

2. Font A., Tarol M., Ramirez J.L. et al. // *Eur. J. of Cancer.* – 2001. – Vol. 37. – P. 222.
3. Рыкова Е.Ю., Лактионов П.П., Власов В.В. // *Успехи совр. биол.* – 2001. – № 2. – С. 160–171.
4. Хесин Р.Б. *Непостоянство генома.* – М.: Наука, 1985. – 472 с.
5. Wong C.W., Lee A., Shientag L. // *Cancer Res.* – 2001. – Vol. 1. – P. 333–338.

Н.Г. Семікоз, А.В. Пономарьова,
Т.В. Карпушина, Н.Г. Куква

*Донецький національний медичний
університет ім. М.Горького,*

Комунальний клінічний

лікувально-профілактичний заклад

«Донецький обласний протипухлинний центр»

Варіанти комбінованого лікування неоперабельних пухлин шийки матки Combined treatment for inoperable cervical cancer

Summary. Endolymphatic chemotherapy with antibacterial therapy at initial stages of treatment for inoperable cervical cancer and tumor decomposition improves the conditions for radiation therapy, prolongs relapse-free period, reduces the incidence of radiation complications.

Key words: cervical cancer, multimodality radiotherapy, chemoradiation therapy.

Резюме. Эндолимфатическая химиотерапия с антибактериальной терапией на первых этапах лечения у пациенток с неоперабельным раком шейки матки, распадом опухоли улучшает условия для проведения лучевой терапии, продлевает безрецидивный период, снижает частоту лучевых осложнений.

Ключевые слова: рак шейки матки, сочетанно-лучевая терапия, химиолучевая терапия.

Ключові слова: рак шийки матки, поєднано-променева терапія, хемопроменева терапія.

У структурі гінекологічних новоутворів рак шийки матки (РШМ) посідає перше місце в країнах, що розвиваються, і третє — в економічно розвинутих (після раку тіла матки та яєчників) [1].

Водночас РШМ залишається найпоширенішою пухлиною у жінок. Розробка раціональних підходів до терапії таких хворих продовжує залишатися складною проблемою сучасної онкології [2].

На цей час основними методами лікування РШМ є хірургічний і променевий, роль хемотерапії при даній локалізації вивчена менш повно. Її застосовують у хворих з метастазами у тазові і періаортальні лімфатичні вузли, що мають мало шансів на вилікування стандартними методами. Крім того, хемотерапія може відігравати роль сенсibiliзатора при використанні в комбінації з променевою терапією (ПТ). У провідних онкологічних центрах вже є клінічний досвід хемопроменевого лікування хворих з первинно нерезектабельними пухлинами шийки матки [3, 4].

Вибір методу лікування РШМ залежить насамперед від стадії захворювання, хоча, на думку спеціалістів, переваг у комбінованого методу безперечно більше. А особливо в тих випадках, коли йдеться про за давнені стадії захворювання (РШМ Т2В-Т4).

У зв'язку зі збільшенням кількості пацієток з неоперабельним РШМ розробляються нові методики про-

меневого і хемопроменевого лікування. При цьому, як показують дослідження, при застосуванні останнього вдається досягти більш вираженого лікувального ефекту. Методики хемопроменевого лікування удосконалюються з появою нових цитостатичних препаратів і нового обладнання для проведення комбінованої ПТ. Радіоактивна і цитостатична дія доповнюють одна одну, тим самим підвищуючи ефект лікування.

Розробка раціональних методик опромінювання в комбінації з цитостатичною терапією є одним з перспективних напрямків сучасної онкології [5].

Метою нашого дослідження стало удосконалення методики хемопроменевої терапії хворих з первинно неоперабельним РШМ з наявністю розпаду новоутвору. При цьому пацієткам зі стадією ІІВ та розпадом пухлини спочатку проводять 2 курси хемо-, антибактеріальної терапії, а потім курс поєднаного променевого лікування.

