

Острых лучевых реакций и осложнений, связанных с облучением, по шкале (RTOG, 2006, верс. 3,0) — 3–5 стадии, не было. Поздние лучевые осложнения II–III ст., согласно шкале (LENTSOMA, 1995), выявлены у 5 пациентов (11,9%). В случаях расположения опухоли в непосредственной близости от корня легкого, в первую очередь, следует обращать внимание на лучевую нагрузку медиастинального отдела. Надо отметить, что у 35 пациентов (83,3%) не было выявлено значительных нарушений гемодинамики или декомпенсации сердечно-сосудистой системы, потребовавших прервать лечение. У 4 пациентов — нарушение ритма, изменение гемодинамики возникали через несколько недель после ЛТ, носили обратимый характер, купирующийся приемом стандартной кардиотропной, гипотензивной терапии. Проведение высокодозной гипофракционной ЛТ верхней доли центрального генеза как правило, не вызывает лучевых реакций со стороны пищевода. Отдаленные результаты требуют продолжения клинического наблюдения.

В данном исследовании было отмечено, что проведение высокодозной гипофракционной стереотаксической ЛТ начальных форм неоперабельного рака легкого у людей пожилого и старческого возраста, позволяет достигать высокого клинического и рентгенологического контроля над опухолью в 78%, не увеличивая при этом в раннем постлучевом периоде нагрузку на уже скомпрометированную тяжелой кардиологической патологией сердечно-сосудистую систему. Дальнейшее наблюдение позволит оценить клиническую эффективность гипофракционного лечения пациентов с НМКРЛ I–II ст. и вклад сопутствующей тяжелой кардиопатологии на общую выживаемость.

Литература

1. Корытников К.И., Эттингер Т.С., Проскура Т.В. // *Клин. мед.* — 1999. — № 11. — С. 52–55.
2. Кутузова А.Б., Лелюк В.Г., Гуськова А.К. // *Мед. радиол. и радиац. безопасн.* — 2000. — Т. 47, № 3. — С. 66–79.
3. Abratt R.P., Bogart J.A., Hunter A. // *Lung. cancer.* — 2002. — Vol. 36. — P. 225–233.
4. Jeremic B., Luther W., Brady et al. // *Radiat. Oncol., Second Edition.* — 2011.
5. Brock., Ashley S., Bedford J. et al. // *Clin. Oncol.*, — Vol. 20, № 9. — P. 666–676
6. Kong F.M., Ten Haken R.K., Schipper M.J. et al. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2005. — № 63. — P. 324–333.
7. Пасов В.В., Зубова Н.Д., Иволгин Е.М. // *Сиб. онкол. журн.* — 2009. — № 6 (36). — С. 58–61.
8. Анисеева О.Ю., Самойлова Е.А., Филатов П.В., Пашковская О.А. // *Патол. кровообр. и кардиохирург.* — 2012. — № 4. — С. 61–66.
9. Rodrigues G., Lock M., D'Souza D. et al. // *Radiother. Oncol.* — 2004. — Vol. 71. — P. 127–138.

С.В. Антипова, В.Т. Радомський,
Н.М. Серьогіна, В.І. Котилевська,
В.В. Серьогін, Д.О. Стрюков

*Луганський державний медичний університет,
Луганський обласний клінічний онкологічний
диспансер*

Порівняльний аналіз методів лікування за результатами трирічної безрецидивної виживаності хворих на рак сечового міхура II стадії

Comparative analysis of the methods of treatment by the results of three-year relapse-free survival of the patients with stage II bladder cancer

Summary. The authors compare the efficacy of treatment methods using the data about three-year relapse-free survival of the patients with stage II bladder cancer. It is desirable to use combination treatment (stage 1 – transurethral resection and stage 2 radiation therapy), which allows to reduce the frequency of relapses and progression of the disease and, respectively, increase relapse-free survival of the patients.

Key words: bladder cancer, transurethral resection, radiation therapy.

Резюме. Представлен сравнительный анализ эффективности методов лечения в соответствии с результатами трехлетней безрецидивной выживаемости больных раком мочевого пузыря II ст. Обычно предпочтительнее использовать комбинированный метод лечения (1-й этап — трансуретральная резекция и 2-й — лучевая терапия), что позволяет снизить частоту рецидивов и прогрессирования данного заболевания и, соответственно, увеличить безрецидивную выживаемость пациентов.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, трансуретральная резекция, лучевая терапия.

