

ном об'єме и оценить распространение опухолевого тромба по НПВ посредством этой методики не представлялось возможным. При отсутствии отдаленных метастазов и противопоказаний к оперативному вмешательству по сопутствующей патологии 11 пациентам была проведена операция в объеме нефрэктомии и тромбэктомии. Операционный материал: удаленная почка с опухолевой массой и сосудами, а также фрагмент резецированной НПВ с тромбом направлялись на гистологическое исследование.

Результаты исследования. По данным исследования КТ и МРТ у 3 из 13 пациентов были выявлены признаки тромбоза почечной вены, у 10 из 13 пациентов определялись признаки тромбоза и почечной вены и НПВ с различными уровнями краниального распространения тромба. При проведении ЭУС у 11 пациентов (2 пациента, у которых ЭУС не было выполнено в полном объеме, исключены из группы наблюдения) полученные данные были сопоставимы с результатами КТ и МРТ. У 11 пациентов, которым было проведено оперативное вмешательство, данные операции и гистологического исследования соответствовали результатам КТ, МРТ и ЭУС в оценке опухолевого тромбоза, полученным на дооперационном этапе.

Выводы. Метод ЭУС имеет сопоставимую с КТ и МРТ информативность в оценке опухолевого тромбоза почечной вены и НПВ. Но с учетом инвазивности метода, необходимости сопровождения его анестезиологическим пособием, наличия технических ограничений при анатомических особенностях двенадцатиперстной кишки, необходимости приобретения дорогостоящих эндоскопических УЗИ-датчиков и необходимости высококвалифицированных специалистов в штате применение данного метода в повседневной практике ограничено и может быть рекомендовано только в качестве уточняющей методики.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕСАЛАЗИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ З АНЕМІЯМИ

Севастьянова В.С.

ДУ «Інститут медичної радіології ім.

С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків, Україна

Променеві ураження кишечника розвиваються у хворих онкологічного профілю, які отримують променеву терапію (ПТ) з приводу злякисних новоутворень органів черевної порожнини, включаючи пухлини малого таза, сечостатевої системи, лімфатичних вузлів, ретроперитоніальних пухлин. Більшість хворих онкологічного профілю мають супутню соматичну патологію, яка може впливати на тактику лікування та розвиток побічних ефектів від проведення спеціального лікування. Одним з ускладнень, що обмежує проведення спеціального лікування, є анемія. Базисним препаратом для лікування ранніх променевих ушкоджень кишечника визнано Месалазин. Серед побічних ефектів Месалазину стосовно крові відзначається анемія (гемолітична, мегалобластна, апластична).

Мета. Оцінити ефективність і безпечність застосування препарату Месалазин (Salofalk®,

Dr. Falk Pharma GmbH, Німеччина) у пацієнтів із раннім радіаційним ентероколітом, що поєднується з анемією легкого ступеня.

Матеріали та методи. Спостерігали 10 жінок (медіана віку 60,5 [58; 64] року), що мали ранні променеві ураження кишечника. Всі хворі отримували ПЛ на ділянку малого таза з приводу злякисних новоутворень геніталій. Променеві ушкодження підтверджувались даними ендоскопічних досліджень. Супутня патологія шлунково-кишкового тракту відмічалася у 80% пацієнток: 2 хворих мали хронічний холецистопанкреатит у стадії ремісії, 1 – неалкогольне жирове захворювання печінки, 1 пацієнтка страждала на синдром подразненого кишечника, 1 випадок неспецифічного виразкового коліту в анамнезі, 3 пацієнтки з хронічним гастродуоденітом із підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка в стадії ремісії. Всім хворим проводили терапію, що включала дотримання дієти, застосування антидіарейних, ферментних препаратів, виконували корекцію синдрому надлишкового росту і дисбіозу товстого кишечника, симптоматичну терапію. Базисним препаратом для лікування призначали Месалазин у добовій дозі 2 г протягом 14 днів. Контроль клінічного аналізу крові проводили тричі: перед застосуванням препарату, через 7 та 14 днів його застосування.

