

Курс внутріартеріальної хемотерапії починали з 3–5-го дня після операції, в міру відновлення перистальтики кишечника.

Внутріартеріальну хемотерапію проводили за модифікованою схемою, розробленою в ДОПЦ. Як препарати першої лінії найчастіше застосовували 5-фторурацил і препарати платини. Комплексне лікування хворих досліджуваної групи передбачало проведення до чотирьох послідовних курсів внутріартеріальної ПХТ. За нашими даними, найоптимальнішим є введення хемопрепаратів за принципом: «один день — один препарат». При цьому щодня в режимі безперервної тривалої інфузії з використанням дозаторів медикаментозних речовин ДШ-07 або UN2/50 уводили добову кількість препарату із збереженням курсової дози.

До середини курсу в 14 (36,7 %) хворих і 22 (45,5 %) — по його завершенні зникли больові відчуття, поліпшився загальний стан. У 28 (81,9 %) до кінця курсу ПТ намітилася тенденція до нормалізації біохімічних показників. У процесі лікування хворим проводили дезінтоксикаційну, гепатопротекторну терапію. Середня тривалість життя хворих складала 7,9 міс. після завершення курсу ПТ. Смерть 18,9 % пацієнтів спричинила генералізація первинного пухлинного процесу, метастази в легені і головний мозок.

У 82 % хворих з метастазами в печінку поєднане застосування ПТ і внутріартеріальної ПХТ дало можливість отримати виражений симптоматичний ефект. Ускладнень від видалення катетера і його тривалою перебування у власній печінковій артерії не виявлено.

Таким чином, з одного боку застосування внутріартеріального шляху доставки хемопрепаратів забезпечує можливість транспорту протипухлинних препаратів безпосередньо до органа-мішені, а з іншого — ПТ поряд з анальгетичним і цитостатичним ефектами справляє потенціуючу дію хемопрепаратів.

При опромінюванні ділянки печінки запропонованою методикою променевої реакції й ускладнення відсутні. Променева терапія — найпростіший, доступний метод лікування — може бути використана при порушенні функції печінки.

Переваги описаного способу катетеризації полягають у забезпеченні максимальної безпеки і зниженні ризику розвитку кровотечі чи утворення гемангіоми при видаленні катетера по завершенні лікування, а також відсутності тромбоемболічних ускладнень.

Поєднане застосування ПТ і внутріартеріальної ПХТ показане хворим із множинними метастатичними ураженнями печінки, яким не показане хірургічне лікування.

Література

1. Гаспарян С.А., Островерхов Г.Е., Трапезников Н.Н. Регионарная длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей. — М.: Медицина, 1979. — С. 124–126.
2. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник. — М.: Мед.информ. агентство, 2004. — 516 с.
3. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П. Атлас операций на печени. — М.: Медицина, 1975. — 200 с.

4. Малиновский Н.Н., Северцев А.Н., Брехов Е.И. и др. // Кремлев. мед. Клин. вестн. — 2000. — № 2. — С.7–12.

5. Комаров Ф.И., Хазанов А.И., Калинин А.В. и др. Болезни органов пищеварения и системы крови / Под ред. Ф.И. Комарова. — М.: Медицина, 1996. — 528 с.

6. Тюляндин С.А., Моисеенко В.М. Практическая онкология: избранные лекции. — СПб: Центр ТОММ, 2004. — 784 с.

7. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. — К.: Здоров'я, 1993. — 512 с.

Г.В. Бондар, І.Є. Седаков, В.М. Смирнов, О.В. Бондар, М.Л. Тараненко, Р.В. Іщенко
ККЛПЗ «Донецький обласний протипухлинний центр»

Хірургічне лікування метастатичного раку грудної залози Surgical treatment for breast cancer metastases

Summary. Active surgical treatment for metastases of breast cancer with the use of selective intraarterial polychemotherapy in the basin of internal thoracic artery in combination with radiation and hormone therapy demonstrated high efficacy and low toxicity when compared with systemic chemotherapy and can be recommended for a wide use in this group of patients.

Key words: breast cancer, palliative treatment, surgery, selective intraarterial polychemotherapy.

Резюме. Активное хирургическое лечение метастатических форм рака грудной железы с применением селективной внутриартериальной полихимиотерапии в бассейне внутренней грудной артерии в сочетании с лучевой и гормонотерапией показало высокую эффективность и низкую токсичность по сравнению с системной химиотерапией и может быть рекомендовано к широкому применению у данной категории больных.

Ключевые слова: рак грудной железы, паллиативное лечение, хирургическое лечение, селективная внутриартериальная полихимиотерапия.

Ключові слова: рак грудної залози, паліативне лікування, хірургічне лікування, селективна внутріартеріальна поліхемотерапія.

Рак грудної залози (РГЗ) останніми роками посідає перше місце у структурі онкологічної захворюваності у жінок, що й зумовлює особливий інтерес учених-онкологів до успіхів у лікуванні даної категорії пацієнток. Незважаючи на те, що РГЗ належить до «зовнішніх» локалізацій пухлин, кількість хворих з неоперабельними формами захворювання з року в рік продовжує збільшуватися. Метастатичні форми РГЗ вважають прогностично несприятливими і лише впровадження сучасних схем хемогормонотерапії з урахуванням індивідуальних особливостей рецепторного статусу пухлини, а також впровадження в клінічну практику внутріартеріальних інфузій хемопрепаратів дозволило дещо поліпшити результати лікування хворих. Однак виживання і якість життя у цій групі, як і раніше, залишаються одними з найнижчих, що й визначає необхідність подальшої оптимізації методів лікування.

Відомо, що скелет є третьою за частотою локалізацією метастатичного ураження після легень і печінки. Причому в скелеті ураження виглядає таким чином

(за порядком убунання): хребет (до 70 %), кістки таза і нижніх кінцівок (до 40 %), зона тазостегнового суглоба (до 25 %). Метастатичне ураження в хребті розподіляються таким чином: грудний і груднопоперековий відділи уражаються в 70,3 % випадків, поперековий і крижовий — у 21,6 %, шийний — у 8,1 %. Метастатичні пухлини зустрічаються у 96 % хворих, первинні — в 4 %.

Приблизно у 5 % пацієнтів з генералізованою формою онкологічного захворювання існує компресія спинного мозку, причому в половини з них вона є першим проявом захворювання.

Основною метою паліативного лікування пацієнтів з метастатичним ураженням хребта є поліпшення якості життя шляхом збереження або відновлення неврологічного дефіциту, зменшення больового синдрому, відновлення стабільності в ураженому сегменті.

Патологічні переломи, які вимагають хірургічного лікування, зустрічаються у 9 % хворих з метастазами в кістки. Хірургічне лікування як паліативний метод у комбінованій терапії метастазів у кістки відіграє важливу роль в адаптації хворих і полегшує проведення їм ряду маніпуляцій. На сьогодні у світовій онкоортопедії хірургічні методи представлені ендопротезуванням, інтрамедулярним, накістковим остеосинтезом, кюретажем пухлини з використанням кістково-цементу, черезкістковим позаосередковим остеосинтезом.

Паліативне хірургічне лікування РГЗ є дискусійним питанням як у спеціальній літературі, так і в науково-популярних виданнях. Питання хірургічного лікування РГЗ хвилює вчених дуже давно.

Існує думка вчених онкологів про значно більшу кількість ускладнень у хворих з метастатичним РГЗ. Ця думка, в основному, базується на твердженні про виражене зниження практично всіх імунних реакцій у хворих з підтвердженням метастазуванням, до того ж, залежно від «мішені» метастазування, спостерігаються електролітні порушення (гіперкальціємія, гіпомагніємія та ін.), диспротеїнемія та ін. Вищевказана думка змушує багато онкологічних шкіл відмовлятися від виконання мастектомії у хворих з метастатичними формами РГЗ.

Більшість жінок, одержавши відмову в оперативному втручанні, власне заради якого більшість із них і звертається, втрачають надію на лікування, стають соціально дезадаптованими. Звичайно, результати лікування хворих, які втратили надію на лікування, значно гірші. Таким чином, саме повідомлення про майбутню операцію у хворих з метастатичними формами РГЗ дарує пацієнткам надію на успіх у лікуванні, оскільки лікарі не розглядають їх як безнадійних. В абсолютній більшості випадків позитивні емоції переважають страх перед операцією та косметичними дефектами.

Вивчення даного питання диктує необхідність оптимізації лікування хворих на метастатичний РГЗ із супутньою патологією, яким за медичними показаннями радикальне хірургічне лікування протипоказане.

Не менш актуальним завданням є поліпшення якості життя жінок і послаблення психо-соціального аспекту проблеми завдяки збереженню грудної залози.

У зв'язку з вищевикладеним, особливої актуальності набуває розробка нових методів лікування хворих з первинно неоперабельними метастатичними формами РГЗ, які б суттєво поліпшили якість життя пацієнток і вірогідно збільшили виживання хворих.

Накопичений досвід використання внутріартеріальної поліхемотерапії в Донецькому обласному протипухлинному центрі при захворюванні на РГЗ дозволив переглянути підходи до лікування хворих з первинно-метастатичними формами захворювання, які до цього моменту вважалися інкурабельними. Ефективність внутріартеріального шляху використання хемопрепаратів при місцево-поширених формах захворювання продемонстровано в численних працях вітчизняних і зарубіжних авторів, співробітників центру.

Метою даної роботи є розробка програми комплексної паліативної терапії хворих на первинно неоперабельний метастатичний РГЗ, яка включає неоперабельне лікування і паліативне оперативне втручання, яке забезпечує збільшення виживання та поліпшення якості життя хворих.

З 1985 р. по 1996 р. у Донецькому обласному протипухлинному центрі перебували на обстеженні й лікуванні 7787 хворих на РГЗ (табл. 1), з них у 791 (10,2 %) хворої було діагностовано первинно метастатичний процес. Було проведено детальний аналіз історичної групи, використаної як контрольна (54 особи, лікування яким проведено в 1985—1996 рр.). Хворі контрольної групи одержували консервативне паліативне лікування — системну поліхемотерапію, гормонотерапію, променеви терапію на грудну залозу, зони регіонарного метастазування та віддалені метастази в кістки. Відповідно до стандартів лікування РГЗ, пацієнтки контрольної групи одержували 4—6 курсів системної поліхемотерапії, при цьому першою лінією хемопрепаратів була схема CMF, другою — антрациклін-утримуючі схеми (CAF). Інтервал між курсами ПХТ становив три тижні. Оцінку ефективності ХТ проводили клініко-інструментальними способами, після кожного курсу ПХТ. При досягненні об'єктивних відповідей на проведену ПХТ до програми комплексного паліативного лікування включали курс променевої терапії на грудну залозу та зони регіонарного метастазування в режимі класичного фракціонування дози РОД — 2,0—2,5 Гр, СОД — 60 Гр.

Середній вік пацієнток контрольної групи склав 59,2 (25—91) року.

Згідно з Міжнародною класифікацією TNM, у всіх хворих контрольної групи переважали місцево-поширені пухлинні процеси (див. табл. 1).

У хворих контрольної групи, як і в хворих дослідної групи, найчастіше реєстрували метастатичні ураження кісток — у 12 (22,22 ± 2,70 %) випадках, та ураження надключичних лімфатичних вузлів — 29

Таблиця 1
Розподіл хворих контрольної групи за критерієм Т

Показник	Разом хворих	Критерій Т				
		3	4а	4б	4д	4с
Кількість хворих	54	13	3	30	6	2
Відсоток від загальної кількості	100	24,1	5,59	55,55	11,12	3,7

(53,70 ± 3,53 %). Досить часто траплялися метастази в печінку й легені — по 4 і 3 (7,4 ± 2,0 % і 5,55 ± 1,53 %) випадки, відповідно. Метастатичний плеврит та ураження середостіння у хворих даної групи при первинному зверненні виявлено в окремих спостереженнях.

Таблиця 2
Локалізація віддалених метастазів при первинному зверненні в пацієнток контрольної групи

Локалізація віддалених метастазів	Кількість спостережень	Питома вага, %
Метастатичний плеврит	1	1,85 ± 0,74
Mts: у кістки	12	22,22 ± 2,70
легені	3	5,55 ± 1,53
надключичні лімфовузли	29	53,70 ± 3,53
пахвові лімфовузли	1	1,85 ± 0,90
печінку	4	7,40 ± 2,00
яєчник	1	1,85 ± 0,74
внутрішкірні	3	5,55 ± 1,53
Разом	54	100,00

Середній період від початку захворювання до діагностування метастазів у кістки в цих хворих склав 19,2 міс.

Перегляд підходів до лікування хворих на метастатичний РГЗ дозволив нам розробити програму лікування з використанням активної хірургічної тактики, що було застосовано у 59 пацієнток дослідної групи, лікування яким було проведено в Донецькому обласному протипухлинному центрі в 1997–2007 рр.

Програма комплексного паліативного лікування хворих дослідної групи містила: катетеризацію внутрішньої грудної артерії через верхню епігастральну, проведення двох курсів селективної внутріартеріальної поліхемотерапії з інтервалом у три тижні з одномоментною променевою терапією на метастатичні осередки в кістках, оцінку ефекту, інтервал, променеву терапію на грудну залозу й зони регіонарного лімфовідтоку у статичному режимі РОД — 2,0–2,3 Гр, СОД — 40 Гр, оцінку ефекту, інтервал, проведення другого етапу променевої терапії РОД — 2,0–2,5 Гр із доведенням дози до максимальної (СОД — 60 Гр) на фоні третього курсу ПХТ, оцінку ефекту, інтервал три тижні, проведення четвертого курсу ПХТ при адекватному функціонуванні катетера. При досягненні об'єктивного ефекту виконували радикальну мастектомію. Хворі дослідної групи також одержували гормонотерапію відповідно до загальноприйнятих стандартів.

Як і в хворих контрольної групи, так і дослідної діагностували первинно неоперабельні пухлини (табл. 3).

Таблиця 3
Розподіл хворих дослідної групи за критерієм Т

Показник	Разом хворих	Критерій Т				
		3	4а	4б	4д	4с
Кількість хворих	59	5	1	38	11	4
Відсоток від загальної кількості	100	8,47	1,7	64,4	18,6	6,8

Не менш важливим прогностичним фактором є стан регіонарних лімфатичних вузлів. У 27 (45,79 ± 3,45 %) хворих даної групи при огляді та пальпації реєстрували збільшення пахових лімфатичних вузлів, розміри яких становили 0,5–8,0 см у діаметрі. Одиначні пахові лімфатичні вузли при первинному огляді визначали у 12 (20,33 ± 2,77 %) жінок, конгломерат спаяних між собою пахових лімфатичних вузлів — у 10 (19,94 ± 2,67 %). У 6 (10,16 ± 3,53 %) жінок виявлено поєднання пахових і надключичних лімфовузлів. У 4 (6,77 ± 1,61 %) пацієнток при первинному зверненні регіонарні лімфовузли пальпаторно не визначалися.

В дане дослідження включали пацієнток з ураженням шийних і надключичних лімфатичних вузлів, а також з іншими віддаленими метастазами (М1) (табл. 4).

Таблиця 4
Розподіл хворих дослідної групи залежно від локалізації віддалених метастазів

Локалізація віддалених метастазів	Кількість спостережень	Питома вага, %
Метастатичний плеврит	2	1,05 ± 0,74
Mts: у кістки	12	16,75 ± 2,70
легені	11	5,76 ± 1,69
надключичні лімфовузли	16	60,73 ± 3,53
печінку	16	8,38 ± 2,00
яєчник	2	1,05 ± 0,74
Разом	59	100,00

Способи катетеризації внутрішньої грудної артерії, гілок плечових артерій, торакоакроміальної артерії детально описані в працях клініки, тому зупинятися на особливостях, які відображують переваги і недоліки методик, очевидно не варто.

Курс внутріартеріальної ПХТ починали на другий день після операції.

Внутріартеріальну ПХТ проводили за модифікованою нами схемою СМФ. Комплексне лікування хворих дослідної групи передбачало проведення до чотирьох послідовних курсів селективної внутріартеріальної поліхемотерапії. За даними ДОПЦ, найоптимальнішим є введення хемопрепаратів за принципом: «один день — один препарат». При цьому щодня в режимі безперервної тривалої інфузії протягом 4–6 годин з використанням дозаторів лікарських речовин вводили 1/3 курсової дози кожного препарату. Тривалість кожного курсу складала дев'ять діб.

