

## ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТИМОМОЙ

В.Д. ЧХИКВАДЗЕ, С.В. ГОНЧАРОВ, О.А. ЯДИКОВ, П.Г. КОЛЕСНИКОВ

ФГУ «Российский научный центр Рентгенорадиологии», г. Москва

**Актуальность.** Опухоли вилочковой железы относятся к наиболее частым новообразованиям средостения, термин «тимома» относится только к опухолям, развивающимся из эпителия паренхимы вилочковой железы. Необходимость хирургического лечения опухолей вилочковой железы в настоящее время не вызывает сомнений, однако показания к применению лучевой терапии и современных цитостатиков в составе комбинированной терапии с целью улучшения отдаленных результатов лечения и сегодня окончательно не определены. Считаем, что представления о прогнозе заболевания помогут уточнить показания к послеоперационной лучевой и химиотерапии.

**Материал и методы.** Нами изучены истории болезни 77 пациентов с тимоматами, которым было проведено лечение в РНЦРР с 1977 по 2006 г., мужчин было 32 (41,5 %), женщин – 45 (58,4%), радикальное лечение проведено 35 (45,4 %), паллиативное и симптоматическое – 42 (54,6%) пациентам. Все пациенты были разделены нами на 2 группы. Группа неблагоприятного прогноза. В нее вошли пациенты, у которых в течение первых 5 лет наблюдения развился рецидив тимомы или они умерли от ее прогрессирования. Во вторую группу (благоприятного прогноза) вошли больные, пережившие 5-летний период без рецидива. В группах мы проанализировали все признаки, которые на основании собственного опыта и данных литературы (гистологический тип, стадия по Masaoka, пол, средний возраст, миастенический синдром) могли оказать влияние на отдаленный результат лечения. Используя критерий  $\chi$ -квадрат для качественных признаков и Т-критерий для количественных признаков, лишь по гистологическому типу и стадии тимомы по Masaoka мы получили статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ) между группами. Для разработки алгоритма индивидуального прогнозирования течения заболевания у больных с тимоматами мы использовали

«последовательный анализ Вальда». Расчет ПК осуществляли для 2 достоверно различающихся признаков между группами – гистологического варианта опухоли и стадии по Masaoka.

**Результаты.** Для гистологического типа тимомы рассчитанные показатели составили: тип А, АВ, В1 – ПК –5,38 баллов, для В2, В3 – ПК +2,3 и самый высокий ПК (+7,19) составил для гистологического типа С, для стадии заболевания ПК составили для I ст. – –5,63, для II ст. – ПК –2,92, для III ст. – ПК +2,56, для IV ст. ПК составил +7,1 баллов. Проверка предложенной системы показала, что среднее значение ПК у больных с неблагоприятным прогнозом составило  $(5,36 \pm 7,19)$  балла, а для пациентов с благоприятным прогнозом  $-4,02 \pm -8,3$  балла, и эти различия также оказались статистически достоверными ( $p < 0,01$ ). Дальнейшими исследованиями мы установили, что пациенты с суммарным ПК от –3 до 4 баллов имеют вероятность прогрессирования более 50 %, данная группа требует постоянного динамического контроля, при необходимости дополнительного послеоперационного лечения, а при значении ПК более 4 баллов, риск прогрессирования у них крайне высок (выживаемость составляет 28,36 мес), что требует дополнительного послеоперационного химиолучевого лечения. Напротив, если ПК составляет 3 и менее баллов, то пациентам не требуется дополнительного адъювантного лечения и необходимо стандартное послеоперационное наблюдение.

**Выводы.** Основными параметрами, характеризующими течение опухолей вилочковой железы, оказывающими влияние на длительную выживаемость, являются гистологический тип опухоли и ее стадия. Предложенная нами система требует дальнейшей оценки и апробации на большем клиническом материале с наличием проспективной группы с поиском новых клинических, морфологических и молекулярно биологических критериев прогноза.

