

($p < 0,05$). Общая выживаемость больных раком молочной железы после различных видов лечения отличается не столь значительно как безрецидивная. Так, 5-летняя общая выживаемость у больных 1 группы составила $97,8 \pm 1,5\%$, у больных 2 группы - $93,7 \pm 2,4\%$. Однако возникновение рецидивов и метастазов рака молочной железы после лечения, несомненно, влияют на качество жизни больных.

Выводы.

Таким образом, применение интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в органосохраняющем лечении рака молочной железы $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ позволило достоверно улучшить результаты лечения больных.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОВРЕМЕННОГО ХИМИОЛУЧЕВОГО И ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКИХ

О.А. Гладков, Н.А. Шаназаров, О.В. Некрасова

Челябинский ОКОД
Тюменская ГМА
Тюменский ООД

В настоящее время сохраняется тенденция к росту частоты возникновения злокачественных новообразований в мире и в России. Так, в Российской Федерации за период с 1995 по 2009 гг. число больных с установленным впервые в жизни диагнозом злокачественного новообразования увеличилось почти на 20%. При раке лёгких остаётся на прежнем высоком уровне частота первичного обращения пациентов с распространённым опухолевым процессом. От 60 до 70% пациентов обращаются к врачу впервые уже в III-IV стадии заболевания. Разумеется, при такой распространенности опухоли возможность выполнения оперативного вмешательства сомнительна. Несмотря на большое разнообразие предложенных вариантов лучевой терапии больным местнораспространённым немелкоклеточным раком лёгких, до настоящего времени сохраняется невысокая результативность лечения. В качестве вариантов способствующих повышению эффективности терапии предложено использовать одномоментное проведение химиотерапии и лучевого лечения. Сравнительный анализ двух таких подходов и явилось целью нашего исследования.

Нами проведен анализ эффективности химиолучевого (I) и лучевого лечения (II) у 180 больных местнораспространённым немелкоклеточным раком лёгких. В первую группу составили 90 пациентов, получивших химиолучевое

лечение с января 2007 г. по май 2008 г. Во второй группе ретроспективно проведен анализ 90 пациентов, которым проводилось облучение первичной опухоли и путей лимфооттока в период с 2003 г. по 2006 г.

Дистанционная лучевая терапия во всех двух группах проводилась в одном и том же режиме и выполнялась с суммарной очаговой дозой на лимфатические узлы средостения и корень легкого на стороне поражения до 40-46 Грей и на опухоль легкого до 60-66 Грей. Облучение проводилось в традиционном режиме фракционирования с разовой дозой 2 Гр в день в течение 5 дней каждой недели. В группе I лечение начиналось одномоментно с введением цитостатиков и продолжалось в течение двух циклов по схеме ЕР. В подгруппе А первый день облучения начинали одновременно с проведением пациентам первого дня 3 цикла лечения. Лучевая терапия выполнялась на протяжении 3 и 4 циклов химиотерапии. В подгруппе Б первый день лучевого лечения соответствовал 1 дню 1 цикла химиотерапии.

Общий непосредственный эффект от проведенного лечения был значимо выше в группе I – у 68,8% больных, в сравнении с группой II – у 44,4%, $p=0,0009$. Частота полных резорбций опухоли в I группе была также достоверно выше, чем во второй, 18,8% и 5,5% соответственно, $p=0,0091$. В I группе гранулоцитопения 3-4 степени отмечена у 41,1% больных, тромбоцитопения 3-4 степени – у 3,3%. Во II группе только у 2 больных (2,2%) зарегистрирована гранулоцитопения 1 ст. У больных в группе I значительно чаще отмечались эпителииты по сравнению с группой II, 19,5% и 2,2% соответственно, $p=0,0005$. Эпидермиты 1-2 степени у 7,3% и 1,1% соответственно, $p=0,059$.

Таким образом, непосредственный эффект химиолучевого лечения достоверно выше, чем в группе лучевой терапии. В то же время побочные эффекты и лучевые реакции встречаются достоверно чаще в группе больных получивших одномоментное химиолучевое лечение.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКИХ

О.А. Гладков, Н.А. Шаназаров, Б.Т. Жусупова

Челябинский ОКОД
Тюменская ГМА
Онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан

Рак лёгких является самым распространённым онкологическим заболеванием, занимая 1 место у мужчин и 10 - у женщин в структуре заболеваемости. Распространённость злокачественной опухоли лёгких по России составляет 79,5 человек на 100 тыс. населения. Летальность в течение года с момента установления диагноза злокачественной опухоли лёгких составляет 56 человек на 100 тыс. населения. Особое внимание заслуживает мелкоклеточный рак легких.

Мелкоклеточный рак легких характеризуется ускоренным ростом опухолевых клеток и, как следствие, высоким потенциалом метастазирования. Этот факт обеспечивает начальную чувствительность опухоли к цитостатикам, лучевому лечению, что и определяет выбор терапевтической тактики. Несмотря на большое количество препаратов, активных при мелкоклеточном раке легких, комбинации этопозида с цисплатином (EP) и с циклофосфаном, доксорубицином, винкристином (CAV) стали стандартными режимами химиотерапии. Для локализованного мелкоклеточного рака легких режим EP является наиболее оптимальным в сочетании с облучением опухоли, так как обладает лучшим профилем токсичности в сочетании с лучевой терапией.

В то же время следует отметить, что проведение одной только химиотерапии в лечении пациентов с локализованным мелкоклеточным раком легких сопровождается высоким количеством местных рецидивов - более чем у 75% завершивших лечение. Дополнительное назначение лучевой терапии приводит к значительной, от 30% до 60%, редукции риска интраторакальных рецидивов болезни. В настоящее время существует несколько теоретических обоснований комбинации двух методов лечения:

1) лучевая терапия может начать воздействовать на большие опухолевые массы раньше, чем химиотерапия уничтожит микрометастазы опухоли вне пределов радиационного поля;

2) лучевая терапия может улучшить выживаемость, потому что локальная прогрессия сама по себе может являться причиной смерти, и повышение эффективности местного воздействия может уменьшить возможную диссеминацию;

3) комбинация методов может раньше преодолеть наступление химиорезистентности, чем химиотерапия и лучевая терапия, проведенные отдельно.

Одновременное химиолучевое лечение получило широкое распространение в последние годы при лечении злокачественных опухолей различной локализации. Такой подход сопровождается повышением общей эффективности лечения и вместе с тем, увеличением числа токсических реакций. Роль одномоментного проведе-

ния химиотерапии и лучевого лечения при лечении пациентов мелкоклеточным раком лёгких изучена недостаточно, что явилось целью проведения нашей работы.

С января 2004 г. по апрель 2007 г., нами было проведено исследование, в которое было включено 79 больных ограниченным мелкоклеточным раком, получивших одновременное химиолучевое лечение. Группой сравнения явились ретроспективно оцененные истории болезни 40 пациентов с сентября 2002 г. по январь 2004 г., которые получил лучевую терапию и химиотерапию последовательно.

Все больные получали 4 цикла химиотерапии по стандартной схеме EP, которая заключалась во внутривенном введении препарата цисплатин в дозе 80 мг/м² в 1 день лечения и препарата этопозид в дозе 120 мг/м² с 1 по 3 дни терапии. Всем больным проводилась также лучевая терапия. В группе одновременного химиолучевого лечения (I) дистанционная гамма-терапия осуществлялась одновременно с лекарственным лечением, причём в подгруппе А лучевую терапию проводили с 1 дня старта химиотерапии, в подгруппе Б - с 43 дня от начала назначения противоопухолевых препаратов. В группе последовательного лечения (II) гамма-терапию осуществляли последовательно, после завершения химиотерапии и купирования токсических реакций, с 64 дня от момента начала лечения проводили облучение первичной опухоли и зон регионарного метастазирования.

Общая эффективность в группе I составила 79,7% , в группе II – 67,5%, $p=0,12$. Отмечено преобладание больных с нейтропенией 3-4 степени в группе I – у 19% по сравнению с группой II – у 2,5%, $p=0,0178$. Частота фебрильных нейтропений была выявлена у 3,8% больных в группе I и не была отмечена в группе II, $p=0,2$. Тошноту 1-2 степени в группе I отмечалась у 44,3% больных, в группе II – у 2,5% пациентов, $p=0,00001$. Рвота 1-2 степени у 10,1% и 2,5% в группе I и группе II соответственно, $p=0,177$. Без существенных различий между группами пациентов регистрировались такие осложнения, как тромбоцитопения, гиперкреатининемия, эзофагит и пневмонит. Всего перерывы в лечении были необходимы 14 пациентам в группе I, в группе II временного прекращения терапии не потребовалось. Для всех больных медиана времени до прогрессии составила 14 мес., общей выживаемости - 23 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами отмечено не было.

