

**122. Результати лікування хворих на рак легень в Тернопільській області**

*Ш.П. Бабанли, В.В. Гуменок, В.Й. П'ясецький, А.В. Яременко  
Тернопільський обласний комунальний клінічний  
онкологічний диспансер*

Рак легень у структурі онкологічної захворюваності займає 1-ше місце серед чоловічого населення України (18,4% від усіх злоякісних новоутворень). Щороку в Україні діагностується 17 тис. нових випадків раку легень, а помирають близько 14 тис. хворих.

Мета — аналіз результатів радикального лікування хворих на рак легень у Тернопільській області за 15 років. Проаналізовано результати у 391 радикально оперованого хворого і результати спеціального лікування хворих на рак легень за 1996–2010 рр.

За цей період у Тернопільській обласній комунальній клінічній онкологічній диспансері поступили 5833 хворих на рак легень. У 2010 р. звичайний показник захворюваності на 100 тис. населення становив 35,7 (в Україні — 36,3 за 2009 р.); смертність — 30,7 на 100 тис. населення (в Україні 35,1 за 2009 р.). Прооперовано всього 391 (7,0%) хворий. Проведено 74 розширені пневмонектомії з лімфаденектомією (у 15 хворих із внутрішньоперикардальним перев'язуванням судин), 198 лоб- і білобектомії (у 19 хворих — органозберігаючі бронхопластичні операції), 54 сегментектомії і атипових крайових резекцій. У зв'язку із застосуванням при обстеженні хворих комп'ютерної томографії та неoad'юантної поліхіміотерапії починаючи з 2005 р. у відділенні не було жодної пробної торакотомії. Після операції померли 9 (2,4%) хворих. Охоплення спеціальним лікуванням у 2010 р. становило 40,9% (в Україні — 40,4% за 2009 р.), показник летальності хворих на рак легень до року — 62,3% (в Україні — 65,2% за 2009 р.), 5-річна виживаність лікованих в I–II стадії — 34,8%, нелікованих — 14,9%; лікованих у III стадії — 15,7%, нелікованих — 9,0%; лікованих у IV стадії — 3,1%, нелікованих — 1,4%.

Висновки: 1. Протягом багатьох років показники охоплення спеціальним і радикальним лікуванням хворих на рак легень у Тернопільській області є стабільними — 40,9% , в Україні — 40,3%. 2. Неoad'юантна поліхіміотерапія дозволяє підвищити операбельність хворих на рак легень на 12%.

**123. Хирургическая коррекция синдрома верхней полой вены при инвазивных резистентных опухолях средостения**

*В.В. Бойко, А.Г. Краснояружский, В.А. Хащина, П.И. Корж  
Торакальное отделение ГУ «Институт общей и неотложной  
хирургии НАМН Украины», Харьков*

При опухолях средостения резистентных к химио- и лучевой терапии верхняя полая вена и ее притоки поражаются наиболее часто с развитием синдрома верхней полой вены (СВПВ). Прогрессирующий венозный стаз верхней половины туловища и верхних конечностей ухудшает гемодинамику, уменьшая приток крови к правым отделам сердца с развитием циркуляторной гипоксии, уменьшению объема циркулирующей крови, сердечного выброса, что относит этот вид поражения к жизнеугрожающим осложнениям.

В наших наблюдениях СВПВ наблюдался у 107 пациентов в период с 1990 по 2010 г. С 2003 г. оперировано 26 пациентов, влечении которых использовались сосудистые протезирующие и шунтирующие операции. Диагностика СВПВ основывалась на клинической картине, данных компьютерной томографии, кавографии, УЗИ с доплерографией. Как правило, отсутствие отдаленного метастазирования диктовало необходимость внедрения радикально расширенных операций с применением вспомогательного кровообращения и протезирования ВПВ после удаления опухоли. Учитывая анатомо-топографические особенности верхней полой вены и сосудов, впадающих в нее, выделяем следующие уровни поражения (классификация ИОНХ АМНУ): I тип — поражение плечевого ствола,

подключичных и яремных вен (одностороннее, двухстороннее); II тип — поражение верхнего сегмента верхней полой вены; III тип — поражение среднего сегмента верхней полой вены; IV тип — поражение нижнего сегмента верхней полой вены в месте впадения в правое предсердие.

При обширных неудаляемых опухолях верхней полой вены выполняли обходные венозные яремноаурикулярные и подключичноаурикулярные шунты с циторедукцией, которые позволяли купировать СВПВ. В ряде случаев обходной яремноаурикулярный шунт использовали как вспомогательное оперативное вмешательство при радикальных удалениях опухолей переднего средостения больших размеров. I, II и III тип инвазии опухоли в верхнюю полую вену относили к клиническим ситуациям, при которых выполнение обходного яремноаурикулярного шунтирования как первого этапа радикальной операции было обязательным.

При радикальном удалении опухоли средостения с лимфодиссекцией медиастинальных коллекторов производили протезирование ВПВ бифуркационным синтетическим протезом, формируя аннотимо-субклявико-кавальный или аурикулярный шунт. При IV типе инвазии опухоли в верхнюю полую вену принципиальной является необходимость сохранения вено-предсердного сегмента, который топографоанатомически содержит синоаурикулярный узел.

**124. Динамічні показники захворюваності, діагностики, лікування хворих на рак стравоходу у Вінницькому регіоні**

*Б.А. Болюх, А.А. Ткач, С.М. Прутуляк, П.І. Київський,  
О.В. Стрижалковский, С.А. Лисенко, О.О. Луцкер, Я.В. Тацюк  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Рак стравоходу (РС) вважається однією з найбільш злоякісних пухлин людини з несприятливим прогнозом. На Вінничині захворюваність на цю патологію стабільно є однією з найвищих у державі. Внаслідок низки причин спеціальне та радикальне хірургічне лікування РС проводиться досить рідко.

Мета — вивчити динамічні показники захворюваності, діагностики та лікування пацієнтів із РС. Проаналізовано дані про стан діагностики та лікування 1311 хворих на РС, зареєстрованих у Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері (ВОКОД) протягом 1998–2010 рр.

Захворюваність на РС у Вінницькій області за останні 13 років знизилася на 0,6 на 100 тис. населення, але продовжує залишатись однією з найвищих в Україні (2009 р. — 5,7 на 100 тис. населення). За період з 1998 по 2010 р. покращилися показники діагностики РС. За цей час майже у 2 рази збільшилася частка хворих, у яких діагностовано I та II стадію злоякісного процесу (2010 — 64,3%). Водночас у 2 рази зменшилася частка пацієнтів із встановленою IV стадією новоутворення (2010 — 16,5%). Показник морфологічної верифікації діагнозу РС зріс на 40% (2010 р. — 89,8%).

Незважаючи на зростання частки хворих, які отримали спеціальне лікування з приводу раку стравоходу, цей показник залишається загалом невисоким (2010 р. — 64%). Самостійна телегаматерапія є найбільш часто використовуваним методом лікування цієї патології (25%). Комбіноване та комплексне лікування отримує незначна кількість хворих на РС (8%). Проведення радикального хірургічного лікування при злоякісних новоутвореннях стравоходу можливе лише у обмеженій кількості пацієнтів (16%). У торакальному відділенні ВОКОД виконано 202 оперативних втручання у радикальному об'ємі, з них: операція Люїса — 103 випадки; операція Гарлока — 67 хворих; тотальна екстирпація стравоходу за Черноусовим — 10 пацієнтів; операція Добромислова — Торека — 2 випадки. З 2009 р. впроваджено у практичну діяльність онкоторакального відділення ВОКОД та виконано: 42 стентування стравоходу саморозширюючими металевими стентами та 7 шунтуючих паліативних оперативних втручань.

**125. Комбінована терапія рака шлунка**

*Г.В. Бондарь, А.Ю. Попович, Н.Г. Семикоз, А.И. Ладур,  
Б.П. Кондратюк, А.В. Сидюк, Р.В. Звездін, О.Н. Марусов  
Донецький обласний противоопухолевий центр*

Совершенствование методов хирургического лечения рака желудка (РП) при отсутствии заметной положительной динамики в своевременной и, тем более, ранней диагностике не ведет к существенному улучшению отдаленных результатов. Поиски путей повышения выживаемости в отдаленные сроки сосредоточены в значительной степени на разработке способов комбинированного лечения.

Проанализированы результаты хирургического лечения 44 больных РП, у которых предоперационная лучевая терапия (РОД — 3Гр., СОД — 30 Гр.) сочеталась с эндолимфатической химиотерапией 5-ФУ (5,0 Гр).

Среди пролеченных больных 81,8% мужчины. Пациенты со стадиями T2N0–1M0 составили 38,64%, T3N0–1M0 — 47,73%, у 13,65% пациентов опухоль распространялась на смежные структуры (трахея, аорта, верхняя полая вена, непарная вена). Возраст больных колебался в пределах от 30 до 70 лет, большинство пациентов (84,6%) были в возрасте 50–69 лет. В результате курса предоперационной химиолучевой терапии у 36 (81,8%) больных отмечено улучшение проходимости пищи по пищеводу вплоть до полного исчезновения дисфагии. При контрольном рентген-исследовании перед операцией практически у всех пациентов отмечено увеличение просвета ранее суженного пищевода в зоне поражения, в 36 (81,8%) случаях отмечено уменьшение протяженности опухоли на 1–4 см, в 6 (13,6%) — констатирована стабилизация процесса, в 2 (4,6%) — прогрессирование. 25 (56,8%) пациентам выполнена субтотальная резекция пищевода (операция типа Льюиса), остальным — экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудка. В ближайший послеоперационный период различные осложнения отмечались у каждого четвертого больного: пневмония, плеврит, подкожная эмфизема, пневмоторакс, парез голосовых связок. В 4 (9,1%) случаях диагностирована несостоятельность анастомоза, которую удалось купировать у 3 больных. После операции умерли 2 (4,5%) больных, в обоих случаях после паллиативных операций (R2): 1 — вследствие несостоятельности анастомоза и 1 — на фоне абсцедирующей пневмонии. В послеоперационный период при наличии показаний (T4, N+) пациенты получали адьювантную химиолучевую терапию.

При комбинированном лечении не отмечено достоверного роста послеоперационных осложнений и летальности. 2-летняя выживаемость в исследуемой группе больных составила 58,8%. Отдаленные результаты изучаются.

**126. Внутриаартериальная полихимиотерапия в лечении метастатических плевритов при раке молочной железы**

*Г.В. Бондарь, И.Е. Седяков, А.В. Глазков,  
Е.В. Бутенко, Я.В. Денисенко  
Донецький обласний противоопухолевий центр*

Цель данной работы — обоснование целесообразности применения методики катетеризации внутренней грудной артерии для проведения регионарной полихимиотерапии в лечении метастатических плевритов при распространенном раке молочной железы.

В исследование вошли 119 больных раком молочной железы, которым проводилось паллиативное комплексное лечение по поводу вторичного метастатического плеврита с 1997 по 2006 г. В зависимости от метода лечения пациентки были распределены на две группы. В 1-ю вошли 44 пациентки, которым проводилась селективная внутриаартериальная полихимиотерапия (ВА ПХТ) через внутреннюю грудную артерию в режиме длительной инфузии с использованием дозатора лекарственных веществ на фоне адекватной гормонотерапии. Во всех случаях использовался разработанный

в клинике метод катетеризации внутренней грудной артерии через верхнюю надчревную артерию. Лечение проводилось препаратами первой линии по модифицированным схемам СМФ и АСМФ. 2-ю группу составили 75 пациентов, которым в плане паллиативного лечения проводилась системная ПХТ на фоне гормональной терапии в сочетании с внутривенным введением химиопрепаратов.

При оценке эффективности лечения больных исследуемой группы выявлено: полный эффект наблюдался у 17 (38,6±3,1%) пациенток, частичный эффект — у 19 (43,2±5,5%) женщин, стабилизация процесса выявлена в 6 (13,6±4,5%) случаях, прогрессирование заболевания — в 2 (4,5±3,1%) наблюдениях. В контрольной группе больных выявлена следующая эффективность проведенного паллиативного лечения: полный эффект выявлен у 6 (8,0±3,8%) больных, частичный эффект — в 29 (38,7±7,5%) случаях, стабилизация процесса выявлена в 28 (37,3±6,3%) наблюдениях, прогрессирование заболевания отмечено у 12 (16,0±6,7%) пациенток. Различия распределений оценки эффективности лечения больных контрольной и исследуемой группы по шкале RECIST является статистически значимым (p=0,02).

Использование внутриаартериальной ПХТ в лечении метастатических плевритов при раке молочной железы показало статистически значимое повышение эффективности в сравнении с системной ПХТ. Анализ качества жизни больных данной группы и изучение отдаленных результатов лечения позволит более точно определить целесообразность ее применения.

**127. Выживаемость больных кардиоэзофагеальным раком после лечения.**

*М.В. Бурмистров, Э.Р. Тикаев, Е.И. Сигал,  
Р.Ф. Еникеев, А.А. Морозов  
КТМА, Казань, Россия*

Представлен опыт лечения кардиоэзофагеального рака (КЭР). Показана результативность дифференцированного подхода в лечении КЭР в зависимости от его типа.

Цель работы — изучить выживаемость после лечения КЭР в зависимости от операции. За 12 лет (1998–2009) в отделении хирургии пищевода Онкологического диспансера г. Казани было 224 пациента с КЭР. Больные, согласно классификации Siewert, были распределены на 3 группы. Эти группы подразделены на подгруппы, в зависимости от выполненной операции. Это транسخиатальная (ТХ) экстирпация пищевода, резекция пищевода трансторакальным (ТТ) доступом (право- или левосторонним) и гастрэктомии (ГЭ).

В 1-ю группу вошли 35 (15,6%) пациентов с КЭР I типа. Из них 17 (48,6%) произведена ТХ-пластика пищевода и 18 (51,4%) — ТТ. Во 2-й группе было 107 (47,8%) человек с КЭР II типа, из которых 32 (29,9%) прооперированы из ТХ-доступа, 49 (45,8%) больных из ТТ-доступа (операции типа Льюиса и Герлока) и 24 (24,3%) выполнили ГЭ с резекцией пищевода. В 3-й группе было 82 (36,6%) человека с КЭР III типа. Из них 2 (2,4%) больным произведена колопластикой, 8 (9,8%) — прооперированы из ТТ-доступа и 71 (87,8%) пациенту выполнена ГЭ. При КЭР I типа после ТХ операций в течение 1 года наблюдалось 70,6% пациентов, до 3 лет — 41% и до 5 лет — 35,2%. После ТТ-операций — 64,7; 53 и 47,0% больных. При КЭР II типа после ТХ-операций в течение 1 года наблюдалось 53,5% пациентов, до 3 лет — 17,8% и до 5 лет — 14,3%. После ТТ-операций — 82; 34 и 32% больных. И после ГЭ 1 год наблюдалось 54% пациентов, до 3 лет — 41,6% больных и до 5 лет — 29%. При КЭР III типа после ТХ-операций в течение 1 года наблюдалось 0% пациентов. После ТТ-операций в течение 1 года наблюдалось 83,3% пациентов, до 3 лет — 66,6% и до 5 лет — 66,6% больных. После ГЭ 1 год наблюдалось 70,5% больных, до 3 лет — 42,6%, до 5 лет — 41,1% пациентов.

При КЭР I типа возможно проведение ТХ- и ТТ-пластик пищевода. При КЭР II типа выполнение ГЭ неблагоприятно. И при КЭР III типа ТХ-пластика неблагоприятна.

## 128. Радикальність больных кардиоэзофагеальным раком после хирургического лечения

*М.В. Бурмистров, Э.Р. Тикаев, Е.Н. Сигал,  
Р.Ф. Еникеев, А.А. Морозов  
КТМА, Казань, Россия*

Нами изучена радикальность лечения 224 пациентов с кардиоэзофагеальным раком (КЭР). Цель работы — изучить радикальность после лечения КЭР в зависимости от произведенной операции. За 12 лет в отделении хирургии пищевода Онкологического диспансера г. Казани находились на лечении 224 пациента с КЭР.

Все больные, согласно классификации Siewert, были распределены на три группы. Эти группы подразделены на подгруппы, в зависимости от выполненной операции. Это транسخиатальная (ТХ) экстирпация пищевода, резекции пищевода трансторакальным (ТТ)-доступом (право- или левосторонним) и гастрэктомии (ГЭ). В 1-ю группу вошли 35 (15,6%) пациентов с КЭР I типа. Из них 17 (48,6%) произведена ТХ-пластика и 18 (51,4%) — ТТ. Во 2-й группе было 107 (47,8%) человек с КЭР II типа, из которых 32 (29,9%) прооперированы из ТХ-доступа, 49 (45,8%) больных — из ТТ-доступа (операции типа Льюиса и Герлока) и 24 (24,3%) — выполнили ГЭ. В 3-й группе было 82 (36,6%) человека с КЭР III типа. Из них 2 (2,4%) больным произведена эзофагогастрэктомия с колопластикой, 8 (9,8%) — прооперированы из ТТ-доступа и 71 (87,8%) пациенту выполнена ГЭ.

Выявлено, что среднее количество пораженных лимфоузлов, удаленных в процессе хирургического вмешательства составило  $5,2 \pm 0,2$ . При КЭР I типа во время выполнения ТХ-операций, среднее количество составило  $5,3 \pm 0,5$  (минимум — 1, максимум — 8). А после ТТ-операций —  $6,1 \pm 0,7$  (минимум — 1, максимум — 11). При КЭР II типа во время ТХ-операций в среднем удалено  $4,9 \pm 0,5$  лимфоузлов (минимум — 1, максимум — 12). А при ТТ —  $5 \pm 0,43$  лимфоузлов (минимум — 1, максимум — 11). И при ГЭ —  $4,8 \pm 0,38$  пораженных лимфоузлов (минимум — 1, максимум — 10). При КЭР III типа во время ТХ-операций в среднем выявлено  $3 \pm 2$  лимфоузла (минимум — 1, максимум — 5), а при ТТ-операциях —  $8,1 \pm 1,7$  (минимум — 1, максимум — 18). И при ГЭ —  $4,6 \pm 0,3$  (минимум — 1, максимум — 15).

Наиболее радикальными оказались ТТ-операции при КЭР I и III типа. Наименее радикальными были ТХ-пластики при КЭР III типа.

