

52,2%), По степени распространения метастазов у большинства больных обеих групп метастазы отсутствовали ($T_3N_0M_0$).

Результаты и их обсуждение.

После проведенной лучевой терапии было примерно одинаковое количество больных в обеих группах (соответственно 40% и 36%). Больных с частичной регрессией опухоли в I группе было немного больше (50%), чем во II группе (44%). Без эффекта оставались 10% больных I группы и 16% больных II группы. У всех больных II группы с полной регрессией опухоли через 1,5-2 года развивался рецидив, в связи, с чем им, а также больным с частичной и без регрессии опухоли выполнялась ЛЭ. После ЛЭ питание больного восстанавливали через рот, а дыхание через трахеостому. Основным недостатком данной операции является утрата голосовой функции, восстановление которой с использованием логопедических методик неодинаково успешна.

Анализ полученных данных по срокам появления рецидивов и метастазов показал, что после ДГТ рецидивы и метастазы чаще развивались в сроки 1-3 года (соответственно 25% и 15%), причем они проявлялись уже в 1 год после начала лечения в 5% и 10% случаев, достигая максимума к 3 году и уменьшаясь к 5 годам до 5%. В группе больных, получивших комбинированное лечение с выполнением операции - ЛЭ, наибольшая численность больных с рецидивами и метастазами отмечена в течение первого года после начала лечения (соответственно 4% и 12%); в сроки 1-3 лет и 3-5 лет в равных количествах развивались только метастазы (по 4%), рецидивов не было.

5-летняя выживаемость в группе больных с ДГТ была также ниже (40,8%), чем в группе больных с ДГТ+ЛЭ (67,3%). При сравнении выживаемости больных этих групп данные статистически достоверны ($P < 0,05$). В этот период в I группе умерших не было, а во II группе умерло 2 (4,3%) больных.

Таким образом, комбинированное лечение с включением ЛЭ позволило сократить в 2,7 раз развитие рецидивов метастазов на протяжении 5 лет после начала лечения, увеличить 3-х и 5-летнюю выживаемость больных по сравнению с чисто ДГТ, сократить общую смертность с 59,1% до 32,6%. Полученные данные показывают явное преимущество комбинированного метода лечения ДГТ+ЛЭ над чисто ДГТ. Однако, реабилитация больных РГ III стадии, потерявших орган после калечащей операции - ЛЭ, представляется очень трудной и до конца нерешенной проблемой. Поэтому больные часто категорически отказываются от данной операции.

ТЕМОДАЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ

В.М. Ноздрин, М.М. Шабаева, В.В. Кутуков

ОКБ №2 им. проф. И.Н. Аламдарова
АООД, АГМА

Актуальность работы обусловлена тенденцией неуклонного роста нейроонкологических заболеваний, как во всем мире, так и в Астраханской области. Термин «глиома» обозначает смешанную группу опухолей, биологические особенности, лечение и прогноз которых могут быть значимо различными. Степень злокачественности глиомы – исторически сложившееся понятие морфологической классификации астроцитарных глиом, предложенное Kemogham в 1947 году и уточненное Daumas-Duport в 1989 году. Злокачественные глиомы составляют 40-60% от всех первичных опухолей ЦНС. Прогноз лечения этих опухолей неблагоприятный, а качество жизни больных страдает от тяжелых неврологических нарушений и осложнений применяемого в настоящее время комбинированного лечения. Несмотря на использование всего комплекса противоопухолевого лечения, средняя продолжительность жизни больных низкодифференцированными глиомами в настоящее время не превышает 1 года (Олюшин В.Е., 2009; Birkholz D. et al., 2005). Основным методом лечения опухолей головного мозга является оперативный. Однако, несмотря на значительное развитие нейрохирургии, инфильтративный характер роста злокачественных глиом и опасность повреждения жизненно важных структур мозга не позволяют радикально удалять новообразование при хирургическом вмешательстве (Голанов А. В., 1999; Lacroix M. et al., 2001; Pang B. C. et al., 2007). В этих случаях производится лишь частичное удаление новообразования или биопсия. Поэтому, наряду с оперативным лечением, важнейшими компонентами терапии пациентов злокачественными глиомами являются лучевая и химиотерапия (Кобяков Г.Л. и соавт., 2004; Bredel M. et al., 2002). При рецидивах или прогрессировании заболевания химиотерапевтическое лечение применяется значительно чаще и нередко является единственно возможным методом лечения. На протяжении последнего десятилетия в терапии злокачественных глиом были использованы все новые химиотерапевтические препараты для лечения солидных опухолей, а также их комбинации, но значительных улучшений добиться не удалось. При применении различного вида цитостатиков химиотерапевты сталкиваются с проблемой побочных эффектов, наиболее серьезными из которых

являются кумулятивные миелотоксичность и нефротоксичность, ухудшающие качество жизни пациентов и подчас заставляющие прекращать лечение при положительной динамике влияния препарата на саму опухоль. Развитие токсических осложнений химиотерапевтического лечения требует активной симптоматической терапии и лечения пациентов в специализированных химиотерапевтических стационарах.

