

ПАЛЛИАТИВНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

*Кайдаров Б.К., Хожжаев А.А., Балтаев Н.А.,
Шатковская О.В., Тумабаева Х.Т., Кайдарова А.Б., Афонин Г.А.*

Городской онкологический диспансер,

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Рак желудка (РЖ) на протяжении последних лет продолжает занимать одно из лидирующих мест в структуре онкозаболеваемости населения нашей республики. Так удельный вес запущенной (IV) стадии заболевания в 2008 году составил 29,7% (среднереспубликанский показатель), занимая I-е место среди всех нозологических форм злокачественных новообразований. Данное обстоятельство диктует необходимость поиска способов повышения эффективности паллиативного лечения и качества жизни (КЖ) этого контингента больных.

Цель работы: определение основных показателей КЖ и повышение эффективности паллиативного лечения больных РЖ запущенной (IV) стадии.

Материал и методы. В настоящее исследование включено 68 пациентов РЖ IV стадии, находившихся на лечении в Городском онкологическом диспансере г. Алматы в 2008-2010 гг. В соответствии с задачами исследования пациенты составили следующие группы: I (основная) группа – пациенты, получившие паллиативное комбинированное лечение: циторедуктивная гастрэктомия и послеоперационные курсы ПХТ согласно стандартам лечения (27 больных); II (контрольная) группа – больные, которым проведено паллиативное терапев-

тическое лечение – курсы ПХТ + симптоматическая терапия (41 пациент). Оценка КЖ проводилась посредством модульного опросника оценки функций в онкологии – FACT-Ga (version 4), включающего 27 вопросов, которые формируют 4 шкалы: физического, социального (включая семейное), эмоционального функционирования, благополучия в повседневной жизни и специфического модуля, содержащего 19 вопросов. В 1-й точке исследования КЖ (до начала лечения) показатели шкал опросника FACT-Ga в исследуемых группах не имели достоверных отличий ($p > 0,05$).

Результаты. Сравнительная оценка КЖ в основной группе по отношению к контрольной показала, что статистически значимые различия ($p < 0,05$) по среднему баллу шкал опросника FACT-Ga были выявлены по всем 4 базовым шкалам и дополнительному модулю во всех точках исследования после начала лечения. При этом медиана выживаемости составила в основной группе 13,9 мес, а в контрольной – 6,4 мес ($p < 0,05$).

Выводы. Выполнение циторедуктивной гастрэктомии при запущенной (IV) стадии РЖ позволяет добиться улучшения отдаленных результатов лечения и КЖ этих больных.

ПАТОМОРФОЗ ОПУХОЛИ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА

Мальшиев Н.В., Сирота В.Б., Тургунов М.Б.,

Панибратец А.П., Шерстов С.Ю., Досманова Е.А.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан

Задачи исследования: определение частоты встречаемости патоморфоза рака молочной железы (РМЖ) при разных видах неоадьювантной терапии в зависимости от иммуногистохимического фенотипа опухоли.

Материалы и методы исследования. Морфологическому исследованию подвергнут послеоперационный материал 313 больных РМЖ, получивших комплексное лечение в ООД. Экспрессия ER, PR и Her2/neu определялась с помощью иммуногистохимического анализа в соответствии с национальными и международными рекомендациями 2006 года. Опухоль классифицировалась, как ER и/или PR положительная при окрашивании более 10% опухолевых клеток. Оценка экспрессии Her2/neu проводилась по шкале Hercep-Test: 0-1+ - отрицательная экспрессия, 2-3+ - положительная экспрессия. Все больные разделены согласно классификации Perou S. M. et al. (2000) и Sorlie T. et al. (2001) на 4 основные группы в зависимости от фенотипа опухоли, основанного на изучении трех иммуногистохимических параметров ER, PR, Her-2/neu. Базальноподобный тип опухоли (ER-PR-Her-2/neu-) имели 105 больных (1 группа), Her-2/neu позитивный тип (ER-PR-Her-2/neu+) – 68 пациентки (2 группа), люминальный A тип опухоли (ER+PR+Her-2/neu-) имели 105 больных (3 группа) и люминальный B тип опухоли (ER+PR+Her-2/neu+) – 35 пациенток (4 группа). Использовали компьютерную программу «Statistica 5.5».