## 129. Реконструктивно-пластичні оперативні втручання в комплексному лікуванні злоякісних пухлин грудної стінки

*В.Л. Ганул, Б.О. Борисюк, А.В. Ганул, А.В. Семиволос, О.І. Кобзев,  
В.М. Сovenko, А.І. Шевченко, Л.В. Бороров, С.М. Крахмальов  
Національний інститут раку, Київ*

Злоякісні пухлини грудної стінки (ЗПГС) представлені широким спектром як первинних пухлин скелета і м'яких тканин, так і вторинних — метастатичних, а також пухлин, які проростають грудну стінку із сусідніх органів і анатомічних структур: молочної залози, легень, середостіння. Первинні ЗПГС відзначаються відносно рідко. Різні за генезом і характером пухлини відповідно потребують різних лікувальних підходів, які об'єднуються однією загальною вимогою як стандартом лікування щодо первинних і метастатичних пухлин — комплексна терапія з використанням хіміотерапії, променевої терапії та розширених оперативних втручаннях. Радикальне хірургічне втручання із додержанням усіх правил онкології продовжує залишатися основним етапом лікування і найбільш значимим у відношенні прогнозу захворювання.

Мета — покращити результати лікування хворих зі ЗПГС, розширити показання до оперативних втручаннях. Проаналізовано результати комплексного і хірургічного лікування 61 пацієнта з первинними і вторинними злоякісними пухлинами грудної стінки.

Розроблені тактичні підходи в лікуванні великих місцево-розповсюджених пухлин. У клінічній практиці при ЗПГС ми успішно застосували внутрішню артеріальну селективну хіміотерапію (ВАХТ). При цьому лікувальний ефект — частковий або повний регрес пухлини зареєстрований у 79,1% пацієнтів. У режимі неoad'ювантного лікування ВАХТ використана у 12 прооперованих хворих і самостійний метод лікування — також у 12 хворих. Нами вперше в Україні виконана пластика дефекту грудної стінки з повним відновленням каркасу з використанням титанових пластин. Успішно застосовуються методики реконструкції та пластики дефектів після резекції груднини з використанням алотрансплантата з крила здухвинної кістки та з використанням синтетичних матеріалів. Всього прооперовано 49 пацієнтів, із них 31 — з реконструктивно-пластичним заміщенням дефекту грудної стінки.

Висновки. 1. Використання методів реконструктивної хірургії у хворих із місцево-розповсюдженими ЗПГС дозволяють значно розширити показання до оперативних втручаннях. 2. Радикальне видалення пухлини із резекцією грудної стінки в поєднанні з наступною реконструкцією дефекту і створення жорсткого каркасу дозволяє досягти хороших функціональних і косметичних результатів, а також значно покращити якість життя хворих цієї категорії.

## 130. Вибір лікувальної тактики при гігантських пухлинах, локалізованих у грудній порожнині

*В.Л. Ганул, Б.О. Борисюк, А.В. Ганул, А.В. Семиволос, О.І. Кобзев,  
В.М. Сovenko, А.І. Шевченко, Л.В. Бороров, С.М. Крахмальов  
Національний інститут раку, Київ*

Пухлини середостіння є одним із найскладніших розділів у клінічній онкології. Їх ембріологічне і гістогенетичне різноманіття, топографо-анатомічні особливості, своєрідна клінічна картина значно ускладнює діагностику і уточнення нозологічної форми пухлини. Особливі труднощі виникають при лікуванні гігантських пухлин (ГП) внутрішньогрудної локалізації. До ГП належать пухлини, які займають >50% об'єму геміторака, або розповсюджуються в передне і задне середостіння одночасно. Проблематичними залишаються питання тактики лікування, операбельності, вибору оптимального оперативного доступу, передопераційної підготовки і післяопераційної тактики ведення цих хворих, своєчасна корекція тяжких соматичних порушень, викликаних компресією пухлини життєво важливих органів.

Мета — розробити алгоритм діагностики і тактику лікування хворих із ГП, локалізованими у грудній порожнині. Проаналізовані результати комплексного і хірургічного лікування 64 пацієнтів з доброякісними 21 (32,8%) і злоякісними 43 (67,2%) ГП з локалізацією у грудній порожнині.

Розроблені тактичні підходи в діагностиці великих пухлин. У нашій клініці при ГП грудної порожнини ми успішно застосували як системну, так і внутрішню-артеріальну селективну хіміотерапію. Об'єктивна відповідь у вигляді часткового регресу пухлини зареєстрована у 69,7% пацієнтів. Усі пацієнти з доброякісними новоутвореннями успішно прооперовані. При злоякісних ГП оперативне втручання виконано 36 (83,7%) хворим, радикально прооперовано 32 (88,9%) пацієнта. Із 53 оперативних втручаннях при гігантських пухлинах комбіновані операції становили 44 (83%). Враховуючи гігантські розміри пухлин, ми успішно застосували модифікований доступ «clamshell»: черездвоплевральний доступ по IV міжреб'ячю з поперечною стернотомією доповнили продольною стернотомією нижнього відрізка груднини і косою лапаротомією в дільянці підреб'я.

Висновки. 1. Усі доброякісні пухлини підлягають видаленню, незалежно від розмірів. 2. Використання неoad'ювантної хіміотерапії при ГП дає можливість значно розширити показання до оперативних втручаннях. 2. Радикальне видалення ГП грудної порожнини є обов'язковим етапом у їх комплексному лікуванні.

### 131. Результати хірургічного лікування хворих із метастатичним ураженням легень

*В.Л. Ганул, Л.В. Бороров, А.В. Ганул, Б.О. Борисюк, А.І. Шевченко, О.І. Кобзев, В.М. Соєвко, А.В. Семиволос, Ю.М. Кондрацький*  
*Національний інститут раку, Київ*

Значне місце за частотою метастатичного ураження при злоякісних новоутвореннях різних локалізацій займають легені, при первинному обстеженні метастази в легенях виявляють у 6–15% хворих зі злоякісними пухлинами. Після лікування у разі прогресування процесу, як правило, в більшості випадків виявляються метастази у легенях. У зв'язку з цим стала необхідність систематизувати метастатичні процеси в легенях та виробити показання до оперативного та комплексного лікування.

Метою роботи є покращання результатів хірургічного і комплексного лікування хворих із метастазами злоякісних пухлин у легенях. У відділенні пухлин органів грудної порожнини проведено хірургічне і комплексне лікування у 239 хворих із метастазами злоякісних пухлин у легенях. Критеріями відбору пацієнтів для хірургічного лікування метастазів із легень вважали: радикальне хірургічне видалення первинної пухлини; локалізація метастазів у легенях без ураження інших органів; проведення за показаннями неoad'ювантної хіміотерапії для досягнення часткової регресії, чи стабілізації процесу (залежно від гістологічної структури та чутливості пухлини до хіміотерапії); ризик оперативного втручання не має бути високим (з урахуванням достатнього функціонального резерву залишеної частини легень). Оптимальними операціями при видаленні метастазів легень були економні резекції (атипові, крайові), рідше — лобектомії, виконання пневмонектомії при метастатичних ураженнях легень не бажане.

За даними канцер-реєстру Національного інституту раку проведено аналіз фактичної 5-річної виживаності хворих. Найкращі результати отримані при хірургічному та комплексному лікуванні хворих із метастазами у легенях злоякісних пухлин матки та яєчника — 44,3%, нирки — 30,7%, молочної залози — 26,9%, м'яких тканин — 30,0% та кісток — 21,6%. У хворих на рак прямої кишки, ободової кишки та легені ці показники гірші й становлять відповідно — 15,5; 14,6 та 12,5%.

Результати проведеного дослідження дають можливість зробити висновок про доцільність видалення метастазів із легень для покращання результатів лікування хворих із злоякісними пухлинами різних локалізацій.

### 132. Влияние неоадьювантной терапии на выживаемость больных раком пищевода

*В.Л. Ганул, С.И. Киркилевский, С.Н. Крахмалёв, П.С. Крахмалёв, Ю.Н. Кондрацкий, С.Л. Зайцев, Р.И. Фридель*  
*Национальный институт рака, Киев*

Больные раком пищевода составляют один из наиболее сложных контингентов онкологических пациентов. В связи с неудовлетворительными отдаленными результатами лечения, согласно данным мировой литературы, для их улучшения проводится комбинированная терапия, включающая, как правило неоадьювантные курсы радио- или химиотерапии. Полученные результаты, к сожалению, остаются противоречивыми. В связи с этим возникла необходимость проанализировать собственный опыт, базирующийся на результатах лечения 1041 пациента.

Цель работы — улучшить результаты лечения больных раком пищевода за счет применения неоадьювантной терапии. В отделении опухолей органов грудной полости с 1977 по 2011 г. проведено радикальное лечение 1041 больному раком пищевода. Из них 321 пациенту (контрольная группа) проведено только хирургическое лечение (операции типа Льюиса и Гарлока). 666 пациентов получили перед оперативным вмешательством курс лучевой терапии на пищевод РОД 2,4–3 Гр, СОД 30 Гр (основная 1-я группа). Оперативное вмешательство выполнялось через 2–3 нед после окончания лучевой терапии.

54 пациентам (основная 2-я группа), помимо вышеописанной лучевой терапии, проводились также циклы неоадьювантной полихимиотерапии, причем из них 37 пациентам полихимиотерапия проводилась селективно (внутриартериально), а 17 — системно (внутривенно).

По данным канцер-реєстра Національного інституту рака проведено аналіз 1-, 3- і 5-річної виживаності хворих раком пищевода (у пациентов основной 2-й группы проведен анализ 1- и 3-летней выживаемости — на данный момент пациенты еще в стадии наблюдения). Однолетняя выживаемость в контрольной и основных 1-й и 2-й группах составила 57,6±2,8; 59,1±1,9 и 70,37±6,21% соответственно; 3-летняя — 28±2,6; 40,1±1,9 и 51,8±6,8% соответственно; 5-летняя (в контрольной и основной 1-й группе) — 24,6±2,4 и 37,7±1,9% соответственно.

Результаты проведенного исследования дают возможность сделать вывод о целесообразности использования предоперационной лучевой терапии у больных раком пищевода. Сочетание лучевой и химиотерапии перед операцией позволяет еще более улучшить отдаленные результаты лечения больных раком пищевода.

### 133. Функциональные результаты операций по поводу рака пищевода и рака желудка с переходом на пищевод

*В.Л. Ганул, С.И. Киркилевский, С.Н. Крахмалёв, П.С. Крахмалёв, С.Л. Зайцев, Ю.Н. Кондрацкий, Р.И. Фридель*  
*Национальный институт рака, Киев*

Хирургическое лечение больных раком пищевода (РП) и рака желудка с переходом на пищевод (РЖПП) является методом выбора, оно позволяет существенно увеличить продолжительность их жизни. Вместе с тем, плохие функциональные результаты (ФР) операций могут существенно ухудшить качество жизни пациентов. Наиболее частыми причинами неудовлетворительных ФР являются такие поздние осложнения операций, как рубцовое сужение пищеводного анастомоза, а также рефлюкс-эзофагит; реж — демпинг-синдром и гастрит культи желудка.

Цель работы — изучить ФР после различных видов операций по поводу РП и РЖПП в разные временные периоды. В отделении опухолей органов грудной полости с 01.1991 по 01.2011 г. оперировано 2559 больных по поводу РП и РЖПП (1-я группа); 1559 больных были оперированы до 1990 г. (2-я группа). За последние 20 лет было выполнено: 657 операций типа Льюиса, 277 — типа Гарлока, 750 — проксимальных резекций желудка, 544 — гастрэктомии, 31 — реконструктивная гастрэктомия. Прослежены частота и время возникновения осложнений, ухудшающих ФР операций.

В 1-й группе поздние осложнения развились у 401 (15,7%) больного, из них рубцовое сужение анастомоза наблюдалось у 201 (9,0%) больного, рефлюкс-эзофагит — у 237 (9,3%). Во 2-й группе рубцовое сужение анастомоза отмечали у 239 (15,3%), а рефлюкс-эзофагит — у 360 (23,1%). В 12,4% случаев рубцевание наблюдалось после проксимальной резекции желудка, при других операциях — от 6,5 до 8,5%. Рефлюкс-эзофагит чаще возникал после гастрэктомии (13,2%) и реконструктивной гастрэктомии (16,1%). Демпинг-синдром и гастрит культи желудка отмечали соответственно от 0,5 до 1,5% и от 1 до 3,5%. Рубцовая стриктура и рефлюкс-эзофагит в основном развивались в течение 1 года после операции. У 20% пациентов рубцевание анастомоза диагностировали через 1 год после операции, однако чаще всего это были первые признаки рецидива опухоли.

Частота поздних осложнений после операций по поводу РП и РЖПП в последние 20 лет имеет тенденцию к снижению, что связано с постоянным совершенствованием оперативной техники. Это является важным фактором в улучшении ФР хирургического лечения больных.

**134. Ефективність дендритноклеточної аутовакцини в ліченні больных немелкоклеточним раком легкого**

*В.Л. Ганул, В.М. Сovenko, А.В. Ганул, Н.Н. Храповская, В.В. Ситко, О.В. Скачкова, Б.О. Борисюк, А.В. Семиволос, О.И. Кобзев, В.Э. Орел, А.И. Шевченко, Л.В. Бороров, Н.Н. Свєргун*  
 Национальный институт рака, Киев

В ведущих клиниках мира исследуются возможности применения иммунотерапии в лечении злокачественных новообразований. Среди перспективных направлений особенный интерес вызывает возможность повышения эффективности лечения больных при помощи вакцин, созданных на основе дендритных клеток (ДК).

Цель — оценить эффективность применения ДК-аутовакцины в лечении больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ). В отделении опухолей органов грудной полости (совместно с отделом экспериментальной онкологии и лучевой патологии, а также медицинской физики и биоинженерии) разработана методика изготовления дендритноклеточной вакцины ДК выращиваются в присутствии антигенов опухоли пациента в течение 8 дней. 40 больным НМРЛ II–IIIА стадии в послеоперационный период вводили ДК-аутовакцину. В контрольную группу включены 40 больных с аналогичным диагнозом и стадией, перенесших только оперативное лечение. Пациентам в группе с вакциной произведено 5-кратное введение ДК-аутовакцины с интервалом 1 мес и мониторингом показателей гуморального и клеточного звеньев иммунитета.

Больные переносили вакцинацию хорошо, единственным побочным эффектом было повышение температуры тела до 38 °С у 10% пациентов. Метод используется в течение 4 лет. 3-летняя выживаемость в группе больных, получавших вакцину, составила 67,5%, в контрольной группе — 35%. К настоящему времени в группе с вакциной у 15 (37,5%) больных отмечено прогрессирование заболевания, в группе с только хирургическим лечением прогрессирование зарегистрировано у 28 (70%) больных. Отмечено повышение уровня активированных лимфоцитов после первого введения ДК-вакцины и активация показателей антигенспецифического иммунного ответа после 3–5-го введения.

ДК-аутовакцина эффективна и может успешно применяться у больных раком легкого. Основываясь на результатах иммуномониторинга сделан вывод о необходимости не менее 3–5 введений ДК-аутовакцины. Метод является перспективным и нуждается в дальнейшем развитии.

**135. Результаты лікування хворих на злоякісну мезотеліому плеври із застосуванням внутрішньоплевральної перфузійної хіміотерапії**

*В.Л. Ганул, А.И. Шевченко, А.В. Ганул, Б.О. Борисюк, В.М. Сovenko, А.В. Семиволос, Л.В. Бороров, О.И. Кобзев, С.М. Крахмальов*  
 Национальный институт рака, Киев

У зв'язку з відсутністю поліпшення результатів лікування хворих на злоякісну мезотеліому плеври актуальним є пошук більш ефективних методів лікування цієї патології.

30 хворим на злоякісну мезотеліому плеври основної групи проведено лікування із застосуванням 2–3 сеансів внутрішньоплевральної перфузійної хіміотерапії в комбінації із системною хіміотерапією (16 хворим — самостійне лікування, 14 хворим — у ранній післяопераційний період після циторедуктивного оперативного втручання). У контрольну групу ввійшло 51 хворий на злоякісну мезотеліому плеври (архівний матеріал), з них самостійна хіміотерапія — 39 пацієнтів, хіміотерапія в комбінації з оперативним лікуванням — 12 хворих.

Річна виживаність в основній групі становила 82,42%, у контрольній — 44,55% ( $p < 0,05$ ). Медіана виживаності в основній групі — 20,5 міс, у контрольній — 10,7 міс. При застосуванні самостійного методу лікування річна виживаність становила 81,25% в основній групі та 40,3% — у контрольній

( $p < 0,05$ ), медіана — 20,5 та 10,3 міс. При комплексному лікуванні річна виживаність становила 83,24% в основній групі та 58,78% — у контрольній ( $p < 0,05$ ), медіана виживаності — 18,9 і 12,5 міс відповідно.

Внутрішньоплевральна перфузійна хіміотерапія є методом вибору для лікування хворих на злоякісну мезотеліому плеври. Застосування цього методу лікування рекомендовано як самостійного, так і в ранній післяопераційний період після циторедуктивного оперативного втручання.

**136. Непосредственные результаты хирургического лечения кардиоэзофагеального рака**

*И.П. Ерко, Г.Г. Бардаков, С.Б. Балабушко*  
 Черниговский областной онкологический диспансер

Несмотря на снижение заболеваемости раком желудка, в последнее десятилетие отмечается рост выявления аденокарциномы кардиоэзофагеальной зоны.

Выбор оперативного доступа и объема операции определяли на основании дооперационной идентификации типа опухоли по J.R. Siewert. Использовали оперативные доступы: левостороннюю боковую лапаротомию с торакотомией в 7 межреберья и диафрагмотомию с левосторонней круротомией; левостороннюю боковую лапаротомию с сагиттальной диафрагмотомией и двухсторонней круротомией; верхнесрединную лапаротомию с сагиттальной диафрагмотомией и двухсторонней круротомией. Во всех случаях формировали ручной инвагинационный антирефлюксный пищеводно-кишечный (желудочный) анастомоз по модифицированной методике Цацаниди III. Выполнено 238 операций с 1997 по 2010 г. Мужчин — 167 (70,2%), женщин — 71 (29,8%). Распределение по стадиям: I — 8 (3,4%), II — 53 (22,2%), III — 133 (55,9%), IV — 44 (18,5%) и возрасту: до 50 лет — 23 (9,7%), 51–60 лет — 51 (21,4%), 61–70 лет — 126 (52,9%), старше 70 лет — 38 (16%).

Выполнены операции: Льюиса — 14 (умер 1); экстирпация культи желудка с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом — 3; экстирпация культи желудка с резекцией пищевода абдоминальным доступом — 2; проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода абдоминальным доступом — 69 (умер 1 больной); проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом типа Гарлока — 79 (умерли 5); гастрэктомия с резекцией пищевода абдоминальным доступом — 22 (умер 1); гастрэктомия с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом — 49 (умерли 3). Комбинированные операции выполнены 36 (14,7%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 39 (16,4%). Послеоперационная летальность — 4,6%. Недостаточность анастомоза развилась у 2 (0,84%) больных, рубцовый стеноз — у 3 (1,26%), рефлюкс-эзофагит — у 13 (5,46%) больных.

Выводы: 1. Объем операции и доступ зависят от распространения опухоли относительно кардиального отдела и сопутствующей патологии. 2. Формирование ручного инвагинационного является простым и надежным способом, дает хорошие функциональные результаты.

**137. Анализ неоадьювантной химиотерапии и хирургического лечения IIВ–IIIА стадии немелкоклеточного рака легкого**

*В.Д. Захарычев, А.В. Ганул, А.В. Семиволос, Б.О. Борисюк, Л.В. Бороров, О.И. Кобзев, С.Н. Крахмальов, В.М. Сovenko, А.И. Шевченко, П.С. Крахмальов*  
 Национальный институт рака, Киев

*Национальная медицинская академия последилового образования им. П.Л. Шупика, Киев*

Рак легкого остается наиболее распространенной формой злокачественных новообразований в мире со средним показателем заболеваемости 52,5% и летальности 48,7% в 1-й год. В Украине общая заболеваемость составляет 36,2% (2008). Цель исследования — изучение влияния неоадьювантной химиотерапии (НПХТ) на непосредственные, ближайшие и отдаленные

результати лікування ПІВ—ПІА стадій немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ).

Исследование включало больных НМРЛ ПІВ—ПІА стадії, получавших НПХТ с последующим хирургическим лечением (основная группа), и больных, которым было выполнено самостоятельное хирургическое лечение (контрольная группа). НПХТ состояла из 2–3 циклов с применением цисплатин 80 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела в комбинации с винорельбин 25 мг/м<sup>2</sup>, гемцитабин 1250 мг/м<sup>2</sup>, паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> или эпоподид 120 мг/м<sup>2</sup>. Оперативное вмешательство в основной группе выполнялось не позднее 3 нед после окончания последнего цикла НПХТ.

Проведено исследование течения болезни и результатов лечения 290 больных НМРЛ, средний возраст составил 57 лет, из них мужчин было 236 (81,38%), женщин — 54 (18,62%). Основную группу составили 123 пациента. У 43 (34,95%) больных была ПІВ стадия, у 80 (65,05%) — ПІА стадия. После неoadьювантной полихимиотерапии у 58 (47,15%) пациентов отмечен объективный клинический и морфологический ответ, полная регрессия — у 7 (5,7%) больных. Пациентам основной группы выполнены операции: пульмонэктомия 66 (53,66%), билобэктомия — 14 (11,39%), лобэктомия — 43 (34,95%). Послеоперационные осложнения наблюдались у 5,69% больных основной группы и у 5% — контрольной группы. Послеоперационная летальность составила 2,43 и 2,8% в основной и контрольной группах. 1- и 2-годичная выживаемость в основной и контрольной группах составила 56,7 и 32,3%; 53,4 и 24% соответственно, медиана средней продолжительности жизни составила в основной и контрольной группах 14,83 и 11,5 мес соответственно.

Использование НПХТ на основе препаратов платины повышает резектабельность НМРЛ ПІА стадії, не увеличивает количество послеоперационных осложнений и летальность.

### 138. Ефективність консервативних та інструментальних методів лікування метастатичних плевральних випотів

*М.І. Каленченко, М.С. Опанасенко, О.В. Терешкович, В.Б. Бичковський, В.І. Клименко*

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ*

Проблема вибору методу лікування хворих із метастатичними плевральними випотами (МПВ) залишається актуальною. Мета — оцінити ефективність різних методів лікування МПВ.

У нашому відділенні було проліковано 60 хворих з МПВ. Діагноз встановлено рентгенологічно, а також із використанням ФБС з різними видами біопсії та цитологічним і/або гістологічним дослідженням отриманих біоптатів. У 9 хворих було застосовано консервативні методи (1-ша група) лікування (системна хіміотерапія, гормони, сечогінні засоби). Також були застосовані різні інвазивні методи лікування разом із місцевою та системною хіміотерапією. У 13 хворих із наявністю плеврального випоту, у яких при цитологічному дослідженні ексудату встановлено діагноз «метастатичний плевральний випіт», було застосовано торакоцентез (2-га група). 7 хворих із наявністю МПВ проліковано із застосуванням мікродренування (3-тя група). 12 хворих із наявністю МПВ проліковано із застосуванням дренування (4-та група). 19 хворих із наявністю МПВ проліковано із застосуванням відеоторакоскопії (5-та група).

У 1-й групі повне розсмоктування плеврального випоту спостерігалось лише у 1 хворого, ефективність консервативної терапії становила 11,1±10,5%. У 2-й групі повне розсмоктування плеврального випоту спостерігалось також лише у 1 хворого, ефективність торакоцентезу становила 7,7±7,4%. Ефективність мікродренування (3-тя група) становила 14,3±13,2%. Дренування плевральної порожнини з місцевим та системним введенням хіміопрепаратів виявилось ефективним у 8 (66,7±3,60%) хворих. Застосування відеоторакоскопії

дало змогу припинити ексудацію у 17 хворих, що становило 89,7±7,0% ефективності.

При МПВ консервативна терапія, торакоцентез та мікродренування є малоефективними. Найдоцільніше для лікування МПВ використовувати дренування плевральної порожнини та відеоторакоскопію з місцевим і системним введенням хіміопрепаратів. Ефективність цих методів становила 66,7±3,60 та 89,7±7,0% відповідно. Загальна ефективність лікування МПВ у нашій клініці становила 33,3±9,6%. Роботу виконано за кошти держбюджету.

### 139. Комбинируванне лічення рака верхньої частини внутрігрудного відділу шлункової порожнини

*С.І. Куркилевський, В.І. Ганул, Ю.Н. Кондрацький, С.Л. Зайцев, П.С. Крахмалєв, С.Н. Крахмалєв, Р.І. Фридель*  
*Національний інститут рака, Київ*

Лечение рака верхней части внутригрудного отдела пищевода (ВЧВОП) остается неразрешимой проблемой современной онкологии. По данным различных исследователей, проведение самостоятельной химиотерапии не дает возможности получить удовлетворительный объективный ответ. Адекватных результатов лечения можно достичь лишь при помощи комбинации лучевой терапии и полихимиотерапии. Однако такое лечение является высокотоксичным при внутривенном пути введения цитостатиков, что является весьма важным ограничивающим фактором.

Цель — улучшить результаты консервативного лечения рака ВЧВОП за счет использования комбинации дистанционной лучевой терапии с внутриартериальным введением цитостатических препаратов. По разработанной в клинике методике внутриартериальной полихимиотерапии в комбинации с дистанционной лучевой терапией проведено лечение 32 пациентам. Контрольную группу составили 30 пациентов, которым проводили только лучевую терапию. Отбор в группы проводили методом «конверта».

В основной группе полная регрессия опухоли зафиксирована у 4 (12,5%) больных, частичная регрессия — у 19 (59,4%), стабилизация процесса — у 9 (28,1%). В контрольной группе частичную регрессию опухоли отмечали у 16 (53,3%) больных, стабилизацию процесса — у 9 (30%). Снижение степени дисфагии в основной группе выявили у 31 (97%), в контрольной — у 17 (56,6%) пациентов. 1-годичная выживаемость в основной группе у больных при I–II стадии процесса составила 93,8%, III–IV стадии — 56,3%; в контрольной группе — 60,0 и 36,7% соответственно. В основной группе лейкопения II–III степени выявлена у 53,1%, в контрольной — у 23,3% пациентов.

Результаты сочетания внутриартериального введения цитостатиков и дистанционной лучевой терапии достоверно лучше, чем при использовании лучевой терапии в монорежиме у больных раком верхней трети пищевода. Несмотря на увеличение нежелательных побочных эффектов (лейкопения, эметогенное действие), описанная методика может быть рекомендована для введения в стандарты лечения рака верхней трети пищевода.

### 140. Использование предоперационной внутриартериальной полихимиотерапии в лечении местно-распространенного рака желудка с переходом на пищевод

*С.І. Куркилевський, В.І. Ганул, Ю.Н. Кондрацький, С.Л. Зайцев, П.С. Крахмалєв, С.Н. Крахмалєв, Р.І. Фридель*  
*Національний інститут рака, Київ*

Основным методом лечения рака прксимального отдела желудка является хирургический. Однако более 1/3 пациентов, поступающих в клинику с таким диагнозом, не могут быть подвергнуты оперативному лечению ввиду распространенного опухолевого процесса. Решением этой проблемы, возможно, является применение предоперационной полихимиотерапии. Наша работа посвящена изучению эффективности проведения предоперационной селективной внутриартериальной полихи-

миотерапії у больных с распространенным раком (Т3-4N1-3M0) проксимальных отделов желудка.

Цель — увеличение резектабельности у пациентов с распространенным раком проксимального отдела желудка. В группу исследования включено 26 пациентов, в контрольную группу — 25 пациентов. У всех пациентов установлен диагноз рак проксимальных отделов желудка (Т3-4N1-3M0). Все опухоли имели строение низко- или недифференцированной аденокарциномы. Пациенты исследуемой группы получили два курса предоперационной внутриартериальной химиотерапии по стандартной схеме 5 фторурацил и цисплатин. Курсы химиотерапии проводили на 1-й и 21-й день. Перед оперативным лечением выполняли оценку эффективности терапии по критериям RECIST, токсичность оценивали по шкале СТС-NCIG. Оперативное вмешательство выполнялось через 3 нед после последнего курса полихимиотерапии. Все пациенты были подвергнуты оперативному вмешательству. Сумма полной и частичной регрессии опухоли (объективный ответ) составил 19 (73,0%) пациентов. Токсичность использованных химиопрепаратов была достаточно приемлемой, без тяжелых осложнений. Выявлена положительная тенденция к увеличению радикальных оперативных вмешательств в исследуемой группе по сравнению с контрольной 69,2 и 40,0% соответственно.

Проведение селективной внутриартериальной предоперационной полихимиотерапии позволяет сократить количество пробных оперативных вмешательств при местно-распространенном раке проксимальных отделов желудка. Методика не приводит к росту послеоперационных осложнений. Полученные данные свидетельствуют о перспективности применения предоперационной внутриартериальной полихимиотерапии и требуют дальнейшего изучения этого вопроса.

#### 141. Методы устранения дисфагии у больных нерезектабельным гастроэзофагеальным раком

С.И. Киркилевский<sup>1</sup>, С.Н. Прутулак, Ю.Н. Кондрацкий  
Национальный институт рака, Киев

В последние годы на фоне снижения общей заболеваемости раком желудка наблюдается повышение удельного веса больных астроэзофагеальным раком (ГЭР). В связи с высокой частотой запущенных случаев особое значение при ГЭР приобретает проблема симптоматического устранения дисфагии. В настоящее время при раке пищевода широко применяются саморасширяющиеся проволочные стенты (СРПС), однако при ГЭР их эффективность невысока. В связи с этим у больных с нерезектабельным ГЭР мы прибегли к активной хирургической тактике — формированию обходных пищеводно-тонкокишечных анастомозов (ОПТКА).

Цель — сравнить эффективность установки СРПС и формирования ОПТКА у больных нерезектабельным ГЭР. Установка СРПС произведена 44 пациентам (1-я группа), ОПТКА комбинированным торакоабдоминальным доступом сформированы 70 больным (2-я группа). Анализировали частоту осложнений, качество жизни больных согласно модулю EORTC QLQ-OG25 (пищеводно-желудочный) и шкалы Карновского, оценивали медиану жизни пациентов.

В 1-й группе частота ранних и поздних осложнений стентирования составила 45,5%, средний показатель качества жизни после стентирования улучшался по EORTC QLQ-OG25 — с 65 до 58, по шкале Карновского — с 30 до 35. Во 2-й группе частота послеоперационных осложнений составила 14,3%, послеоперационная летальность — 5,7%, средний показатель качества жизни улучшался по EORTC QLQ-OG25 — с 66 до 38, по шкале Карновского — с 32 до 60. В 1-й группе пациенты жили от 1 до 13 мес (медиана жизни — 2 мес), во 2-й группе — от 1 до 12 мес (медиана — 4 мес).

Наиболее эффективным методом устранения дисфагии у больных нерезектабельным ГЭР является формирование ОПТКА.

#### 142. Поліпшення результатів лікування хворих з ранніми стадіями недрібноклітинного раку легені

О.П. Колеснік

Запорізький державний медичний університет

5-річна виживаність хворих із ранніми стадіями недрібноклітинного раку легені після хірургічного лікування залишається незадовільною та становить від 40 до 70%. Саме тому, покращання виживаності цих хворих є важливим завданням сучасної онкології. Один з можливих шляхів поліпшення результатів лікування цієї категорії хворих — проведення індивідуалізованої ад'ювантної хіміотерапії.

Нашою метою є покращання виживаності хворих із ранніми стадіями недрібноклітинного раку легені шляхом використання індивідуалізованої ад'ювантної хіміотерапії. З червня 2008 р. у дослідження включено 165 хворих з ранніми (I–II) стадіями недрібноклітинного раку легені. У післяопераційний період із використанням імуногістохімічного методу визначали експресію таких прогностичних маркерів: Ki-67, p53, HER2-new, CD31, CD34, EGFR, E-кадгерин, панцитокератин, матриксні металопротеїнази 2 і 9 типу. Також, використовували імуноферментне визначення РСА та Cyfra 21–1. У хворих із прогностично несприятливою експресією маркерів проводили 3–4 курси платиновмісної ад'ювантної поліхіміотерапії.

Прогресування захворювання виявлено у 37 (22,4%) хворих. Ад'ювантна хіміотерапія проведена у 42 (25,4%) хворих. 75 процентів виживаності становив 18 міс. Медіана виживаності не досягнена.

Необхідно продовжити дослідження з метою оцінки виживаності хворих у групі з ад'ювантною хіміотерапією порівняно з хворими без післяопераційного лікування. Також планується проведення регресійного аналізу для визначення незалежних прогностичних факторів і виділення групи хворих, яким проведення післяопераційної хіміотерапії дійсно поліпшує виживаність.

#### 143. Хирургическая коррекция компрессионного синдрома при экстра- и интраторакальных новообразованиях

Н.В. Красносельский<sup>1</sup>, В.Г. Дуденко<sup>1</sup>, И.Н. Лодяная<sup>1</sup>, С.Н. Зюзько<sup>2</sup>,  
С.Н. Балака<sup>1</sup>, Е.В. Мушенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет  
<sup>2</sup>Областная клиническая больница, Харьков

Сдавнение извне и опухолевая инвазия основных венозных и артериальных сосудов шеи и груди требуют своевременной диагностики степени компрессии и уровня расстройства кровообращения. Уровень послеоперационных осложнений и летальности при выполнении реконструктивно-пластических операций (РПО) на магистральных сосудах в этой зоне остается высоким и не удовлетворяет хирургов.

Цель — анализ клинических наблюдений и разработка программы хирургической коррекции компрессионного синдрома экстра- и интраторакальной локализации. Под наблюдением находились 139 больных с местно-распространенными опухолями шеи и средостения, осложненные компрессионным синдромом. При обследовании оценивали характер и степень сужения, состояние коллатерального кровотока по коммуникантным ветвям Везелиева круга.

РПО на сосудах выполнены у 32 (23%) больных. Показанием для циркулярной резекции магистральных сосудов было наличие опухолевой инвазии по длине с сужением на 1/3 при ушивании дефекта. Резекция сонной артерии была выполнена у 15 больных с реконструкцией аутовеной (8), ПТФЭ протезом (4), анастомозом конец в конец (3). В одном случае проксимальный и дистальный концы лигированы. Показанием для временного шунтирования внутренней сонной артерии было наличие асимметрии по надблоковым артериям >25% и ретроградное давление в краниальном отделе сосуда <60 мм рт. ст. РПО при опухолевом поражении магистральных сосудов средостения выполнены у 15 больных с замещением

дефекта верхньої порожньої вени ППФЕ протезом в умовах тимчасового шунта у 8, участком перикарда — у 4 і аутовеною — у 3. В ранній післяопераційний період у 2 хворих відзначалося арозинне кровотечення внаслідок нагноєння післяопераційної рани, яке привело до смерті хворих, і у 2 хворих — розвиток тромбоза верхньої порожньої вени на десятий день після операції без летального результату.

Виконання РПО на екстра- і інтраторакальних судинах при місцеві-розповсюджених пухлинах ший і середостення підвищує радикальність операції і забезпечує більш високе якість життя.

## 144. Резекція пищевода по А.Г. Савиних с восстановлением целостности пищеварительной трубки геотрансплантатом

*Н.В. Красносельский<sup>1</sup>, И.А. Криворучко<sup>1</sup>, Ю.Л. Шальков<sup>2</sup>, С.Н. Балака<sup>1</sup>, В.А. Бельский<sup>3</sup>, С.А. Шенюк<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет

Харьковская областная клиническая больница

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

<sup>3</sup>Военно-медицинский клинический центр Северного региона

МО Украины, Харьков

Идея выделения пищевода шейно-медиастинальным доступом была предложена McManus и доведена до совершенства в городе Томск А.Г. Савиних. В последнее время нами не выявлена информация о возможности выполнения этой операции.

Цель — продемонстрировать эффективность резекции, пораженного опухолевым процессом, пищевода с последующим его замещением гастротрансплантатом. Операция по А.Г. Савиних нами выполнена у 12 хворих з пухлинами пищевода с локалізацією в нижнегрудному (8) і середньгрудному (4) відділах. Після виконання стандартних досліджень по визначенню рівня ураження, його протяженості, верифікації і уточнення ступеня розповсющеності процесу оцінювали ступінь операційного ризику по Н.Н. Александрову і індекс адаптації — по методикі клініки. У 4 хворих в анамнезі відзначено легочні зміни в формі ре- і обструктивних змін (ЖЕЛ/ДЖЕЛ — 48–50%), у 2 — інфаркт міокарда 2- і 3-річної давності (фракція викида — 51–58%), у 2 — надмірна маса тіла ІІІ ступеня.

Операційне втручання виконувалося під ендотрахеальним наркозом з використанням індивідуально розроблених кльочків різної довжини і ширини, а також відеоасистуючої техніки. Середнє час операції становило 265 хв. Інтраопераційне ускладнення відзначено у 1 хворого в формі кровотечення із вен на рівні середньгрудного відділу, яке було зупинено лігуванням судин. Середня кровопотеря не перевищала 350,0 мл. Краєвий некроз гастротрансплантата відзначено у 1 пацієнта, застоїн пневмонія — у 2. Летальності не було. Середній койко-день становив 16 сут.

Резекція пищевода по А.Г. Савиних є методом вибору при пухлинах пищевода. Показанням для виконання цієї операції є висока ступінь операційного ризику. Розроблений індивідуальний інструментарій, а також використання відеоасистента дозволяє ретельно і ретельно виділити анатомічні структури з параезофагальної клітчаткою, що забезпечує радикалізм втручання.

## 145. Реконструктивно-пластические операции при комбинированном лечении немелкоклеточного рака легкого

*Н.В. Красносельский<sup>1</sup>, И.А. Криворучко<sup>1</sup>, А.К. Флоринян<sup>2</sup>, А.А. Хижняк<sup>1</sup>, В.Г. Дуденко<sup>1</sup>, С.Н. Балака<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет

Харьковская областная клиническая больница

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

При опухолевой инвазии бифуркации трахеи, главных и долевых бронхов приходится прибегать к выполнению «компромиссных операций» — резекции пораженного участка

дыхательной трубки с последующим восстановлением целостности. Цель — показать целесообразность и эффективность реконструктивно-пластических операций при немелкоклеточном раке легкого у хворих з локальним ураженням бифуркації трахеї і долевих бронхів і залученням в опухольовий процес гілок легочної артерії.

С 2005 по 2010 г. нами выполнены радикальные оперативные вмешательства на нижних отделах дыхательной трубки с ее реконструкцией у 12 хворих. Справа опухолевый процесс локализовался у 7, слева — у 5 пацієнтів. Початкова форма (Т1-2) відзначена у 2, запущена — у 10 хворих. Операції на трахеї виконані в 6 (50%) випадках з резекцією розвилки і накладенням трахеобронхіального анастомоза. Лобектомія з циркулярною резекцією прилежачого бронха виконана в 3 спостереженнях. Лобектомія з циркулярною резекцією головного бронха, ділянки легочної артерії і їх реконструкцією виконана у 3 хворих.

Основной технической сложностью операции является прецизионное выделение проксимального и дистальных отделов анатомических элементов, планируемых для наложения анастомоза. На всех этапах осуществляли тщательный гемостаз. Особое внимание уделялось эвакуации слизи и крови из дистального отдела бронха. Восстановление целостности трахеи и главного бронха начинали с наложением атравматических швов (викрил 3/0–4/0) на мембранозную часть, а затем — на хрящевую. Судистий етап виконували по загальноприйнятій прийому атравматическої ниті (пролен 5/0–6/0). Область анастомоза укріплювалася попередньо мобілізованим лоскутом медиастинальної плеври (10) або перикардом (2). В післяопераційний період умер 1 хворого від несостойливості трахеобронхіального шва. Післяопераційна пневмонія відзначалася у 5 хворих.

Восстановительные операции на трахеобронхиальном дереве являются альтернативой по сравнению с пульмонэктомией, улучшают функциональные результаты и повышают выживаемость в отдаленный период.

## 146. Субпопуляционный состав В-лимфоцитов периферической крови у больных немелкоклеточным раком легкого

*С.Н. Кукушкина, А.В. Ганул, А.В. Семиволос, Ф.В. Фильчаков, Т.С. Витрук*

Национальный институт рака, Киев

В настоящее время дисфункции Т-лимфоцитов, естественных киллерных клеток, дендритных клеток у онкологических хворих віддається більше уваги, ніж порушенням в популяції В-лімфоцитів, виконуючих, в тому числі, роль антигенпрезентуючих кліток в протипухольовому імунитеті. Мета дослідження — вивчити субпопуляційний склад В-лімфоцитів периферическої крові у хворих немелкоклеточним раком легкого (РЛ).

Обследовано 20 хворих немелкоклеточним РЛ (І–ІІ стадія — 9 хворих, ІІІ–ІV — 11) і 20 практично здорових людей (ПЗЛ). Вміст субпопуляцій В1-, В2-лімфоцитів і В-кліток пам'яті визначали в периферическої крові при допомозі панелі моноклональних антитіл к CD19-, CD5-, CD27-антигенам методом проточної цитофлуориметрії. Для оцінки достовірності різних показувачів використовували критерій Манна — Уитні. Результати дослідження виражали в формі медіани і значень 10 і 90% квантилей.

У хворих РЛ абсолютне кількість В-лімфоцитів не змінюється суттєво при прогресуванні опухольового процесу, в той же час виникають порушення в субпопуляційному складі В-кліток. В пулі В-лімфоцитів у хворих РЛ ІІІ–ІV стадії достовірно зменшується відсоток В-кліток пам'яті (CD19<sup>+</sup>CD5<sup>+</sup>CD27<sup>+</sup>) по порівнянню з таким у хворих з І–ІІ стадіями захворювання (соответственно 28 (11; 37) % протів 37 (19; 61)%; p<0,05). Абсолютне кількість В-кліток пам'яті у хворих РЛ ІІІ–ІV стадії суттєво



менше, чем у больных на начальных стадиях (соответственно 0,032 (0,003; 0,073)·10<sup>9</sup>/л против 0,054 (0,028; 0,144)·10<sup>9</sup>/л; p<0,05). Изучение содержания CD19<sup>+</sup>CD5<sup>+</sup>- и CD19<sup>+</sup>CD5<sup>-</sup>-лимфоцитов (соответственно В1- и В2-клетки) у больных РЛ выявило повышение как относительного, так и абсолютного количества В1-лимфоцитов в периферической крови.

У больных немелкоклеточным РЛ возникают изменения в субпопуляционном составе В-лимфоцитов периферической крови, проявляющиеся уменьшением количества В-клеток памяти и повышением количества В1-клеток в пуле В-лимфоцитов. Дальнейшее изучение нарушений в популяции В-лимфоцитов позволит понять их роль при опухолевом росте.

### 147. Непосредственные результаты комплексного лечения больных раком пищевода и пищеводно-желудочного перехода

*А.И. Ладур, А.Ю. Попович, В.Н. Кравцова, А.Н. Заика, А.Л. Кубышковский, О.А. Горбачева, С.А. Панасенко  
Донецкий противоопухолевый центр*

Лечение рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода представляет собой сложную проблему в онкологии. Однако результаты хирургического лечения остаются малоутешительными. Цель — анализ результатов комплексного лечения больных раком пищевода и кардиоэзофагеального перехода.

За период 2005–2010 гг. в Донецком областном противоопухолевом центре пролечен 471 больной раком пищевода и кардиоэзофагеального перехода. Хирургические операции выполнены 281 пациенту. В неoadьювантном режиме при раке пищевода проводилась лучевая терапия РОД 3 Гр, СОД 30 Гр, а затем с интервалом 2–3 нед больные оперированы. При кардиоэзофагеальном раке на первом этапе выполнена хирургическая операция с последующей адьювантной химиолучевой терапией. В адьювантном режиме проводились курсы внутривенной и эндолимфатической полихимиотерапии с использованием препаратов платины и 5-ФУ

Выполнено операций Льюиса — 100 (35,6%), гастрэктомий с резекцией пищевода трансабдоминальным доступом — 47 (16,7%), операций Гарлока — 39 (13,9%), экстирпаций пищевода абдоминально-цервикальным доступом — 19 (6,9%), экстирпаций пищевода цервикалоабдоминальным доступом — 8 (2,8%), субтотальных эзофагэктомий и еюноэзофагопластик — 7 (2,5%), экстирпаций пищевода по Тореку — 2 (0,7%), экстирпаций пищевода и эзофагоколопластик правой половины толстой кишки — 2 (0,7%), пробных и симптоматических операций — 57 (20,3%). Частота послеоперационных осложнений у больных раком пищевода — 5,9%, летальность — 2,8%. Частота послеоперационных осложнений у больных кардиоэзофагеальным раком — 15,4%, летальность — 3,2%. Основными причинами летальных исходов были тромбоэмболия легочной артерии, пневмония.

Применение инвагинационных и муфтообразных анастомозов, разработанных в нашей клинике, обеспечивает высокую надежность формируемых соустьев, низкую частоту интра- и послеоперационных осложнений, а также улучшает качество жизни пациентов. Использование неoadьювантной лучевой терапии, адьювантной внутривенной и эндолимфатической полихимиотерапии позволяет улучшить ближайшие результаты комплексного лечения больных раком грудного отдела пищевода и кардиоэзофагеального перехода.

### 148. Экспрессия Ki-67 у пухлинах хворих на рак легені з паранеопластичним ревматологічним синдромом

*С.А. Лисенко, С.І. Кірклевський, В.І. Корчистий  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Національний інститут раку, Київ  
Вінницьке обласне патологоанатомічне бюро*

Рак легені досить часто супроводжується паранеопластичним ревматологічним синдромом, прояви якого у більшості випадків передують встановленню діагнозу онкологічного захворювання.

Мета дослідження — визначити експресію Ki-67 у пухлинах хворих на рак легені з паранеопластичним ревматологічним синдромом. Для дослідження використано зразки пухлинних тканин 69 хворих на рак легені після хірургічного втручання. 1-ша група — фрагменти пухлин 27 хворих на рак легені з проявами паранеопластичного ревматологічного синдрому, 2-га група — 42 пацієнти із раком легені без проявів паранеоплазії. Імуногістохімічним методом із застосуванням наборів DAKO Cytomation (Mouse/Rabbit Poly Vue™ HRP/DAB Detection System) проведено аналіз експресії антигену ядер проліферуючих клітин (Ki-67, Clone MIB-1).

Встановлено, що в пухлинах хворих на рак легені з проявами паранеопластичного ревматологічного синдрому (1-ша група) відзначався середній рівень експресії Ki-67 — 37,4±5,5%, в той час як у 2-й групі, в пухлинах хворих із раком легені без проявів паранеоплазії — низький (23,1±4,2%). У всіх хворих на рак легені з паранеопластичним ревматологічним синдромом незалежно від гістологічної форми проліферативна активність пухлинних клітин вища, ніж в аналогічних пацієнтів без проявів паранеоплазії (p<0,01). Підвищений рівень експресії антигену проліферації (Ki-67) у пухлинних клітинах хворих на рак легені з паранеопластичним ревматологічним синдромом асоціювався з низьким ступенем диференціювання пухлини (43,5±6,3% при аденокарциномі G3 та 39,8±5,7% при плоскоклітинному ракові G3 відповідно).

Індекс проліферації Ki-67 достовірно вищий у пухлинах хворих на рак легені з паранеопластичним ревматологічним синдромом та корелює з гістологічною формою та ступенем патогістологічного диференціювання пухлини.

### 149. Досвід клінічного застосування фітохіміоімунпрепарату ГА-40 в паліативному лікуванні хворих онкоторакального профілю

*С.А. Лисенко, О.В. Стрижалковський, С.М. Прутуляк  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

В сучасній онкології та хіміотерапії актуальними є дослідження та пошуки нових лікарських засобів, які володіють імуномодуючою та реабілітуючою дією. Фітохіміоімунпрепарат ГА-40, виділений із екстракту купени кільчастої, є одним із таких препаратів, який належить до протипухлинних та імуноотропних засобів. Мета дослідження — прослідкувати вплив застосування фітохіміоімунпрепарату ГА-40 на показники якості життя в паліативному лікуванні хворих онкоторакального профілю.

1-ша група — 12 хворих, з яких 8 із раком шлунка III–IV стадії, яким були виконані симптоматичні операції — гастростомія та гастроентероанастомоз та 4 хворих із раком легені IV стадії, які отримували симптоматичну терапію. 2-га група — 9 хворих із III стадією, яким проведено променевою терапію: 6 — з раком легені, 2 — з кардіоезофагеальним раком, 1 пацієнт — із ліпосаркомою грудної стінки. Всі хворі отримували ГА-40 у вигляді 3 курсів, з перервою між ними 7 днів. На 1 курс — по 21 ін'єкції щоденно внутрішньом'язово з розрахунку 2 мкг/кг маси тіла. Лікування препаратом ГА-40 у хворих 1-ї групи розпочинали одразу після операцій, 2-ї — одночасно із променевою терапією.

Призначення фітохіміоімунпрепарату ГА-40 у хворих 1-ї групи значно покращує показники, які визначають якість життя: зменшуються загальна слабкість та больовий синдром (у 10 хворих — 83,3%), спостерігається регресія первинної пухлини та метастазів (у 3 — 25%). У хворих 2-ї групи ГА-40 суттєво покращує не лише ефективність променевого лікування, але і підвищує його безпечність: відбувається покращення загального стану (у 9 хворих — 100%), знижується частота і тривалість токсичних ефектів променевої терапії, ступінь ендогенної інтоксикації (у 7 — 77,8%).

При застосуванні фітохіміоімунпрепарату ГА-40 у онкоторакальних хворих, які отримували променевою терапію, відбува-

ється значне зменшення її побічних ефектів. У симптоматичних онкохворих цього профілю під впливом ГА-40 покращуються показники, які визначають якість життя.

## 150. Використання відеоторакоскопії для біопсії лімфатичних вузлів при внутрішньогрудній лімфаденопатії неясного генезу

*М.С. Опанасенко, Б.М. Кошк*

*ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ*

Мета дослідження — вивчити ефективність застосування відеоторакоскопії (ВТС) для діагностики етіології внутрішньогрудних лімфаденопатій.

З початку використання в нашій клініці ВТС нами виконано 30 ВТС-біопсій внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ЛВ) для верифікації етіології захворювання. У групі спостереження переважали чоловіки — 18 (60,0%), жінки становили 12 (40,0%) випадків. Із числа пацієнтів віком 18–29 років було 14 (46,7%) пацієнтів, 30–50 років — 11 (36,7%) випадків і старше 50 років — 5 (16,7%) пацієнтів.

ВТС-біопсія внутрішньогрудних ЛВ проводилася за загальноприйнятими методиками з використанням ВТС-інструментарію. Оперативні втручання справа становили 20 (66,7%) випадків, зліва — 10 (33,3%). Справа у 17 (85,0%) випадках виконувалась біопсія ЛВ, що розміщені у проекції непарної та верхньої порожнистої вени; ще у 3 (15,0%) випадках — ЛВ кореня легені. Зліва у 8 (80,0%) випадках досліджувалися ЛВ аортального вікна і в 2 (20,0%) випадках — ЛВ кореня легені. З метою місцевого гемостазу у 8 (26,7%) пацієнтів був використаний тахокомб. Середня тривалість перебування пацієнтів із внутрішньогрудною лімфаденопатією у хірургічному стаціонарі становила 8 днів. Розподіл пацієнтів за нозологічним формам після цитологічного і гістологічного досліджень біоптатів ЛВ був таким: саркоїдоз — 17 (56,7%) випадків, туберкульоз — 5 (16,7%), метастатичне ураження — 6 (20,0%), лімфосаркома — 2 (6,7%) випадки. Інформативність ВТС-біопсії внутрішньогрудних ЛВ становила 100%. Відмінності в діагнозі при внутрішньогрудній лімфаденопатії до і після ВТС-біопсії ЛВ становили за даними клініки 54,5%, а кожен третій (33,3%) пацієнт до операції отримав тривалу невідповідну захворюванню терапію. Ускладнення при ВТС-біопсії лімфатичних вузлів було в 1 (3,3%) випадку.

Невисокий рівень ускладнень і висока інформативність ВТС-біопсії внутрішньогрудних ЛВ дозволяє розглядати цей метод як стандарт у діагностиці зазначеної патології.

## 151. Відеоторакоскопічна і відеоасистована біопсія легені при дисемінованих процесах у легенях

*М.С. Опанасенко, О.В. Терешкович, М.І. Калениченко, Б.М. Кошк, В.Б. Бичковський, В.А. Кононенко*

*ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ*

Дисеміновані процеси в легенях (ДПЛ) є проявами широкого спектра патології як власне респіраторної системи (інтерстиційні захворювання легень, саркоїдоз легень, дисемінований туберкульоз тощо), так і ознаками вторинної дисемінації пухлин різної локалізації. Морфологічна верифікація діагнозу при ДПЛ є обов'язковою умовою призначення адекватної етіотропної терапії та визначення тактики лікування.

Мета дослідження — вивчити можливості і результати застосування відеоторакоскопічної (ВТС) і відеоасистованої (ВАТС) біопсій легені при ДПЛ неясної етіології. Протягом 2009–2011 рр. на базі відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ НІФП виконано 34 біопсії легень із застосуванням ВТС або ВАТС. ВТС-біопсія виконувалась із застосуванням ендоскопічних зшиваючих апаратів у 9 (26,5%) випадках. ВАТС-біопсія виконувалась із застосуванням мініторакотомії — у 25 (73,5%) випадків.

Чоловіків було 19 (55,8%), жінок — 15 (44,1%) спостережень. Середній вік хворих становив 34,6 року.

В усіх випадках гістологічно був верифікований діагноз. Післяопераційної летальності не було. У 6 (17,6%) випадках спостерігалось підсилення явищ дихальної недостатності після операції, що потребувало тривалої оксигенотерапії. Морфологічно були верифіковані такі діагнози: канцероматоз — 15 (44,1%), саркоїдоз — 4 (11,8%), ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт — 4 (11,8%), легеневі прояви системного васкуліту — 3 (8,8%), дисемінований туберкульоз — 6 (17,6%), гістіоцитоз Х — 1 (2,9%), легеневий протеїноз — 1 (2,9%).

Висновки. 1. ВТС- і ВАТС-біопсії легені є малотравматичними і висоінформативними інвазивними методами діагностики етіології ДПЛ. 2. Інформативність ВТС- і ВАТС-біопсії легень у нашому дослідженні становила 100%. 3. Застосування ВТС- і ВАТС-біопсій легені розширює можливості впровадження доказової медицини (біопсія з гістологічним дослідженням) при ДПЛ. 4. Гістологічне дослідження біоптату легені дозволяє не лише встановити етіологію ДПЛ, але й визначити ступінь активності процесу, що має велике значення у виборі тактики лікування.

## 152. Використання ебус біопсій при діагностиці периферичних утворень в легенях

*М.С. Опанасенко, О.І. Шпак, В.Б. Бичковський, О.В. Терешкович,*

*Б.М. Кошк, Л.І. Левада, О.К. Обремська*

*ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ*

Периферичні утворення в легенях є проявами різної патології (туберкульоз, онкологічні враження, васкуліти тощо). Морфологічна верифікація діагнозу при цій патології є обов'язковою для призначення адекватної етіотропної терапії і визначення тактики лікування.

Мета дослідження — вивчити можливості й результати застосування EBUS біопсій периферичних утворень в легенях неясної етіології. Протягом 2009–2011 рр. на базі відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» було виконано 23 біопсії легень із застосуванням EBUS. Трансбронхіальна біопсія легені (ТББЛ) з використанням EBUS (ендобронхіальний ультразвуковий зонд) у 23 (100%) випадках. Чоловіків було 15 (65,2%), жінок — 8 (34,8%) спостережень. Середній вік хворих становив 35,6 року.

При проведенні ТББЛ із використанням EBUS у 17 (73,9%) отримано матеріал та встановлено діагноз. У 6 (26,1%) випадках матеріал не отримано, тому було запропоновано виконання відеоасистованої або відкритої біопсії легені. В усіх інших випадках гістологічно був верифікований діагноз. Післябіопсійні ускладнення спостерігались у 1 (4,3%) випадку у вигляді кровохаркання в 1-шу добу. Гістологічно встановлено такі діагнози: туберкульоз легень — 10 (58,8%) випадків, онкопатологія — 5 (29,4%) випадків, легеневі прояви системного васкуліту — 2 (11,8%).

Описаний метод діагностики малоінвазивний та малотравматичний, дозволяє зменшити перебування хворих у стаціонарі на етапі діагностичного пошуку, має досить високий показник інформативності та ефективності використання і становить 73,9%. Ця методика може бути використана як у діагностичних відділеннях пульмонологічної патології, так і в торакальних відділеннях.

## 153. Профілактика тромбоемболії легеневої артерії у торакальній онкохірургії

*І.Я. Орищан, І.І. Гнатів*

*Львівський державний онкологічний центр*

Проблема тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) є однією з найбільших у хірургічній практиці. Смертність від ТЕЛА за даними різних авторів становить 5–12%. Ризик виникнення ранньої ТЕЛА в онкохворих у декілька разів вищий, ніж

у здорових людей такого ж віку. Частота розвитку ТЕЛА залежить від виду та стадії пухлини, найвищий рівень (до 40%) відзначають у пацієнтів з раком легень.

Мета роботи — оптимізація засобів профілактики ТЕЛА у торакальній онкохірургії. Виконано ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування раку легень у 659 пацієнтів торакального відділу Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру (ЛДОРЛДЦ) за 2006–2010 рр. віком від 37 до 78 років, жінок — 72 (10,9%), чоловіків — 587 (89,1%). Супутні захворювання серцево-судинної системи були у 72% пацієнтів, ожиріння II–III ступеня — у 42%, варикозне розширення вен — у 32%, цукровий діабет — у 15%. Усім пацієнтам проводили комплекс неспецифічних профілактичних заходів: активне ведення хворих після операції, рухи в гомілково-стопних суглобах, еластичні панчохи або бинти на нижні кінцівки, достатня гемодилуція, обережна техніка оперування. Специфічна профілактика ТЕЛА включала застосування низькомолекулярних гепаринів (НМГ) — клексан, за потреби додатково дезагреганти. Клексан призначали за 12 год до операції та 1 раз на добу після операції у профілактичній дозі 0,4 мл протягом 7–10 дб. Збільшення крововтрати під час операції не спостерігали. Середня крововтрата під час операції — 460 мл, у ранній післяопераційний період — 275 мл крові.

Серед пацієнтів торакального відділу ЛДОРЛДЦ за період 2006–2010 рр. померли 23 пацієнти, що становить летальність 3,49%. ТЕЛА була причиною смерті у 9 пацієнтів (1,36%). При порівнянні з періодом 2001–2005р загальна летальність серед пацієнтів торакального відділу практично не зменшилася (3,9% за період 2001–2005 рр.), проте знизилася летальність від ТЕЛА (становила 2,9%). Зниження летальності від ТЕЛА дає підстави вважати специфічну профілактику низькомолекулярними гепаринами (клексан) ефективним методом запобігання тромбоемболічним ускладненням.

Застосування профілактики ТЕЛА дозволяє значно знизити смертність від тромбоемболії під час торакальної онкохірургії. Специфічну профілактику ТЕЛА слід проводити всім хворим під час торакальних операцій в онкології, вважаючи їх пацієнтами високого ризику.

## 154. Сравнительный анализ состояния андрогенной функции организма у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких и раком легкого

*Н.Ю. Першко, О.В. Пономарёва, В.А. Бабич, Е.П. Сидорик  
ИПКК НАН Украины*

*Институт экспериментальной патологии радиобиологии  
и онкологии им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины, Киев*

Исследование общих патогенетических звеньев при раке легкого (РЛ) и хронических неспецифических воспалительных заболеваний (ХНВЗЛ) легких является актуальным для изучения взаимосвязи этих заболеваний.

Состояние андрогенной функции организма пациентов оценивалось по суточной экскреции андростерона (Ан), дегидроэпиандростерона (ДГЭА), этиохоланолон (Эт) и по их соотношениям. Стероиды определялись методом инфракрасной спектроскопии с использованием авторской компьютерной программы «Star!».

При раке легкого андрогенная функция организма пациентов испытывает значительное изменение, что выражается в снижении уровня экскрекции Ан, ДГЭА, Эт, наиболее значительно при терминальном периоде заболевания. При ХНВЗЛ суточная экскреция Ан, ДГЭА снижена в такой же степени, как при раке легкого начальных стадий, а суточная экскреция Эт не отличается от нормы. Относительный показатель Ан/ДГЭА у больных раком легкого значительно ниже, чем в группе практически здоровых. Таким образом, снижение суточной экскреции Ан, ДГЭА и низкий показатель Ан/ДГЭА являются общим патогенетическим звеном при раке

легкого и при хронических неспецифических воспалительных заболеваниях легких.

Представляется целесообразным использование подхода оценки андрогенной функции организма по приведенным показателям в мониторинге воспалительных процессов в легких и при раке легкого.

## 155. Возможности применения эндолимфатической полихимиотерапии в комбинированном лечении больных мелкоклеточным раком легкого

*А.Ю. Попович, Н.Ю. Лисовская, П.В. Лифарь, А.П. Исиков  
Донецкий областной противоопухолевый центр*

Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) — одно из самых малоизученных и наиболее злокачественных новообразований. Оперативное лечение применимо в небольшом проценте локализованных форм данного вида рака, и должно быть дополнено химиотерапией. Лучевая терапия, как отдельный метод, также не применима из-за скорости метастазирования МРЛ. Перспективным методом лечения является химиотерапия, которая все время дополняется новыми, все более эффективными, химиопрепаратами. Несмотря на то что МРЛ является высокочувствительной к химиотерапии опухолью, стоимость курса полихимиотерапии (ПХТ) малодоступна для основной части населения.

В ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр» активно внедряется в работу эндолимфатическая (э/л) ПХТ, которая позволяет снизить токсичность курсов ПХТ без потери эффективности, а также экономически выгодно для пациента. Оценены результаты лечения 132 больных МРЛ. 67,95% из них имели распространенный МРЛ, 32,05% — локализованный МРЛ. 90 (68,18%) больных получали ПХТ, из них — в адьювантном 34,62%, лечебном режиме — 33,33%. Для проведения внутривенно (в/в) ПХТ применяли этопозид, цисплатин, гемцитабин, доцетаксел. Для э/л ПХТ использовали карбоплатин, метотрексат, циклофосфан. В группе пациентов, получающих в/в ПХТ в лечебном режиме (28 пациентов) у 8 зарегистрирована частичная регрессия (28,57%), у 9 — стабилизация (32,14%), у 8 — прогрессирование заболевания (28,57%). У пациентов, получавших э/л полихимиотерапию (22 пациента), у 7 выявлена частичная регрессия заболевания (31,82%), у 6 — стабилизация (27,27%). При оценке выживаемости пациентов, получавших в/в ПХТ в лечебном режиме: фактическая 1-годичная выживаемость — 57,14%, 3-летняя — 14,29%, 5-летняя — 7,14%. В группе пациентов, получавших э/л терапию: 1-годичная выживаемость — 59,09%, 3-летняя — 22,73%, 5-летняя — 13,64%. Курсы ПХТ с э/л введением химиопрепаратов пациенты переносили с меньшим количеством и интенсивностью негативных проявлений (0,5% токсичности III–IV степени тяжести при э/л введении, и 1,2% — при в/в введении соответственно). Стоимость одного э/л курса ПХТ в среднем была в 2–3 раза меньше, чем в/в курса. Таким образом, применение э/л введения химиопрепаратов позволяет значительно снизить расходы и положительно влияет на отдаленные результаты лечения пациентов, при этом эффективность лечения полностью сопоставима с эффективностью в/в ПХТ.

## 156. Предупреждение несостоятельности культуры бронха после пульмонэктомии

*А.Ю. Попович, Б.П. Кондратюк, А.И. Ладур, А.В. Сидюк,  
А.В. Глазков, С.А. Панасенко*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Единственным методом лечения рака легкого, который дает надежду на излечение, является операция. Удельный вес пульмонэктомий, выполненных больным раком легкого, достаточно высок и в разных клиниках колеблется от 25 до 50%. Одним из наиболее грозных осложнений после пульмонэктомии является несостоятельность культуры бронха, частота которой по данным литературы колеблется от 4 до 10%. Актуальность проблемы еще более возрастает при выполнении

медиастинальної лимфодиссекції, після якої частота образования бронхо-плеврального свища збільшується в не-скільки раз.

В Донецькому обласному протипухлевому центрі з 1977 г. виконано 2726 радикальних операцій, в тому числі 607 (22,3%) пульмонектомій. В останні 5 років удільний вага пульмонектомій не перевищує 17–18%. В клініці запропоновано спосіб укривання кульги головного бронха листком медиастинальної плеври на питальній ножці. Після пересічення легочних судин і виконання медиастинальної лимфодиссекції головного бронха прошивається апаратом УБ-40, пересікається. Кульга головного бронха проксимальне лінії танталових швів прошивають синтетичними нитями, які не завязують. Після цього викраивають плевральний лоскут на питальній ножці, частіше з переднього середостення, і прошивають його з боку плеври обома кінцями ниті. Далі кульгу бронха окутують плевральним лоскутом і шви завязують. При цьому плеврою укривається місце кола і кола синтетичної ниті, лінія танталових швів, лінія пересіченого бронха.

Укривання кульги бронха медиастинальної плеврою виконано у 156 пацієнтів. Лише у 2 (1,28%) з них на 16-й і 19-й дні після операції з'явилися ознаки мікрофістули. Після дренажування плевральної порожнини і консервативного лікування мікросвища закрилися, дренажі були видалені. Больні виписані з выздоровленням.

Даний спосіб дозволяє надійно укривати не тільки лінію пересічення бронха, але і місця прошивання бронха танталовим швом і синтетичними нитями, що покращує заживлення кульги бронха і значно зменшує ризик розвитку несостойливості кульги головного бронха.

## 157. Використання ендолімфатического введення хіміопрепаратів при проведенні хіміотерапії 2-ї лінії у больних мелкоклеточним раком легкого

*А.Ю. Попович, Н.Ю. Лисовська, П.В. Лифарь, А.П. Ісиков  
Донецький обласний протипухлевий центр*

Мелкоклеточний рак легкого (МРЛ), являясь високо-чутливою до хіміопрепаратів опухолью, разом з тим має високу схильність до рецидивування і формуванню рефрактерних форм течія захворювання. Зостається нерешеною проблема вибору тактики лікування резистентної форми даного захворювання. І, якщо при проведенні поліхіміотерапії (ПХТ) в межах 1-ї лінії, висока ймовірність об'єктивного відповіді і, в частині, повної регресії опухолі, то у пацієнтів з рецидивом мелкоклеточного раку легкого крайнє мала ймовірність излечения, а також досягнення стійкого позитивного об'єктивного відповіді. У пацієнтів, що відповіли на терапію 1-ї лінії, є невеликий шанс отримати позитивний відповідь на ПХТ, повторюючи пройдені раніше курси.

Пацієнти з рефрактерним МРЛ знаходяться в ще більш складному положенні. Вибір препаратів 2-ї лінії для лікування рефрактерної форми мелкоклеточного раку легкого невеликий і в основному знаходиться на стадії изучения (таргетна терапія, таксани, таксоли, топотекан). В даних умовах, методом вибору може стати ендолімфатическа ПХТ як варіант терапії 2-ї, а в деяких випадках, навіть 3-ї лінії ПХТ.

Проведено аналіз лікування 53 пацієнтів з рецидивуючим і рефрактерним МРЛ, 24 (45,28%) з яких отримували ендолімфатическу ПХТ, а 29 (54,72%) — внутривенну. При ендолімфатическому введенні звичайно використовувалась схема з включенням метотрексату, циклофосфану або карбоплатини. Внутривенні курси ПХТ включали такі препарати, як цисплатин, етопозид, таксотер, доксорубіцин. Кількість об'єктивних відповідей (повних і частичних регресій) в групі пацієнтів, що отримували внутривенну терапію, складало 8 (27,59%), стабілізацій — 8 (27,59%), прогресивування

процеса — 44,82%. В групі пацієнтів, яким проводилась ендолімфатическа терапія, кількість повних і частичних регресій досягло 36,37% (8 пацієнтів), стабілізацій — 31,82% (7 пацієнтів), прогресій — 40,91% (9 пацієнтів). Из-за зменшення ризику набуття мозку ендолімфатическа поліхіміотерапія (після паліативного облучення) була методом вибору у пацієнтів з метастазами в головний мозок.

Таким чином, ендолімфатическа терапія може використовуватися як варіант 2-ї лінії ПХТ для лікування больних з рефрактерним і рецидивуючим мелкоклеточним раком легкого, що дозволяє збільшити частоту об'єктивних відповідей на лікування.

## 158. Хіміолучева терапія в поєднанні з органосохраняючими радикальними операціями в комбінованому лікуванні немелкоклеточного раку легкого

*А.Ю. Попович, Н.Г. Семікоз, А.І. Ладур, Б.П. Кондратюк,  
А.Л. Кубишківський, А.В. Глазков, С.А. Панасенко, Д.С. Зыков  
Донецький обласний протипухлевий центр*

Хіміолучева терапія дозволяє покращити віддалені результати хірургічного лікування раку легкого (НМРЛ). Радикальні органосохраняючі операції при місному-розповсюдженому НМРЛ більш переважні, ніж пневмонектомія, однак показання до неадьювантної і адьювантної терапії в поєднанні з подібними операціями вимагають подальшого изучения.

Ціль дослідження — уточнити показання до різних видів неадьювантної і адьювантної хіміолучевої терапії в поєднанні з органосохраняючими операціями в комбінованому лікуванні больних (НМРЛ).

В межах продовжується рандомізованого изучения виконано 70 ангіо-бронхопластических операцій пацієнтам з НМРЛ ІА–ІІБ стадії. По показанням виконувалась клиновидна або циркулярна резекція бронхів і резекція судин, з обов'язковою іпсилатеральною лімфодиссекцією. Комбіноване лікування включало: 2–3 курси індукційної ПХТ при ІБ–ІІА стадії, потім при всіх стадіях виконувалась радикальна хірургіческа втручання, в післяопераційний період проводилась адьювантна хіміолучева лікування, в тому числі з ендолімфатическим введенням хіміопрепаратів. Лучева терапія проводилась на зони міжбронхіального анастомозу і регіонарного метастазування з мінімальним облученням інтактної тканини легкого. Виконання органосохраняючих операцій, по порівнянню з пневмонектомією, дозволило раніше почати проведення неадьювантної хіміотерапії. Непосередні результати виявилися кращими, ніж після пневмонектомії: післяопераційні ускладнення виникли у 6 (9,2%) больних, післяопераційна летальність складала 3,0% (померли 2 пацієнта). Віддалені результати изучаються.

Бронхопластическі органосохраняючі операції в комбінованому лікуванні больних раком легкого з застосуванням сучасних методик хіміолучевої терапії можуть бути альтернативою виконання пневмонектомії, являються більш функціональними з точки зору якості життя і можливості трудової реабілітації пацієнтів.

## 159. Досвід перфузійної внутрішньоплевральної гіпертермічної хіміотерапії в лікуванні злоякісних плевритів

*С.М. Прутуляк, А.А. Ткач, Б.А. Болух, О.О. Луцкер, Я.В. Тацюк,  
О.В. Стрижалковський, П.І. Київський, С.А. Лисенко, С.П. Шевня  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Локальна гіпертерія використовується в лікуванні злоякісних пухлин різної локалізації. В основі патогенетичної дії гіпертерії — здатність температурного фактора (42–43 °С) викликати стійку денатурацію білкових структур пухлинних клітин, порушувати

кровообіг у ділянці пухлини, а також підвищувати цитотоксичний ефект деяких хіміопрепаратів.

Мета дослідження — проаналізувати ефективність перфузійної внутрішньоплевральної гіпертермічної хіміотерапії (ПВГХ) у хворих зі злоякісними плевритами різної етіології. Вивчено результати лікування 21 хворого зі злоякісним плевритом, якому проводили ПВГХ. Из них рак легені встановлено у 4 (19%) хворих, рак молочної залози — у 11 (52,4%) хворих, рак яєчників — 2 (9,5%) випадки, мезотеліома — 3 (14,3%) випадки, рак шлунка — у 1 (4,8%) хворого. Дренування та гістологічна верифікація досягалися під час відеоторакоскопії. Нами використана методика, де за допомогою екстракорпорального нагрівального контуру із вбудованим насосом протягом 2 год циркулює 50 мг цисплатину в рідині, підігрітій до 43 °С. Курс лікування складався з двох процедур з перервою 1–2 доби. Перед видаленням дренажів внутрішньоплеврально вводили 15 мг блеоцину. У 4 випадках ПВГХ поєднувалась з системною внутрішньовенною поліхіміотерапією (ПХТ).

ПВГХ покращила показники фізичного статусу хворих за шкалою EGOG та Карновського у 18 (85%) хворих, зменшила ексудацію та частоту пункцій у 8 (38%), викликала повну облітерацію плевральної порожнини у 5 (24%) пацієнтів. При ПВГХ не відмічено значної побічної дії та ускладнень. Одночасне проведення ПВГХ із системною ПХТ покращувало ефективність лікування, проте підвищувало токсичність.

При низькому рівні токсичності, використання ПВГХ у хворих зі злоякісними плевритами має високий терапевтичний ефект у вигляді покращання загального стану та підвищення якості життя.