Ключові слова: рак сечового міхура, трансуретральна резекція, променева терапія.

У структурі онкоурологічної захворюваності рак сечового міхура (РСМ) займає перше місце серед новоутворів сечових органів, зокрема, в Україні в Луганській області — посідає сьоме місце у структурі онкологічних захворювань. Встановлено також, що РСМ характерний для чоловіків і зустрічається у них в 2,5–5 разів частіше, ніж у жінок. Дослідники пов'язують цю особливість з етіологічними чинниками. У загальній статистиці онкологічних захворювань по Україні на РСМ припадає у чоловіків 5,3 випадку, по області — 5,63, у жінок — 1,1 випадку. Загальна частота виявлення РСМ у Луганській області складає 10,9 на 100 тис. населення.

Порівняно з 1950 роком така захворюваність зросла в 1,5 разу, причому в процентному співвідношенні лідирують європейські країни й Америка. Рак сечового міхура дуже рідко розвивається у дітей (у 60 разів рідше, ніж у дорослих). Захворювання зазвичай проявляється в людей літнього віку, середній вік пацієнтів, за даними ВООЗ, становить 68 років.

Існує два основні підходи до лікування РСМ. За відсутності м'язової інвазії сечового міхура (I стадія) використовують переважно органозберігальні методи. «Золотим стандартом» лікування м'язово-інвазивних (II стадія і вище) пухлин сечового міхура вважається радикальна цистекто-

Кількість пацієнтів зі встановленим раком сечового міхура II стадії

Кількість випадків	2007 р.			2008 р.			2009 р.		
	За рік	2 ст.	%	За рік	2 ст.	%	За рік	2ст.	%
Луганська область	242	132	54,5	222	134	60,6	215	112	52,1
ЛОКОД	118	69	58,5	129	71	59,0	112	53	47,3
Інші медичні установи	124	64	51,6	93	63	67,7	103	59	57,3

мія. Необхідність застосування методів лікування, що передбачають видалення органів при виході пухлини за межі сечового міхура не викликає сумнівів, проте, при лікуванні хворих на локалізований м'язово-інвазивний РСМ може з успіхом застосовуватися органозберігальне лікування (трансуретральна резекція). При використанні цієї тактики загальна виживаність порівнянна з такою після цистектомії.

Метою нашого дослідження було вивчення результатів лікування хворих на РСМ II стадії T2aN0M0 і T26N0M0 за даними урологічного відділення і відділення променевої терапії №1 Луганського обласного клінічного онкологічного диспансеру (ЛОКОД).

У дослідження були включені пацієнти із встановленим діагнозом РСМ II стадії, що проходили лікування в ЛОКОД у 2007–2009 роках. У порівняльному аспекті вивчали ефективність методів лікування за показниками трирічної безрецидивної виживаності хворих на РСМ II стадії.

Розглянуто результати проведеного органозберігального лікування хворих із встановленим РСМ II стадії T2aN0M0 і T26N0M0. За час спостереження (2007–2009 рр.) такий діагноз було встановлено в 379 хворих, обстежених і пролікованих у ЛОКОД та інших медичних установах (таблиця 1).

З цієї таблиці видно, що більше половини випадків виявлення РСМ припадає на хворих з II стадією захворювання: в ЛОКОД — (47,3–59,0)%, в інших медичних установах — (51,6–67,7)%.

В усіх досліджуваних випадках (205 пацієнтів, спостережуваних у ЛОКОД в 2007–2009 рр.) діагноз РСМ було встановлено на підставі клінічних даних, підтверджено інструментальними методами дослідження, й верифіковано гістологічно. У більшості випадків гістологічно верифіковано перехідно-клітинний рак — у 148 хворих (72,2%), карциному — в 26 (12,7%), плоскоклітинний рак — у 15 (7,31%), недиференційований рак — у 9 пацієнтів (4,4%), світлоклітинний рак — у 3 (1,5%), солідний рак — у 4 (1,9%) випадках.

