

²Киевский городской клинический онкологический центр

Введение. Интерес к проблеме лечения рака прямой кишки обусловлен постоянным приростом заболеваемости во всем мире. В Украине в 2001 г. показатель заболеваемости раком прямой кишки составил 16,6 на 100 тысяч населения, а в 2009 г. – 20,2, в г. Киеве в указанный период соответственно – 17,0 и 22,3 на 100 тысяч населения. Частота возникающих местных рецидивов колеблется от 17,2% до 4,9% в зависимости локализации, стадии заболевания и комплекса проводимого лечения.

Задачи исследования. Уменьшить частоту местных рецидивов после эктирпации прямой кишки у больных злокачественным новообразованием прямой кишки и ануса, путем орошения монохимиопрепаратом пресакральной (остаточной) полости малого таза.

Материалы и методы. За период с 2006–2012 гг. выполнено 39 брюшно-промежностных эктирпаций прямой кишки, у 53,8% в комбинированном или сочетанном объеме. Средний возраст больных составил 65,7±8,2 года, с незначительным преимуществом мужского пола. У 82,05% верифицирована аденокарцинома G-2-3, у 2,82% – плоскоклеточная карцинома и у 5,13% – безпигментная меланома.

Результаты. При выполнении брюшно-промежностной эктирпации в комбинированном или сочетанном объеме восстанавливали непрерывность тазовой брюшины в большинстве случаев с использованием перемещенного париетально-эндоабдоминального лоскута или брыжейки тонкой кишки, пресакральное пространство дренировали через отдельные контрапертуры на промежности. На 3–5–7 сутки послеоперационного периода проводили орошение на протяжении 6 ч пресакрального пространства химиопрепаратом при помощи налаженной системы: зонд для орошения был проведен через один из дренажей, другой дренаж служил для оттока раствора с замыканием в кольцевую систему через резервуар с химиопрепаратом и регулируемой помпой. У 21 больного использовали Полиплатиллен в дозе 200 мг/м² в разведении 1:1 с физиологическим раствором, а у 18 больных Карбоплатин 250 мг/м² в разведении. Тяжелых токсических осложнений связанных с проведением данной манипуляции не наблюдалось. Спустя 3–4 недели больным проводилась по показаниям адьювантная химиолучевая, системная химиотерапия. Получены результаты: 3-годичная выживаемость – 71,8%; 3-годичная безрецидивная выживаемость – 66,6%, местные рецидивы диагностированы у 5,1% больных.

Выводы. Полученные результаты подтверждают необходимость дальнейшего изучения и рандомизированной оценки данной методики.