Цель работы: изучить непосредственную эффективность и показатели выживаемости у больных со злокачественными глиомами, получившими комбинированное лечение. Улучшение непосредственных и ближайших результатов комплексного лечения больных злокачественными опухолями головного мозга с помощью химиотерапевтического препарата Темодал.

Материал и методы.

Анализ историй болезни 35 пациентов, оперированных в НХО ОКБ №2 за 2005-2009 гг. по поводу злокачественной глиомы головного мозга с последующим лечением в химиотерапевтическом отделении ГУЗ ООД препаратом Темодал. Проводилась оценка клинической картины, данных МРТ, морфологии опухоли, состояния качества жизни больного по шкале Карновского в дооперационном периоде и после комбинированного лечения.

Результаты и обсуждение.

Сложность представляет то, что организационно нейроонкологические больные являются, как правило, пациентами нейрохирургических клиник и не наблюдаются собственно онкологами, которые, в свою очередь, не специализированы в неврологии. Так что в России химиотерапия остается малоосвоенным и неубедительным терапевтическим методом для большинства врачей, имеющих отношение к лечению больных с опухолями головного мозга.

Темодал (темозоламид) – препарат, применяемый для лечения злокачественных глиом, относится к группе алкилирующих препаратов 2-го поколения - имидазотетразинов. Основной фармакокинетической особенностью темодала является практически стопроцентная биодоступность при приеме внутрь. Являясь небольшой по размерам липофильной молекулой, темодал легко проникает через гематоэнцефалический барьер и накапливается в тканях опухоли в концентрациях, достаточных для реализации противоопухолевой активности, что особенно важно при лечении опухолей ЦНС. Кроме того, Темодал обладает способностью подавлять в опухолевой клетке активность ряда ферментов, ответственных за репарацию ДНК.

После проведенного оперативного вмешательства в химиотерапевтическом отделении ГУЗ

ООД лечение Темодалом получили 35 пациентов со злокачественными глиомами в возрасте 24-68 лет. У всех больных диагноз подтвержден морфологически. 75% пациентов получали лечение по поводу рецидива заболевания. Темодал назначали по стандартной схеме – 200 мг\м² один раз в день - утром, натощак, в течение 5 дней подряд 28 дневным курсом лечения. Если больной ранее получал химиотерапевтическое лечение, то доза препарата составляла 150 мг\м² 1 раз в сутки. Каждому больному было проведено от 2 до 9 курсов лечения темодалом. Эффективность лечения оценивалась по наиболее распространенному в нейроонкологии критерию McDonald. Объективный ответ - полный или частичный - был получен у 35% пациентов, у 20% - стабилизация заболевания. Таким образом, общий ответ составил 55%. Шестимесячная выживаемость без рецидива составила 30%. Общее состояние больных по Карновскому составило 43 балла до лечения, после комбинированного лечения – 57 баллов. Препарат хорошо переносился больными. Токсичность III-IV степени была отмечена лишь у одного пациента. Тошнота и рвота имели слабую или умеренную выраженность и легко купировались стандартными антиэметиками.

Клинический пример: Пациент Н., 42 года, оперирован по поводу анапластической астроцитомы правого полушария. Из-за распространенности процесса, прорастания в дисцифальные отделы, радикальное хирургическое лечение было невозможно. Объем операции – частичное удаление. На момент оперативного лечения общее состояние оценивалось как тяжелое – самостоятельно не передвигался, не мог себя обслуживать, умеренно выраженные эмоционально-мнестические нарушения, пациент нуждался в постороннем уходе. По шкале Карновского - 40 баллов. В послеоперационном периоде проведен первый курс химиотерапии Темодалом в стандартном 5 дневном режиме (Темодал получен пациентом бесплатно по системе дополнительного лекарственного обеспечения). Пациенту амбулаторно проведено еще 3 курса химиотерапии под контролем районного онколога и химиотерапевта. Состояние пациента значительно улучшилось – стал самостоятельно передвигаться, обслуживать себя, адекватно контактен. По шкале Карновского – 60 баллов. Контрольное обследование МРТ в динамике подтвердило положительную динамику после проведения 4 курсов Темодалом. В последующем проведен курс лучевой терапии в ООД. Общая продолжительность жизни пациента - 3 года.