Параметри, які ми враховуємо при розробці даного режиму введення хемопрепаратів, є загальновідомими: величина, інтенсивність дози, курсова й сумарна дози. Курсова доза відповідала розрахунковій і не перевищувала рекомендовані дозування хемопрепаратів у вітчизняній практиці. При розвитку побічних ефектів або ускладнень у вигляді проявів місцевої і системної токсичності 3–4-го ступеня дози редукували або тимчасово переривали курс терапії.

Метастатичні осередки у кістках піддавали променевої терапії РОД — 2,0–2,5 Гр, СОД — 40 Гр на фоні застосування бісфосфонатів, під контролем рівня кальцію крові.

У всіх хворих з 1999 року застосовували метод імуногістохімічного визначення рецепторного статусу пухлини за матеріалами, отриманими при товстоголкової трепан-біопсії.

У 16 хворих дослідної групи виявлено гіперекспресію рецепторів естрогену й прогестерону (ER+PR+), що стало показанням до виконання симультантної двобічної тубоваріектомії та призначення антиестрогенної терапії.

У 14 хворих дослідної групи виявлено гіперекспресію рецепторів естрогену при відсутності експресії прогестерону (ER+PR-), в 1 хворій дослідної групи — гіперекспресію рецепторів прогестерону при відсутності експресії естрогену (ER-PR+). У 10 спостереженнях діагностовано відсутність експресії рецепторів естрогену і прогестерону (ER-PR-).

Дослідження HER2/new статусу хворих дослідної групи виявило, що негативний статус виявлений у 5 осіб, позитивний — у 3. Високий рівень експресії Ki 67 спостерігався у 8 хворих дослідної групи, тоді як у 2 — низький.

Рівень рецепторів стероїдних гормонів у пухлині значною мірою визначає показання для гормонотерапії при метастатичному ураженні кісток. На нашу думку, найбільш доцільно застосовувати гормонотерапію у хворих з метастазами в кістки у постменопаузі з ознаками гормоночутливості в такій послідовності: I лінія — тамоксифен; II лінія — інгібітори ароматази; III лінія — прогестини, IV лінія — андрогени.

У хворих репродуктивного періоду і в пременопаузі: I лінія — оваріектомія, променева кастрація або агоністи рилізінг-гормонів (золадекс) + тамоксифен; II лінія — інгібітори ароматази; III лінія — прогестини; IV лінія — андрогени.

Постменопаузальні хворі, особливо, яким понад 70 років, з метастазами РГЗ у кістки навіть із негативними рецепторами підлягали гормонотерапії.

При досягненні об'єктивних ефектів або стабілізації процесу надалі пацієнтки одержували підтримуюче лікування (бісфосфонати) і гормонотерапію. Контроль за метастатичним процесом здійснювався в середньому 1 раз у три місяці і включав сцинтиграфію, рентгенографію, при необхідності — КТ або МРТ. При наявності ознак прогресування процесу застосовували таку лінію хемотерапії.

Поряд із системною терапією в лікуванні кісткових метастазів РГЗ використовували променеви терапію. У ДОПЦ променеви терапію проводять паралельно з хемо- або гормонотерапією. Опромінення первинної пухлини та зон регіонарного метастазування здійснюють на гамма-терапевтичних установках «Рокус» і «Агат».

Пацієнткам виконували різні види радикальних хірургічних втручань (переважно операції Маддена — 49,74 ± 3,62 % через первинне розповсюдження пухлинного процесу) (табл. 5).

Таблиця 5

Розподіл пацієнток за видами виконаного оперативного втручання

Оперативне втручання	Кількість спостережень, абс.	Питома вага, %
Квартантектomia з лімфаденектомією	4	6,77 ± 2,04
Підшкірна мастектомія з лімфаденектомією	2	3,38 ± 1,74
Секторальна резекція грудної залози	2	3,38 ± 1,74
Мастектомія за Мадденом	34	57,62 ± 4,60
Мастектомія за Пейті	12	20,33 ± 3,70
Мастектомія за Холстедом	5	8,47 ± 2,29
Разом	59	100,00

Післяопераційна летальність після радикальних мастектомій склала 0 %.