Отримані результати. Всі хворі, включені в дослідження, мали анемію легкого ступеня тяжкості. Медіана рівня гемоглобіну після закінчення ПТ перед застосуванням препарату 5-аміносаліцилової кислоти склала 98,5 [93,25;102,75] г/л. Через 7 і 14 днів лікування статистично значущих змін рівня гемоглобіну (97,6 г/л, 100,2 г/л відповідно) в досліджуваній групі не відмічалось.

Висновки. Лікування радіаційного ентероколіту залишається досить складною проблемою. Воно має будуватися з урахуванням фазності перебігу патологічного процесу, наявності супутньої патології не тільки шлунково-кишкового тракту, але й органів малого таза, захворювань ендокринної, серцево-судинної, кровотворної систем. Застосування Месалазину (Salofalk®, Dr. Falk Pharma GmbH, Німеччина) впродовж двох тижнів у дозі 2 г на добу не погіршує перебіг анемії легкого ступеня тяжкості, що дозволяє рекомендувати його для застосування хворим цієї нозологічної групи. Рекомендовано подальше вивчення безпеки застосування різних лікарських форм Месалазину у онкологічних хворих як з боку системи кровотворення, так і сечостатевої системи.

СУММАРНЫЕ ДОЗЫ ТЕМОЗОЛОМИДА И ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЛИБЛАСТОМЕ

*Синайко В.В., Жаврид Э.А., Демешко П.Д.,
Артемова Н.А., Новосельская О.А., Яковенко А.А.,
Мельник А.П., Мармыш А.В.*

*РНПЦ онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова, а/г Лесной, Беларусь*

Цель исследования: оценить отдаленные результаты комплексного лечения и факторы, влияющие на выживаемость пациентов с глиобластомой, при использовании различных суммарных доз темозоломида (ТМЗ).

Матеріал и методи. В исследование включено 247 пациентов в возрасте от 16 до 77 лет с общим статусом по шкале Карновского $\frac{24}{12}$ 50% (ECOG 0-2) с морфологически верифицированным после хирургического лечения диагнозом глиобластомы (Grade IV) головного мозга. В послеоперационном периоде всем пациентам проведена химиолучевая терапия (ХЛТ) в разовой очаговой дозе 1,8–2 Гр и суммарной очаговой дозе (СОД) 54–60 Гр с использованием ТМЗ. При ХЛТ с 2007 г. по I кв. 2012 г. ТМЗ назначался в дозе 75 мг/м² внутрь ежедневно (5 дней в неделю) за 1 ч до проведения сеанса лучевой терапии в первые и последние 2 недели облучения, а со II кв. 2012 г. по 2015 гг. – за 1 ч до проведения сеанса лучевой терапии в течение всего курса лечения, включая выходные и праздничные дни; суммарные дозы ТМЗ находились в диапазоне 2000–7400 мг. Через 3–4 недели после завершения ХЛТ проводилось до 6 курсов химиотерапии ТМЗ в дозе 150–200 мг/м² внутрь в течение 5 дней, причем курсы повторялись каждые 28 дней.

Для оценки влияния суммарной дозы ТМЗ на отдаленные результаты лечения пациенты были распределены на 3 группы. В 1-й из них (n=50) суммарная доза ТМЗ при проведении ХЛТ составила 2000 мг; во 2-й (n=90) – находилась в диапазоне >2000–4000 мг (среднее значение – 2836,4±52,36 мг); а в 3-й (n=107) – была >4000 мг (среднее значение – 5382,0±81,15 мг). Различия между группами по суммарной дозе ТМЗ были статистически значимы ($p_{1-2}<0,001$, $p_{1-3}<0,001$, $p_{2-3}<0,001$).

Статистически значимых различий в распределении пациентов между группами по возрасту, общему статусу по шкале Карновского и объему удаления опухоли не было, однако различия в среднем значении СОД лучевой терапии между 1 и 2 группами было статистически значимо (59,1±0,33 Гр и 57,8±0,27 Гр соответственно, $p=0,003$).