Тем не менее, на наш взгляд, предложенная система прогноза уже сегодня может служить дополнительным фактором для определения

показаний к комбинированному и комплексному адьювантному лечению больных опухолями вилочковой железы.

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ III СТАДИИ

**А.В. ШЕЛЕХОВ, В.В. ДВОРНИЧЕНКО, И.В. ПАНФЕРОВ,  
А.В. ШЕВЧУК, А.В. БЕЛОНОГОВ**

*ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»*

*Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, г. Иркутск*

**Цель исследования.** Предложить программу лечения рака прямой кишки, включающую предоперационную химиотерапию.

**Материал и методы.** В исследование вошли 20 больных раком прямой кишки III стадии, их них 14 мужчин и 6 женщин. Средний возраст пациентов равнялся  $57,6 \pm 1,2$  года. Гистологическая структура опухоли: у 16 пациентов (80%) – умереннодифференцированная аденокарцинома, у 4 (20%) – низкодифференцированная аденокарцинома. На этапе предоперационного лечения мы проводили неоадьювантную химиотерапию в сочетании с предоперационной лучевой терапией. На первом этапе лечения проводилась дистанционная гамма-терапия классическим фракционированием с одномоментным назначением с первого дня химиотерапии по схеме IFL (1, 8, 15, 22-й день): Иринотекан –  $100 \text{ мг/м}^2$ ; 5-фторурацил –  $500 \text{ мг/м}^2$ ; Лейковарин –  $20 \text{ мг/м}^2$ . Предоперационная лучевая терапия в режиме классического фракционирования на проекцию опухоли прямой кишки и пути регионарного метастазирования проводилась средней очаговой дозой 44 Гр. Оперативное вмешательство проводилось через 3–4 нед после окончания химиолучевого лечения. Удаленный препарат подвергли гистологическому исследованию.

**Результаты.** Под воздействием предоперационной химиолучевой терапии отмечено сокращение протяженности опухолевого роста с  $9,1 \pm 0,8 \text{ см}$  до  $2,9 \pm 0,6 \text{ см}$ , увеличение расстояния от анального канала до дистального края новообразования с  $4,9 \pm 1,1 \text{ см}$  до  $6,5 \pm 0,9 \text{ см}$ . В 2 случаях отмечена макроскопическая

редукция опухолевого процесса – визуально опухолевого роста при проведении эндоскопического осмотра не выявлено, при гистологическом исследовании удаленного препарата обнаружены единичные опухолевые клетки. В динамике при сканировании трансректальным датчиком злокачественного новообразования отмечено снижение максимального размера инвазии опухоли в стенку прямой кишки с  $38,0 \pm 1,3 \text{ мм}$  до  $22,0 \pm 2,4 \text{ мм}$ . При ультразвуковом исследовании до проведения неоадьювантной терапии у 12 пациентов (60,0%) диагностирован рост опухоли в параректальную клетчатку, у 8 (40,0%) – инфильтрация субсерозы или ткани перитонизированных отделов прямой кишки. После проведения предоперационной химиолучевой терапии в 3 случаях (15,0%) отмечена полная редукция опухолевого процесса, в 4 наблюдениях (20,0%) – уменьшение инвазии опухолевого процесса до подслизистого слоя, в 5 (25%) – до мышечного слоя. В 8 случаях (40,0%) выявлено снижение степени инвазии опухоли от параректальной клетчатки к субсерозному слою. Выполнены следующие оперативные вмешательства: брюшно-промежностная экстирпация – 3, передняя резекция прямой кишки – 9, брюшно-анальная резекция прямой кишки – 8 пациентам. Двум больным после проведения неоадьювантного лечения удалось выполнить сфинктеросохраняющие операции, изначально опухоль располагалась на расстоянии – 2 см и 1,5 см от ануса. Послеоперационный период протекал без осложнений. Летальности в послеоперационном периоде не было. Лечебный патоморфоз оценивали по классификации