

на рисунке. В I группе рецидив выявлен у четверых больных (8,0 %), во II – так же у 4 (13,3 %), а в III – у 7 больных (26,6 %). Статистически достоверно чаще рецидивы диагностировались у больных III группы в сравнении с пациентами I группы ($p = 0,02$).

Таблица 5

**Регрессия опухоли
в зависимости от стадии процесса**

Степень регрессии	Стадия процесса								
	I группа			II группа			III группа		
	ПВ	ША	ПВ	ША	ПВ	ША	ПВ	ША	ПВ
Резорбция	2	7	–	1	–	–	–	–	–
≥ 50 %	–	15	–	–	8	–	–	4	–
< 50 %	–	11	3	–	10	–	–	8	–
Стабилизация	–	12	–	–	10	–	–	14	1
Прогрессирование	–	–	–	–	–	1	–	1	2

Таким образом, проанализированный материал дает возможность сделать вывод о высокой непосредственной эффективности и снижении частоты рецидивирования опухолевого процесса у больных раком легкого, в комплексное лечение которых включена альтернирующая аутомиелохимиотерапия и лучевая терапия в режиме гиперфракционирования дневной дозы облучения в сравнении с традиционными методиками лечения.

Литература

1. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 году: заболеваемость и смертность. М., 2003.
2. Аксель Е.М. // Новое в терапии рака легкого. М., 2002. С. 8–15.
3. Shields Th.W., Karrer K. // Lung Cancer. 2-nd ed. Blackwell, 1998. P. 115–134.
4. Rosengart T.K. et al. // Ann. Thorac. Surg. 1991. Vol. 52. P. 773.
5. Михина З.П. // Новое в терапии рака легкого. М., 2003. С. 144–156.
6. Мусс В.Ф. и др. // Материалы III съезда онкологов и радиологов стран СНГ. Киев, 2004. С. 343.
7. Rea F. et al. // Acta chir. Ital. 1991. № 1. P. 950–959.
8. Бычков М.Б. // Новое в терапии рака легкого: Материалы конгресса ASCO 2002 г. (Орландо, США). М., 2003. С. 151–170.
9. Сидоренко Ю.С. Аутогемохимитерапия. Ростов н/Д, 2002.
10. Сидоренко Ю.С. Аутолимфохимитерапия. Ростов н/Д, 2003.
11. Николаева Н.В. Неоадьювантная аутомиелохимиотерапия в комплексном лечении больных местно-распространенным раком молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2003.
12. Левченко Н.В. Полихимиотерапия на аутокрови в консервативном лечении рака легкого: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2002.
13. Trovo M et al. // Cancer. 1990. № 65. P. 400–404.
14. Gatzemeier U. // Lung cancer. 1998. (Suppl. 1). Vol. 21. P. 28–29.

УДК 616-08-07:615.7:615.840:616.35-006.6

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

© 2006 г. Ф.Р. Джабаров

Chemoradiotherapy of patients with locally advanced and recurrent rectal cancer that includes alternating automyelochemotherapy and distant gamma-therapy in the regime of accelerated hyperfractioning of daily dose of radiation possesses high immediate efficacy in comparison with traditional methods ($p < 0,05$).

Рак прямой кишки вплоть до настоящего времени, несмотря на возросший уровень диагностических мероприятий, остается патологией поздней выявляемости. В связи с этим, согласно среднестатистическим данным, более чем у половины первичных больных рак прямой кишки диагностируется в III или IV стадии. По частоте запущенности рак данной локализации занимает третье место среди злокачественных новообразований [1] Л.А. Орловская с соавт. отмечает, что из 607 первичных больных раком прямой кишки, выявленных в РНИОИ, у 78,2 % был диагностирован рак ША и ПВ стадии и у 19,8 – рак IV стадии [2].

Практически это означает, что более чем половине таких больных может быть оказана специальная помощь, ограничивающаяся лишь паллиативными и симптоматическими мероприятиями.

