

В 78% проведених обстежень при від'ємній динаміці в неврологічному статусі було виявлено негативну динаміку МРТ-картини (збільшення розмірів пухлини, зони перифокального набряку, мас-ефекту тощо). Проте у 22% таких випадків поглиблення неврологічних розладів з необхідністю збільшення добової дози стероїдів не супроводжувалось негативною МРТ-динамікою. У 10 хворих, що лікувалися за допомогою антиангіогенної терапії з приводу рецидивів ГБ в динаміці спостерігалось зменшення розмірів пухлини при контрастуванні, при цьому у 40% (4 з 10) з них було виявлено ознаки мультицентричного поширення пухлини (псевдовідповідь).

Висновки. Оцінка відповіді на лікування хворих з ГБ є складною і повинна базуватися на поєднанні клінічних та нейрорадіологічних даних. У нашому спостереженні у 33% хворих спостерігалась псевдопрогресія в післяпроменевому періоді, у 40% псевдовідповідь на фоні антиангіогенної терапії. У 22% випадків мала місце дисоціація між клінічною та нейрорадіологічною симптоматикою. Враховуючи зростаючу кількість варіантів лікування хворих на пухлини головного мозку, існує необхідність доповнення стандартних протоколів обстеження додатковими технологіями, які дозволяють диференціювати відповідь пухлини на лікування та розробку чітких критеріїв такої оцінки.

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПРОМЕНЕВІЙ ТЕРАПІЇ. ІЗ МИНУЛОГО В МАЙБУТНЄ

Іванкова В.С.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Сьогодні променева терапія вважається одним із самих дієвих методів лікування раку в розвинених країнах. Проте донедавна більше 75% відділень променевої терапії онкологічних диспансерів України були устатковані на 90% фізично і морально застаріло, що давно виробила свій ресурс, апаратуру. Тому, замість 70% хворих, які потребували променевої терапії, одержували її лише 30%, із них адекватне лікування отримували лише 3% онкологічних хворих в інших клініках. Похибка підведення лікувальної дози при використанні такої старої апаратури дуже часто досягає 30% і більше (при допустимих 5%). Близько 20% пацієнтів при цьому або пере-, або недоопромінуються, що зазвичай приводить до променевих ускладнень і рецидивів захворювання.

На теперішній час, коли з'явилися нові радіотерапевтичні апарати у вигляді лінійних прискорювачів, мегавольтних джерел випромінювання, багатопелюсткових коліматорів для створення фігурних полів опромінення, стало можливим суттєве збільшення дози на пухлину і зменшення променевого навантаження на оточуючі здорові органи і тканини. Використання нових алгоритмів дозиметричного планування на основі індивідуального комп'ютерного графічного дослідження опромінюваного об'єму дозволяє оптимізувати план лікування із створенням конформного опромінення. Конформна променева терапія (КПТ), терапія з модуляцією інтенсивності пучка (IMRT—intensive modulated radiation therapy)—методики, що дозволяють оптимізувати лікувальний план за рахунок використання фігурних полів відповідно до проекції пухлинного вогнища. За останні роки з'явилися установки, що дозволяють щоденно

контролювати точність укладки пацієнта в реальному часі (Portalvision) за допомогою рентгенівського та комп'ютерного зображення (On Board imaging). Така технологія одержала назву променевої терапії під керуванням зображення (IGRT—image guided radiation therapy), що дає можливість контролювати, а за необхідності коректувати співвідношення між пухлиною і здоровими тканинами. Цю технологію ще називають чотиривимірним плануванням. Для ефективного використання методів променевої терапії та гарантії якості лікування сучасне відділення радіаційної онкології має бути устатковане таким комплексом апаратури: опромінювачі — дистанційні і контактні гамма-апарати, прискорювачі з максимальною енергією фотонів 5-25 MeV, пристрій для візуалізації і контролю точності опромінення, система планування опромінення.

