У контрольній групі показники загального 3- і 5-річного виживання були вірогідно нижчими — (62,4 ± 19,3) % і (44,7 ± 22,4) % міс. відповідно.

Отже, результати комплексного лікування місцево-поширеного раку грудної залози за розробленою методикою із застосуванням селективної внутріартеріальної поліхемотерапії в басейні внутрішньої грудної артерії у поєднанні з променевою і гормональною терапією перевершують результати стандартних програм лікування хворих з місцево-поширеними формами раку грудної залози з виконанням мастектомії, проведенням системної хемотерапії. Розроблена авторами методика може бути рекомендована до широкого застосування у даної категорії хворих.

Література

1. *Аксель Е.М. // Маммол. – 2006. – № 1. – С. 9–13.*
2. *Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / За ред. С.О. Шалімова // Бюл. нац. канцер-реєстру України. – К., 2012. – № 13. – 51 с.*
3. *Сєдаков І.Є. // Укр. мед. альманах. – 2004. – Т. 7, № 3. – С. 133–137.*
4. *Сєдаков І.Є. Селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія в комплексному лікуванні первинно-неоперабельного раку молочної залози: Автореф. дис. ... д-ра мед. н.: спец. 14.01.07 „онкологія» / І.Є. Сєдаков. – Донецьк, 2004. – 42 с.*
5. *Бондар Г.В., Сєдаков І.Є., Шлопов В.Г. Первинно-неоперабельний рак молочної залози – Донецьк: Каштан, 2005. – 348 с.*

Г.В. Бондар, Ю.І. Яковець,
Ю.В. Думанський, Н.Г. Семикоз,
В.Х. Башеєв, М.В. Бондаренко,
А.Ю. Кияшко, І.В. Совпель

Донецький обласний протипухлинний центр

Лікування хворих на місцево-поширений нерезектабельний рак прямої кишки з використанням регіонарної внутріартеріальної хемотерапії

Treatment for local inoperable rectal cancer using regional intra-arterial chemotherapy

Summary. Based on the clinical material it is shown that immediate and long-term results of treatment of 98 patients with inoperable local rectal cancer were improved due to the use of regional intra-arterial chemotherapy according to the original protocol. This allowed reduction of post-operative mortality from 12,0 % (controls) to 2,1 %.

Key words: inoperable local rectal cancer, intra-arterial regional chemotherapy.

Резюме. На основании клинического материала показано, что непосредственные и отдаленные результаты лечения 98 больных нерезектабельным местно-распространенным раком прямой кишки были улучшены благодаря использованию регионарной внутриартериальной химиотерапии по разработанному в клинике способу. Это позволило уменьшить послеоперационную летальность с 12,0 % больных контрольной группы до 2,1 %.

Ключевые слова: нерезектабельный местно-распространенный рак прямой кишки, внутриартериальная регионарная химиотерпия.

Ключові слова: нерезектабельний місцево-поширений рак прямої кишки, внутріартеріальна регіонарна хемотерапія.

Задавнені форми раку прямої кишки (РПК) дуже часто супроводжуються вираженими болями в задньому проході, запальними перифокальними реакціями, найчастіше — утворенням нориць, розпадом і кровоточивістю пухлин, посиленням болю при дефекації й боязню випорожнення. Тому симптоматичне й паліативне лікування РПК й анального каналу набуває вкрай важливого значення, якщо не для збільшення тривалості життя, то хоча б для поліпшення його якості, ліквідації тяжких симптомів.

До паліативних і симптоматичних заходів варто віднести променеву та хемотерапію з метою зменшення пухлинного росту, застосування кріодеструкції [1], деструкції лазером і плазмою аргону [2–7], локальне висічення пухлини [8–10], накладення розвантажувальної колостоми, стентування [11–13], електрокоагуляцію [14], радіочастотне руйнування [15,16].

У дослідження ввійшло 98 хворих з нерезектабельним місцево-поширеним РПК, які отримали лікування в Донецькому обласному протипухлинному центрі за період 2000–2007 рр. T4N0-2M0 за 5-ю класифікацією міжнародного протиракового товариства, з нерезектабельними пухлинами прямої кишки без віддалених метастазів, які проростають стінки малого таза, магістральні судини, устя сечоводів, шийку сечового міхура, передміхурову залозу в чоловіків, піхву у жінок, іноді з утворенням нориць між прямою кишкою та піхвою і сечовим міхуром.

До контрольної групи ввійшло 50 осіб, які отримали променеву терапію (ПТ), оперативне лікування у вигляді розвантажувальної колостоми та системну хемотерапію.

Дослідну групу склали 48 хворих, які отримували ПТ, оперативне лікування у вигляді катетеризації верхньої прямокишкової артерії, у декого доповнені розвантажувальною колостомою, або колопексією, регіонарною внутріартеріальною хемотерапією.