В свете вышеизложенного становится понятным, почему, например, в Российской Федерации уже в течение первого года с момента установления диагноза

в 2004 г. умерло 35,2 % больных раком прямой кишки [2]. Приблизительно такие же показатели называют и зарубежные авторы.

Еще одна особенность заключается в том, что неуклонно растет число больных раком прямой кишки пожилого и преклонного возраста, что связано, по видимому, с увеличением продолжительности жизни [3]. По данным Национального института рака США, в 1992 г. 47,5 % мужчин и 46,2 % женщин, больных раком прямой кишки, были старше 65 лет [4]. Частота наличия сопутствующей патологии, общее состояние здоровья у этого контингента больных ограничивают возможности проведения агрессивных, высокотравматических вмешательств.

Хирургическое вмешательство является основным методом радикального лечения больных раком прямой кишки I–II стадий. Отдаленные результаты только хирургического лечения данной категории больных напрямую зависят от стадии процесса. Так, при I ста-

дии, по данным французских авторов, общая пятилетняя выживаемость составляет порядка 85, при II – около 60, а при III – 40 % [5]. По мнению японских исследователей из клиники Маоу, эти показатели находятся в пределах 85–90, 70–75, 30–35 % соответственно, а при IV стадии заболевания ниже – 5 % [6]. Это предопределяет необходимость переосмысления стандартных подходов к выбору показаний к хирургическому методу лечения рака прямой кишки с учетом локализации и степени местного распространения опухолевого процесса и целесообразность применения комбинированного и комплексного методов лечения.

Химиотерапия может применяться в качестве паллиативного метода лечения при неудаляемой местнораспространенной опухоли. Проведение химиотерапии на аутокрови по предложенной акад. РАМН Ю.С. Сидоренко методике не только улучшает показатели выживаемости, но и снижает токсический эффект проведенного лечения [7, 8].

Лучевая терапия занимает значимое место в лечении данной категории больных. Химиолучевое лечение неоперабельных больных – это единственно возможный путь оказания помощи, дающий шанс на перевод пациента в группу операбельных больных

Подведение больших значений суммарных очаговых доз (СОД) на весь объем малого таза сопровождается развитием лучевых реакций со стороны органов, расположенных в малом тазу. Развитие лучевых реакций вынуждает проводить расщепленные курсы лучевого лечения, что неблагоприятно сказывается на прогнозе заболевания. Поиск режимов оптимального фракционирования разовой очаговой дозы (РОД) при проведении дистанционной гамма-терапии (ДГТ) рака прямой кишки остается актуальной проблемой. Все вышесказанное и определяет актуальность проблемы проведения оптимальной консервативной терапии больных раком прямой кишки у которых либо в силу местной распространенности процесса, функциональной неоперабельности, генерализации заболевания, либо в силу категорического отказа от операции невозможно выполнение радикального хирургического вмешательства. В данном случае приоритетное место отводится лучевой и химиотерапии [9, 10].

Цель исследования – сравнить эффективность различных вариантов химиолучевого лечения больных местнораспространенным раком прямой кишки.

В исследование включено 100 больных с местнораспространенным или рецидивным раком прямой кишки, получивших комплексное лечение в отделении радиологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института. Формирование групп больных происходило после клинико-рентгенологического, эндоскопического и гистологического подтверждения диагноза. По способу лечения пациенты были разделены нами на 3 группы:

I – (основная группа) 40 больных, пролеченных комплексным методом, включающим альтернирующую аутомиелохимиотерапию и дистанционную гамма-терапию в режиме ускоренного гиперфракционирования дозы;

II – (контрольная группа 1) 30 больных, пролеченных комплексным методом, включающим инициа-

льную аутомиелохимиотерапию и ДГТ в режиме ускоренного гиперфракционирования дозы;

III – (контрольная группа 2) 30 больных, пролеченных комплексным методом, включающим инициальную стандартную химиотерапию и ДГТ в режиме ускоренного гиперфракционирования дозы.