Выводы: химиотерапия стала одним из основных методов лечения больных со злокачественными опухолями головного мозга, однако ее

рациональное использование возможно только при условии координации действий нейрохирургов, радиологов и химиотерапевтов.

В случаях, когда хирургическое лечение представляется нецелесообразным из-за диффузного характера роста опухоли или ее расположения в функционально значимых зонах головного мозга, возможно использование лучевой терапии и химиотерапии как самостоятельных методов лечения. Использование Темодала в лечении злокачественных глиом приводит к убедительным хорошим результатам. Препарат значительно продвинул вперед возможности лечения злокачественных глиом, увеличив продолжительность жизни пациентов без ухудшения качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*А.М. Сухоруков, А.А. Поздняков,
Д.Н. Тараденко, А.Е. Попов*

Красноярского ГМУ
ГКБ №20 им. И.С.Берзона, г. Красноярск

Статистические данные свидетельствуют о том, что в Российской Федерации сегодня колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций. За последние 20 лет рак толстой кишки переместился в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации с 6-го на 3-е место.

Скрытое течение заболевания на ранних стадиях развития, трудности в диагностике ведут к высокой частоте запущенных случаев и как следствие высокой летальности. По данным М.И. Давыдова, Е.М. Аксель (2002), на 100 вновь выявленных больных раком ободочной и прямой кишки приходится более 70 умерших, из них на 1-м году с момента установления диагноза — около 40%. Данное обстоятельство обусловлено тем, что при первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III-IV стадии) диагностируются у 71,4% больных раком ободочной кишки и у 62,4% в случаях заболевания раком прямой кишки.

С 1993 года в г. Красноярске функционирует специализированный городской колопроктологический центр (ГЦК) на базе городской клинической больницы №20, оказывающий плановую и круглосуточную экстренную помощь.

За период с 1993 года в отделении колопроктологии пролечено 2737 больных с различными формами рака толстой кишки. Ежегодно госпита-

лизуется в среднем 161 больной, из них 1013 (37%) госпитализированы по экстренным показаниям с явлениями обтурационной толстокишечной непроходимости. За последние 5 лет эти показатели составили соответственно 181 больной и 44% экстренно госпитализированных, а за последний 2009 год 221 и 50%. Таким образом, отмечается не только общее увеличение количества больных злокачественными новообразованиями толстой кишки, но и рост удельного веса осложненных форм этой патологии. В настоящее время более четверти коечного фонда специализированного проктологического отделения занято больными с опухолевым поражением толстой кишки.

Диагностическая тактика у экстренных больных подразумевает, наряду с общеклиническим обследованием, применение обзорной рентгенографии брюшной полости, ирригоскопии, по показаниям - колоноскопии, с целью уточнения топической локализации опухолевого процесса. Лечение больных начинали с консервативных мероприятий, заключавшихся в опорожнении кишки очистительными клизмами, коррекции нарушений водно-электролитного баланса. Больные с кишечной непроходимостью, успешно устраненной консервативными мерами, были подготовлены к операциям в плановом порядке. Следует отметить, что при локализации опухолевого процесса в прямой кишке консервативные мероприятия чаще приводили к устранению явления острой толстокишечной непроходимости в 56,4% случаев (545 больных), в то время как при локализации опухоли в ободочной кишке эффективность консервативной терапии составила лишь 18,4% (326 больных).

Безуспешность консервативного лечения в течение 4-6 часов, нарастающая картина непроходимости, развитие перитонита или других осложнений явились показанием к экстренному оперативному вмешательству. В хирургическом лечении рака толстой кишки, осложненного обтурационной непроходимостью, придерживаемся главного принципа: не только ликвидировать непроходимость, но и, по возможности, произвести радикальное удаление опухоли при первом же вмешательстве. Преимущество радикальной операции основано на первичном устранении источника интоксикации и дальнейшего прогрессирования злокачественного процесса. Важно исходно, совместно с анестезиологом, оценить возможности пациента перенести оптимальный объем вмешательства.

При анализе возрастной характеристики группы больных, экстренно госпитализированных с осложненными формами рака толстой кишки, наибольшее число вошло в возрастную