Променева терапія залишається однією з основних методів лікування онкологічних хворих. Останнє десятиріччя характеризується суттєвим прогресом у створенні нової радіотерапевтичної техніки і сучасних технологій на основі комп'ютеризації. Для удосконалення методик опромінення і підвищення їх ефективності доцільно виділити наступні актуальні і перспективні напрями у променевій терапії: втілення нових технологій і сучасних технічних засобів забезпечення променевої терапії, широке використання нових технологій— променевої терапії з модуляцією інтенсивності пучка, динамічно адаптивної променевої терапії (IGRT, DART), розробка нових способів управління радіочутливістю пухлини і нормальних тканин, стандартизація методик і забезпечення високої якості підготовки медико-технічного персоналу.

РАННІ ПРОМЕНЕВІ РЕАКЦІЇ ПРИ РАДІОТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ОРОФАРЕНГІАЛЬНОЇ ЗОНИ

Іванкова В.С., Скоморохова Т.В.,

Столярова О.Ю., Пильнов В.А.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Вступ. Наявність та важкість променевих реакцій, викликаних радіотерапією, є одним із важливих критеріїв ефективності та адекватності променевої терапії (ПТ). Від ступеня прояву променевих реакцій залежать умови та строки проведення радіотерапії. Під час проведення ПТ у хворих з пухлинами орофаренгіальної зони найчастіше виникають гострі променеві реакції з боку слизових оболонок, а саме мукозити. За даними багатьох у вчених, частота мукозитів у таких хворих, після ПТ становить від 40 до 100%. Променеві реакції призводять до різкого погіршення якості життя пацієнта у зв'язку з вираженим больовим синдромом, порушенням жувальної функції, ковтання, і, як наслідок, значної втрати ваги. Тому профілактика та лікування ранніх променевих реакцій у хворих з пухлинами орофаренгіальної зони має важливе значення.

Матеріали та методи. У Національному інституті раку у відділенні радіоонкології за останній рік було проліковано 43 пацієнти з пухлинами орофаренгіальної зони. Всіх хворих було розподілено на дві групи: I група — 19 пацієнтів, які лікувались на апараті «Тератрон», разовою осередковою дозою (РОД) 2,0 Гр до сумарної осередкової дози (СОД) 60 Гр. II група — 24 пацієнти — на лінійному прискорювачі

електронів Varian Clinac 2100, РОД-2,0 Гр до СОД-60 Гр, без перерви.

Результати та їх обговорення. У 46% пацієнтів, пролікованих на апараті «Тератрон» за останній рік, було виявлено променеві реакції II ступеня з боку слизових оболонок, а у 8-12% пацієнтів — реакції III ступеня. В результаті цього була потрібна вимушена перерва у променевому лікуванні для проведення медикаментозної терапії.

У 30-60% випадків у пацієнтів, які отримували тільки променеве лікування, та майже у 100%, які отримали хіміопроменеву терапію з метою радіомодифікації, з'являвся виражений мукозит ротової порожнини та глотки.

Променеві реакції у хворих, пролікованих на лінійному прискорювачі електронів методом конформного опромінення, з'являлись під кінець або після завершення лікування та досягали 80-90%, але вони мали помірної або легкого ступінь прояву і не потребували активного медикаментозного лікування.

Висновки. Сучасна променева терапія з використанням високоенергетичних апаратів — лінійних прискорювачів, методом конформного опромінення з попередньою 3D-топометричною підготовкою, дозволяє провести лікування без перерви, зменшити ступінь прояву променевих реакцій орофарингіальної зони, що підвищує ефективність променевої терапії та покращує якість життя пацієнтів.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОГО РАКУ ВАГНИ

Іванкова В.С.¹, Барановська Л.М.¹,
Хруленко Т.В.¹, Матвієвська Л.В.²

¹Національний інститут раку, м. Київ, Україна

²Житомирський обласний онкологічний
диспансер, м. Житомир, Україна

Вступ. Пошук оптимальних моделей контактного опромінення з метою підвищення ефективності хіміопроменевої терапії (ХПТ) вторинного раку піхви (метастатичних форм) (ВМРП) продовжує залишатися предметом широкої дискусії. Використання високотехнологічної апаратури останнього покоління, оснащеної інкапсульованими радіоактивними джерелами ¹⁹²Ir і ⁶⁰Co високої потужності (high dose rate (HDR) — вище 12 Гр/год) є основою сучасної брахітерапії (БТ) і дозволяє концентрувати за короткий часовий проміжок високі дози енергії іонізуючого випромінювання в обмеженому обсязі тканин. Технології високоенергетичної БТ, за умови достатнього технічного забезпечення лікувального закладу передбачають індивідуальне планування і проведення контактної променевої терапії (КПТ) з мінімальними ризиками виникнення важких променевих ушкоджень.