Результаты. Среди 247 пациентов, включенных в исследование, умерло 183 (74,1%) и продолжается наблюдение за 64 (25,9%). Медиана общей выживаемости всех пациентов составила 16±0,78 мес. Анализ результатов лечения в зависимости от суммарной дозы ТМЗ не показал статистически значимых различий в выживаемости пациентов. Медиана выживаемости, 1-, 3- и 5-летняя общая выживаемость в 1-й группе составила 16±0,99 мес.; 80,0±5,7%, 10,3±4,3% и 8,2±3,9%; во 2-й – 16±1,44 мес.; 71,4±4,8%, 16,1±4,3% и 8,0±3,4%; в 3-й – 17±1,58 мес.; 72,7±4,6%, 20,6±5,4% и 6,9±5,9% соответственно ($P_{1-2}=0,579$, $P_{1-3}=0,459$ и $P_{2-3}=0,883$).

Для определения факторов, способных оказать влияние на результаты лечения, использована модель пропорциональных рисков Кокса. Данные моно- и мультивариантного анализа определили возраст (отношение рисков (ОР) – 1,033; 95% доверительный интервал (95% ДИ) – 1,016–1,050; статистическая значимость (p) – <0,001) и СОД лучевой терапии (ОР – 0,906, 95% ДИ – 0,856–0,959, $P=0,001$) как независимые прогностические факторы, влияющие на результаты общей выживаемости пациентов с глиобластомой. Абсолютное значение суммарной дозы ТМЗ и различия в суммарной дозе препарата в исследуемых группах

не являлись факторами, влияющими на выживаемость.

Выводы. 1. Увеличение суммарной дозы ТМЗ в диапазоне от 2000 мг до 7400 мг при проведении послеоперационной ХЛТ в СОД 54–60 Гр не повлияло на результаты выживаемости пациентов с глиобластомой.

2. Основными прогностическими факторами, влияющими на выживаемость, являются возраст и СОД лучевой терапии.

3. Ни абсолютное значение суммарной дозы ТМЗ, ни различия в суммарной дозе препарата в исследуемых группах не являлись факторами, влияющими на выживаемость пациентов.

ВВЕДЕННЯ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ МУЛЬТИПЕЛЮСТКОВОГО КОЛІМАТОРА COBRALEAF НА ПРИКЛАДІ КОБАЛЬТОВОГО РАДІОТЕРАПЕВТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ «ТЕРАГАМ К-01»

Соловйов О.Л.,

Радіологічне відділення Миколаївського
обласного онкологічного диспансеру,
м. Миколаїв, Україна

Мета дослідження. У рамках гуманітарного проекту Федерального міністерства економічного співробітництва та розвитку Німеччини, спрямованого на покращення методів променевої терапії в Україні, Миколаївський обласний онкологічний диспансер отримав від Precisis Euromechanics GmbH (Німеччина) мультипелюстковий коліматор (далі – МПК) типу CobraLeaf CL-1000 разом із необхідними аксесуарами.

Комплект МПК – це комплекс складного обладнання та програмного забезпечення, а саме: МПК, фрезерний верстат із програмним керуванням (далі – ЧПК), програмне забезпечення для виготовлення форм, сумісних із формою пучка випромінювання.

Тому для введення в клінічну практику виникла необхідність у проведенні чималої низки досліджень:

- механічне юстирування МПК відносно первинного коліматора радіотерапевтичного комплексу «Терагам К-01» (далі – РТК);
- налагодження і калібрування фрезерного верстату;
- дослідні випробування щодо коректного інтегрування експортних даних параметрів пучків випромінювання з комп'ютерної системи дозиметричного планування PlanW-2000 (далі – КСДП) у програмне забезпечення фрезерного верстату;
- абсолютна та відносна клінічна дозиметрія з верифікацією результатів дозиметричного планування у водному фантомі;
- визначення і систематизація принципів застосування МПК у клінічній практиці з урахуванням обмеженої відстані до терапевтичного столу та антропометричних параметрів пацієнтів.

Матеріали та методи. Для проведення досліджень було використано наступне радіотерапевтичне, дозиметричне і допоміжне обладнання та програмне забезпечення:

- РТК «Терагам К-01» з комплектними пристроями (механічний поінтер, лінійний та ортогональ-