При анализе полового состава анализируемой группы больных было установлено, что мужчин было 63,0 % (63 чел.), а женщин – 37 (37,0 %). Распределение больных по половому признаку соответствует литературным данным о более высокой заболеваемости раком прямой кишки у мужчин.

Состав исследуемых групп больных раком прямой кишки по полу, возрасту, степени распространенности опухолевого процесса, гистологической структуре опухоли и форме ее роста был статистически однородным, что позволило в дальнейшем провести сравнительный анализ непосредственных и ближайших результатов лечения. Основные характеристики групп представлены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика групп исследования

Характеристика групп		Группа			Всего (%)
		I	II	III	
Пол	муж.	31	20	22	73 (73,0)
	жен.	9	10	8	27 (27,0)
Степень распространенности опухоли	IIIВ стадия	25	19	18	62 (62,0)
	IIIС стадия	10	4	5	19 (19,0)
	Рецидив	5	7	7	19 (19,0)
Возраст	До 60 лет	14	11	11	36 (36,0)
	60–70	20	15	14	49 (49,0)
	Более 70	6	4	5	15 (15,0 %)

Как видно из представленных в табл. 1 данных, большинство больных находилось в возрасте от 60 до 70 лет – 49 чел., моложе 60 лет – 49, а старше 70 – только 15 чел. К IIIВ стадии относятся больные с $T_{3-4}N_1M_0$, а к IIIС – $T_{любая}N_2M_0$.

Структура макроскопических форм опухоли уточнена в большинстве случаев в ходе ревизии органов брюшной полости и изучения удаленных препаратов (табл. 2). При невозможности выполнения оперативного вмешательства макроскопическая форма опухоли определялась по данным физикального обследования.

Таблица 2

Характеристика форм опухолевого роста

Форма роста	Группа (%)		
	I	II	III
Экзофитная	5 (12,5±2,9)	3 (10,0±3,3)	4 (13,3±3,3)
Эндофитная	9 (22,5±3,1)	5 (16,7±3,1)	8 (26,7±2,9)
Смешанная	21 (52,5±2,3)	15 (50,0±2,1)	11 (36,7±2,4)
Рецидивы	5 (12,5±2,9)	7 (17,5±2,9)	7 (17,5±2,9)

Как видно из данных табл. 2, большинство больных имели смешанную форму роста опухоли, что, по-видимому, связано в первую очередь с распространенностью опухолевого процесса. Статистически дос-

товерных различий между долями форм роста в изучаемых группах нет

Гистологическое строение, в основном, было представлено аденокарциномой различной степени дифференцировки.

При оценке непосредственных результатов комплексного лечения использовали объективные и субъективные критерии. Непосредственный объективный эффект оценивали на 17–21-й день после завершения комплексного лечения, включающего в себя полихимиотерапию и дистанционную гамма-терапию в различных сочетаниях в зависимости от групп больных. Степень регрессии опухоли прямой кишки определяли клиническим, эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим методами. Регрессия экзофитных новообразований проявлялась в виде одновременного уменьшения всех размеров опухоли с увеличением просвета прямой кишки. При блюдцеобразной форме роста отмечалось сглаживание и уплощение краев опухоли, уменьшение ее диаметра. При эндофитных опухолях, особенно при инфильтративно-язвенных формах, определялось уменьшение глубины раковой инвазии стенки кишки с увеличением ее подвижности. Так же была отмечена различная степень регрессии гиперплазированных лимфоузлов. Сводные данные об эффективности химиолучевого лечения представлены в табл. 3.

Из представленных в табл. 3 данных следует, что у больных I группы статистически достоверно чаще была достигнута полная резорбция и выраженная регрессия опухоли (более 50 %) в сравнении с пациентами III группы. Следует обратить внимание, что в I группе не отмечено ни одного случая прогрессирования процесса.

