

нение произошло у 6 больных (30%) в контрольной группе ($p < 0,05$).

3. Больным контрольной группы с развившимся ОПП проведение следующего этапа лечения (химиотерапия, лучевая терапия) было отсрочено до полного купирования осложнения, в то время как пациенты основной группы продолжили комплексное лечение по истечении послеоперационного периода.

РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО III СТ.

*Е.О. Манцырев, А.В. Важенин, А.А. Лукин,
А.С. Пащенко, М.Н. Миронченко*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

На сегодняшний день доказаны принципиальная возможность и переносимость различных вариантов комбинированного лечения, но объективная оценка их эффективности на достаточно репрезентативном клиническом материале не проведена из-за различий в применяемых методиках.

Цель исследования: оценить эффективность проведения комбинированного лечения с применением расширенных операций больным немелкоклеточным раком легкого.

Материалы и методы.

В Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере проводится ретроспективное исследование больных раком легкого после радикального хирургического и комбинированного лечения с 1995 по 2004 г.г. включительно. В исследование включено 456 пациентов с раком легкого I-III стадии. Больные были разделены на 4 группы с учетом проведенного лечения: 1.гр. проведено только хирургическое лечение без расширенных операций (ХЛ); 2.гр. проводилось только расширенное хирургическое лечение (Р); 3.гр. группе больные получали комбинированное лечение, первым этапом выполнялись стандартные операции, вторым – послеоперационная лучевая терапия (КЛ); 4.гр. первым этапом лечения выполнялись расширенные операции (РКЛ), вторым также в послеоперационном периоде проводили лучевое лечение. В группах с комбинированным лечением больным вторым этапом лечения проводилась послеоперационная дистанционная гамма-терапия на пути лимфооттока до СОД=40-44 изогр. Средний возраст паци-

ентов составил 60 лет. В исследуемых группах преобладали мужчины (84%). Опухоли преимущественно локализовались в правом легком (53%) и в верхних долях (59%). По гистологическому строению преобладал плоскоклеточный рак – 62%, аденокарцинома встречалась в 22% среди всех исследуемых, бронхиолоальвеолярный рак и другие морфологические формы в 9% и 7% соответственно. В группе с хирургическим лечением преобладали пациенты Ia и I в стадии – 24% и 65% соответственно, с расширенным хирургическим лечением – I в (62%), в группах с комбинированным лечением было больше больных с метастазами в лимфатические узлы корня легкого и средостения 70% (КЛ) и 89% (РКЛ). Во всех исследуемых группах чаще выполняли лобэктомию и пневмонэктомию.

Результаты.

Нами оценены результаты безрецидивной выживаемости при 3 стадии в группах с комбинированным лечением и комбинированным лечением с расширенным компонентом. Анализ полученных данных показал, что при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии произошло увеличение безрецидивной выживаемости на 10 месяцев, о чем говорит отчетливая тенденция, подтвержденная при использовании непараметрического критерия Манна – Уитни (вероятность ошибки 1го рода (P) составила 0,06). Анализ общей выживаемости также указывает на отчетливое увеличение при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии.

Заключение.

Сочетание расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии при лечении пациентов с немелкоклеточным раком легкого III стадии позволяет добиться увеличения безрецидивной и общей выживаемости, по сравнению с комбинированным лечением без применения системной ипсилатеральной лимфаденэктомии. Очевидным является факт наличия тенденции к увеличению качества и продолжительности жизни.

НАШ ОПЫТ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ

И.Н. Мухитдинова

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан
