

Крупнофракційне опромінювання на фоні ендолімфатичної хіміотерапії у лікуванні резектабельного раку прямої кишки дистальних локалізацій

І.В. Совпель

Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.07 «Онкологія» / І.В. Совпель. – Донецьк, 2013. – 21 с.

Висновки. У дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування і наукове вирішення актуального для сучасної медицини, зокрема онкології, завдання - підвищення ефективності лікування хворих на резектабельний рак прямої кишки за рахунок оптимізації схеми передопераційної хіміопроменевої терапії з включенням крупнофракційного передопераційного опромінення на фоні ендолімфатичної хіміотерапії. Причиною незадовільних віддалених результатів лікування при використанні сучасних неoad'ювантних методів передопераційної терапії резектабельного раку прямої кишки є низька ефективність традиційного способу внутрішньовенної хіміотерапії у сполученні з променевим лікуванням. Розроблений спосіб комплексного лікування резектабельного раку прямої кишки дозволяє досягти III ступеню лікувального патоморфозу в порівнянні з I ступенем у групі ІКПТ і II ступенем в групі ІКПТ + в\в ХТ. Альтернативні зміни виражені в більшій мірі - $21,9 \pm 5,1\%$, ніж у контрольних групах, пацієнти яких отримали ІКПТ + в\в ХТ і ІКПТ, де даний показник склав $12,7 \pm 4,2\%$ та $5,5 \pm 2,4\%$ відповідно ($p=0,012$). Спосіб передопераційної неoad'ювантної хіміопроменевої терапії з використанням ендолімфатичної хіміотерапії і крупнофракційного інтенсивного опромінення не збільшує частоту інтраопераційних ускладнень у порівнянні з традиційними способами неoad'ювантної хіміопроменевої або тільки променевої терапії. Частота інтраопераційних ускладнень у дослідній групі склала $1,6 \pm 1,6\%$. У контрольних групах, які отримали ІКПТ + в\в ХТ та ІКПТ, частота інтраопераційних ускладнень склала $6,3 \pm 3,1\%$ та $3,3 \pm 1,5\%$ відповідно.

Спосіб передопераційної неoad'ювантної хіміопроменевої терапії з використанням ендолімфатичної хіміотерапії і крупнофракційного інтенсивного опромінення не збільшує частоту післяопераційних ускладнень у порівнянні з традицій-

ними способами неoad'ювантної хіміопроменевої або тільки променевої терапії. Частота післяопераційних ускладнень у дослідній групі склала $12,5 \pm 4,1\%$. У контрольних групах, які отримали ІКПТ + в\в ХТ та ІКПТ, частота післяопераційних ускладнень склала $15,7 \pm 4,6\%$ та $14,3 \pm 3,7\%$, відповідно.

Спосіб передопераційної неoad'ювантної хіміопроменевої терапії з використанням ендолімфатичної хіміотерапії та крупнофракційного інтенсивного опромінення дозволяє знизити частоту місцевого рецидивування для I - III стадії резектабельного раку прямої кишки дистальних локалізацій до $6,3 \pm 3,0\%$, частоту віддаленого метастазування до $15,6 \pm 4,5\%$, при цьому дозволяючи підвищити показник загальної 5-річної виживаності до $73,5 \pm 6,3\%$ ($p<0,05$). У групах порівняння, які одержали ІКПТ і ІКПТ + в\в ХТ, місцевий рецидив виник у 9 ($9,9 \pm 3,1\%$) і 7 ($11,1 \pm 3,9\%$) випадках відповідно. У групах порівняння, які одержали ІКПТ + в\в ХТ і ІКПТ, віддалені метастази виникли у 14 ($22,2 \pm 4,3\%$) та 20 ($22,0 \pm 5,2\%$) пацієнтах відповідно. Показник загальної 5-річної виживаності в групах порівняння, які одержали ІКПТ і ІКПТ + в\в ХТ, склав $64,6 \pm 5,8\%$ та $64,4 \pm 6,8\%$ відповідно.

Розроблений спосіб передопераційної неoad'ювантної хіміопроменевої терапії з використанням ендолімфатичної хіміотерапії і крупнофракційного інтенсивного опромінення не погіршує функціональні результати лікування. Показник функції утримуючого апарату аноректуму за Wexner score у дослідній групі склав $10,6 \pm 3,2$ балів. В контрольних групах, які отримали ІКПТ + в\в ХТ та ІКПТ, даний показник склав $9,8 \pm 2,9$ та $11,3 \pm 3,6$ балів відповідно.

Запропонований спосіб комплексного лікування хворих на резектабельний рак прямої кишки дистальних локалізацій з використанням передопераційного крупнофракційного опромінення на фоні ендолімфатичної хіміотерапії може бути рекомендований для широкого клі-

нічного використання в умовах онкологічних центрів і диспансерів, а також у планах викладання на кафедрах онкології.