Досить низькі регіонарні можливості у хворих з метастатичним РГЗ і більша кількість ускладнень, порівняно з локальними формами захворювання, спонукали нас до розробки методу ушивання ран після мастектомії (Спосіб ушивання рани після радикальної мастектомії. Патент на корисну модель № 25362 від 10 серпня 2007 р.). Розроблений спосіб, з одного боку, сприяє зменшенню довжини рани, з іншого — зміщенню латерального краю рани до центру, для чого накладають безперервний шов через клітковину спочатку на верхньому півпериметрі рани, залишаючи при цьому вільні кінці ниток, потім — на нижньому. Накладають безперервний внутрішній косметичний шов. Натягають нитки підшкірного шва і рівномірно розподіляють зморшки шкіри, після чого нитки зв'язують між собою.

Продовження хвороби було зареєстроване в 27 (35,53 ± 5,49 %) хворих дослідної групи. Як і передбачалося, найчастіше несприятливий перебіг у різні терміни після закінчення комплексного лікування відзначено в 23 пацієнток із запальними, дифузними та інфільтративними формами пухлинного процесу.

Локорегіонарні рецидиви в зоні післяопераційного рубця виявлено в 6 (10,16 ± 2,09 %) хворих. Лімфогенне і гематогенне метастазування пухлини — у 2 (3,38 ± 1,84 %) жінок, причому метастази у контра-латеральні пахвові лімфовузли — в 1 (1,69 ± 1,31 %), у шийні — в 1 (1,69 ± 1,31 %) пацієнтки.

Метастатичне ураження кісток скелета діагностовано у 9 (15,23 ± 3,71 %) пацієнток, а легень з гомолатерального боку — у 3 (5,08 ± 2,23 %) хворих.

Метастатичні плеврити з гомолатерального боку діагностовано у 2 жінок ($3,38 \pm 1,84$ %). Ураження печінки з реєстрованими вузлами від 1 до 4 см в діаметрі зафіксовано в 1 ($1,69 \pm 1,31$ %) пацієнтки, метастази в яєчники — також лише в 1 спостереженні.

Продовження хвороби реєстрували у термін від 2,5 до 36 міс. після завершення комплексного лікування.

Виявлено два основних піки у термінах розвитку віддалених метастазів і місцевих рецидивів захворювання: у перші 12 місяців та на другому році спостереження. Найраніше, через 2,5 міс., виявлено метастази в кістки у 3 пацієнток. При спостереженні від 3 до 6 місяців у 2 жінок зареєстровано метастатичне ураження кісток скелета, в 1 — метастази в печінку. У терміни спостереження від 6 до 12 місяців у 3 пацієнток діагностовано локорегіонарні рецидиви, ураження легень відзначено у 2 жінок. Метастатичне ураження кісток скелета, контралатеральних пахових лімфовузлів і плеври зустрічалось з однаковою частотою — по 1 випадку.

Величина статистичного показника трирічного виживання склала $51,3 \pm 6,3$ %. Зі збільшенням часу спостереження рівень цього показника пропорційно знижувався і досяг до п'ятого року $39,0 \pm 6,5$ %. Середня тривалість життя для всіх пацієнток групи дослідження склала $3,28 \pm 0,16$ року. Однорічне виживання в дослідній групі склало $93,0 \pm 4,2$ %, трирічне — $50,3 \pm 7,2$ %, а п'ятирічне — $36,2 \pm 7,5$ %. Однак виявилось, що в підгрупі хворих при ураженні надключичних лімфатичних вузлів однорічне виживання склало $92,0 \pm 4,2$ %, трирічне — $53,3 \pm 7,6$ %, а п'ятирічне — $67,7 \pm 7,4$ %, тоді як у підгрупі хворих з кістковими метастазами однорічне — $66,7 \pm 4,5$ %, трирічне — $28,6 \pm 9,9$ %, п'ятирічне виживання — $28,6 \pm 9,9$ %.

У контрольній групі продовження хвороби зареєстровано у 29 ($65,53 \pm 5,49$ %) хворих. Як і можна було очікувати, найчастіше несприятливий перебіг у різні терміни після закінчення комплексного лікування відзначений у 16 випадків пацієнток із запальними, дифузними та інфільтративними формами пухлинного процесу.

