

НОВОУТВОРЕННЯ

Науково-практичний журнал Донецького обласного протипухлинного Центру

№ 3-4 2009 рік

ПРОФІЛАКТИКА НОВОУТВОРЕНЬ- ЗАДАЧА УСІХ ЗЕМЛЯН



УДК 616.006
ББК 55.6

Внесен до переліку № 21 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук

Постанова президії ВАК України від 02 липня 2008 року №1-05/6
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 11836-707 Р від 6.10.2006 р.

Головний редактор

Бондар Г.В.

Редакційна колегія

Бондар Г.В.

Яковець Ю.І.

Думанський Ю.В.

Попович О.Ю.

Башеев В.Х.

Седаков І.Є.

Семикоз Н.Г.

Купрієнко М.В.

Бондар В.Г.

Борота О.В.

Кравцова В.Н.

Васильєв С.Д.

Березовський Г.В.

Редакційна рада

Барсуков Ю.А. (м.Москва)

Білинський Б.Т. (м.Львів)

Борзенко Б.Г. (м.Донецьк)

Василенко І.В. (м.Донецьк)

Ганул В.Л. (м.Київ)

Давидов М.І. (м.Москва)

Єльський 8.М. (м.Донецьк)

Журило І.П. (м.Донецьк)

Кондратенко П.Г. (м.Донецьк)

Лях Ю.Є. (м.Донецьк)

Момот Н.В. (м.Донецьк)

М'ясоедов Д.В. (м.Київ)

Патон Б.Є. (м.Київ)

Савченко О.О. (м.Донецьк)

Сельчук В.Ю. (м.Москва)

Смоланка І.І. (м.Київ)

Старіков В.І. (м.Харків)

Чехун В.Ф. (м.Київ)

Шлопов В.Г. (м.Донецьк)

Щепотін І.Б. (м.Київ)

Янковський М.А. (м.Горлівка)

Коректор

Зубкова Т.І.

Редактор журналу

Смирнов В.М.

Помічник редактора

Золотухин С.Е.

Помінчук Д.В.

Технічний дизайн

Журавльова О.О.

Наша адреса

83092, м.Донецьк-92, вул. Полоцька, 2а
Донецький обласний протипухлиний центр

Для листування

83092, м. Донецьк-92, вул. Полоцька,
2а Донецький обласний протипухлиний центр, Смирнова, В.М. т.
8(062) 223-97-17, факс: 8(062) 223-64-71,
e-mail: smirnov@interdon.net

Рекомендовано до видання Вченого радио Донецького державного медичного університету ім. М. Горького та ДОПІД 22.03.07, протокол № 4.

Надруковано в типографії ТОВ
«Цифрова типографія», м. Донецьк,
вул. Челюскінцев, 291а.