Практичні рекомендації. При виявленні у пацієнта раку нижньоампулярного або середньоампулярного відділів прямої кишки, після дообстеження, обов'язкового морфологічного підтвердження діагнозу і визначення даної пухлини як резектабельної та відсутності віддалених метастазів показано проведення передопераційного курсу телегаматерапії за інтенсивною програмою РОД 5 Гр, СОД 25 Гр на фоні ендолімфатичної хіміотерапії. Інфузію 5-фторурацилу починають за 24 години до початку опромінення і далі проводять щодня протягом 5 днів,

разове дозування зазвичай не перевищує 1г, сумарне - 5г, доповнюючи схему хіміотерапії внутрішньовенним введенням лейковарину. Після закінчення неoad'ювантної терапії оперативне втручання повинно бути виконане протягом 48 годин. При виконанні хірургічного втручання та вибору методу операції перевагу слід віддавати сфінктерозберігаючим резекціям прямої кишки

Перелік умовних скорочень: ІКПТ - інтенсивний курс променевої терапії; ІКПТ + е\л ХТ - інтенсивний курс променевої терапії + ендолімфатична хіміотерапія; ІКПТ + в\в ХТ - інтенсивний курс променевої терапії + внутрішньовенна хіміотерапія; ПТ - променева терапія; ХТ - хіміотерапія;

Патенти

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

№ 2398608, Чиссов В.И., Бойко А.В., Дрошнева И.В., Олтаржевская Н.Д., Коровина М.А.

Изобретение относится к медицине, а именно к онкологии, и может быть использовано для лечения рака прямой кишки. Для этого проводят химиотерапию 5-фторурацилом в течение 5 дней ежедневно с последующим одновременным введением платиносодержащего препарата. Затем проводят гамма-терапию по схеме динамического фракционирования дозы с укрупненными фракциями по 4 Гр в течение первых 3 дней. Далее продолжают лучевую терапию мелкими фракциями в режиме суперфракционирования 2 раза в день с интервалом 4-5 часов 1,25 Гр до суммарной очаговой дозы 47,0 Гр. При этом дополнительно вводят деринат-гель в виде микроклизмы на ночь первые 5 дней лечения по 5-10 мл, при облучении крупными фракциями по 10-20 мл, при облучении мелкими фракциями по 30-35 мл, после окончания курса облучения по 25-30 мл в течение 2 недель. Способ позволяет обеспечить увеличение СОД до 47,0 Гр, что эквивалентно 50 Гр при классическом фракционировании дозы ионизирующего излучения, поскольку нормальные ткани позволяют подвести указанную дозу без выраженных лучевых реакций.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ С ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

№ 2395314, Юркова Л.Е., Червяков А.М., Чижова Н.А.

Изобретение относится к медицине, а именно к онкологии, и может быть использовано для лечения распространенного рака яичников с отдаленными метастазами. Для этого проводят тотальное облучение тела в сочетании с локальной лучевой терапией. Тотальное облучение выполняют через 10-14 дней после хирургического вмешательства на линейном ускорителе электронов 2 раза в неделю в разовой дозе 0,1 Гр до суммарной дозы 1,0 Гр последовательным ротационным и статическим облучением переднезадними полями. Ротационное облучение выполняют при размещении больной непосредственно под изоцентром облучателя. Угол ротации определяют по формуле $=2\arcsin \operatorname{ctg} (2(L+P_0)/A)$, где А - рост; L - расстояние от изоцентра до середины переднезаднего размера, P₀ - половина переднезаднего размера на уровне середины тела. Статическое облучение осуществляют с использованием клиновидного фильтра. Углы наклона консоли от вертикали со стороны нижних конечностей и со стороны головы определяют по формуле $=\arcsin \operatorname{tg} (A/4(L+P))$, где P - половина переднезаднего размера на уровне входа статического поля облучения. Дозу D с каждого поля рассчитывают по формуле $D=Dr(1-((R+L+P)/(R+(L+P)/\operatorname{tg}))^2)$, где Dr - доза, отпускаемая с ротационного поля, R - расстояние от источника до центра ротации. Локальную лучевую терапию на манифестированные очаги осуществляют с разовыми дозами 3 Гр или 2 Гр и суммарными дозами от 40 Гр до 50 Гр. Химиотерапию выполняют через 1-2 месяца после окончания лучевой терапии в виде 6-9 курсов с интервалами между ними 2-3 месяца. Заявленный способ позволяет увеличить продолжительность жизни больных, снизить вероятность осложнений и побочных реакций.

СПОСОБ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОРАСПОЛОЖЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

№ 2400268, Тюреева Е.И., Канаев С.В., Туркевич В.Г.

Изобретение относится к медицине, онкологии, и может быть использовано для химиолучевого лечения низкорасположенных опухолей прямой кишки и анального канала. Для этого проводят стандартное дистанционное облучение. Дополнительно проводят конформную внутривидеолюменную брахитерапию высокой мощности дозы 5-10 Кюри 4-6 сеансов облучения с референтной дозой 3,5 Гр на глубине 10 мм от источника облучения. При этом ежедневно перорально вводят производное фторпиримидинов капецитабин из расчета 600 мг/м². Способ позволяет повысить эффективность лечения, увеличить местный ответ опухоли и уменьшить риск развития метастазов за счет подведения к опухоли более высоких туморицидных доз облучения и присоединения брахитерапии, а прием капецитабина усиливает локальный регресс и уменьшает риск метастазирования опухоли.