Результаты. Из 313 больных РМЖ, прослеженных в течение 3 лет, 106 – на первом этапе проведено хирургическое лечение. Исследование патоморфоза опухоли проведено у 207 пациенток, получивших неоадьювантное лечение: полихимиотерапию (ПХТ), лучевую терапию (ЛТ) и химиолучевую

терапию (ХЛТ).

После неоадьювантной ПХТ больные со II степенью патоморфоза одинаково распределились по всем фенотипическим группам, с III и IV степенью патоморфоза наименьшее количество больных наблюдали в 3 группе, достоверно меньше такового в 1 и 4 группах ($p < 0,05$). Наибольшая эффективность неоадьювантной ПХТ наблюдалась у больных с люминальным B и базальноподобными типами опухоли.

После неоадьювантной ЛТ больные со II и III с IV степенью патоморфоза одинаково распределились по всем фенотипическим группам без достоверных отклонений.

После неоадьювантной ХЛТ больные со II степенью патоморфоза одинаково распределились в 1, 2 и 3 фенотипических группах, наибольшее количество больных наблюдали в 4 группе, которое достоверно ($p < 0,05$) превышало таковое в остальных группах. Наименьшее количество больных с III и IV степенью патоморфоза наблюдали в 4 группе, достоверно меньше такового в 1, 2 и 3 фенотипических группах ($p < 0,05$), в которых распределение больных равномерное. Высокая эффективность неоадьювантной ХЛТ отмечена у больных с базальноподобным, Her-2/neu позитивным и люминальным A типами опухоли.

Выводы: После неоадьювантной ПХТ наиболее часто патоморфоз РМЖ III и IV степени имели больные с люминальным B ($42,9 \pm 6,4\%$) и базальноподобным ($31,8 \pm 6,2\%$) типами опухоли ($p < 0,05$). После неоадьювантной ЛТ больные со II и III с IV степенью патоморфоза одинаково распределились по всем фенотипическим группам без достоверных отклонений. После неоадьювантной ХЛТ наиболее часто лечебный

патоморфоз РМЖ III и IV степени имели больные с базально-подобным (69,2±6,4%), Her-2/neu позитивным (50,0±6,9%) и люминальным А (58,4±6,8%) типами опухолей, что достоверно

по отношению к больным с люминальным В (28,6±5,3%) типом опухоли ($p < 0,05$).

ПЕРВИЧНО - МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Аладов В.Н.

КГКП «Павлодарский областной онкологический диспансер»

Под первичной множественностью опухолей (ПМО) в настоящее время понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. При этом пораженными могут быть не только разные органы различных систем, но и парные (молочные железы, легкие и др.), а также мультицентрически один орган.

В структуре полинеоплазий преобладает сочетание двух опухолей. Случаи тройной локализации встречаются в 5-8% наблюдений. Наличие у одного больного четырех, пяти, шести и более опухолей является редким и представляется казуистикой.

Впервые определение первично-множественным опухолям дал Бильрот в 1869 году. В нем он определил следующие требования к первичной множественности опухолей:

- 1) опухоли должны располагаться в различных органах;
- 2) иметь различную морфологическую структуру;
- 3) каждая опухоль должна давать собственные метастазы.

Это положение считалось классическим, но впоследствии было пересмотрено.

Большинство авторов в настоящее время придерживается положения, выработанного S. Warren, O. Gates (1932г.) и впоследствии подтвержденного Н.Н. Петровым (1947г.). С

Считается, что единственным и обязательным требованием является, чтобы эти опухоли не были метастатическими, занесенными по току лимфы, крови или по серозным полостям, ни отпечатками, развившимися от соприкосновения, то есть доказанную первичность, а не метастатическое их происхождение.

Эти критерии необходимы и очень важны при синхронном сочетании злокачественных опухолей. По мнению других исследователей, о полинеоплазиях можно говорить в случаях, когда каждая опухоль имеет определенные признаки злокачественности и не является метастазом в отношении к первой.

Особенности роста и местного метастатического распространения злокачественных опухолей столь разнообразны и неожиданны, что отличить вторую первично-множественную опухоль от рецидива или метастаза в практической работе далеко не всегда удается с абсолютной точностью.

Вопрос временной границы между синхронностью и метакронностью длительное время был открытым. В настоящее время большинство авторов считает, наиболее достоверным и приемлимым интервалом выявления метакронных опухолей, в сроки более 6 месяцев.

В сущности установить точные границы представляется невозможным, что заставляет с особым вниманием относиться к диспансеризации этого контингента больных.

За последнее десятилетие частота ПМО возросла до 13%. Только за последние 30 лет во всем мире описано несколько десятков тысяч наблюдений ПМО.

Факторами, влияющими на рост заболеваемости ПМО, являются увеличение средней продолжительности жизни, возростание интенсивности канцерогенных воздействий, урбанизация, накопление наследственной отягощенности, улучшение диагностики онкологических заболеваний.

В Павлодарском онкологическом диспансере за 2008г взято на учет с первично-множественными опухолями 75 пациентов, в 2009г. - 72, в 2010г. - 75.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТИМОМЭКТОМИИ БЕЗ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ АНГИОПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Бейсебаев А.А., Карасаев М.И., Баймухаметов Э.Т.,

Тулеутаева З.К., Макаров В.А.

Казахский НИИ онкологии и радиологии;

Казахский НМУ им. С. Д. Асфендиярова; ГОД г. Алматы

Хирургический метод – основа лечения больных опухолями средостения. Мы располагаем опытом клинко-лучевой диагностики послеоперационных осложнений:

1. При выполнении операции тимомэктомия по поводу ее злокачественности - 27 больных. Выполнен широкий спектр таких вмешательств, как стандартная тимомэктомия, комбинированная тимомэктомия (одновременное удаление вторично пораженных органов и структур грудной клетки).

2. При выполнении тимомэктомии с ангиопластическими операциями по поводу злокачественной тимомы и синдрома сдавления верхней полой вены - 15 больных. Производилась резекция верхней полой вены или ее ветвей, а также протезирование.

Клинко-рентгенологически обследовано и подвергнуты хирургическому лечению 42 больных со злокачественной патологией вилочковой железы.

Из 42 больных у 23 опухоль вилочковой железы носил более выраженный характер с клиникой синдрома верхней полой вены.

Гистологическое заключение операционного материала: эпителиальная тимома 13 (31,0±7,1); эпидермоидная тимома

3 (7,1±4,0); веретинклеточная тимома 3 (7,1±4,0); лимфоэпителиальная тимома 9 (21,4±6,3); гранулематозная тимома 13 (31,0±7,1); гигантоклеточная тимома 1 (2,4±2,4).

У 8 больных удаление вилочковой железы сопровождалось частичной перикардэктомией или краевой резекцией легкого. В 15 случаях удаление вилочковой железы потребовало оперативное вмешательство на сосудах. Из них у 3 больных операция на сосудах заключалась в резекции левой безымянной вены. Операции непосредственно на верхней полой вене состояли в ее резекции и протезировании (5) или наложении обходного сосудистого шунтирования (анонимо-аурикулярное - 3, анонимо-кавальное - 3, яремно-кавальное - 1).

Анализ характера и частоты осложнений, возникающих после удаления опухоли вилочковой железы, позволяет указать на следующее. Во-первых, до 31,8% рентгенологически с первых суток после операции в плевральной полости со стороны торакотомии выявляется жидкость, сгустки крови или газ (воздух) несмотря на присутствие дренажной трубки и проведение активной или пассивной аспирации содержимого плевральной полости. Малая эффективность оставляемых хирургами дренажной трубки в плевральной полости можно

объяснить прижатием трубки или его отверстий легким.

Во-вторых, легкое до $21,0 \pm 9,6\%$ находится в состоянии гиповентиляции и в $21,0 \pm 9,6\%$ случаев развивается пневмония.

В-третьих, наблюдается увеличение частоты осложнений тимомэктомии при комбинированных (резекции участков легкого, пищевода, ребер) и ангиопластических операциях: $36,9 \pm 11,4\%$; $50,0 \pm 17,7\%$ и $53,3 \pm 13,3\%$ соответственно.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

*Кукубасов Е.К., Кайрбаев М.Р., Шалбаева Р.Ш., Досаханов Ж.А., Гуртовенко М.И.
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы
Областной онкологический диспансер, г. Павлодар, РК*

Цель исследования - оценить результаты хирургического лечения распространенного рака яичников.