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів за віковими категоріями

Вік хворого, років	Чоловіки	Жінки
21–30	1	1
31–40	2	—
41–50	19	5
51–60	28	12
61–70	48	17
71–80	54	11
Понад 81	4	3

Таблиця 3

Розподіл хворих на РСМ II стадії залежно від виду лікування

Рік	ТУР		ТУР+ післяпер. ПТ		ПТ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2007	38	55,7	43	62,3	1	1,4
2008	35	49,3	28	39,4	3	4,2
2009	31	58,5	24	45,3	2	3,8

Серед 205 пацієнтів 158 були чоловіки (77,1%), 34 — жінки (22,9%). За віковими групами випадки виявлення РСМ II стадії розподілені, як показано в таблиці 2.

Стандартом лікування інвазивного РСМ є радикальна цистектомія з лімфаденектомією. Проте значний об'єм хірургічного втручання, деривація сечі і статева дисфункція у чоловіків вимагають наступних тривалих етапів реабілітації і медичного лікування, що часто примушує пацієнтів відмовлятися від проведення радикальної цистектомії. У таких випадках (а також за наявності протипоказань до оперативного втручання), пацієнтові можна проводити

Таблиця 4

Кількість рецидивів за 3-річний період у хворих на РСМ II стадії

Вид лікування	1 рік		2 роки		3 роки		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2007 р.	ТУР	4	10,5	—	—	16	42,1
	ТУР+ післяпер. ПТ	4	9,3	1	2,3	1	2,3
	ПТ	—	—	—	—	1	100
2008 р.	ТУР	5	14,2	2	5,7	17	48,5
	ТУР+ післяпер. ПТ	1	3,5	2	7,0	2	7,0
	ПТ	—	—	—	—	1	33,3
2009 р.	ТУР	5	16,2	3	9,7	12	38,8
	ТУР+ післяпер. ПТ	2	8,3	2	8,3	4	16,6
	ПТ	1	50	—	—	1	50

органозберігальне лікування: трансуретральну резекцію (ТУР) сечового міхура, променевою терапією (ПТ), хемотерапією, а також їх поєднання. Всі хворі, яким було встановлено діагноз РСМ II стадії T2aN0M0 і T26N0M0, — 205 осіб — були поділені на 3 групи. Першу групу склали пацієнти, яким проводили трансуретральну резекцію сечового міхура, другу групу — ті, що отримали комбіноване (ТУР і післяопераційну променевою терапією, СОД 44–60 Гр) лікування, в третю групу — увійшли хворі, які отримали тільки ПТ. Метою ТУР було видалення усіх видимих поверхневих осередків ураження сечового міхура в межах здорових тканин з резекцією м'язового шару. Дистанційну ПТ використовували як у комбінованому лікуванні РСМ, так і як самостійний метод лікування. У зону опромінення включали сечовий міхур з перивезикальною клітковиною і регіонарними тазовими лімфатичними вузлами. Рекомендована доза — 44–60 Гр у режимі звичайного фракціонування, по 2 Гр щодня, 5 фракцій на тиждень (таблиця 3).

У нашому дослідженні ми не мали за мету оцінити загальну тривалість життя хворих, а досліджували частоту розвитку рецидиву РСМ. Ефективність органозберігального лікування РСМ у відповідних групах після лікування встановлювали, оцінюючи 3-річний безрецидивний період. Дані про виживаність хворих у трьох групах представлено в таблиці 4.

За нашими даними, рецидив після ТУР виникає в перший рік після операції у (10,5–16,2)% загальної кількості хворих, яким було проведено органозберігальне хірургічне лікування, через 2 роки — в (5,7–9,7)%, через 3 роки — в (38,8–48,5)% хворих. При комбінованому лікуванні (ТУР і післяопераційна ПТ) виникнення рецидивів через 1 рік відзначається у (3,5–9,3)%, через 2 роки — у (2,3–8,3)%, через 3 роки — (2,3–16,6)% випадку. Комбінування лікування дозволило домогтися більш значного зниження частоти рецидивів. Ці дані свідчать про те, що при використанні поєднання ТУР і ПТ забезпечується вища безрецидивна виживаність.