Хворим контрольної і дослідної груп лікування починали за виробленою в Донецькому обласному протипухлинному центрі тактикою проведення інтенсивно-розщепленого курсу ПТ: перший етап великими фракціями разовою осередковою дозою (РОД) 5 Гр, сумарною осередковою дозою (СОД) 25 Гр. Через 3 тижні проводили повторну оцінку пухлини, після чого виконували другий етап променевого лікування середніми фракціями РОД (2,0–2,5) Гр, СОД (25–30) Гр.

При первинному зверненні хворих у клініку у зв'язку з наростаючими явищами кишкової непрохідності були піддані оперативному втручанню до початку ПТ 9 (18,0 ± 5,4) % пацієнтів контрольної групи і 15 (31,3 ± 6,7) % — дослідної групи.

Після першого етапу ПТ РОД 5 Гр, СОД 25 Гр, піддано оперативному втручанню 19 (38,0 ± 6,9) % хворих контрольної і 15 (31,3 ± 6,7) % — дослідної груп.

Після двох етапів інтенсивно-розщепленого курсу ПТ: на першому етапі РОД – 5 Гр, СОД – 25 Гр, на другому РОД – (2–3) Гр, СОД — (25–30) Гр піддані оперативному втручанню 22 (44,0 ± 7,0) % хворих контрольної групи і 18 (37,5 ± 7,0) % — дослідної групи (розбіжність не є статистично вірогідною, $p > 0,05$).

Суттєвою відмінністю в тактиці лікування ускладнених хворих були шляхи введення антибактеріальних препаратів. Якщо в першій групі антибіотики вводили традиційно внутрівенно, то в другій (дослідній) — методом внутріартеріальної антибіотикотерапії.

Хемотерапію проводили хворим контрольної групи внутрівенно, хворим дослідної групи — внутріартеріально регіонарно. В разі невичерпаного ліміту ПТ, хемотерапію виконували на фоні променевої терапії. За вичерпаних можливостей ПТ хемотерапію проводили як самостійний метод лікування.

У контрольній групі хемотерапію проводили 5-фторурацилом на фоні лейковорину за схемою Мейо — 5-фторурацил у разовій дозі 425 мг/м^2 на фоні лейковорину 20,0 мг/м^2 протягом 5 діб. Проведення системної внутрівенної хемотерапії розпочинали на 5–7-му добу після операції. Введення хемопрепарату здійснювали 1 раз на добу краплинним методом протягом 3–4 годин.

У дослідній групі хемотерапію 5-фторурацилом розпочинали регіонарно внутріартеріально на 2–5-ту добу після операції. Хемопрепарат вводили 1 раз на добу за допомогою ін'єктора «ДШ-07». Якщо таке лікування проводили на фоні ПТ, то РОД складала (250–500) мг/м^2, якщо регіонарну хемотерапію проводили як самостійний метод лікування, то разова доза сягала 750 мг/м^2.

Катетер в артерії, залежно від кількості проведених циклів хемотерапії, функціонував від 10 до 163 днів.

Загальна післяопераційна летальність хворих на нерезектабельний місцево-поширений РПК склала 12,0% (вірогідний інтервал (ВІ) 4,4–22,6 %) серед хворих контрольної і 2,1% (ВІ 0–8,2 %) — дослідної групи.

Застосування регіонарної внутріартеріальної хемотерапії в лікуванні дає ефект у 87,5 % (ВІ 76,5–95,4 %) пацієнтів дослідної групи (часткова регресія у (52,1 ± 7,2) % пацієнтів, стабілізація процесу в (33,3 ± 6,8) %, повна регресія пухлини в (2,1 ± 2,1) %. Резектабельність у групі дослідження склала (6,3 ± 3,5) %. У контрольній групі застосування системної хемотерапії дає ефект у 28,0 % (ВІ 16,3–41,5 %) пацієнтів (часткова регресія пухлини у (18,0 ± 5,4) % пацієнтів, стабілізація процесу в (10,0 ± 4,2) % (розбіжність статистично значуща, $p < 0,001$).

Розроблений спосіб із використанням внутріартеріальної регіонарної хемотерапії дозволив підвищити виживання, його медіана склала 16,6 і 8,8 місяця відповідно ($p < 0,001$ з використанням логрангового критерію).

Аналіз результатів підтверджує, що на виживання пацієнтів найбільше впливає методика лікування (шанси пережити певний період часу для хворих, пролікованих за пропонованою методикою, вищі в середньому у 3,2 (ВІ 1,9–5,6) разу, $p < 0,001$). Виявлено вплив на виживання статі хворого (для жінок шанси вищі, в середньому у 1,8 (ВІ 1,1–3,0) разу, $p = 0,021$) і гістологічної структури пухлини (у випадку аденокарциноми шанси нижчі, ніж при плоскоклітинному раці в середньому в 1,7 (ВІ 1,2–2,4) разу, $p = 0,019$).