Таким образом, химиолучевое лечение больных местно-распространенным и рецидивным раком прямой кишки, с включением альтернирующей аутомиелохимиотерпии и дистанционной гамма-терапии в режиме ускоренного гиперфракционирования суточной дозы облучения обладает высокой непосредственной

эффективностью по сравнению с традиционными методиками ($p < 0,05$).

Таблица 3

Непосредственная эффективность химиолучевого лечения

Степень регрессии	Группа наблюдения, абс. (%)		
	I (n = 40)	II (n = 30)	III (n = 30)
Резорбция	8 (20,0±2,7)*	2 (6,7±1,5)	–
Частичная регрессия:			
≥ 50 %	25 (62,5±4,4)*	14 (46,7±3,9)	9 (30,0±3,2)
< 50 %	5 (12,5±1,9)	7 (23,3±2,9)	11 (36,7±3,5)
Стабилизация	2 (5,0±1,4)	6 (20,0±2,8)	7 (23,3±2,9)
Прогрессирование	–	1 (3,3±0,8)	3 (10,0±1,7)

Примечание. $p < 0,05$ (сравнение показателей I и III групп).

Литература

1. Старинский В.В. и др. // Материалы V Всерос. съезда онкологов. Казань, 2000. Т. 1. С. 86–88.
2. Орловская Л.А. Химиотерапия на аутосредах в комплексном лечении рака желудочно-кишечного тракта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ростов н/Д, 2004.
3. Чиссов В.М., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. (заболеваемость и смертность). М., 2003.
4. Labianca R., Pessi M.A., Zamparelli C. // *Drugs*. 1997. Vol. 53(4). P. 593–607.
5. Erlichman C. et al. Event free and overall survival is increased by FUFA in resected B and C colon cancer: A prospectiv pooled analysis of 3 randomized trials // *Proc. ASCO*. 1994; ab.562.
6. Fujii Masashi et al. // *J. Jap. Soc. Cancer Ther*. 1995. Vol. 30. № 2.
7. Сидоренко Ю.С. Аутогемохимитерапия. Ростов н/Д, 2002.
8. Николаева Н.В. Неоадьювантная аутомиелохимиотерапия в комплексном лечении больных местно-распространенным раком молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2003.
9. Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг): Практическая онкология: Избранные лекции. СПб., 2004. С. 151–161.
10. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. М., 1997.

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ КАРЦИНОИДЫ

© 2006 г. С.З. Карташов, С.Н. Кабанов, Е.М. Непомнящая, Ю.Н. Лазутин, Е.Г. Войткевич, С.Ж.-П. Босенко

37 patients with bronchopulmonary carcinoids were treated at Rostov Cancer Research Institute during the period 1990–2005. 6 patients had highly-differentiated carcinoid – surgical treatment was performed. 3-year and 5-year survival was 92 %. 31 patients had low-differentiated carcinoid or neuroendocrinal cell cancer – they underwent complex treatment – surgery + 2 courses of autohemochemotherapy (EP scheme). Lifespan of 23 patients under surveillance was as follows: 3-year survival – 29 %, 5-year survival – 16 %.

Опухоли диффузной эндокринной системы, согласно международной классификации, называют карциноидами. Они возникают из одиночных гормонопродуцирующих клеток нервного происхождения – секреторных нейроцитов, образующихся из нейробластов нервного гребешка. Эти клетки обладают способностью захватывать аминокислоты, декарбоксилировать их с образованием нейрамина (серотонин, гистамин, допамин и др.) и полипептидных гормонов (мотилин,

секретин, гастрин, соматостатин, вазоактивный интестинальный полипептид (ВИП), инсулин, глюкагон, АКТГ, паратгормон, кальцитонин и др.). Их принято объединять в группу или серию APUD-клеток (Amine Precursors Uptake and Decarboxylation), чему в русской транскрипции соответствует аббревиатура ПОДПА (поглощение и декарбоксилирование предшественников аминов). Они рассеяны в слизистых оболочках желудочно-кишечного и респираторного трактов, а так-