ВІДНОВНА ХІРУРГІЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

1. СУЧASNІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА УКРАЇНІ
Бондар Г.В., Думанський Ю.В., Грищенко С.В., Агарков В.І.....13
2. УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КЛИНИКИ)
Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Думанский Ю.В., Яковец Ю.И.,
Золотухин С.Э., Семикоз Н.Г., Борота А.В., Псарас Г.Г.,
Понсе Прадо А.О., Горбачева О.А.....19
3. ПОРІВНЯЛЬНЕ РАНДОМІЗОВАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НЕОАД'ЮВАНТОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕЗЕКТАБЕЛЬНИЙ РАК ПРЯМОЇ КИШКИ
Щепотін І.Б., Колеснік О.О., Іванкова В.С., Приймак В.В.,
Лялька І.Ю., Кикоть В.В., Хворостовський Р.Р.,
Дорожинський В.І., Коломієць А.П., Губська В.З.....25
4. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ БИОЛОГИИ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА
Бондарь Г.В., Кайряк О.В.....30
5. БЕВАЦИЗУМАБ В КОМБИНАЦИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА ОСНОВЕ ОКСАЛИПЛАТИНА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ III ФАЗЫ
Leonard B. Saltz, Stephen Clarke, Eduardo Di'az-Rubio, Werner Scheithauer, Arie Figer, Ralph Wong, Sheryl Koski, Mikhail Lichinitser, Tsai-Shen Yang, Fernando Rivera, Felix Couture, Florin Sirze'n, and Jim Cassidy.....35
6. ПРАВОМЕРЕН ЛИ ТЕРМИН «ОТСРОЧЕННЫЕ» ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ
Антіпова С.В., Калинін Е.В., Калинін А.Е., Гирагосов Е.Ю.,
Циганок Л.І.....43
7. ХІРУРГІЧСКАЯ РЕАБІЛІТАЦІЯ БОЛЬНИХ ПОСЛЕ ЭВІСЦЕРАЦІИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННИХ ОПУХОЛЯХ МАЛОГО ТАЗА
Антіпова С.В., Калинін Е.В., Шляхтин В.В., Калинін А.Е.,
Ефимов М.С., Гавриш К.Н.....46
8. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ T4N0-2M0
Антіпова С.В., Калинін Е.В., Калинін А.Е., Галат Р.А.,
Басенко І.Н.....50

9.	ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Антипова С.В., Калинин Е.В., Калинин А.Е., Гирагосов Е.Ю.....	54
10.	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОСВАРКИ Башеев В.Х., Борота А.В., Бондаренко Н.В., Мирошниченко Е.Ю.....	59
11.	ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ДИАФРАГМЫ ТАЗА В МРТ ОТОБРАЖЕНИИ КАК ФАКТОР ПЛАНИРОВАНИЯ СФИНКТЕРСОХРАНИЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ Башеев В.Х., Совпель О.В., Мирошниченко Е.Ю., Марин Р.А.....	64
12.	НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ Бондаренко Н. В., Бондарь В. Г., Псарас Г. Г.	69
13.	ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАРНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО МІСЦЕВО-Розповсюдженого РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ Бондар Г.В., Башеев В.Х., Борота О.В., Бондаренко М.В., Кияшко О.Ю.....	73
14.	ФОРМИРОВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ НИЗВЕДЕНИЯ НА ПРОМЕЖНОСТЬ ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Васильев С.Д., Золотухин С.Э., Псарас Г.Г., Осауленко Е.И., Понсе Прадо А.О., Башеев А.В., Мутык М.Г., Целикова В.В., Ковалчук А.И., Совпель О.В.....	78
15.	РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Думанский Ю.В., Седаков И.Е., Бондарь В.Г., Золотухин С.Э., Бондаренко Н.В., Бухтев С.В., Псарас Г.Г., Булатова М.А.....	85
16.	БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Кетов В.Г.....	92
17.	НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Семикоз Н.Г., Золотухин С.Э., Кравцова В.Н., Бережной В.В., Фефелов А.И., Понце Прадо А.О., Пономаренко В.А., Терен Т.И.....	95
18.	НУЖЕН ЛИ НАМ «СИНДРОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ»? (ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ СУПРААНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ В ДОПЦ) Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Яковец Ю.И., Золотухин С.Э., Борота А.В., Смирнов В.Н., Псарас Г.Г., Понце Прадо А.О., Чумаков А.Е., Морозова С.Е.....	100
19.	ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Борота А.В., Бондаренко Н.В., Золотухин С.Э., Лисовская Н.Ю., Кияшко А.Ю., Борота А.А.....	108
20.	ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ ПРЕПОДАВАНИЯ ОНКОЛОГИИ А СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю., Башеев В.Х., Борота А.В., Семикоз Н.Г., Золотухин С.Э.	112
21.	ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО-Розповсюдженого та метастатичного колоректального раку: досвід кафедри клінічної онкології Ужгородського національного університету Готько Є.С., Жеро С.В., Калій В.В., Цигика Д.Й., Пригара Д.В., Готько І.Ю., Бобіта Л.В., Мельник М.І.....	116

22. НЕСТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ <i>Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Нестеренко А.Н., Кухто Г.К.</i>	119
23. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДООПЕРАЦИОННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ <i>Гюльмамедов Ф.И., Полунин Г.Е., Шаламов В.И., Гюльмамедов П.Ф., Лыков В.А.</i>	122
24. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРИБРЮШНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ <i>Думанский Ю.В., Псарас Г.Г., Бондаренко Н.В., Ефимочкин О.Е.</i>	126
25. СОЧЕТАНИЕ КРИОДЕСТРУКЦИИ И ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ <i>Думанский Ю.В., Яковец Ю.И., Ищенко Р.В., Колосов И.В.</i>	130
26. ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ <i>Есин В.И.</i>	133
27. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ <i>Захараши М.П., Пойда А.И., Мельник В.М.</i>	136
28. ЗАСТОСУВАННЯ ХІМОПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ <i>Іванкова В.С., Лялька І.Ю., Шевченко Г.Н., Хруленко Л.Т., Губська В.З.</i>	140
29. РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ <i>Ковалев А.А., Ковалев К.А., Смирнов Л.Ю., Семенова Т.А., Колесник И.Ф., Котелевец Н.В.</i>	145
30. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ <i>Колесник Е.А/Приймак., В.В., Хворостовский Р.Р., Кикоть В.В., Лаврик Г.В., Гордиенко К.П., Халилуев А.А.</i>	149
31. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ <i>Кохнюк В.Т., Колядич Г.И., Бондаренко В.М.</i>	155
32. ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ МОТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА <i>Милица Н.Н., Постоленко Н.Д., Давыдов В.И., Лазарева Н.В., Казаков В.С.</i>	160
33. КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК З МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧІНКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ТА АД'ЮВАНТНОЇ ХІМОТЕРАПІЇ <i>Щепотін І.Б., Колеснік О.О., Васильєв О.В., Храновська Н.М., Лаврик Г.В., Хворостовський Р.Р.</i>	163
34. АНАЛІЗ ТА ПОРІВНЯННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ОНКОЛОГІЧНОМУ ДІСПАНСЕРІ <i>Одарченко С.П., Півторак В.І., Ковал'чук А.П., Хурані І.Ф., Одарченко П.Я.</i>	168
35. ДОСВІД ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ДВОСТОВБУРОВИХ КОЛОСТОМАХ <i>Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В., Тащієв Р.К., Тараненко А.О., Злобинець С.О., Задорожній С.П., Ляшенко М.М., Племянік С.В., Кондаков Р.О., Адаменко О.І.</i>	172

ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ТА МЕАСТАТИЧНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ: ДОСВІД КАФЕДРИ КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ УЖГОРОДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Готько Є С., Жеро С.В., Калій В.В., Цигика Д.Й., Пригара Д.В.,
Готько І.Ю., Бобіта Л.В., Мельник М.І.

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

Реферат. Понад 280 нових випадків колоректального раку (КРР) діагностують у Закарпатській області України щорічно, 170 пацієнтів з КРР вмирають за рік. Частка випадків місцево-розповсюдженого та метастатичного КРР сягає 50%. Метод: Лікування 69 хворих з місцево-розповсюдженим та метастатичним КРР в нашій клініці проводилось за режимами клініки Мейо (Leucovorin+5-Ftoruracilum), FOLFOX-4 та FOLFIRI. За період 2002-2009 рр. 20 хворих з місцево-розповсюдженім та метастатичним КРР були проліковані з використанням режиму клініки Мейо, 25 хворих одержали режим FOLFOX-4 і 24 пацієнти – режим FOLFIRI. Ефективність лікування була оцінена за часом до прогресії, медіаною виживання та за 5-річним виживанням.

Результати: час до прогресування у хворих, які одержали режим клініки Мейо, склав – 5,3 міс., FOLFOX – 7,8 міс., FOLFIRI – 8,1 міс. Медіана виживання склала $8,4 \pm 4,2$ міс. – при режимі клініки Мейо, $16,4 \pm 6,9$ міс. – FOLFOX-4 та $13,6 \pm 5,2$ міс. – FOLFIRI ($P > 0,05$). 5-річне виживання хворих, які одержали схему клініки Мейо, – 5,3%, FOLFOX-4 – 14,8%, FOLFIRI – 15,1%. Токсичність усіх вказаних режимів була прийнятною. Заключення: FOLFOX-4 і FOLFIRI мають переваги при лікуванні метастатичного та місцево-розповсюдженого КРР за показниками часу до прогресії, медіані виживання та загального 5-річного виживання. Але через ресурсні обмеження в Закарпатській області більш часто застосовується режим клініки Мейо.

Ключові слова: колоректальний рак, метастатичний, місцево-розповсюджений, комбіноване лікування, хіміотерапія, виживання.

Вступ. Проблема колоректального раку (КРР) в Україні вимагає все більшої уваги через невпинне зростання захворюваності. Так, за даними Національного канцер-реєстру України, грубий інтенсивний показник захворюваності на рак ободової кишки в Україні зріс

за період 1999 – 2007 рр. з 18,0 до 21,3, на прямій кишки – з 18,8 до 22,1 на 100000 чоловічого населення [1], аналогічні тенденції зафіксовані також для жіночого населення України. Рівень захворюваності та смертності на КРР на Закарпатті дещо нижчий, ніж в Україні. За оперативними даними 2008 р., захворюваність на рак ободової кишки становила 11,1, пряма – 11,7 на 100000 населення, що разом становить 280 нових випадків КРР щорічно [2]. Понад 170 мешканців області вмирає від КРР кожен рік. Відсоток занедбаних випадків раку ободової кишки становить на Закарпатті 24,8%, пряма – 18,3%, а загальна частка випадків місцево-розповсюдженого та метастатичного КРР сягає 50%. Відповідно, зберігаються високі рівні дорічної летальності хворих на КРР (ободова кишка – 37,6%, пряма – 35,2%). Тому проблема комбінованого лікування та надання адекватної хіміотерапевтичної допомоги цьому тяжкому контингенту хворих є вельми актуальнюю.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Проведено лікування 69 хворих з метастатичним КРР, 47 з яких першим етапом малорадикальні та паліативні хірургічні втручання та прогресували після радикальних операцій, 22 – на момент встановлення діагнозу вже мали віддалені метастази. Всі випадки були морфологічно верифіковані, представлені adenokarcinomами різного рівня морфологічної диференціації (G1 – G3). Середній вік хворих становив 57,5 років. За статевим складом контингент хворих розподілений так: чоловіки – 28 (40,6 %), жінки – 41 (59,4 %). Загальний статус за ECOG ≤ 2 . Лікування місцево-розповсюдженого та метастатичного КРР в нашій клініці проводилося із застосуванням таких хіміотерапевтичних режимів: за схемою клініки Мейо (5-ФУ + фолінат кальцію щоденно протягом 5 діб), FOLFOX-4 (5-ФУ + фолінат кальцію + оксаліплатин) та FOLFIRI (5-ФУ + фолінат кальцію