Таким образом, проведение одновременного химиолучевого лечения у больных с ограниченным мелкоклеточным раком лёгких не выявило преимуществ в сравнении с последовательным

проведением химио- и лучевой терапии. Кроме того, одномоментное лечение сопровождается более частым развитием токсических реакций.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Л.К. Дигай, Н.А. Шаназаров

РДЦ, г. Астана, Казахстан
Тюменский ООД

Цель работы: определение диагностической эффективности УЗИ и МРТ в мониторинге эффективности лечения рака шейки матки.

Материалы и методы исследования.

Материалом для исследования послужили данные о больных раком шейки матки, проходивших лечение за период с 2004 до 2009 годы в городском онкологическом диспансере г. Астаны. Группу исследованных составили 95 больных РШМ, которым МРТ было проведено в качестве мониторинга эффективности проводимых методов лечения. Был проведен сравнительный анализ результатов, полученных после лечения, с данными МРТ, проведенного этим же больным до лечения.

Результаты и выводы.

Проанализировано значение МРТ и УЗИ в мониторинге лечения 95 больных раком шейки матки.

При выявлении онкологического процесса в шейки матки больным назначались различные виды специального лечения в зависимости от стадии заболевания. На начальных стадиях заболевания, в основном, проводилось оперативное лечение. Если при проведении гистологического исследования у больных выявлялись регионарные метастазы в лимфатических узлах, то больным назначались адьювантные курсы лучевой или химиолучевой терапии. Начиная со II стадии заболевания, основным методом лечения являлась лучевая терапия. Проведен анализ эффективности лечения в зависимости от проводимого метода лечения.

Оперативное лечение проведено 42 больным, из них в 7 случаях в самостоятельном варианте, в сочетании с лучевой терапией у 21 и в сочетании с химиолучевой терапией у 14 женщин.

Расширенная экстирпация матки с придатками произведена 5 больным с Carcinoma in situ и 2 больным с I стадией рака шейки матки

(T₁N₀M₀). При предоперационном обследовании у 1 больной были увеличены подвздошные лимфатические узлы, однако при гистологическом исследовании выявлена гиперплазия лимфоидной ткани. При проведении магнитно - резонансной томографии в сроки через 1-4 месяца после хирургического лечения и неоднократного ультразвукового исследования малого таза в течение 6 месяцев патологических изменений в малом тазу не выявлено. В данной группе больных течение послеоперационного периода протекало без осложнений, и не было выявлено прогрессирования или рецидивирования заболевания. Учитывая благоприятный прогноз у больных с Carcinoma in situ и I стадией рака шейки матки (T₁N₀M₀) после оперативного лечения, эффективность МРТ в мониторинге лечения не превышает эффективность УЗИ.

В группе больных, которым проведено комбинированное (операция+лучевая или операция+химиолучевая терапия) лечение магнитно-резонансная томография проводилась в сроки от 1 до 5 месяцев после хирургического лечения. У абсолютного большинства больных (91,4±12,4%) органической патологии в малом тазу не выявлено: матка и яичники не определяются. Влагалище обычной формы, структура его однородная. Мочевой пузырь обычной формы, в полости пузыря дополнительных образований не выявлено. Тазовая клетчатка неравномерно уплотнена, без очаговых изменений. Тазовое кольцо, лобковый симфиз без особенностей. Лимфатические узлы паховой области, внутритазовые лимфатические узлы не лоцируются. Данное описание совпадает как при проведении УЗИ, так и при проведении МРТ.

У 3 больных (8,6±12,4%) при проведении МРТ в полости малого таза выявлены изменения. У 1 больной через 1 месяц после операции выявлен выпот в малом тазу, у 1 больной через месяц, у другой больной через 2 месяца в полости малого таза отмечена инфильтрация. Данным больным проведены дополнительные курсы химиотерапии. У больной с выпотом в малом тазу, при проведении контрольного обследования, патологии со стороны органов малого таза не выявлено. У 2 больных с инфильтрацией области послеоперационного вмешательства в полости малого таза, несмотря на проводимую химиотерапию через 15 и 20 месяцев развились рецидивы заболевания.

В данной группе больных при проведении ультразвукового исследования в указанные сроки патологии не было выявлено, патологические изменения были выявлены при более поздних сроках обследования, в среднем на 2 недели позже проведения МРТ.