нювали частоту і ступінь вираженості місцевих променевих реакцій 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 легені певною мірою залежала від запланованого обсягу опромінення.

Проведений аналіз частоти променевих пульмонітів у групах 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 Карновского 70 і більше балів (13,7 проти 57,1%), при відсутності неспецифічних захворювань легені (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 променевих пульмонітів при IIIB стадії поширеності пухлинного процесу, загальному стані ІК – 70 балів і супутній хронічній патології легенів, 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 променевих пульмонітів зростає при НДРЛ IIIB стадії в 1,5 раза 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., Свинаренко А.В., Білозор 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 легені (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 C.

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 $см^3$. 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 скроневій, 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 C.

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-атаксичних розладів).

Тяжких гематологічних реакцій не спостерігалося 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 загального виживання (в першій групі – 9 міс., у другій – 15 міс.).

3. Переносимість лікування в обох групах задовільна: грубих реакцій з боку нервової системи не спостерігалося, променеві реакції шкіри I ст. і гематологічні реакції не були протипоказанням до ДПТ.

ДОСВІД РОБОТИ ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАМН УКРАЇНИ» З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ МІСЦЕВИМИ ПРОМЕНЕВИМИ УШКОДЖЕННЯМИ

Красносельський М.В., Кулініч Г.В., Васильєв Л.Я.
ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків, Україна

Вступ. Місцеві променеві ушкодження (шкірний променевий синдром) — це складний патологічний синдром, що характеризується типовим клінічним перебігом із тривалим або неповним загоєнням.

Незважаючи на більш ніж столітню історію вивчення локальних променевих ушкоджень, стандартних терапевтичних протоколів (схем лікування) в Україні досі немає.

Останніми десятиліттями у зв'язку зі збільшенням питомої ваги застосування ядерних технологій в економіці, інтенсифікацією медичного опромінення, загрозою ядерного тероризму очікувана кількість постраждалих зростає. Це стосується як цивільного населення, так і військових. Отже, виникла нагальна необхідність розробки протоколів надання медичної допомоги хворим із місцевими променевими ушкодженнями.

Мета дослідження. Узагальнити та систематизувати досвід багаторічного спостереження та лікування хворих із місцевими променевими ушкодженнями в ДУ «Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України». Розробити на основі отриманих даних протоколи надання медичної допомоги хворим із променевими ушкодженнями шкіри та підшкірної клітковини.

Результати. Проаналізовано дані консервативного та хірургічного лікування майже тисячі хворих із різними формами променевих ушкоджень шкіри, зокрема при хірургічному лікуванні — 408 осіб із променевими виразками різних локалізацій. Надано наукове обґрунтування підходів до їх діагностики, терапії залежно від клінічної форми, механізму розвитку та чинників, що викликають ускладнення. Розроблено протоколи надання медичної допомоги хворим на променеві ушкодження шкіри та підшкірної клітковини: для променевих епідермітів 1–3-го ступенів, ранньої променевої виразки, пізнього атрофічного або гіпертрофічного дерматиту, променевого фіброзу шкіри, пізньої променевої виразки.

У протоколах висвітлені такі питання:

— Критерій та ознаки, що визначають модель пацієнта.
— Порядок введення пацієнта в протокол.
— Вимоги до амбулаторно-поліклінічної діагностики.
— Характеристика алгоритмів і особливостей виконання немедикаментозної допомоги.
— Вимоги до амбулаторно-поліклінічного лікування.
— Вимоги до діагностики в умовах стаціонару.
— Вимоги до лікування в умовах стаціонару.
— Вимоги до медикаментозної допомоги.
— Характеристика алгоритмів і особливостей застосування медикаментів.
— Характеристика алгоритмів і особливостей хірургічного лікування.
— Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування чи реабілітації.
— Вимоги до догляду за пацієнтом і допоміжних процедур.
— Вимоги до дієтичних призначень і обмежень.
— Можливі результати та їх характеристика.
— Вартісні характеристики протоколу.

Висновки. Створення протоколів надання медичної допомоги хворим із променевими ушкодженнями шкіри та підшкірної клітковини є важливим та своєчасним кроком для підвищення якості лікування цього контингенту хворих. Необхідні подальші дослідження та розробка нових ефективних методів лікування та профілактики шкірного променевого синдрому.

ЧАСТОТА И ВЫРАЖЕННОСТЬ РАННИХ И ПОЗДНИХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГЕНИТАЛИЙ

Нестеренко А.С., Сухина Е.Н., Свинаренко А.В., Старенький В.П., Грищенко Т.П., Грановская А.И.
ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Введение. Неоспоримую роль в лечении онкогинекологических раков играет лучевая терапия (ЛТ), которая эффективно используется для лечения комбинированного и комплексного лечения более чем у 80% больных этой категории. Поскольку при раке шейки (РШМ) и тела матки (РТМ) в послеоперационном периоде облучению подлежат ложе удаленной опухоли и регионарные лимфоузлы, в зону радиационного воздействия неизбежно попадают окружающие здоровые органы и ткани, такие как мочевой пузырь, прямая кишка, влагалище, что создает угрозу развития лучевых повреждений в разные сроки после ЛТ.

Цель исследования. Изучить частоту развития и степень выраженности постлучевых эпителиитов у радикально прооперированных больных раком гениталий, получающих дистанционную (гамма- или мегавольтную фотонную) ЛТ (ДЛТ) в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. На базе отделения дистанционной, сочетанной лучевой и комплексной терапии ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины» проведен послеоперационный курс ЛТ у 40 пациенток в возрасте от 33 до 50 лет с диагнозом РШМ и РТМ IB-II стадии (T1b-2N0-1M0). Использовалась методика стандартного фракционирования 2 Гр 5 раз в неделю; СОД при ДЛТ составила 40-50 Гр. Некоторые пациентки получали внутриполостную гамма-терапию (ВПГТ) к влагалищному рубцу РОД 3,5 Гр, СОД на слизистую 28 Гр. Оценка лучевых реакций проводилась по системе RTOG/EORTC.

Результаты. Эпителиит различной степени наблюдался у 28 пациенток, что составляет 70%. Эпителиит I степени определялся у 13 (46,4%) , II —