#### 160. Результати пневмонектомії при хирургическом и комбинированном лечении немелкоклеточного рака легкого IIIA/N2 стадии заболевания

*А.В. Проценко, Ю.В. Лукьянов, В.В. Кобецкой, А.И. Рыбко  
ГУ «Крымский государственный медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского», Симферополь*

Критерии резектабельности при немелкоклеточном раке легкого (НМРЛ) с метастазированием в лимфоузлы средостения зачастую зависят от квалификации хирурга. При этом наиболее часто выполняется пневмонектомия (ПЭ). Результаты ПЭ и влияние на них пред- и послеоперационной лучевой терапии (ЛТ) продолжают обсуждаться.

Проведен ретроспективный анализ непосредственных и отдаленных результатов ПЭ у 152 больных НМРЛ IIIA/N2 стадии, оперированных с 1983 по 2005 г. У 42 пациентов ПЭ выполнена после ЛТ крупными фракциями (ЛТ КФ), у 81 больного — выполнена только ПЭ и 29 больных после ПЭ получили ЛТ в режиме обычного фракционирования (ЛТ ПО). Контроль составили 115 пациентов, которым за тот же период выполнена пробная торакотомия (ПрТ). Из них 23 пациента перед операцией получили ЛТ КФ. У 37 больных, которым не проводилась ЛТ КФ, после ПрТ была проведена ЛТ ПО. Остальным 55 пациентам после ПрТ проводилось только симптоматическое лечение (СЛ). Отдаленные результаты рассчитывали по методу Каплан — Майера.

ПЭ сопровождалась высокой послеоперационной летальностью — 16 (10,5%) из 152. Причинами смерти были: дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность — 5, ТЭЛА — 3, бронхиальный свищ (БС) — 3, внутривенное кровотечение — 2, вывих сердца — 1, анафилактический шок — 1, ОНМК — 1. Частота БС после проведения ЛТ КФ составила 14,3±5,4% (6 из 42), среди больных, лечение которым было начато с ПЭ — 5,5±2,1% (6 из 110),  $t=1,5$ ;  $p>0,05$ . После ПрТ летальных исходов не было. Отдаленные результаты лечения между группами больных не имели достоверных различий. Медиана выживаемости (нед) составила: ЛТ КФ + ПЭ — 59,2±30,4; ПЭ + ЛТ ПО — 43,2±21,6; ПЭ + СЛ — 63,2±16,0;

ЛТ КФ + ПрТ — 37,2±5,6; ПрТ + ЛТ ПО — 49,6±4,8; ПрТ + СЛ — 48,8±6,4.

Выводы: 1. ПЭ при IIIA/N2 стадии НМРЛ не оказывает достоверного положительного влияния на продолжительность жизни по сравнению с ПрТ. 2. ЛТ КФ может повысить частоту развития БС. 3. Отсутствие положительного эффекта от ЛТ на продолжительность жизни больных при IIIA/N2 стадии НМРЛ после ПЭ и ПрТ диктует необходимость поиска новых схем лечения.

#### 161. Риск развития смертельной тромбэмболии легочной артерии при пневмонектомии, производимой при раке легкого

*А.В. Проценко, Ш.Н. Салахов, Ю.В. Лукьянов  
ГУ «Крымский государственный медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского», Симферополь*

Пневмонектомия (ПЭ) при раке легкого (РЛ) может выступить дополнительным провоцирующим фактором тромбэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Поэтому изучение эффективности применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) для профилактики ТЭЛА после ПЭ и их возможное влияние на величину интра- и послеоперационной кровопотери является актуальным.

Проведен ретроспективный анализ частоты ТЭЛА до начала применения НМГ после 360 ПЭ, выполненных при РЛ по сравнению с частотой ТЭЛА после 4892 операций при других локализациях рака за 5 лет (1998–2002 гг.). В 2002 г. были сформированы три группы больных: 1-я — без применения НМГ ( $n=24$ ); 2-я — НМГ назначали в послеоперационный период ( $n=17$ ); 3-я — НМГ (Фраксипарин, Клексан) вводили за 2 ч до ПЭ и после в течение 3–5 сут ( $n=36$ ). Величина кровопотери на операциях определялась взвешиванием тампонов, после операции величину кровопотери определяли измерением количества экссудата, поступающего по дренажам в 1-е и 2-е сутки.

Всего после 5252 операций отмечали 48 смертельных ТЭЛА (0,91%). Наибольший удельный вес среди больных с ТЭЛА составили пациенты, перенесшие ПЭ — 37,5% (18 из 48). Частота развития ТЭЛА после ПЭ имела тенденцию к повышению с увеличением стадии заболевания и возраста больных. После абдоминальных операций наибольшая частота ТЭЛА наблюдалась при гастрэктомиях (1,69±0,84%), но частота ТЭЛА после ПЭ (5,0±1,1%) была достоверно выше ( $t=2,2$ ;  $p<0,05$ ). При изучении эффективности НМГ для профилактики ТЭЛА при ПЭ в 1-й группе ТЭЛА развилась в 1 (4,2±4,1%) случае, среди пациентов 2-й группы — у 2 (11,7±7,6%) больных, в 3-й группе не было ни одного случая ТЭЛА. Объем операционной кровопотери и экссудации из плевральной полости в послеоперационный период между группами не имел достоверных различий.

Выводы: 1. Частота ТЭЛА после операций по поводу рака достоверно выше после ПЭ, чем после абдоминальных операций. 2. Применение НМГ перед операцией достоверно снижает частоту ТЭЛА и не сопровождается увеличением операционной кровопотери.

#### 162. Опыт применения торакоскопии в онкологии

*Е.И. Сигал, В.П. Потанин, М.В. Бурмистров, А.Х. Исмагилов,  
В.Н. Никишов, А.М. Сигал, Р.Е. Сигал, Р.Г. Хамидуллин  
РКОД МЗ РТ, Казань, Россия*

С 1993 по 2010 г. на базе РКОД МЗ РТ выполнено 1868 торакоскопических операций. По поводу периферических опухолей легкого выполнено 425 операций. Из них при злокачественных опухолях выполнено 70 вмешательств: 23 операции по поводу солитарных метастазов (18 атипичных резекций и 5 лобэктомий) и 47 операций пациентам с периферическим раком легкого (8 атипичных резекций и 39 лобэктомий). По поводу патологии вилочковой железы видеоторакоскопическим (ВТС) доступом выполнено 89 операции (27 диагностических, 62 радикальных). Видеоторакоскопическая тимэктомия выполнена 62 больным из левостороннего доступа. Из них по поводу

образований вилочкової желези — 45 операцій. У 18 (46,1%) больных тимома супроводжалась розвитком миастениї.

По поводу миастениї виконано 17 операцій, у 16 больных при гистологічному дослідженні виявлена гіперплазія тимуса, у 1 — гіпоплазія вилочкової желези. Середня тривалість ВТС тимектомії — 81 мин. При раке молочної желези медіальної і центральної локалізації застосовувалась як обов'язковий етап відеоторакоскопічна парастернальна лімфаденектомія (720 операцій). Метастази виявлені у 152 (21,1%) больных із них у 58 (8%) вони являлись ізольованими.

При медиастенальних лімфаденопатіях виконано 503 відеоторакоскопії: біопсія лімфоузлов середостення (340), краєва резекція легкого (105), біопсія пухлиди середостення (58). Верифікація діагнозу досягнута в 98,1%. Відеоторакоскопія в діагностиці і лічєння плеврита виконана в 131 випадку. Плевродез виконаний в 120 випадках: злоякісна мезотеліома — 29 больных, дисемінація по плевре — 79, туберкульоз легких — 4, неспецифічне запалення — 5, інші причини (пневмоторакс, цирроз печінки, саркоїдоз) — 3.

Підводячи ітоги застосування торакоскопії можна зробити наступні висновки: тривалість оперативних втручань скоротилась на 20%, терміни дренирування — на 50%, терміни госпіталізації — на 30%, потреба в наркотичних засобах зменшилась в 2 рази, терміни нетрудоспособності скоротились в 2 рази.

## 163. Імуномоніторинг після застосування протипухлинної вакцинотерапії на основі дендритних клітин у хворих на недрібноклітинний рак легені

*О.В. Скачкова, Н.М. Храповська, В.В. Сітько, В.Л. Гацул, А.В. Гацул, В.М. Совецько, О.І. Горбач, Р.І. Сидор  
Національний інститут раку, Київ*

За швидкістю впровадження в онкологічну практику методу імуномоніторингу значно відстають від нових способів імунотерапії, що часто призводить до нерационального його використання. Тому розробка нових комплексних підходів імуномоніторингу є актуальною проблемою, вирішення якої дасть змогу покращити ефективність імунотерапії у хворих на злоякісні новоутворення.

Протипухлинну вакцинотерапію на основі дендритних клітин (ДК) проводили хворим на рак легені ІІА–ІІІА стадії (T2N2M0, T3N2M0). Усім хворим проводили 4 вакцинації з періодичністю 1 раз на місяць з подальшим контролем імунологічних показників. Досліджували експресію поверхневих та внутрішньоклітинних маркерів лімфоцитів, що задіяні на різних етапах специфічної та неспецифічної клітинної імунної відповіді на ДК-вакцину: CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup>FoxP3<sup>+</sup> (регуляторні лімфоцити), CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup> Grangyme B<sup>+</sup> (кінцевий етап активації ЦТЛ), CD3<sup>+</sup>CD16<sup>+</sup> Grangyme B<sup>+</sup> (НКК), CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>CD45RO<sup>+</sup> та CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>CD45RO<sup>+</sup> (клітини пам'яті), CD4<sup>+</sup>IL-4<sup>+</sup> та CD4<sup>+</sup>IFN-γ<sup>+</sup> (субпопуляції лімфоцитів: Th1, Th2), CD8<sup>+</sup>IFN-γ<sup>+</sup> та CD8<sup>+</sup>IL-4<sup>+</sup> (субпопуляції ЦТЛ: Tc1, Tc2).

Встановлено, що вже після першого введення ДК-вакцини відбувається збільшення кількості та функціональної активності НКК в 2 рази. Також спостерігаються кількісні зміни в субпопуляції ЦТЛ з 0,16±0,06·10<sup>9</sup>/л до вакцинотерапії до 0,32±0,15·10<sup>9</sup>/л після. До лікування у хворих зафіксовано значне збільшення відносного та абсолютного вмісту активних CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup> лімфоцитів. Під час ДК-вакцинотерапії відбувається зменшення їх кількості та на цьому фоні відбувається збільшення кількості регуляторних лімфоцитів. Збільшення клітин пам'яті відбувається не раніше 4 вакцинації. Встановлено, що під час ДК-вакцинотерапії відбуваються зміни у формуванні та розвитку антигенспецифічної відповіді на пухлинні антигени (ПА). До вакцинотерапії спостерігається направлення диференціювання CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів за Th2 типом з перевагою

секреції IL-4. На кожному з наступних етапів відбувається зменшення секреції IL-4<sup>+</sup> та збільшення IFN-γ<sup>+</sup>-секретуючих лімфоцитів у відповідь на ПА, аналогічні зміни відбуваються і в субпопуляції ЦТЛ.

ДК-вакцинотерапія супроводжується значними змінами показників стану імунної системи хворих на рак легені та викликає формування антигенспецифічної імунної відповіді на ПА.

## 164. Детекція окремих ракових кліток в костномозговій тканині при раку легкого

*В.І. Стариков, А.С. Ходак, А.Н. Бельї*

*Харківський національний медичний університет*

Рак легкого (РЛ) займає 1-е місце в структурі онкологічної захворюваності. Результати хірургічного лічєння цього захворювання залишаються незадовільними, оскільки більшість пацієнтів помирає від гематогенних метастазів. Виявлення окремих ракових кліток (ОРК) в костномозговій тканині (КМ) може стати додатковим прогностичним критерієм.

Ціль — вивчення КМ у больных РЛ на наявність ОРК з допомогою світлової мікроскопії і імуноцитохімічного методу. Обстежено 53 больных РЛ ІІ та ІІІ стадії, яким виконувались радіальні операції (пневмонектомія — у 21 і лобектомія — у 32). Пошук ОРК в КМ проводили спочатку методом світлової мікроскопії, а потім з допомогою моноклональних антител (МКАТ) к цитокератинам. Збір КМ із груднини виконували перед операцією иглою І.А. Касирського. Мазки КМ первісно досліджували в світловому мікроскопі. Препарати КМ больных, у яких не знайшли ОРК, додатково досліджували з допомогою МКАТ к цитокератинам.

При дослідженні мазків КМ в світловому мікроскопі у 13 (24,1%) больных знайшли багатоядерні клітки більших розмірів, неправильної форми з пенистою цитоплазмой. Ці клітки були расценені як ракові. Значили також невеликі скоплення ракових кліток. Мазки КМ 40 больных, у яких не виявлені ОРК з допомогою методу світлової мікроскопії, додатково досліджували імуноцитохімічним методом з використанням МКАТ к цитокератинам. Це дозволило ще у 4 больных виявити ОРК. Таким образом, загальне число больных з наявністю ОРК в КМ становило 17 (32%).

Дослідження КМ больных РЛ з МКАТ к цитокератинам дозволяє значно підвищити виявлюваність ОРК. У 32% радикально оперированих больных РЛ в КМ були виявлені ОРК, що, на думку більшості дослідників, суттєво погіршує результати лічєння.

## 165. Осложнення при хірургічному лічєнні раку шлунка та проксимального відділу шлунка

*В.І. Стариков<sup>1</sup>, Ю.А. Вишник<sup>2</sup>, Г.В. Трунов<sup>1</sup>, К.Ю. Майборода<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Національний медичний університет, Харків

<sup>2</sup>Областний клінічний онкологічний центр, Харків

Хірургічний метод лічєння займає центральне місце в комбінованому лічєнні раку шлунка та проксимального відділу шлунка. Операції при раку вказаних локалізацій характеризуються високою травматичністю і супроводжуються більшим числом ускладнень.

Ціль — вивчення частоти і причин розвитку найбільш частих ускладнень при операціях Льюїса і Осава — Гарлока. Обстежено 135 больных, яким виконані операції по поводу рака середнього і нижньогрудного відділу шлунка (48 операцій Льюїса), а також рака кардіального і проксимального відділу шлунка (87 операцій Осава — Гарлока). По стадіям больніе распределялись: T1-2N0M0 23%, T1-3N1-2M0 — 77%. **У 28,6% больных операції носили комбінований характер і супроводжались резекцією перикарда,**

легкого, удалением селезенки, хвоста поджелудочной железы, резекцией диафрагмы, резекцией левой доли печени и др.

Послеоперационные осложнения разделялись на два вида: местные и общие. Местные: несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза 3,7%; внутриплевральное кровотечение 1,5%; кровотечение из культи желудка 1,5%; перекрут культи желудка 0,7%; прободная язва трансплантата 0,7%. Общие: нарушение сердечного ритма (17%); пневмония (14%); тромбоэмболии легочной артерии (0,7%); прочие осложнения (1,4%). В целом осложнения отметили у 41,9%. Ведущее место по тяжести течения и исходу занимает несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза. Этот диагноз установлен при рентгеноскопии с контрастированием у 5 больных. У 1 больного выявлен ограниченный затек в средостение без развития эмпиемы. У 4 больных развилась эмпиема плевры, в связи с чем произведено дренирование плевральной полости. 1 больной умер от прогрессирования гнойного процесса, 4 больных выздоровели.

Ведущее место в структуре послеоперационных осложнений заняли сердечно-сосудистые и легочные. Частичная несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза не является фатальным осложнением. При адекватном дренировании плевральной полости и эндоскопической санации анастомоза возможно выздоровление больных. Редкие осложнения в виде внутриплевральных кровотечений, перекрута культи желудка, кровотечения из культи желудка отмечались на начальном этапе освоения хирургии пищевода и кардиального отдела желудка.

## 166. Профилактика несостоятельности анастомоза при операциях по поводу рака нижней трети пищевода и кардии

*В.И. Стариков<sup>1</sup>, И.А. Сенников<sup>1</sup>, А.В. Мужичук<sup>1</sup>, С.Р. Петриченко<sup>2</sup>, Д.В. Шаповалов<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет, Харьков  
<sup>2</sup>Областной клинический онкологический центр, Харьков

Центральное место в лечении рака нижней трети пищевода сохраняется за оперативным лечением. При этом хоть и не самым частым осложнением, но, как правило, фатальным остается несостоятельность анастомоза. Цель — анализ причин несостоятельности анастомоза и разработка методик профилактики последнего.

Обследованы 179 больных раком дистального отдела пищевода и раком кардиального отдела желудка, которым была выполнена операция Осавы — Гарлока за период с 1984 по 2010 г. Средний возраст больных составил 59,5 года. Рак нижней трети пищевода был у 22,1%, кардии — у 62,4% и проксимального отдела желудка с переходом на пищевод — у 15,5%. Распределение по стадиям: T2-3N0M0 — 90,4%; T4N0-1M0 — 9,6%. У 28,6% больных объем операции расширился до комбинированного, включая спленэктомию, резекцию хвоста поджелудочной железы, ножек диафрагмы, сегментов печени и др. У 8,2% больных выполнена гастрэктомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода.

Центральным звеном операции Осавы — Гарлока мы считаем формирование пищеводно-желудочного анастомоза. Оптимальные условия его заживления зависят от следующих факторов: 1. Хорошее кровоснабжение анастомоза и культи желудка. 2. Отказ от тракции зажимом остающейся части пищевода. 3. Отсутствие натяжения сшиваемых органов. 4. Полный отказ от фиксирующих швов и от применения сшивающих аппаратов. 5. Количество наложенных по окружности швов не более 8—10. Эти приемы мы внедрили в 1996 г. Анализ развившихся осложнений проведен за три периода: с 1984 по 1994, с 1995 по 2005 и с 2006 по 2011 г. При сравнении результатов за указанные периоды отмечается существенное уменьшение количества несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза с 15,3 до 3,1% за первый и второй период. Причем за период 2006—2011 г. на 96 операций не отмечено

ни одного случая несостоятельности. Незначительно возросло число случаев послеоперационных пневмоний — с 7 (12%) до 9 (14%), отмечается рост частоты нарушений сердечного ритма с 17 до 23,4%.

Соблюдение вышеуказанных требований способствовало снижению частоты несостоятельности анастомозов с 15,3 до 3% и послеоперационной летальности с 17 до 4,7%. С 2006 г. летальных исходов не наблюдалось вообще.

