

400 мг ввечері протягом усього курсу ПТ), усім хворим проводилась відповідна терапія супроводу.

Результати. Ефект від цитостатичної терапії, за даними моніторингових досліджень, був більш вираженим у хворих основної групи, яким проводилася ПТ на тлі фторпіримідинів, із них у 36 хворих (67,92±6,41%) спостерігалася часткова і повна регресія пухлини грудної залози. У пацієнток контрольної групи часткова і повна регресія спостерігалася у 22 (42,59±6,73%) хворі (p<0,05).

Висновок. Застосування променевої терапії в поєднанні з фторпіримідинами сприяє посиленню протипухлинного ефекту терапії та подоланню резистентності пухлин і доцільне при лікуванні первинно неоперабельного раку грудної залози.

РЕЗУЛЬТАТИ СУЧАСНОЇ ПОЄДНАНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ХІМІОРАДІОМОДИФІКУЮЧИХ ЗАСОБІВ

*Іванкова В.С., Барановська Л.М.,
Хруленко Т.В., Отрощенко І.П.*

Національний інституту раку, м. Київ, Україна

Вступ. Лікування хворих на рак шийки матки (РШМ) II-III стадій залишається актуальною проблемою, зважаючи на радіорезистентність інфільтративних місцевопоширених форм РШМ, і потребує використання значних доз іонізуючого випромінювання та інших цитостатичних засобів для підсилення вражаючої дії променевої терапії (ПТ).

Матеріал і методи. У відділенні радіаційної онкології Національного інституту раку проведена поєднана променева терапія (ППТ) 108 хворих на РШМ IIB–IIIB (T2b–3bN0–1M0) стадій, віком від 30 до 70 років, які були розподілені на 2 основні і контрольну групи. На I етапі курсу ППТ в основних групах використовували конформну ПТ на лінійному прискорювачі електронів (ЛПЕ) Clinac-2100CD: на ділянку малого таза підводили разову осередкову дозу (РОД) 1,8 Гр до сумарної осередкової дози (СОД) 45 Гр, на II етапі – брахітерапії (БТ) джерелами високої активності дози (high dose rate – HDR) на апараті GyneSource: на т.А РОД 5 Гр x 2 рази на тиждень до СОД 40 Гр. Лікування проводили на тлі застосування цитостатичних препаратів у радіомодифікуючих дозах. В I основній групі (35 хворих) упродовж ППТ призначали препарат тегафур 800 мг/добу перорально за 2 прийоми, а в II основній групі (35 хворих) конформну ППТ проводили на тлі використання препарату цисплатин 50 мг 1 раз на тиждень в/в крап., сумарно 300 мг. У контрольній групі (38 хворих) застосовували дистанційну ПТ (ДПТ) на апараті «Тератрон»: на I етапі на ділянку малого таза двома зустрічними фігурними полями 14-16 x 16-18 см підводили СОД 30 Гр при РОД 2 Гр. На II етапі пухлинне вогнище екранували свинцевими блоками і ДПТ чергували з БТ до СОД 44–46 Гр на тт. В. БТ здійснювали на апараті «Агат-ВУ» джерелами ⁶⁰Со середньої активності дози: на т. А РОД 8 Гр x 1 раз у 6–7 діб, СОД 40–48 Гр за 5–6 фракцій. До початку курсу ППТ усім хворим проводили топометричну підготовку. Безпосередню ефективність ППТ оцінювали наприкінці лікування за даними регресії пухлини згідно з критеріями RECIST.

Результати. Найбільшу динаміку регресії пухлини у хворих на МП РШМ відзначено у пацієнток основних груп, особливо в I основній групі. Так, повна регресія пухлини зареєстрована у 9 (25,7%) і 8 (22,9%) хворих I та II основних груп відповідно і у 6 (15,8%) – контрольної групи. Часткова регресія відзначена у 22 (62,8%) і 19 (54,3%) хворих I та II основних груп відповідно, у 17 (44,7%) – контрольної групи. Прогресії захворювання не відзначено в жодному випадку, а прояви загальної і місцевої токсичності лікування не перевищували II ступінь серед пацієнток основних і контрольної груп.

Висновок. Застосування сучасної поєднаної променевої терапії на тлі хіміорадіомодифікуючих засобів підвищує безпосередню ефективність лікування хворих на місцевопоширені форми РШМ за рахунок посилення цитостатичної дії іонізуючого випромінювання високої активності і цитостатичних препаратів.