Нами було вивчено 2 групи пацієток з діагнозом: РШМ ІІВ ст., з розпадом пухлини, які пройшли курс лікування в Донецькому обласному протипухлинному центрі (ДОПЦ).

Вік пацієток склав 25–76 років (середній вік $50 \pm 0,5$ року).

До 1-ї групи увійшли 85 жінок, які одержали поєднану ПТ, згідно зі стандартним методом лікування, до 2-ї — 91, яким проводили хемопроменево лікування, (2 курси хемотерапії з наступною поєднаною ПТ).

При госпіталізації у жінок обох дослідних груп відзначено явища різного ступеня кровотечі зі статевих шляхів, розпад пухлини шийки матки з некротичними виділеннями. Діагноз верифікований морфологічно.

Поєднану ПТ пацієткам обох груп проводили за ідентичною методикою, із застосуванням симптоматичної супровідної терапії, зокрема протизапальної, з профілактичними заходами для запобігання променевим ускладненням.

Жінкам з 1-ї дослідної групи проводили поєднану ПТ за два етапи, дистанційне опромінення — з допомогою апаратів Тератрон та Лінійний прискорювач, РОД — 2,5 Гр, до СОД — 50 Гр, за два етапи, внутріпорожнинне опромінення на апараті АГАТ-ВУ з РОД — 10 Гр, до СОД — 50 Гр. На першому етапі СОД — 30 Гр дистанційної ПТ і до СОД — 20 Гр внутріпорожнинного опромінення з подальшим підведенням вказаних сумарних доз через 3 тижні.

Пацієткам 2-ї дослідної групи проводили два курси ПХТ, перед здійсненням променевої терапії, за схемою: цисплатин — 75 мг/м² в/в краплинно з гідратацією у перший день; фторурацил — 500 мг/м² е/л з 1-го по 5-й день.

Пацієткам також проводили антибіотикотерапію е/л, частіше використовували цефазолін або цефтріаксон по 1 г протягом 5 днів, паралельно з першим курсом хемотерапії.

Інтервал між курсами ПХТ складав 3 тижні.

При огляді пацієток 1-ї контрольної групи після проведення етапу ПТ явище розпаду пухлини малою мірою зберігалось в 12 % пацієток, досягнуто змен-

шення пухлини у 89 % випадків. При цьому у 2-й дослідній групі ефекту зменшення розмірів пухлини і зникнення некрозу було досягнуто після проведення хемо- та антибактеріальної терапії. А по закінченні першого етапу поєднаного променевого лікування відзначено регресію пухлини в усіх хворих групи, з повною відсутністю некротичного компонента; явища променевого циститу — в 7 %; променевиї коліт — у 16 % випадків.

Після проведеної хемо- та антибактеріальної терапії у 83 % хворих досягнуто ефекту зменшення розмірів пухлини, зникнення явищ некрозу, що дозволяло поліпшити умови подальшого проведення променевої терапії.

Промениий цистит спостерігався в 5 %, промениий коліт — у 11 % пацієнток.

За 3 тижні після проведення хемотерапії пацієнтки одержували комбіновану ПТ за два етапи.

При огляді після закінчення лікування 1-ї групи у 16,3 % хворих відзначено лише часткову регресію пухлини. При цьому досвід спостереження підтверджує необхідність надалі проведення даній групі хворих 2–3 курсів хемотерапії.

Після поєднаної ПТ явища променевого епітеліиту в обох контрольних групах приблизно однакові, проте у 2-й групі дане ускладнення менш виражене і відновний період значно коротший, ніж у 1-й.

При подальшому огляді пацієнток контрольних груп через 2–4 міс. у 1-й групі в 32 % випадків зберегалися явища променевого епітеліиту. Часто виникала необхідність проведення яких-небудь додаткових лікувальних заходів для купірування даного ускладнення, тоді як у 2-й контрольній групі дана терапія була потрібна лише 8 % хворих.