Локорегіонарні рецидиви в зоні післяопераційного рубця виявлено в 16 ($27,890 \pm 3,093$ %) хворих. Лімфогенне і гематогенне метастазування пухлини — у 6 ($12,63 \pm 1,84$ %) жінок, причому метастази у контралатеральні пахові лімфовузли — в 1 ($1,32 \pm 1,31$ %), як і в шийні, — в 1 ($1,32 \pm 1,31$ %) пацієнтки.

Метастатичне ураження кісток скелета діагностовано у 19 ($41,84 \pm 3,71$ %), а гомолатеральне легень — у 13 ($33,95 \pm 2,23$ %) хворих. Метастатичні гомолатеральні плеврити діагностовано в 2 жінок ($2,63 \pm 1,84$ %). Ураження печінки з реєстрованими вузлами від 1 до 4 см в діаметрі виявлено в 1 ($1,32 \pm 1,31$ %) пацієнтки. Метастази в яєчники також зафіксовано лише в $1,32 \pm 1,31$ % випадків.

Проведений аналіз виживання по роках дозволив виявити, що виживання у дослідній групі однорічне

склало $78,9 \pm 4,2$ %, трирічне — $39,3 \pm 7,2$ %, а п'ятирічне — $27,2 \pm 7,5$ %. Виявилось також, що у підгрупі хворих при ураженні надключичних лімфатичних вузлів таке виживання склало відповідно $80,0 \pm 4,2$ %, $41,3 \pm 7,6$ % та $31,2 \pm 7,4$ %, тоді як у підгрупі хворих з кістковими метастазами $78,2 \pm 4,5$ %, $37,6 \pm 8,9$ % та $22,3 \pm 9,9$ %.

Середній проміжок часу до появи метастазів (медіанне значення) у дослідній групі склав $7,9 \pm 2,4$ міс., тоді як у контрольній — $14,5 \pm 3,5$ міс. (відмінність не є статистично значущою, $p > 0,05$). Усі пацієнтки з виявленим продовженням хвороби отримали паліативне симптоматичне лікування.

При детальному аналізі часу настання метастазування було розглянуто локалізації, які трапляються найчастіше. Так, у дослідній групі виявлено: мінімальний термін метастазування у кістки — 3,3 міс., максимальний — 38,1 міс. У контрольній групі рівні цих показників склали відповідно 7,3 міс. і 30,1 міс.

Аналіз випадків продовження захворювання виявив такі результати: у дослідній групі мінімальний час метастазування — 4,6 міс., максимальний — 23,2 міс., тоді як у контрольній групі хворих 4,7 і 54,1 міс. відповідно.

Отже, активне хірургічне лікування метастатичних форм РГЗ із застосуванням селективної внутріартеріальної поліхемотерапії в басейні внутрішньої грудної артерії у поєднанні з променевою та гормонотерапією показало високу ефективність і низьку токсичність порівняно із системною хемотерапією, і може бути рекомендоване до широкого застосування у даній категорії хворих.

Тривалість життя і періоду ремісії та якість життя у хворих з метастатичним РГЗ може бути поліпшено в результаті застосування хірургічного етапу.

Отримані дані дозволяють дійти висновку про ефективність запропонованого варіанту лікування метастатичних форм РГЗ.

І.Ф. Височина, О.Л. Ходенков, В.І. Котілевська, Н.М. Серьогіна

Луганський обласний клінічний онкологічний диспансер

Значення ^{89}Sr хлориду в лікуванні метастатичного ураження кісток

The role of ^{89}Sr chloride in treatment of bone metastases

Summary. Strontium-89 chloride therapy of cancer patients with bone metastases reduces the pain and increases physical activity. ^{89}Sr is effective not only in osteoblastic but also osteolytic metastases.

According to bone scan, radiography, CT, application of strontium reduces activity of the process in the bones and the number of metastases. Strontium-89 chloride is an effective radio-pharmaceutical in treatment of multiple bone metastases and plays an important role in complex treatment of this pathology.

Key words: strontium-89 chloride, treatment, bone metastases.

Резюме. Лечение стронцием-89 хлоридом онкологических больных с метастазами в кости уменьшает боль и увеличи-