Материал и методы. В исследование включено 27 пациенток с верифицированным диагнозом рак яичников стадии IIIb-IV. Стадия определена в соответствии с правилами стадирования FIGO. Средний возраст больных составил 56,9 лет. Стадия IIIb – 9 больных (33,3%), IIIc – 15 (55,6%), IV – в 3 (11,1%) случаях. Хирургическое лечение проведено в объеме: Лапаротомия. Гистерэктомия. Оментэктомия у 18 (66,7%) пациенток. Модифицированная экстраперитонеальная задняя экзентерация в 9 (33,3%) случаях. Всем пациенткам проведена системная периаортальная, тазовая зональная лимфодиссекция (рисунок 1).

Результаты. Проанализированы патоморфологические исследования биопсийного материала пациенток. Выявлены метастазы в группах лимфатических узлов: А – 12 (44,4%), В – 8 (29,6%), С – 18 (66,7%), D – 5 (18,5%), Есправа – 9 (33,3%), Еслева – 8 (29,6%), Фсправа – 7 (25,9%), Фслева – 10 (37,0%), Гсправа – 9 (33,3%), Гслева – 7 (25,9%), Нсправа – 7 (25,9%), Нслева – 3 (11,1%). В большом сальнике – 16 (52,9), круглой связке печени – 3 (11,1%), яичниковые сосуды справа и слева по 4 (14,8%), брюшина диафрагмы – 4 (14,8%), л/у ворот печени

и селезенки, поверхность печени по 1 (3,7%), латеральные каналы – 7 (25,9%). У 4 (14,8%) пациенток метастазов не обнаружено.

Выводы. Результаты являются промежуточными. Проводится изучение влияния проведения радикальных операций с периаортальной лимфодиссекцией на общую и безрецидивную выживаемость пациенток с распространенным раком яичников.

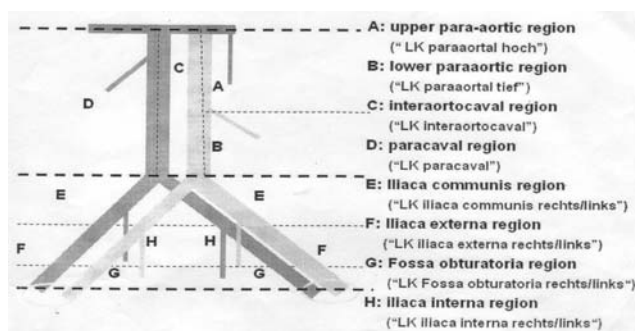


Рисунок 1. Схема периаортальной, тазовой системной лимфодиссекции

ПРЕДПОСЫЛКИ К РАЗВИТИЮ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Кайдаров Б.К., Афонин Г.А., Джансугурова Л.Б.
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова
Институт общей генетики и цитологии МОН РК*

Ситуация с заболеваемостью и смертностью от колоректального рака (КРР) в Республике Казахстан остается неблагоприятной. Анализ статистических данных свидетельствует, что: 1. заболеваемость раком прямой и ободочной кишки возрастает; 2. возрастает смертность от этих форм рака; 3. в г. Алматы отмечается высокий процент запущенности при раке толстой кишки (РТК) и раке прямой кишки (РПК); 4. РПК и РТК входят в число 9 основных форм рака, определяющих структуру онкопатологии в республике (рак ободочной кишки – 8 место, рак прямой кишки – 9 место); 5. в г. Алматы отмечены высокие показатели заболеваемости КРР; 6. в структуре причин, определяющих смертность от онкологических заболеваний, РТК находится на 7, а РПК – на 6 месте. Важно отметить, что все случаи заболевания КРР не дифференцируются, т.е. они регистрируются единым массивом без стратификации по возрасту, и соответственно без выделения ведущей причины возникновения заболевания в той или иной возрастной группе. Важной проблемой является рост заболеваемости КРР в популяции молодых людей. Рак толстой и прямой кишки, как и ряд других злокачественных новообразований «молодеет», поражая пациентов молодого, трудоспособного возраста.

Основные теоретические и практические предпосылки разработки данной проблемы в Республике Казахстан.

Фундаментальное значение. К настоящему времени четко установлено, что рак – это болезнь генома. Каждая конкретная

опухоль, не смотря на определенные закономерности патогенеза, реализуется на основе уникального генотипа пациента и различных типов мутаций, вовлеченных в процессы канцерогенеза. Выяснение этих механизмов при наследственных формах КРР, где вклад генетических факторов несомненен при учете данных молекулярной эпидемиологии, будет способствовать более полному и глубокому пониманию частоты распространения в популяции мутаций, определяющих предрасположенность к наследственным формам КРР.