## 167. Опыт трансторакальных пункций при периферических опухолях легких

*В.И. Стариков<sup>1</sup>, И.А. Сенников<sup>1</sup>, С.Р. Петриченко<sup>2</sup>, Д.В. Шаповалов<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет

<sup>2</sup>Харьковский областной клинический онкологический центр

При всем диапазоне новых методов диагностики в торакальной хирургии верификация периферического рака легкого остается трудной задачей. Существенную помощь в ее разрешении оказывает трансторакальная пункция. Цель работы — анализ постпункционных осложнений и выработка алгоритма ведения пациентов при развитии пневмоторакса.

Проведено комплексное исследование 635 пациентов с периферическими формами рака легкого, находившихся на обследовании и лечении в торакальном отделении Харьковского областного клинического онкологического центра с 2006 по 2011 г., большинство (68%) больных были пожилого, и старческого возраста (8%). Исследование включало рентгенографию, КТ ОГК, у 463 пациентов произведена в условиях ИМР трансбронхиальная биопсия, выполняемая под рентгенологическим контролем. У 89,2% больных получена морфологическая верификация. При локализации новообразований в плащевой зоне, особенно при рентгенологических и КТ признаках перехода процесса на париетальную плевру выставляли показания к трансторакальной пункции образования. Нами произведены 154 трансторакальные пункции периферических образований легких. После оценки данных рентгенологических данных выставляются показания к трансторакальной пункции. На следующем этапе пациент подвергается рентгенисследованию в присутствии врача, который выполняет пункцию. Затем в асептических условиях выполняется пункционная биопсия. Через 2 ч — обязательная контрольная рентгенография.

Диагностическая эффективность составила 85,6%. Наблюдаемые осложнения — 12 случаев кровохарканья, купированного консервативно; 5 случаев парциального пневмоторакса, не потребовавшего лечения. И в 1 случае произведено дренирование по Бюллау, с расправлением легкого через 2 ч.

При соблюдении методики и техники выполнения трансторакальная пункция редко сопровождается серьезными осложнениями, риск последних особенно воздушной эмболии пренебрежимо мал. Для своевременной диагностики пневмоторакса в обязательном порядке показана контрольная рентгеноскопия через 2—3 ч после исследования. Диагностическая эффективность получения морфологической верификации при трансторакальной пункции сопоставима с трансбронхиальной биопсией.

## 168. Радикальные операции при раке легкого после пробных торакотомий

*В.И. Стариков<sup>1</sup>, Г.В. Трунов<sup>1</sup>, К.Ю. Майборода<sup>2</sup>, И.А. Сенников<sup>1</sup>, Д.В. Шаповалов<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет, Харьков

<sup>2</sup>Областной клинический онкологический центр, Харьков

Доля пробных торакотомий при хирургическом лечении рака легкого колеблется от 10 до 20%. Неоперабельность опухоли имеет как объективные, так и субъективные признаки. Цель — изучение причин неправильной оценки местной распространенности рака легкого во время операции и, как следствие, выполнение пробной торакотомии.

Обследовано 9 больных раком легкого, которым ранее выполнены пробные торакотомии; в последующем в торакальной клинике Харьковского онкоцентра выполнены радикальные пневмонэктомии. Возраст больных — 52–65 лет. Все они оперированы ранее не в онкологических клиниках. Первая торакотомия проводилась у 1 больного задним доступом, у 3 — передним, у 6 — боковым. Основной причиной отказа от радикальной операции при первой торакотомии послужило массивное поражение лимфатических узлов средостения (6 больных) при визуальной и мануальной оценке, а также прорастание опухоли в перикард и сосуды корня легкого (3 больных). У 5 больных при первой торакотомии проводилась биопсия лимфатических узлов средостения и у 2 — ткани опухоли в зоне прорастания. У всех больных выявлены элементы опухоли, однако при пересмотре препаратов в онкоцентре у 4 больных метастатического поражения лимфатических узлов не найдено.

В торакальном отделении онкоцентра всем больным выполнены расширенные пневмонэктомии. Период между пробной торакотомией и радикальной операцией составил от 2 до 12 мес. У 7 больных операции были комбинированными и часто сопровождалась резекцией перикарда, грудной стенки, стенки трахеи, плоскостной резекцией пищевода, резекцией левого предсердия. Обязательным компонентом была ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция. Послеоперационной летальности не было. При гистологическом исследовании у 6 больных получен плоскоклеточный рак, у 3 — железистый, у 8 — выявлено поражение лимфатических узлов корня легкого и средостения. После заживления раны больные получали адьювантное лечение согласно стандартам.

Анализ причин «неоперабельности» больных при первой торакотомии показывает, что они являются следствием совокупности нескольких факторов, приводящих к ошибке. Общим явилось то, что пациент оперировался не в онкологической клинике. Второй причиной является недостаточный опыт оперирующего хирурга. Третья причина — отсутствие проведения срочного интраоперационного морфологического исследования лимфатических узлов.

### 169. Диагностика микрометастазов рака легкого в лимфатических узлах с помощью иммуногистохимического метода

*В.И. Стариков, А.С. Ходак, А.Н. Белый*

*Национальный медицинский университет, Харьков*

Рак легкого (РЛ) занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости и смертности населения. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных РЛ обусловлены поздней диагностикой и развитием лимфогенных и гематогенных метастазов. Даже у больных сT1-3 N0 M0 развиваются интраторакальные рецидивы РЛ, что свидетельствует об ограниченности световой микроскопии в диагностике метастатического поражения лимфатических узлов (ЛУ).

Целью работы явилось изучение возможности иммуногистохимического метода в диагностике микрометастазов РЛ в ЛУ. Обследован 81 больной РЛ в стадии T1-3 N1-2 M0. Поражение ЛУ корня и(или) средостения установлено на основании данных КТ, МРТ или бронхоскопии. Больным выполнены пневмонэктомия (59,3%) и лобэктомия (40,7%). Всем пациентам операция дополнена ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией. Удаленные ЛУ исследованы гистологически. ЛУ больных, у которых не выявлены метастазы (pN0), дополнительно были исследованы иммуногистохимически с помощью моноклональных антител к цитокератинам.

При рутинном гистологическом исследовании ЛУ установлено их метастатическое поражение у 55(67,7%) больных, что соответствовало стадии pT1-3 N1-2 M0. У 26 больных метастазы в ЛУ при световой микроскопии не выявлены, поэтому их дополнительно исследовали иммуногистохимическим методом

при котором у 6 (23,1%) из них выявлены микрометастазы. Это позволило изменить стадию заболевания, поэтому из обследованных число пациентов с pT1-3 N1-2 M0 составило 61 (75,1%).

Имуногистохимическое исследование удаленных ЛУ при РЛ повышает вероятность выявления микрометастазов на 7,4%. Точное определение стадии РЛ позволяет оптимизировать адьювантную терапию.

### 170. Влияние медиастинальной лимфодиссекции на эффективность хирургического лечения больных раком легкого

*В.И. Стариков, А.С. Ходак, Г.В. Трунов, И.А. Сенников*

*Национальный медицинский университет, Харьков*

*Областной клинический онкологический центр, Харьков*

В первые 3 года после операции по поводу рака легкого (РЛ) наступает местный рецидив заболевания у 39–46% больных. Цель — изучение особенностей послеоперационного периода и выживаемости больных РЛ после обязательной медиастинальной лимфодиссекции (МЛД) на стороне поражения.

Обследовано 165 больных РЛ. 1-я группа (84 больных) — без лимфодиссекции, 2-я группа (81 больной) — с МЛД. Обследуемые группы были сопоставимы по важнейшим прогностическим признакам. Основным различием между ними являлось выполнение МЛД. У больных 2-й группы отмечено увеличение кровопотери на 50,3±8,5 мл. Дополнение операции МЛД увеличивало ее продолжительность в среднем на 25 мин. В ранний послеоперационный период увеличивалось количество отделяемого по дренажам из плевральной полости на 136,2±18,4 мл.

Структура послеоперационных осложнений в группе с МЛД соответствовала таковой в 1-й группе. В ранний послеоперационный период у больных 2-й группы более часто отмечались аритмии 25,9% по сравнению с 17,9% в 1-й группе. Гнойно-септические осложнения в виде эмпиемы плевры выявлялись одинаково часто. Несостоятельность культи бронха у больных 2-й группы не отмечено. Общее число осложнений у больных 2-й группы было несколько выше, чем в 1-й и составило 49,3% против 39,4%. У больных 1-й группы 1-годовалая выживаемость составила 69,1±2,1%, у больных 2-й группы после МЛД 75,3±2,3%. Разница статистически недостоверна. 3-летняя выживаемость у больных в 1-й группе составила 40,5±1,3%, а во 2-й группе — 56,8±1,5%, различия статистически достоверны (p<0,05). Существующая разница в выживаемости, по-видимому, обеспечивается за счет более полной эрадикации пораженных лимфатических узлов.

Структура послеоперационных осложнений у больных с МЛД в целом не отличается от таковой у пациентов без лимфодиссекции. У больных РЛ после радикальных операций, дополненных МЛД, возрастает частота выявления метастазов в регионарных лимфатических узлах с 53,6 до 67,8%. Отдаленные результаты лечения указывают на достоверное (p<0,05) повышение 3-летней выживаемости у больных РЛ, которым выполнена ипсилатеральная МЛД (с 40,5±1,3 до 56,8±1,5%). Полученные результаты указывают на необходимость широко внедрения МЛД при хирургическом лечении РЛ.

### 171. Принципы планирования лікувальної тактики для ІІІ стадії раку легень

*О.А. Сухове́риша*

*Дніпропетровська державна медична академія*

*КЗ «Міська багатопрофільна клінічна*

*лікарня № 4», Дніпропетровськ*

Мета — обґрунтувати принципи планування лікувальної тактики для хворих на недрібноклітинний рак легень (НДРЛ) ІІІ стадії з урахуванням індивідуальних факторів прогнозу (ФП).

Вивчені результати лікування 323 хворих ІІІА стадії НДРЛ за період 1992–2007 рр. Контрольну групу становили 157 пацієнтів, яким проводилось оперативне лікування з ад'ювантною хіміотерапією (АХТ). В основну групу увійшли 166 хворих, яким на першому етапі виконувалась індукційна



ХТ (ІХТ), у подальшому — операція та АХТ. Як ФП досліджувались клінічні (стадія, гістологічна форма, вік, стать) та різні патоморфологічні та імуністологічні фактори.

Визначено, що радикальне видалення пухлини є найбільш значимим позитивним ФП, причому виконання органозберігаючих операцій вдвічі поліпшує виживання (HR=2,1; СІ 1,3–3,6). Негативними ФП для операбельності визначені: місцева поширеність онкопроцесу, для виживаності — N2-статус та аденогенний гістотип пухлин. ІХТ підвищує операбельність з 63,7±3,8 до 73,4±4,3% (p<0,001) та поліпшує 5-річне виживання радикально оперованих пацієнтів з 13,5% (СІ 6,2–20,8%) до 30,1% (СІ 18,0–42,3%; p<0,05). **Визначена залежність виживання від ступеня досягнутого лікувального патоморфозу пухлини (42,8±9,8% при II–III стадії проти 11,5±9,1% при 0–I стадії; p<0,05).** Проведення АХТ без урахування додаткових критеріїв агресивності пухлини не поліпшує місцевий контроль за перебігом онкопроцесу (p=0,19, p<0,05) і не впливає на виживання (p=0,38, p<0,05). Негативними молекулярно-біологічними ФП є гіперекспресія p53 та Her2/neu, і низька експресія Vcl-2. Розроблені математичні моделі та експертні системи на основі достовірних ФП, що дозволяє уточнити прогностичні заворування і оптимізувати лікувальну тактику.

Висновки. 1. Застосування ІХТ є ефективним методом поліпшення результатів комплексного лікування ПІА ст. НДРЛ. 2. За високої агресивності пухлини (за створеною моделлю) і відсутності ефекту від ІХТ доцільною є відмова від радикального хірургічного втручання у зв'язку з відсутністю його достовірного позитивного впливу на виживання пацієнтів. 3. У разі високої агресивності новоутворення необхідним є призначення АХТ з урахуванням маркерів хіміорезистентності і ступеня досягнутого ЛПП, а також з рекомендаціями поглибленого спостереження за хворими. 4. Для пухлин із низькою агресивністю ад'ювантні методи лікування не показані у зв'язку з відсутністю їх суттєвого впливу на показники виживаності хворих.

### 172. Ендоваскулярні методи лікування в онкопульмонології

*О.А. Суховерша<sup>1</sup>, І.М. Діба<sup>2</sup>, С.П. Сазонов<sup>2</sup>, О.О. Бобров<sup>2</sup>  
Дніпропетровська державна медична академія  
КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4»,  
Дніпропетровськ*

Мета — поліпшення результатів комплексного лікування місцево-поширених пухлин легень і органів межистинна за рахунок впровадження ендоваскулярних методів терапії.

Ендоваскулярні методи лікування за період 2002–2011 рр. застосовували у 21 хворого онкоторакального профілю. Внутрішньоартеріальна хіміотерапія (ВАХТ) проведена 16 пацієнтам (10 — з тімомами (ТМ), 5 — з раком легень (РЛ), 1 — з параангіомою межистинна). Хіміоемболізація бронхіальних артерій (ХЕБА) виконана у 5 випадках легневих кровотеч у хворих на РЛ. Селективна ВАХТ здійснювалась традиційним шляхом із доступом через стегнову артерію, або катетеризацією внутрішньої грудної артерії (ВГА) на рівні 5 міжреберного проміжку під час діагностичної відеоторакоскопії. ВАХТ проводилася за стандартними схемами, із введенням у ВГА доксорубіцину, карбоплатину. Для ХЕБА бронхіальних артерій у разі легневих кровотеч застосовувалася суміш пінополіуретанових емболів у розчині з 30 мг карбоплатину.

Повної регресії пухлин після ВАХТ не відзначено. Краще реагували на ВАХТ тімоми: частковий ефект визначений у 7 пацієнтів (70%), стабілізація — у 2, прогресування — у 1. При РЛ ефективним було лікування у 2 хворих. У пацієнтки з параангіомою межистинна остання прогресувала на фоні ВАХТ. Технічний та клінічний успіх ХЕБА був досягнутий у 4 випадках при кровопостачанні пухлин з однієї бронхіальної артерії, без анастомозів із сусідніми судинними басейнами. У 1 хворого, за умови кровопостачання пухлини з різних судинних басейнів, виник рецидив кровохаркання. Повторні спроби ХЕБА були безуспішними через анатомічні особливості

артеріального русла. Ускладнень ВАХТ і ХЕБА у вигляді токсичної дії хіміопрепаратів, поперечного мієліту, гематом у зоні пункції стегнової артерії не відзначено. У 2 випадках після введення доксорубіцину спостерігалася зафарбування шкіри передньої грудної стінки (парастернальної зони) у рожевий колір із подальшим розвитком помірного болювого синдрому, трофічних порушень і гіперпігментації шкіри.

Висновки. 1. Ендоваскулярні методи — ефективні засоби поліпшення результатів комплексного лікування тімом. Ефективність ВАХТ у лікуванні раку легень потребує подальших досліджень. 2. Бронхіальна ангіографія з одномоментною ХЕБА є ефективною і малотравматичною методикою лікування легневих кровотеч при раку легень.

### 173. Хірургічне лікування метастазів солідних пухлин у легені

*О.А. Суховерша<sup>1</sup>, С.П. Сазонов<sup>2</sup>, Л.Т. Артюшенко<sup>2</sup>,  
О.О. Бобров<sup>2</sup>, Н.В. Макарова<sup>1</sup>, О.Є. Ярошевська<sup>1</sup>  
Дніпропетровська державна медична академія  
КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4»,  
Дніпропетровськ*

Мета дослідження — оптимізація хірургічного лікування хворих із метастазами солідних пухлин у легені.

Проведено ретроспективне дослідження результатів лікування 66 хворих, яким у період 1990–2011 рр. виконано 73 операції. Серед пацієнтів — 36 чоловік та 30 жінок (середній вік — 52,1±11,2 роки).

Гістологічний тип пухлини	№	№ операцій	№ метастазів	Медіана (міс)
Рак нирки	13	14	21	46,9
Саркома м'яких тканин	10	13	21	38,1
Меланома	9	9	19	13,5
Колоректальний рак	7	8	9	45,9
Тімома	5	6	19	10,8
Рак сечового міхура	5	5	9	39,8
Рак молочної залози	3	3	10	ND
Рак щитовидної залози	3	3	4	21,5
Рак голови та шиї	2	3	17	17,3
Рак наднирника	2	2	2	ND
Рак передміхурової залози	2	2	2	ND
Злоякісна параангіома	2	2	4	ND
Остеосаркома	2	2	2	ND
Рак матки	1	1	1	ND
<b>Усього</b>	<b>66</b>	<b>73</b>	<b>140</b>	<b>34,7</b>

Інтервал від завершення лікування первинної пухлини до появи метастазів у легенях — від 0 до 252 міс (медіана — 51,8 міс). Загалом виконано 3 пневмонектомії, 26 лобектомії, 44 атипичних резекцій легень, видалено 140 метастазів. У 7 пацієнтів операції були повторними. Медіана виживаності становила 34,7 міс (1–157 міс), 5-річна виживаність — 34,8%. Найкращі результати у пацієнтів з раком нирки (46,9 міс) та колоректальним раком (45,9 міс), найгірші — для меланом та тімом (10,8–13,5 міс). Незадовільні результати спостерігалися при численних метастазах (>5), місцевому рецидиву пухлини та метастазах у межистинних лімфовузлах.

Висновки. 1. Операція — ефективний метод лікування метастазів солідних пухлин у легені. Критерієм відбору слід вважати наявність окремих метастазів (<5), відсутність місцевого рецидиву пухлини та метастазів у межистинних лімфовузлах. 2. Результати хірургічного лікування метастазів меланом шкіри та тімом у легені залишаються незадовільними.

### 174. Комплексна оцінка якості життя хворих на рак стравоходу

*А.А. Кач, Б.А. Болюх, С.М. Прутяк, Ю.В. Кириченко,  
П.І. Кайвський, О.В. Стрижалковський, О.О. Луцкер,  
Я.В. Тацюк, В.Г. Дроненко*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Якість життя (ЯЖ) — це інтегральна характеристика фізичного, психічного та соціального функціонування людини. ЯЖ є одним із важливих критеріїв оцінки ефективності лікування в онкології, прогнозу захворювання, індивідуалізації

спеціального та симптоматичного лікування, розробки реабілітаційних програм для пацієнтів з раком стравоходу (РС).

Мета дослідження — дати комплексну оцінку ЯЖ хворих на РС протягом певного періоду. Встановити особливості показників ЯЖ у хворих на РС залежно від різних методів та способів лікування.