Таким чином, поліпшено безпосередні та віддалені результати лікування хворих на нерезектабельний місцево-поширений РПК завдяки використанню в лікуванні регіонарної внутріартеріальної хемотерапії.

Література

1. *Шалімов С.О., Литвиненко О.О., Сорокін Б.В. та ін. // Клін. хірург. – 2005. – № 8. – С. 12–14.*
2. *Фролов А.С., Шайдорова М.В. // Рос. онкол. журн. – 2004. – № 2. – С. 45–47.*
3. *Solecki R., Zajac A., Richter P. et al. // Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 18, № 2. – P. 346.*
4. *Chapuis P.H., Yuile P., Dent O.F. et al. // ANZ J. Surg. – 2002. – Vol. 72, № 2. – P. 95–99.*
5. *Jakobs R., Miola J., Eickhoff A. et al. // Z. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 40, № 8. – P. 551–556.*
6. *Hladik P., Simkovic D. // Rozhl. Chir. – 2004. – Vol. 83, № 8. – P. 384–386.*
7. *Kaplan E.L., Meier P. // J. Am. Statist. Ass. – 1958. – № 53. – P. 479–486.*
8. *Fazio V.W. // J. Gastrointest. Surg. – 2004. – Vol. 8, № 3. – P. 262–265.*
9. *Hamy A., Tuech J.J., Pessaux P. et al. // Surg. Endos. – 2003. – Vol. 17, № 4. – P. 627–631.*
10. *Ziani M., Tuech J.-J., Chautard D. et al. // Gastroentérol. Clinig. et Biol. – 2001. – Vol. 25, № 11. – P. 957–961.*
11. *Baron T.H. // J. Gastrointest. Surg. – 2004. – Vol. 8, № 3. – P. 266–269.*
12. *Han Y.M., Lee J.M., Lee T.H. // Korean J. Radiol. – 2000. – Vol. 1, № 3. – P. 169–171.*
13. *Hunerbein M., Krause M., Moesta K.T. et al. // Surg. – 2005. – Vol. 137, № 1. – P. 42–47.*
14. *Delikoukos S., Zacharoulis D., Hatzitheofilou C. // Tech. Coloproctol. – 2004. – Vol. 8, Suppl. 1. – P. 76–78.*
15. *Ohhigashi S., Watanabe F. // Ibid. – 2003. – Vol. 7, № 3. – P. 186–191.*
16. *Kalil A.N., Santarosa F., Cunha L. et al. // Hepatogastroenterol. – 2003. – Vol. 50, № 54. – P. 1937–1939.*

Ю.К. Вівчаренко, А.Є. Крижанівська, І.Ю. Костінський, П.Ф. Дудій, І.М. Остапяк, В.В. Бойко, С.С. Цибран, Р.М. Сиротинський

Івано-Франківський обласний клінічний онкологічний диспансер,

Івано-Франківський національний медичний університет

Тактика лікування синдрому верхньої порожнистої вени в Івано-Франківському обласному клінічному онкологічному диспансері

The tactics of treatment for superior vena cava syndrome in Ivano-Frankivsk Regional Clinical Cancer Hospital

Summary. The authors present the tactics of treatment for superior vena cava syndrome (SVCS) at various forms of malignant tumors in Ivano-Frankivsk Regional Clinical Cancer Hospital. It was shown that application of this tactics (the sequence of radiotherapy and chemotherapy) can improve the efficacy and quality of inductive treatment (elimination of SVC syndrome) in this group of patients as well as allow to deliver adequate radiation therapy to the patients with various tumor processes.

Key words: superior vena cava syndrome, small cell lung cancer, non-small cell lung cancer, polychemotherapy, distant radiation therapy, fractionation, accompanying therapy.

Резюме. В работе представлена тактика лечения синдрома верхней полой вены (СВПВ) при разнообразных формах злокачественных опухолей в Ивано-Франковском ОКОД. Показано, что использование данной тактики (очередность применения лучевого и химиотерапевтического методов) может повысить эффективность и качество индуктивного лечения (устранения СВПВ) у этого контингента больных, а также позволит в дальнейшем провести полноценное химиолучевое лечение больных с различными опухолевыми процессами.

Ключевые слова: синдром верхней полой вены, мелкоклеточный рак легких, немелкоклеточный рак легких, полихимиотерапия, дистанционная лучевая терапия, фракционирование, сопроводительная терапия.

Ключові слова: синдром верхньої порожнистої вени, дрібноклітинний рак легенів, недрібноклітинний рак легенів, поліхемотерапія, дистанційна променева терапія, фракціонування, супровідна терапія.

Синдром верхньої порожнистої вени (СВПВ, SVC) — це невідкладний стан, пов'язаний із порушенням кровообігу у басейні верхньої порожнистої вени (ВПВ). Перший опис даного синдрому було зроблено у 1758 р. W. Hunter, коли вперше була відзначена обструкція ВПВ у хворого на сифі-