Клиническое значение. КРР является нозологией, при которой даже комплексное лечение при условии выполнения радикальной операции на протяжении последних десятилетий имеет ограниченные достижения. Причин тому несколько: как правило, КРР поздно диагностируется, когда даже при отсутствии видимых (т.е. доступных инструментальному контролю) метастазов, наиболее вероятно наличие микрометастазов, которые и определяют дальнейшее течение заболевания и прогноз для больного. У молодых лиц в силу биологических особенностей организма (большой пул пролиферации клеток) болезнь рано и быстро прогрессирует с развитием отдаленных очагов метастатического опухолевого роста. Это определяет неблагоприятный прогноз для пациента. Вместе с тем следует отметить, что при обнаружении опухоли на ранних стадиях и адекватном лечении возможно достижение благоприятного результата в плане выживаемости и качества жизни больного.

Социальное значение. Лица с наследственными формами КРР – это лица молодого, активного, репродуктивного возраста. Это особая категория больных, которые, как правило, обращаются за медицинской помощью с запущенным опухолевым процессом (например, с клиникой кишечной непроходимости), таким больным проводятся нвалидирующие операции, что резко снижает качество жизни. Даже при условии проведения радикальной операции, дополненной курсами адьювантной химио- или химиотаргетной терапии заболевание у таких больных, как правило, прогрессирует, что приводит к фатальному исходу. Общество и семья теряют активного, работоспособного члена.

Самым важным на сегодняшний день остается вопрос методологии и стратегии: в республике больные с наследственными формами КРР не выделяются в отдельную группу пациентов. Выделение таких больных в особую группу позволит целенаправленно собирать анамнез, в т.ч. «семейный»,

проводить более углубленное специальное обследование, динамическое диспансерное наблюдение. Важным при проведении молекулярно-эпидемиологических исследований является определение вероятности совокупного генетического риска развития КРР (наличие и характер мутаций), осуществление ранней диагностики и профилактики путем медико-генетического консультирования и адекватного лечения больных на ранних стадиях болезни.

Основным положением, которое позволяет перевести данные фундаментальных исследований в практически значимые аспекты является следующее: клиничко-генетические и молекулярно-биологические исследования семейных форм РТК позволяют разработать индивидуальный комплексный подход к верификации диагноза (молекулярно-генетического), оценке риска развития рака, ранней диагностике, лечению и профилактике с целью снижения заболеваемости и смертности.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кабилдина Н.А.

Карагандинский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема ранней диагностики новообразований молочной железы, в особенности непальпируемых, является чрезвычайно актуальной и в то же время одной из самых сложных в маммологической практике. Метод пальпации является инициальным моментом в диагностическом поиске различной патологии молочных желез. Для более точной диагностики применяется ряд лабораторно-инструментальных методов.

Стремление повысить качество диагностического процесса приводит к разработке и внедрению в практику новых инструментальных методов исследования молочных желез и совершенствованию существующих.

Цель исследования. Доказать, что комплексно проведенное обследование молочных желез, включающее клинический осмотр, рентгеновское и ультразвуковое исследования значительно повышает выявляемость непальпируемых образований.

Материалы и методы. Проанализированы результаты рентгеновских и ультразвуковых исследований молочных желез 117 пациенток в условиях КООД, у которых при пальпации отсутствовали патологические изменения в молочных железах. Возраст их составлял от 42 до 68 лет.

Ультразвуковые исследования осуществлялись на аппарате «Sonoace» фирмы «Медисон» линейным датчиком 7,0 – 13,0 МГц с использованием ЦДК. После чего этим же пациенткам проводилась двухсторонняя рентгеновская маммография в двух проекциях.

Результаты. Результаты исследований: при проведении УЗИ выявлена объемная патология в молочных железах у 62 женщин (53%). У 6 (14,5%) из них имелась сонографическая картина рака, что было подтверждено цитологически. Пункции проводились под контролем ультразвука, все пунктаты оказались информативными. У 36 (58,1%) выявлены фиброадено-

мы, у 17 (27,4%) кисты.