Мета. Метою нашого дослідження є підвищення якості внутрішньопорожнинної променевої терапії ВМРП за рахунок визначення оптимальних режимів при проведенні КПТ у процесі ХПТ із використанням високоенергетичних апаратів GyneSource з джерелом ⁶⁰Co HDR і GammaMed з джерелом ¹⁹²Ir HDR.

Матеріал і методи. У Національному інституті раку у відділенні радіаційної онкології проведено комплексне консервативне лікування 83 хворим ВМРВ II-III стадій, T2-3N0-1M0 у віці від 28 до 72 років. Залежно від методу HDR БТ на тлі хіміосенсибілізуючих засобів (оральні фторпіримідини, препарати

платини) були сформовані 3 групи: 2 досліджувані (23 хворі, яким проводилася HDR БТ з використанням джерела ¹⁹²Ir і 28 пацієток з джерелом ⁶⁰Co HDR) і 32 пацієтки контрольної групи, яким БТ була проведена джерелами ⁶⁰Co середньої потужності medium dose rate БТ (MDR — від 2 Гр/год до 12 Гр/год). Візуалізацію первинного пухлинного вогнища здійснювали за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД), магнітно-резонансної томографії (МРТ) та комп'ютерної томографії (КТ). Сумарна вогнищева доза від поєднаної променевої терапії (ППТ) становила до 80-90 Гр на пухлинне вогнище і 40-45 Гр на зони регіонарного метастазування. БТ проводили в режимі: 5 Гр 2 рази на тиждень.

Результати та обговорення. Аналіз безпосередніх результатів ефективності використання джерел ⁶⁰Co або ¹⁹²Ir при HDR БТ і даних динамічного спостереження протягом 6 місяців показав, що позитивну відповідь пухлини (повна + часткова регресія) у хворих ВМРП після курсу ХПТ збільшився на 11,1% порівняно з застосуванням ⁶⁰Co при MDR БТ. Токсичні ефекти лікування за кількістю і ступенем їх проявів у досліджуваних групах хворих не відрізнялися від контрольної і не перевищували II ступеня.

Висновки. Використання ¹⁹²Ir HDR і ⁶⁰Co HDR при ППТ хворих на ВМРП дає можливість посилити терапевтичний ефект ПТ, істотно поліпшити безпосередні результати лікування хворих на вторинний (метастатичний) рак піхви без збільшення проявів токсичності (загальної та місцевої), кількості і ступеня можливих ранніх і пізніх місцевих променевих ускладнень з боку критичних органів, що обумовлено високою точністю передпроменевої підготовки і коректністю планування. Клінічний ефект ХПТ має відстрочений характер. Застосування радіомодифікаторів у процесі ППТ хворих на ВМРП не призводить до токсичних ускладнень, які негативно впливають на якість життя хворих.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА И НЕКРОЗА ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМ ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

Ильин И.А.

РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск,
Республика Беларусь

Введение. Клиническая картина внутриплевральных хирургических осложнений (некроза трансплантата и/или несостоятельности пищевода анастомоза) характеризуется симптомами общей септической интоксикации и не имеет специфических признаков. В связи с этим основным методом их диагностики, определяющим показания для экстренного вмешательства, является рентгенологический.

Цель — определить возможности рентгенологического метода в диагностике внутриплевральных хирургических осложнений после радикальных операций по поводу карцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода.

Материалы и методы. В исследование включено 1026 пациентов после хирургического лечения по поводу карцином пищевода и пищеводно-желудоч-