тінотекан). Проведений аналіз результатів період 2002 – 2009 рр. Із загальної кількості хворих лікувалися за схемою клініки Мейо, одержали режим FOLFOX і 24 – FOLFIRI. Підставою для припинення спеціального лікування було: наявність токсичності від протичастотного лікування за NCI CTC IV-го ступеня під передньому курсом; погіршення загального стану хворих за рахунок загострення супутньої патології та об'ективні дані за прогресуванням хвороби (за критеріями RECIST). Визначалася мета виживання для хворих кожної групи, та мета прогресії на кожному з трьох режимів та мета не виживання хворих. Статистичний аналіз проводився за методом Каплан-Мейєра.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Кількість курсів хіміотерапії на одного хворого коливалась від 2-х до 28. Медіана виживання при застосуванні режиму Мейо становила $8,4 \pm 4,2$ міс., FOLFOX-4 – $16,4 \pm 6,9$ міс., FOLFIRI – $13,6 \pm 5,2$ міс. Статистично значущі відмінності між всіма групами хворих за медіаною виживання не виявлені ($P > 0,05$). Час до прогресії склав: при застосуванні режиму Мейо – 5,3 міс., FOLFOX-4 – 5,6 міс., FOLFIRI – 8,1 міс. Загальне 5-річне виживання у хворих, які одержували режим Мейо становило 5,3%, 14,8% – FOLFOX-4, 15,1% – FOLFIRI. Токсичність всіх режимів була прийнятною. Лікування було припинено в одному випадку через відмову хворої. У двох випадках застосування режиму FOLFIRI спостерігали значну токсичність IV (діарея), один курс застосування FOLFOX-4 ускладнився нейтропенією (5%), що також стало підставою для припинення спеціального лікування. В інших випадках підставою для припинення лікування було прогресування процесу. Метастазування в усіх хворих мало ідентичний характер: у 75% випадків зафіковане як моноцентричне (один або легені), 46% хворих мали мультицентричне метастазування (2-4 осередки, які включали також кістки, пахові лімфовузли та інші тканини). Окремо слід зазначити, що частина хворих, які мали прогресування на режимі Мейо (11 осіб), була переведена на режим FOLFOX-4 і FOLFIRI, але в підсумкові результати цього дослідження ефективність цих режимів другої лінії з оксаліплатином та інотеканом не включена. Наші дані щодо широкої ефективності режимів, які вміщують оксаліплатин, корелюють з результатами A. de Gramont (2000) [3]. У рандомізованому дослідженні, яким було охоплено 795 хворих, M.Goldberg et al. (2004) була продемонстрована

на перевага режимів, які містять оксаліплатин та інотекан над схемою клініки Мейо та відсутність різниці в ефективності цих двох сучасних схем хіміотерапії КРР [4].

ВИСНОВКИ

Таким чином, режими FOLFOX-4 і FOLFIRI мають переваги при лікуванні метастатичного та місцево-розповсюдженого КРР за показниками часу до прогресії, медіані виживання та загального 5- річного виживання. Але через ресурсні обмеження в Закарпатській області більш часто застосовується режим клініки Мейо.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рак в Україні, 2006-2007: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // під ред. І.Б.Щепотіна. Бюлетень національного канцер-реєстру України, 2008- №9. – 97с.
2. Рак в Україні, 2007-2008: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // під ред. І.Б.Щепотіна. Бюлетень національного канцер-реєстру України, 2009- №10 – див. сайт Національного канцер-реєстру України: www.i.com.ua/~ucr.
3. Leucovorin and Fluorouracil With or Without Oxaliplatin as First-Line Treatment in Advanced Colorectal Cancer / A. de Gramont, A. Figari, M. Seymour et al. // Journal of Clinical Oncology, 2000, Vol 18, Issue 16 (August): pp. 2938-2947.

4. A Randomized Controlled Trial of Fluorouracil Plus Leucovorin, Irinotecan, and Oxaliplatin Combinations in Patients With Previously Untreated Metastatic Colorectal Cancer / R. M. Goldberg, D. J. Sargent, R.F.Morton et al. // Journal of Clinical Oncology, 2004, Vol 22, No 1 (January 1); pp. 23-30.

**ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА:
ОПЫТ КАФЕДРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ
ОНКОЛОГИИ УЖГОРОДСКОГО
НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Готько Е.С., Жеро С.В., Калий В.В.,
Цигика Д.И., Пригара Д.В., Готько И.Ю.,
Бобита О.В., Мельник М.И.