При проведении рентгенологических исследований этой же группы женщин объемная патология выявлена у 104. Злокачественные опухоли у 17 (16,3%). Цитологическое подтверждение до операции было получено только у 8 человек (47%). Остальным женщинам были выполнены секторальные резекции со срочным гистологическим исследованием, получено морфологическое подтверждение, после чего выполнялось радикальное лечение. У 47 (45,2%) женщин были обнаружены фиброаденомы малых размеров. У 18 (17,3%) – кальцинаты, у 3 из них скопление кальцинатов было локализованным, им проведены секторальные резекции, выявившие в 2 случаях рак молочных желез. И у 22 (21,4%) рентгенологически были выявлены кисты. У 2 пациенток при пункции опухоли под контролем УЗИ получены цитологические подтверждения злокачественности опухоли. Обе пациентки были радикально прооперированы, имеется гистологическое подтверждение диагноза. В 7 случаях фиброаденомы были выявлены только при ультразвуковом исследовании, 4 женщинам из них проведены секторальные резекции, подтвердившие диагноз. В 3 случаях опухоли были малых размеров (менее 5 мм), секторальные резекции им не проводились, пациентки находятся под наблюдением от 6 месяцев до 2 лет, роста опухолей нет отмечено.

Выводы. Таким образом, несмотря на то, что приоритет рентгеновской маммографии в диагностике заболеваний молочных желез неоспорим, ультразвуковая маммография, проведенная совместно с рентгеновской, расширяет возможности диагностики непальпируемых образований молочных желез, что дает возможность диагностировать рак молочной железы на ранних стадиях, тем самым повышая качество жизни женщин.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА АРГЛАБИН У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Досманова Е. А.

КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан

Арглабин создан в РК (разработчик – Институт фитохимии МОН РК) на основе одноименного сесквитерпенового лактона, выделенного из эндемичного растения для Центрального Казахстана – полыни гладкой. Арглабин является ингибитором фермента фарнезилпротеинтрансферазы, участвующего в процессинге Ras-онкобелков, отвечающего за митотическую

активность опухолевой клетки. Отсюда направленность действия препарата и его низкая токсичность.

В КазНИИОиР в лаборатории экспериментальной химиотерапии в 1991-1993гг. была определена разовая доза 5 мг/кг веса или 185 мг/м².

При изучении влияния препарата «Арглабин» на интер-

фероновый и цитокиновый статус у больных раком молочной железы на базе «Центра по интерферону и цитокинам» при НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН (г. Москва), подтверждено иммунокорригирующее действие препарата при дозе 5 мг/кг веса или 185 мг/м². При данной дозе определено и радиосенсибилизирующее свойство препарата, но цитотоксический эффект при этой дозе недостаточен. Представляет значительный интерес оценка цитотоксической эффективности арглабина при повышении его дозы, учитывая отсутствие токсичности самого препарата за счет направленности действия.

Цель исследования: изучение эффективности применения арглабина при повышении дозы препарата при симптоматической терапии инкурабельных онкологических больных.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 24 инкурабельных больных. Средний возраст - 54,5 лет. Все пациенты были после комплексного лечения с прогрессированием опухолевого заболевания и после полихимиотерапии с развившейся к ней резистентностью. Больные с разной локализацией опухоли: рак молочной железы - 6 больных, меланома кожи - 1, рак органов желудочно-кишечного тракта - 11 (рак пищевода - 2, рак желудка - 2, печени - 2, поджелудочной железы - 1, прямой кишки - 3, желчного пузыря - 1), рак легкого - 2, шейки матки и яичников - 2, саркомы мягких тканей - 2. Из них 19 больных получали арглабин из расчета 10 мг/кг веса или 370 мг/м² в течение 15 дней внутривенно одномоментно в виде 2% раствора или инфузионно на 200,0 мл физиологического раствора. Остальные 5 больных получали арглабин из расчета 15 мг/кг веса или 555 мг/м² в течение 15

дней внутривенно инфузионно на 400,0 мл физиологического раствора. Разовая доза арглабина варьировала от 600 до 1120 мг, суммарная - от 9000 до 16800 мг. Пациенты получали от 1 до 6 курсов арглабина.

Полученные результаты. В первую очередь, необходимо отметить хорошую переносимость препарата при повышении дозы. При одномоментном введении арглабина в разовой дозе 370 мг/м² отмечались выраженное головокружение, горечь во рту, при внутривенной инфузии эти симптомы не были выражены, поэтому введение препарата в дозе 555 мг/м² было только инфузионно. Все больные субъективно отмечают уменьшение слабости, повышение аппетита и улучшение общего состояния после первого курса.

Полный и частичный клинический ответ не получен ни у одного пациента, у 10 больных стабилизация процесса до 12 месяцев, у 14 - прогрессирование.