Отже на основі отриманих даних можна зробити висновок, що комбінація органозберігального хірургічного і променевого методів лікування інвазивного РСМ дозволяє зменшити частоту рецидивів і прогресування цього захворювання та, відповідно, збільшити безрецидивну виживаність хворих.

Література

1. Харченко В.П., Каприн А.Д., Ставицкий Р.В. и др. *Интервенционная радиология рака мочевого пузыря*. — М., 2002. — 144 с.
2. *Клиническая онкоурология* / Под ред. Б.П. Матвеева / Рос. онкол. науч. центр им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2003. — 717 с.
3. *Лекции по клинической онкологии* / Под ред. акад. Г.В. Бондаря, проф. С.В. Антиповой. — Луганск, 2009. — 585 с.
4. *Клінічні рекомендації з онкоурологічних захворювань* / За заг. ред. Е.О. Стаховського. — К., 2011. — 295 с.
5. *Лекции по фундаментальной и клинической онкологии* / Под ред. проф. В.М. Моисеенко. — Изд-во Н-П, 2009.
6. *Рак в Україні: Бюл. Нац. канцер-реестру України*. — № 12. — 2009–2010.
7. Брюс Э. Чебнер, Томас Дж. Лине, Дэн Л. Лонго. *Руководство по онкологии*. / Под общей ред. проф. В.А. Хайленко. — М.: Медпресс-информ, 2011.
8. *Онкология*. Под ред. Д. Касчиато, В.А. Ананича. — М., 2008.

Н.В. Білозор, В.П. Старенький, О.М. Сухіна
*ДУ Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України, Харків*

Вплив клінічних характеристик на ефективність променевого лікування хворих на недрібноклітинний рак легені III стадії при нестандартних режимах фракціонування

Influence of clinical characteristics on radiation therapy effect in patients with stage III non-small-cell lung cancer at non-standard fractionation modes

Summary. A comparative analysis of different modes of radiotherapy fractionation with modification using etoposide and cisplatin in patients with non-small-cell lung cancer is given. Objective response was significantly higher in the accelerated fractionation modes, while the frequency of positive response depended on the general condition of the patient, the extent of the tumor process, morphology, growth form. Accelerated hyperfractionated modes in combination with chemotherapy modification provides a statistically significant improvement general and relapse-free survival. The general condition of the patient, the form of the macroscopic tumor growth, the degree of tumor regression are prognostically significant for stage III non-small-cell lung cancer.

Key words: non-small cell lung cancer, radiation therapy, accelerated fractionation modes, objective response, overall survival, relapse-free survival.

Резюме. Проведен сравнительный анализ результатов лучевой терапии различными режимами фракционирования с модификацией этопозидом и цисплатином больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ). Объективный эффект оказался достоверно выше при ускоренных режимах фракционирования, при этом частота позитивного ответа зависит от общего состояния пациента, степени распространенности опухолевого процесса, морфологии, формы роста. Режимы ускоренного гиперфракционирования в сочетании с модификацией химиопрепаратами обеспечивают статистически достоверное улучшение показателей общей и безрецидивной выживаемости. Для выживания больных НМРЛ III стадии прогностическое значение имеет общее состояние пациента, форма макроскопического роста опухоли, степень регрессии опухолевого процесса.

Ключевые слова: немелкоклеточный рак легкого, лучевая терапия, режимы ускоренного фракционирования, объективный эффект, общая выживаемость, безрецидивная выживаемость.

Ключові слова: недрібноклітинний рак легені, променева терапія, режими прискореного фракціонування, об'єктивний ефект, загальна виживаність, безрецидивна виживаність.

Протягом багатьох років рак легені (РЛ), представлений в 75–80% недрібноклітинним типом, становить одну з найбільш проблематичних ситуацій клінічної онкології. Поряд з високими значеннями показників захворюваності та смертності, спостерігається несприятлива тенденція збільшення частоти давнених форм недрібноклітинного раку легень (НДРЛ) (70%), що в переважній більшості випадків виключає можливість оперативних утручань. Отже в лікуванні хворих на місцево-поширені форми НДРЛ важливе місце належить променевій терапії (ПТ), для підвищення ефективності якої застосовують нестандартні режими опромінення та модифікацію цитостатиками, що мають радіосенсибілізуючі властивості [1–5].