Проаналізовані дані анкетування 39 хворих на РС, які отримали різні види спеціального лікування у Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері протягом 2010–2011 рр. Анкетування хворих проводили за допомогою Європейського опитувальника — EORTC QLQ-C30 та EORTC QLQ-OES18. Пацієнти заповнювали анкети: до початку лікування, під час, через 1 міс та через 3 міс після закінчення спеціального лікування.

Встановлені особливості показників ЯЖ у хворих, які отримували різне лікування, у різні терміни. Позитивна динаміка змін фізичного показника ЯЖ зареєстрована лише у групах хворих на РС, які отримали: 1) хірургічне лікування; 2) поліхіміотерапію; 3) телегаматерапію та яким було проведено: 4) стентування. Емоційний показник ЯЖ мав позитивну динаміку лише в групах, яким було проведено: 1) стентування, які отримали: 2) променеву терапію; 3) хіміотерапію. При порівнянні соціального показника ЯЖ між групами з різними методами лікування найгірші результати отримано в групі хворих на РС, які були лише прооперовані. Позитивна динаміка змін показника болю встановлена в групах пацієнтів з: 1) гастростомою; 2) стентуванням та у хворих, які отримали: 3) хірургічне лікування; 4) телегаматерапію; 5) поліхіміотерапію. Показник дисфагії мав позитивну динаміку в усіх групах. При порівнянні показника дисфагії між групами з різними методами лікування найгірші результати отримано в групі хворих на рак стравоходу з: 1) гастростомою, а найкращі — у групі пацієнтів, яким було проведено: 2) стентування; 3) променеву терапію; 4) комбіноване лікування.

## 175. Вплив паліативного лікування на якість життя хворих на рак легень

*А.А. Ткач, Б.А. Болюх, С.М. Прутуляк, Я.А. Степанюшина, П.І. Київський, О.О. Луцкер, Я.В. Тацюк, В.Г. Дроненко*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Паліативне лікування (ПЛ) раку легень (РЛ) залишається актуальною проблемою сучасної онкології. Оцінка якості життя (ЯЖ) цих хворих на будь-якому етапі лікування дає ряд переваг і перспектив щодо вибору методів лікування, прогнозу виживаності й оцінки ефективності вибраної лікувальної тактики. Мета дослідження — за допомогою анкетування, використовуючи опитувальник Європейської організації досліджень в лікуванні раку (EORTC QLQ-C30 та EORTC QLQ-CL 13), дати комплексну оцінку ЯЖ хворих на РЛ під час та протягом певного періоду після ПЛ.

У досліджувану групу хворих увійшли 60 хворих на РЛ, які отримали різні види ПЛ. 16 хворих отримали паліативну променеву терапію (ППТ), 15 — паліативну поліхіміотерапію (ППХТ). Оперативному паліативному лікуванню (ПОЛ) підлягали 14 пацієнтів. 6 хворим було проведено паліативне комбіноване лікування (ПКЛ). Паліативна внутрішньоплевральна термохіміотерапія (ПВТХТ) була проведена 9 пацієнтам. Оцінка якості життя проводилась у різні терміни лікування, а саме: при госпіталізації хворого, при виписці, через 1 та через 3 міс після лікування.

Різнібічний аналіз даних анкетування показав, що значний негативний вплив на фізичне благополуччя хворих на РЛ чинить ПОЛ. Найбільш помітну позитивну динаміку змін фізичного стану ми спостерігали у групах хворих, яким проведено ПВТХТ та ПКЛ. Найвищі показники емоційного благополуччя спостерігалися на фоні проведення ППХТ та ППТ. ПВТХТ викликає найбільш виражене погіршення емоційного стану хворих на РЛ. Найсуттєвіший позитивний вплив на ступінь вираження кашлю і задишки чинить ППХТ

та ППТ. Найбільш виражений негативний вплив на динаміку змін показників кашлю має ППХТ. Найгірші показники задишки та болю у хворих на РЛ спостерігалися на фоні ПОЛ.

Найбільш виражений вплив на динаміку змін складових ЯЖ хворих на РЛ як позитивний, так і негативний, мало ПОЛ, ППХТ та ПВТХТ. Незначні коливання показників ЯЖ хворих на РЛ відбувалися під впливом ППТ та ПКЛ.

## 176. Хірургічне лікування легеневих метастазів солідних пухлин

*А.І. Шевченко, О.М. Сидоренко А.В. Каджоян, В.В. Жданов  
Запорізький державний медичний університет*

На сьогодні хірургічне видалення легеневих метастазів солідних пухлин є загальноприйнятим підходом до лікування метастатичного раку.

Мета роботи — вивчити вплив хірургічного лікування легеневих метастазів солідних пухлин на тривалість життя онкохворих та його якість.

Протягом останніх 4 років у торакальному відділенні Запорізького обласного онкологічного диспансеру виконано 14 резекцій з приводу метакронних легеневих метастазів. Вік хворих — від 19 до 73 років, середній вік — 61 рік. Чоловіків було 9, жінок — 5. Первинною локалізацією пухлини у 8 хворих була товста кишка, у 3 — нирки, 3 хворих мали меланому, шванному нижньої кінцівки та рак легені. Середній інтервал після лікування первинної пухлини до розвитку легеневих метастазів становив 3,8 року. Об'єм хірургічного втручання був від лобектомії до атипової резекції легенів. Післяопераційних ускладнень не було. У 2 хворих із метастатичним колоректальним раком протягом 1-го року після хірургічного лікування з приводу легеневих метастазів виникли нові легеневі метастази, у одного хворого нові метастази виникли з оперованої сторони, у іншого — у другій легені. 1-річна виживаність у всіх хворих становила 100%, протягом 2-го року померли 2 хворих, решта знаходяться на диспансерному обліку.

Хірургічне лікування легеневих метастазів солідних пухлин є доцільним та безпечним методом лікування, який збільшує тривалість життя і поліпшує його якість у онкологічних пацієнтів.

## 177. О захворюваності раком легкого і результативності его лечения

**по данным Полтавского областного клинического онкологического диспансера (итоги 10-летней работы торакального отделения областного диспансера)**

*П.В. Шелешко, К.В. Таевоий, В.Н. Савельев, И.С. Бойко,  
Э.А. Мишко, А.Ю. Яровой, А.А. Калишенко, Е.М. Корчака  
Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава  
Полтавский областной клинический онкологический диспансер*

Ежегодно в Полтавской области выявляется до 550 первичных больных раком легкого, что составляет 34 заболевших на 100 тыс. населения.

Цель исследования — определение среди жителей Полтавской области заболеваемости раком легкого и результативности его лечения. Проанализировано 2720 историй болезни.

За 10-летний период (2000–2010 гг.) в Полтавской области зарегистрировано 6304 первичных больных раком легкого. Среди заболевших было 4538 (72,2%) мужчин и 1889 (29,8%) женщин в возрасте от 24 до 82 лет. Средний возраст больных равнялся 60,2 года. Рак IV стадии был констатирован у 2237 больных. За 10 лет в торакальном отделении онкологического диспансера на стационарном лечении находились 2742 первичных больных раком легкого. Из них у 2197 (89,0%) диагнозов заболевания был подтвержден морфологически. У 1252 (57%) больных рак был плоскоклеточным, у 582 (27%) — аденокарцинома и у 361 (16%) — мелкоклеточный рак. Среди впервые поступивших было оперировано 584 (21,1%) больных. Пробные торакотомии произведены у 102 (3,7%) среди впервые поступивших, а радикальные операции — у 482 (17,5%). Из них пневмоэктомии были произведены у 214 больных, лобекто-

миї — у 209 больних, атипические резекции легких — 48 больных. Среди радикально оперированных различной тяжести осложнения отмечались у 28 (5,7%) больных. Умерли в ранний послеоперационный период 7 (1,4%) больных. Среди прооперированных больных I стадия рака (T1N0M0) отмечалась у 42 (8,7%) больных, II стадия (T2N0-1M0) у — 117 (52,2%) и III стадия (T3N0-1M0) — у 349 (72,1%) больных. Радикальные операции среди впервые заболевших согласно итогам работы торакального отделения выполняются у 7,7% больных. Однако с учетом сведений о операциях, производимых в других лечебных учреждениях (торакальные отделения областной больницы и противотуберкулезного диспансера) эта цифра составляет 10,2%.

Дальнейшая выживаемость больных зависит от стадии опухоли, ее гистологической структуры и метастазирования в лимфатические узлы.

### 178. Рациональний вибір джерела кровопостачання місцево-поширеного раку стравоходу для проведення селективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії

*О.Г. Юзрінов, С.І. Кіркілевський, О.А. Супруненко, Ю.Н. Кондрацький, О.М. Новак, Б.Т. Кіндратишин*  
Національний інститут раку, Київ

Типове кровопостачання стравоходу сформовано за розсипним типом. Існує від 5 до 7 самостійних стравохідних артерій. Власні артерії стравоходу для катетеризації важкодоступні. Регіонарні стовбури, які мають аферентні артерії пухлини, можна досліджувати опосередковано або з використанням коаксіальної техніки зондування.

У період з 2005 по 2011 р. проведено катетеризацію аферентних судин 71 хворому з пухлинами стравоходу різного рівня локалізації.

За наявності пухлини у шийному відділі стравоходу в першу чергу доцільно дослідити праві й ліві нижні шитоподібні артерії. Для цього у 20 хворих успішно катетеризували шитишийний стовбур з лівого та 17 з правого аксиллярного доступів. При цьому у 30 хворих спостерігали гіпертрофовані аферентні попередньо існуючі судини і розвиток неоваскулярної сітки у вогнищі ураження. У 7 спостереженнях контрастування паренхіми пухлини було недостатньо інтенсивним, і у них додатково вирішили вивчити реберно-шийний стовбур зліва. Аберантні артеріальні гілки повною мірою забезпечували цільову доставку хіміопрепаратів.

При плануванні хіміотерапії у 10 хворих із місцево-поширеним раком середньої третини стравоходу в першу чергу проводили спробу катетеризації самостійно розвинених стравохідних артерій на рівні Th5—Th7, Th9. Однак у жодного з пацієнтів катетеризація не мала успіху. При додатковому дослідженні міжреберних артерій на цьому рівні зареєструвати наявність судин пухлини не вдалося. При дослідженні реберно-шийного стовбура зліва у всіх хворих за рахунок «паразитарного» кровопостачання пухлина отримувала паренхіматозне забарвлення. Місцево-поширені пухлини абдомінального відділу стравоходу у 22 хворих живляться переважно з лівої шлункової артерії. Її розвинена висхідна гілка розгалужується протягом пухлини з утворенням густої новоутвореної сітки. Це можна засвідчити за затримкою циркуляції крові в судинному басейні пухлини після інфузії цитостатиків. Для впливу на регіонарні метастатичні вузли додатково катетеризували у 13 хворих нижню ліву діафрагмальну артерію. Вона відходила самостійним стовбуром від аорти і на рівні пухлини віддавала декілька нетипових медіальних артерій, які формували додаткову хмароподібну тінь метастатичної пухлини.

Примусове насичення хімічними агентами пухлини супроводжувалося стагнацією кровотоку, інгібіцією неоваскуляризації, тканьовою деструкцією. На ангиограмах після завершення індукційної хіміотерапії забарвлення паренхіми пухлини не виявлено.

### 179. Ефективність поліплатилену при лікуванні недрібноклітинного раку легені

*Л.Д. Яценко*  
Національний інститут раку, Київ

Розроблені за останні роки лікарські комбінації протипухлинних препаратів позитивно вплинули на тривалість життя хворих на недрібноклітинний рак легені, і таким чином, хіміотерапія стала обов'язковим компонентом лікування. Застосування похідних платини є одним з найбільш поширених підходів до терапії раку легені. На жаль, при застосуванні препаратів цієї групи пацієнти часто страждають від досить відчутних побічних наслідків проведеного лікування.

Мета дослідження — обґрунтування доцільності застосування поліплатилену у хворих на недрібноклітинний рак легені для підвищення ефективності лікування та покращання якості життя. Під спостереженням знаходились 477 хворих на недрібноклітинний рак легені, які проходили лікування у відділенні хіміотерапії солідних пухлин Національного інституту раку. Хворі були розподілені на 2 групи: основну — 229 хворих, до складу схем лікування яких входив поліплатилен і етопозид; групу контролю — 248 хворих, які були проліковані цисплатином і етопозидом.

При аналізі лікування проведено порівняння показників його ефективності в основній і контрольній групах хворих на недрібноклітинний рак легені. В основній групі вірогідно кращими були: об'єктивний ефект на 8% (28,8 проти 20,8%)  $p < 0,05$ ; медіана виживаності на 3,5 міс (8,8 проти 5,3 міс)  $p < 0,05$ ; середня виживаність на 4,5 міс (10,3 проти 5,8 міс)  $p < 0,05$ ; 1-річна виживаність на 22,3% (35,8 проти 13,5%)  $p < 0,05$ ; 2-річна виживаність 16,6% спостерігалась лише у хворих, пролікованих поліплатиленом. Після завершення наміченого плану хіміотерапевтичного лікування 72% основної групи фактично відновили свій загальний стан (статус за шкалою ECOG 1 — 2 бали). У хворих групи контролю лише 47% можна визнати як тих, що відповідають 1—2 балам за шкалою ECOG.

Включення поліплатилену до схем поліхіміотерапії покращує виживаність хворих на недрібноклітинний рак легені порівняно з використанням загальноприйнятих схем. Таким чином протипухлинний ефект саме поліплатилену є вирішальним у досягненні результатів лікування, який перевищує ефективність цисплатини у схемах поліхіміотерапії. Цей факт є особливо суттєвим при подальшій розробці оптимальних схем на основі поліплатилену при лікуванні хворих на хіміорезистентний недрібноклітинний рак легені.

### 180. Якість життя хворих, пролікованих поліплатиленом

*Л.Д. Яценко*  
Національний інститут раку, Київ

Якість життя онкологічних хворих, які проходять лікування, є важливим об'єктом дослідження сьогодення. Вважається оптимальною така протипухлинна терапія, яка забезпечує контроль над пухлинним процесом і побічно дією цитостатиків, тому проблема якості життя онкологічних хворих займає значне місце в їх лікуванні. Дуже часто препарати, що застосовуються для корекції токсичних проявів протипухлинного лікування, мають власну токсичність, що, в свою чергу, потребує додаткової корекції, тому постійно продовжується пошук нових препаратів з високою протипухлинною активністю і низькою токсичністю. Мета дослідження — вивчення токсичності протипухлинного препарату поліплатилену при паліативному лікуванні хворих на рак шлунка, рак підшлункової залози, рак легені.

Токсичні прояви вивчалися у 80 хворих, до схем лікування яких входив поліплатилен. У схеми лікування 80 хворих групи контролю було включено цисплатину. Загальний стан пацієнтів під час лікування оцінювався за шкалою ECOG. Протягом усіх курсів лікування проводилося систематичне клінічне

обстеження хворих, досліджувалися параметри загального і біохімічного аналізу крові ЕКГ та інші методи дослідження.

Статус хворих основної та контрольної груп до початку лікування був стабільним. Після проведеної протипухлинної терапії в основній групі не спостерігалось жодного хворого зі статусом за шкалою ECOG у 3 бали, у групі контролю у 17 хворих загальний стан відповідав статусу 3 бали, а у 8 хворих статус погіршився і оцінювався в 4 бали за шкалою ECOG. Виявлено, що ступінь токсичності поліплатилену нижчий, ніж у цисплатини за рядом важливих параметрів: нудота, блювання, больовий синдром, слабкість, тахікардія, порушення сну, алергічні реакції, підвищення рівня білірубину, підвищення рівня АЛТ і АсАТ, підвищення рівня креатенину та зниження показників крові.

Застосуванням поліплатилену має високий рівень безпеки при паліативному лікуванні онкологічних хворих з різними локалізаціями злоякісних новоутворень. Відсутність потреби в застосуванні препаратів супроводу (антиеметиків, гранулоцитарних та колонієстимулюючих факторів, еритропоетинів, протигрибкових препаратів) робить поліплатилен препаратом вибору в платиновмісних схемах лікування.

## **181. Знеболювальна дія поліплатилену при лікуванні хворих на рак підшлункової залози**

*Л.Д. Яценко*

*Національний інститут раку, Київ*

Досвід хіміотерапії раку підшлункової залози (РПЗ) маловтішній навіть з урахуванням застосування нових препаратів. На сьогодні проблема лікування нерезиктабельного РПЗ відкрита і відповідно залишається актуальним пошук нових методів лікування. Метою дослідження є зниження больового синдрому та підвищення ефективності хіміотерапевтичного лікування за допомогою застосування препарату на основі сполук платини на ДНК носії — поліплатилену.

Спостереженням охоплено 108 хворих на РПЗ, серед яких основну групу становили 48 хворих, пролікованих поліхіміотерапією (ПХТ) з поліплатиленом, групу контролю — 60 хворих, пролікованих (ПХТ) із цисплатиною. Дослідження якості життя хворих основної та групи контролю визначалося за шкалою ECOG до лікування, під час проведення хіміотерапії та після її завершення. Вираженість больового синдрому визначали за аналоговою 10-бальною шкалою. Моніторинг інтенсивності больового синдрому проводили під час хіміотерапії щоденно, у період перерви між циклами 1 раз на тиждень, до початку першого і кожного наступного циклу хіміотерапії.

На фоні проведеного протипухлинного лікування відзначена така динаміка больового синдрому, пов'язаного з протипухлинним процесом: кількість хворих без больового синдрому була однаковою в обох групах до лікування. Після третього курсу ПХТ з поліплатиленом відзначали зменшення больового синдрому у 3,5 раза порівняно з групою контролю (46,3% проти 13,3%). У процесі подальшого спостереження на фоні хіміотерапії виявлена стійка позитивна динаміка зменшення вираженості больового синдрому в основній групі, тоді як у групі контролю відзначали збільшення кількості хворих з помірно і значно вираженим ступенем больового синдрому. Число пацієнтів із помірно вираженим больовим синдромом 1–3 бали до лікування в основній групі 8,9%, у групі контролю 6,7%, після завершення лікування 34,25 і 20,45 відповідно. Хворі з достатньо вираженим больовим синдромом 4,7 бала до початку лікування в основній групі 55,2%, у групі контролю 55,7%. Після завершення лікування 16,3 і 40,9% відповідно.

Використання поліплатилену при паліативному лікуванні хворих на рак підшлункової залози дозволяє ефективно усувати больовий синдром, пов'язаний з основним захворюванням та допомагає стабілізувати статус пацієнта за шкалою ECOG.