Одна больная с диагнозом рака желчного пузыря после нерадикальной хирургического лечения с асцитом получала арглабин внутривенно через катетер после лапароцентеза в разовой дозе 370 мг/м², СД 8800 мг, стабилизация процесса. Другая пациентка с диагнозом рака молочной железы IIa (T2N0M0), после комплексного лечения, прогрессирование, асцит, после 6 курсов полихимиотерапии получила 6 курсов арглабина из расчета 370 мг/м², полный регресс асцита в течение года.

Выводы. Применение арглабина при повышении дозы препарата до 370 мг/м² и 555 мг/м² у инкурабельных онкологических больных требует дальнейшего изучения.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ И ИХ УСТРАНЕНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Букенов А.М., Нам Э.Н., Шевкоплясова А.М.

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан
КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан*

Задачи исследования: выявить основную причину летальности и уменьшить частоту несостоятельности швов пищевода при хирургическом лечении рака желудка.

Материалы и методы исследования: Анализированы истории болезни 287 больных, находившихся на обследовании и лечении с диагнозом: Рак проксимального отдела и тела желудка за период с 1990 по 2004 г. Возраст больных колебался от 27 до 80 лет. Средний возраст подвергнутых операции составил 59,4±2,8 лет. Следует отметить, что среди больных преобладала III стадия опухолевого процесса 82,2%, IVa стадия - 17,5% (с врастанием опухоли в соседние органы) и только лишь у одного пациента была диагностирована I стадия. Гистологически преимущественно встречались недифференцированные карциномы - 54,4% (156), плоскоклеточный рак с ороговением - 23,4% (67), дифференцированная и малодифференцированная аденокарцинома - 22,2% (64). Экзофитный рак выявлен у 36 (12,5%), инфильтративный - у 218 (76,0%) и смешанный рост - у 33 (11,5%). Объем выполненной операции зависел от анатомического типа роста опухоли и её локализации. Операции были выполнены чресплевральным доступом - 136 (47,4%) больным и чрезбрюшинно - 151 (52,6%).

Результаты: Послеоперационная летальность на 287 операций составила 17,1% (умерло 49). Независимо от оперативного доступа и объема операций ведущей причиной летальности явилась несостоятельность пищевода (44,8±5,6)% (35 из 287) среди всех осложнений. Значительное увеличение летальности отмечено среди больных после проксимальной резекции желудка с резекцией ретрокардиального и наддиафрагмального сегментов пищевода - (23,9±5,2)% против (6,5±4,4)% с резекцией абдоминального сегмента пищевода, т.е. чем выше уровень резекции пищевода, тем чаще возникает несостоятельность пищевода. После гастрэктомии

с резекцией абдоминального сегмента пищевода несостоятельность пищевода достоверно чаще возникает - (31,6±7,55)%, чем после чрезбрюшинной гастрэктомии без резекции пищевода - (3,3±1,5)%.

Анализ клинического материала показал, что частота недостаточности пищевода среди всех осложнений по Сапожкову-Юдину и Гиляровичу-Грэхему составила соответственно: (39,1±10,4)% (9 из 23) и (66,6±12,6)% (10 из 15). Послеоперационная летальность от недостаточности швов пищевода значительно ниже при использовании анастомоза по способу Сапожкова-Юдина (13,3±6,0)% (6), по сравнению с летальностью при использовании способа Гиляровича-Грэхема - (27,3±7,7)% (9). Послеоперационная летальность от несостоятельности пищевода была сведена до минимума за счёт внедрения усовершенствованного погружного анастомоза, при котором не наблюдалось данного осложнения. При муфтообразном анастомозе по Г.В. Бондарю отмечено в (5,6±2,4)% (5 на 90 операций) случаев несостоятельности пищевода. Из пяти больных с несостоятельностью пищевода при муфтообразном анастомозе погибли 3 пациента.

Выводы: Независимо от оперативного доступа, объема операции и уровня резекции пищевода ведущей причиной летальности явилась несостоятельность пищевода. На частоту развития несостоятельности анастомоза влияет и адекватно выбранный способ формирования последнего. Оптимальным вариантом формирования пищевода является погружной анастомоз (авторское свидетельство №45123, авторы Нам Э.Н., Букенов А.М.), который обеспечивает надёжную герметизацию соустья, а, следовательно, и отсутствие летальности от несостоятельности швов соустья.