Таким чином, у результаті проведених досліджень встановлено, що застосування хемотерапії з антибактеріальною перед проведенням поєднаної ПТ у хворих з первинно неоперабельним РШМ сприяє поліпшенню безпосередніх результатів лікування, а також знижує кількість постпроменивих ускладнень, підвищуючи якість і тривалість життя пацієнток. При поліпшенні умов для проведення поєднаного променевого лікування на 16 % збільшилася кількість регресій пухлини в процесі променевого лікування і після нього. Кількість променивих епітеліитів при даній методиці лікування на 26 % менше, ніж при звичайному проведенні поєднаної ПТ.

Стабільна ремісія протягом 4 років спостерігалася у 62 % пацієнток, пролікованих тільки хемопроменивим методом, і в 53 % тих, які одержували лише поєднану ПТ.

Робота і набір пацієнтів, подальше спостереження за хворими тривають.

Завдяки поєднанню двох прогресивних методів можна домогтися найкращих успіхів при лікуванні неоперабельних хворих на РШМ.

Література

1. Вишневская Е., Косенко И. // *Вопр. онкол.* — 1999. — Т. 45, № 4, — С. 420.

2. Павлов А.С., Костромина К.Н. *Рак шейки матки (лучевая терапия)*. — М.: Медицина, 1983. — С. 32.
3. Винницька А.Б. // *Промен. діагност., промен. тер.* — 2005. — № 3. — С. 65–67.
4. *Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н.И. Переводчиковой // Практическая медицина.* — М., 2005. — С. 289.
5. Сухіна О.М., Немальцова О.А., Старенький В.П., Панов О.В. // *Промен. діагност., промен. тер.* — 2005. — Т. 4. — С. 66–69.

Н.Г. Семікоз, І.І. Фефелова, С.Ю. Єрмілова,
В.Г. Теряник, Л.В. Чистякова, Ю.В. Тюменцева,
Н.Т. Нільсен

Комунальний клінічний лікувально-профілактичний заклад «Донецький обласний протипухлинний центр», Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Сучасні методи променевого лікування раку орофарингеальної зони

Up-to-date methods of radiotherapy for oropharyngeal cancer

Summary. Multiple split radiation therapy allowed to increase the number of patients with complete tumor resorption as well as a stable remission, to reduce severity of radiation reactions, and to eliminate severe radiation lesions in patients with oropharyngeal cancer.

Key words: oropharyngeal cancer, multiple split radiation therapy.

Резюме. При местно-распространенном раке орофарингеальной зоны благодаря использованию методики многократно расщепленного курса лучевой терапии удалось увеличить число больных с полной резорбцией опухоли, а также со стойкой ремиссией, снизить тяжесть лучевых реакций и устранить развитие тяжелых лучевых повреждений.

Ключевые слова: рак орофарингеальной зоны, многократно расщепленный курс лучевой терапии.

Ключові слова: рак орофарингеальної зони, багаторазово розщеплений курс променевої терапії.

Рак слизистой оболочки орофарингеальной зоны складає 87,9 % усіх злоякісних пухлин цієї локалізації (С.М. Шувалов, 1997 р.). На 2008 рік захворюваність по Україні склала 5,0 випадку на 100 тис. населення, спеціальне лікування проведено 75 % хворих.

У Донецькій області захворюваність на рак слизової орофарингеальної зони склала на 2007 рік 5,2 випадку на 100 тисяч населення. Спеціальне лікування отримали 72,8 % хворих з 3–4-ю стадією, комбіноване — 64,5 %. В Україні комплексно чи комбіновано проліковано 50,9 % пацієнтів з такими стадіями.

Серед усіх злоякісних пухлин за останнє десятиріччя спостерігається тенденція до зростання частоти раку орофарингеальної зони. Для пухлин цієї локалізації більш характерні такі особливості:

агресивність унаслідок швидкого росту первинного вогнища, раннього метастазування лімфогенним шляхом у регіонарні лімфовузли;

частість метастазування залежить від локалізації пухлини в порожнині рота, за даними різних авторів, при раці передньої половини язика — метастази в