

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РАДІАЦІЙНОЇ ОНКОЛОГІЇ В УКРАЇНІ» (30 ЧЕРВНЯ-01 ЛИПНЯ 2016 Р., М. УЖГОРОД)

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ОНКОМАРКЕРІВ mр53, Ki-67, Vcl-2 ДЛЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ТА ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ГОРТАНІ ТА ГОРТАНОГЛОТКИ

*Баштан В.П., Жукова Т.О., Васько Л.М.,
Почерняєва В.Ф., Лимар Л.О., Ярова Т.Г.
Вищий Державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава, Україна*

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на місцевопоширений плоскоклітинний рак гортані та гортаноглотки (ПРГ та ПРГГ) шляхом оптимізації хіміопроменевого лікування, спираючись на рівень експресії імуністохімічних маркерів, як чинника, що відображає ефективність проведеної хіміопроменевої терапії та мотивує подальший перебіг захворювання.

Всі хворі, які брали участь у дослідженні (n=108), мали практично однакові вихідні дані, які вірогідно не відрізнялись та були сліпим методом розподілені на групи, що отримали різні види хіміопроменевого лікування.

Хворим I групи було проведено наступне лікування. У I групі 1-ї підгрупи хворі отримали ДГТ за класичною методикою в статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли класичними полями в 2 етапи з тритижневою перервою між етапами РД 2,6 Гр до СВД 65-70 Гр (106-115,5 од. ЧДФ відповідно). У I групі 2-ї підгрупи хворі отримали ДГТ у статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли класичними полями в 2 етапи з тритижневою перервою між етапами з мультифракціонуванням денної дози РД 2,6 Гр (1,3 Гр + 1,3 Гр) до СВД 65-70 Гр (106-115,5 од. ЧДФ відповідно).

Пацієнти II групи також були розподілені на 1 та 2-у підгрупи. У 1-й підгрупі хворі отримували поліхіміотерапію (ПХТ) у 2 етапи у метронормному режимі: цисплатин, 5-ФУ з тритижневою перервою. За три тижні перерви розпочали опромінення класичним фракціонуванням у статичному режимі двома етапами з перервою в 3 тижні РД 2,6 Гр до СВД 65-70 Гр (106 — 115,5 од. ЧДФ відповідно).

Оптимальною стала така методика: у метронормному режимі: цисплатин, 5-ФУ (двома повторними курсами з інтервалом у 3 тижні). За 3 тижні перерви розпочали опромінення в два етапи у статичному режимі з мультифракціонуванням денної дози. На першому етапі променевої терапії паралельно з опроміненням проводили третій курс ПХТ. Витримуючи інтервал у 3 тижні для вщухання променевих реакцій, давали другий етап ДГТ у режимі мультифракціонування денної дози РД 2,6 Гр (1,3 Гр + 1,3 Гр) до СВД 65-70 Гр (106-115,5 од. ЧДФ відповідно).

Результати проведеної терапії оцінювали за рівнем експресії онкомаркерів, і вірогідно зрозумі-

ло, що при експресії онкомаркера mр53 в середньому у 60,0% мали місце рецидиви на 1-му році спостереження та прогресування хвороби. Виживаність на 2 році та позитивні онковідповіді (RECIST) на момент закінчення спостереження (36 міс.) були при експресії mр53 в середньому 57,0%. Так, якщо вважати експресію онкомаркера mр53 — 60,0% як крайній високий поріг, то можна пропонувати ХПТ.

При середній експресії Ki-67 у 54-55,0% ефект від запропонованого лікування вірогідно був більш високим, і тому зазначено, що чим вищий рівень експресії Ki-67, тим раніше настає рецидив захворювання. При цьому чим вищою є експресія Ki-67, тим кращими будуть відповіді онкопроцесів на ХПТ і виживаність хворих.

Онкомаркер Vcl-2 є одним із механізмів розвитку низької чутливості пухлинного процесу до хіміопроменевої дії, але, з іншого боку, він є важливим маркером прогнозу можливої чутливості до ХПТ при ПРГ та ПРГГ. У нашому випадку цей поріг складає 20,0% і є загальним у всій вибірці, при якому кращою є відповідь онкопроцесів на лікування, що дає змогу спиратись на цей показник під час вибору тактики лікування.

Таким чином, ми вважаємо, що можна пропонувати введення в необхідні діагностичні обстеження хворих на ПРГ та ПРГГ визначення та оцінку експресії онкомаркерів mр53, Ki-67, Vcl-2 для можливого подальшого вибору тактики та методу терапії.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ.

*Важенина Д.А., Афанасьева Н.Г.
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Челябинский окружной
клинический онкологический диспансер»,
г. Челябинск, Россия*

Актуальность. Отсутствие общепринятых стандартов и алгоритмов в диагностике и лечении злокачественных новообразований органа зрения приводит к позднему первичному обращению больных за помощью — уже с III-IV стадией процесса и серьезными трудностями в последующей реабилитации.

Среди диагностических методов верификации локальной распространенности процесса, выявления регионарных и отдаленных метастазов малых размеров (до 10 мм) позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ), отвечает наилучшим образом [7, 8]. Злокачественные новообразования различной локализации характеризуются высоким уровнем метаболической активности, определение которой позво-