**Ужгородский национальный университет,
Ужгород, Украина**

Около 280 новых случаев колоректального рака (КРР) выявляются в Закарпатской области

Украины ежегодно, 170 пациентов с КРР умирают за год. Доля случаев местно-распространенного и метастатического КРР достигает 50%.

Метод: Лечение 69 больных местно-распространенным и метастатическим КРР в нашей клинике осуществлялось согласно режимам клиники Мейо (Leucovorin+5-Fторурасил), FOLFOX-4 и FOLFIRI. За период 2002-2009 гг. 20 больных местно-распространенным и метастатическим КРР было пролечено с использованием режима клиники Мейо, 25 пациентов получали режим FOLFOX-4 и 24 пациента – режим FOLFIRI. Эффективность лечения была оценена по времени до прогрессии, медианой выживаемости и по 5-летней выживаемости.

Результаты: время до прогрессирования у больных, получавших режим клиники Мейо, составило 5,3 мес., FOLFOX – 7,8 мес., FOLFIRI – 8,1 мес. Медиана выживаемости составила $8,4 \pm 4,2$ мес. – при режиме клиники Мейо, $16,4 \pm 6,9$ мес. – FOLFOX-4 и $13,6 \pm 5,2$ мес. – FOLFIRI ($P > 0,05$). 5-летняя выживаемость больных, получавших схему клиники Мейо – 5,3%, FOLFOX-4 – 14,8%, FOLFIRI – 15,1%. Токсичность всех указанных режимов была приемлемой.

Заключение: FOLFOX-4 и FOLFIRI являются более предпочтительными при лечении местно-распространенного и метастатического КРР. Они показали лучшие результаты в отношении времени до прогрессирования и общей выживаемости. Однако, в связи с ресурсными ограничениями, в Закарпатской области чаще используется схема клиники Мейо.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастатический, местно-распространенный, комбинированное лечение, химиотерапия, выживаемость

TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED AND METASTATIC COLORECTAL CANCER: EXPERIENCE OF THE CLINICAL ONCOLOGY DEPARTMENT OF UZGOROD NATIONAL UNIVERSITY

Hotko Y., Zhero S., Kaliy V., Tsyhyka D., Prygara D., Hotko I., Bobita O., Melnyk M.

*Uzghorod National University, Uzghorod,
Transcarpathian region, Ukraine*

Abstract. About 280 new cases of colorectal cancer (CRC) are detected in Transcarpathian region of Ukraine every year. About 170 patients die

of CRC per year. The overall percentage of patient suffering locally advanced and metastatic CRC about 50%.

Methods: Treatment of 69 patients with locally advanced and metastatic CRC in our clinic was carried out according to regimens of Mayo clinic (Leucovorin+5-Fторурасил), FOLFOX-4 and FOLFIRI. 20 patients with locally advanced and metastatic CRC were treated with regimen Mayo clinic, 25 patients were treated with regimen FOLFOX-4 and 24 patients were treated with regimen FOLFIRI in the period of 2002-2009. The results of treatment efficacy were estimated by time to progression (TTP), median OS and overall survival (OS).

Results: TTP using regimen of Mayo clinic was – 5,3 months, FOLFOX – 7,8 months, FOLFIRI – 8,1 months. Median OS was $8,4 \pm 4,2$ months – regimen of Mayo clinic, $16,4 \pm 6,9$ months – FOLFOX-4 and $13,6 \pm 5,2$ months – FOLFIRI ($P > 0,05$). 5-year OS using regimen of Mayo clinic was – 5,3%, FOLFOX-4 – 14,8%, FOLFIRI 15,1%. Toxicity of these regimens of chemotherapy was acceptable.

Conclusion: FOLFOX-4 and FOLFIRI are more preferred in the treatment of locally advanced and metastatic CRC. They were demonstrated the better results of TTP and OS. But due to economical aspects in Transcarpathian region more often used Mayo clinic regimen.

Key words: colorectal cancer, methastatic, locally advanced, combined treatment, chemotherapy, survival.