АНАЛІЗ РЕАКЦІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ ПРИ КОНФОРМНІЙ ПРОМЕНЕВІЙ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА НЕДРІБНОКЛІТИННИЙ РАК ЛЕГЕНІ

*Карвасарська В.В., Кулініч Г.В., Білозор Н.В.,
Старенький В.П., Артюх С.В.*

*ДУ "Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України", м. Харків, Україна*

У проведенні променевої терапії (ПТ) у хворих на рак легені існує дилема між необхідністю підведення високих сумарних осередкових доз (СОД) до пухлини і ризиком променевих ушкоджень здорової частини легенів.

Метою дослідження є вивчення реакції здорової тканини легені при конформній ПТ недрібноклітинного раку легені (НДРЛ) залежно від клінічних характеристик.

Матеріали та методи. Обстежено 58 хворих на НДРЛ, які лікувалися протягом 2014–2015 рр. та отримали курс дистанційної променевої терапії (ДПТ) на лінійному прискорювачі Clinac 600 C у схемі послідовного хіміопротонного лікування разовою осередковою дозою 2 Гр, до сумарної осередкової дози 60–66 Гр. Пацієнти були поділені на 2 підгрупи: перша – 30 пацієнтів із плануванням конформно опромінюваної мішені за даними спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) до початку спеціального лікування (середній об'єм PTV – 298 мм³); друга – 28 пацієнтів із плануванням конформно опромінюваної мішені за даними СКТ після попередньої поліхіміотерапії (середній об'єм PTV – 210 мм³).

Серед обстежених переважно більшість складала чоловіки – 94,1%, з віковим діапазоном 43–78 років, середній вік – 62,5 року. В усіх групах переважали IIIA стадія НДРЛ, плоскоклітинний рак, центральна клініко-анатомічна форма. Неспецифічні захворювання легенів у обстежених хворих спостерігалися у 25,8 випадків. У більшості хворих (52,6–67,7%) загальний стан, відповідно до шкали Карновського, оцінювали в 70 балів.

Результати та обговорення. Розвиток променевих пульмонітів спостерігався в перші три місяці після закінчення радіотерапії. За контролем переносимості різних обсягів променевого лікування оці-

нювали частоту і ступінь вираженості місцевих променевої реакції здорової легеневої тканини. Променеві пульмоніти I–II ступенів діагностували у 2 рази рідше в другій групі (17,9 проти 33,3%), що свідчить про початковий менший запланований обсяг лікування. Частота променевої реакції тканин легень певною мірою залежала від запланованого обсягу опромінення.

Проведений аналіз частоти променевої реакції у групі щодо основних клінічних характеристик пацієнта і клініко-анатомічних характеристик пухлини (вік, загальний стан, стадія, макроскопічна форма зростання, морфологічний тип пухлини, зниження маси тіла).

Під час дослідження встановлено, що променеві пульмоніти діагностували рідше при IIIA стадії НМРЛ (11,1 проти 45,5%), за загальному стані за шкалою Карновського 70 і більше балів (13,7 проти 57,1%), при відсутності неспецифічних захворювань легень (9,3 проти 66,8%) ($p < 0,05$).

Розвиток променевого пульмоніту не залежав від віку пацієнта, клініко-анатомічної форми пухлини та її морфологічного типу.

Підвищення частоти променевої реакції при IIIВ стадії поширеності пухлинного процесу, загальному стані ІК – 70 балів і супутній хронічній патології легень, імовірно, пов'язане з глибокими фізіологічними порушеннями як у легеневій системі, так і в усьому організмі.

Висновки. Конформна променева терапія на лінійному прискорювачі при плануванні обсягу опромінення обсягу за даними СКТ після ПХТ дозволяє знизити частоту і ступінь тяжкості променевої реакції легеневої тканини (променеві пульмоніти I–II ступенів).

Частота променевої реакції зростає при НДРЛ IIIВ стадії в 1,5 рази щодо IIIA стадії поширеності пухлинного процесу; при загальному стані пацієнта за шкалою Карновського менше ніж 70 балів – в 4 рази, за супутньої хронічної патології легеневої системи – в 3 рази, що, безумовно, вимагає адекватної супровідної терапії.

ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ОДИНОЧНИХ МЕТАСТАЗІВ У ГОЛОВНИЙ МОЗОК ПРИ НЕДРІБНОКЛІТИННОМУ РАКУ ЛЕГЕНІ

Карвасарська В.В., Старенький В.П., Сухіна О.М., Свиначенко А.В., Білосор Н.В., Грищенко Т.П., Грановська Г.І.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків, Україна

Метою роботи є оцінка результатів комбінованого лікування одиночних метастазів у головний мозок при недрібноклітинному раку легень (НДРЛ) порівняно з дистанційною променевою терапією (ДПТ).

Матеріали та методи. У 2013–2015 рр. 34 пацієнти з «діагнозом» метастаз у головний мозок при НДРЛ були обстежені відповідно до протоколів ведення онкологічних хворих та отримали комбіноване лікування.

Пацієнти були поділені на дві групи: перша – 17 пацієнтів, які отримували тільки ДПТ на апараті, друга – 17 пацієнтів, які отримували хірургічне лікування в

обсязі кістково-пластичної трепанації черепа, видалення внутрішньомозкового новоутвору, з подальшим проведенням ДПТ на апараті Clinac 600 С.

За аналізом клінічних чинників встановлено, що в обох групах переважали чоловіки, віковий діапазон яких складав 35–74 роки, середній вік – 64,1 року.

Середній об'єм пухлини склав 8,6 см³. У 70,0% пацієнтів метастази локалізувалися супратенторіально і тільки у 30,0% – субтенторіально.

У 13 (38,0%) випадках пухлина локалізувалася в лобовій частці,

– у 5 (15,0%) пацієнтів – у скроневої, у 4 (12%) – у тім'яній ділянці,

– у 7 (21,0%) – у потиличній частці, ще у 5 (15,0%) – у гемісфері мозочка.

Хірургічний етап виконували в обсязі кістково-пластичної трепанації черепа, видалення новоутвору з подальшим патогістологічним дослідженням.

Курс ДПТ проводили на лінійному прискорювачі Clinac 600 С.

У першій групі курс ДПТ складався з двох етапів: перший – включав опромінення всього об'єму головного мозку класичним фракціонуванням у разовій осередковій дозі (РОД) 2 Гр до сумарної осередкової дози (СОД) 30 Гр; другий – включав опромінення лише метастатичного осередку РОД 2 Гр до СОД 20–30 Гр, сумарно від двох етапів 50–60 Гр. У другій групі проводили опромінення всього об'єму головного мозку в режимі класичного фракціонування РОД 2 Гр до СОД 30 Гр.

Результати. У першій групі в 13 (76,0%) пацієнтів спостерігалася стабілізація процесу, у 4 (24,0%) – регресія. У другій групі в усіх пацієнтів визначалася позитивна динаміка.

Середня медіана виживаності після ДПТ склала 10 міс. Загальна виживаність у другій групі складала 15 міс., а в першій – 9 міс.

У першій групі понад один рік прожили 8 (47,0%), у другій – 11 (65,0%) пацієнтів.

Усі пацієнти курс ДПТ перенесли задовільно і закінчили в повному обсязі. При контрольному огляді невропатолога через 6 міс. відзначалася позитивна динаміка у вигляді зменшення неврологічного дефіциту (зменшення головного болю, когнітивних порушень, вестибуло-атаксічних розладів).

Тяжких гематологічних реакцій не спостерігалася в жодній із груп; відзначалася в першій групі нейтропенія I ст. у 10 (58,8%) пацієнтів, анемія I ст. у 3 (17,6%) пацієнтів порівняно з другою групою, де нейтропенія I ст. склала 7 (47,0%) випадків, анемія I ст. спостерігалася у 5 (29,4%) хворих.

Променеві реакції шкіри у вигляді дерматиту I ст. спостерігалися у 3 (17,6%) пацієнтів у першій групі й у 4 (23,5%) осіб – у другій.

Висновки

1. Завдяки комбінованому лікуванню одиночних метастазів у головний мозок як при НДРЛ, так і ДПТ виникає позитивна динаміка за остаточною оцінкою безпосередніх результатів через 6 міс. за даними МРТ із внутрішньовенним контрастуванням.

2. Комбіноване лікування, безперечно, є більш ефективним, ніж ДПТ, за даними однорічної виживаності (у першій групі – 47,0%, у другій – 65,0%) і загальної виживаності (в першій групі – 9 міс., у другій – 15 міс.).