

дозволяє досягти задовільних віддалених результатів як при I–II стадіях захворювання, так і у випадках місцево-поширеного раку нирки.

Крім цього, вивчали ефективність ПТ у хворих на первинно-метастатичний рак нирки (Т будь-яка, N будь-яка, M1).

Раніше ми опублікували дані про те, що в цієї категорії хворих паліативна нефректомія поліпшує віддалені результати терапії.

Наразі триває робота з дослідження результатів комбінованого і хірургічного лікування. У дослідну групу увійшли 37 хворих, яким було проведено комбіноване лікування — паліативну нефректомію у поєднанні з ПТ. Опроріювали первинну пухлину й/або ложе видаленої нирки з первинною пухлиною. Контрольну групу склали 79 пацієнтів, в яких було видалено нирку з пухлиною, іншого спеціального лікування їм не проводили.

Порівняння показників виживаності показало: дещо кращі результати 1–5-річної та медіани виживаності отримано у хворих, які одержали комбіноване лікування, але розбіжності показників не є вірогідними.

Статистично значущі розбіжності отримані при обчисленні показника середньої тривалості життя, що при проведенні комбінованого лікування склало $19,7 \pm 2,2$ міс., при лише хірургічному — $11,8 \pm 1,5$ міс.

У дослідній групі було вірогідно менше хворих, які померли від прогресування захворювання протягом першого року після операції, порівняно з контрольною групою: $46,9 \pm 8,8\%$ і $69,8 \pm 6,3\%$ відповідно ($p < 0,05$).

Отримані попередні результати свідчать про те, що дане дослідження є актуальним.

Література

1. Фигурин К.М., Подрегульский К.Э. // *Рус. мед. журн.* – 1998. – Т. 6. – С. 10.
2. Бондарь Г.В., Кудряшов А.Г., Борота А.В. и др. // *Матер. V съезда онкологов и радиологов СНГ (Ташкент, 14–16 мая)*. – Ташкент, 2008. – С. 358.
3. Кудряшов А.Г., Чумаков А.И., Осипенков Р.А. и др. // *Новоутворення*. – 2007. – № 1. – С. 118–120.
4. Mickisch G.H. // *Akt. Urol.* – 1994. – № 25. – P. 7–83.

Н.Г. Семикоз, А.В. Пономарьова, Н.Г. Куква,
В.В. Комендант

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

*Комунальний клінічний лікувально-
профілактичний заклад «Донецький обласний
протипухлинний центр»*

Хемопротенева терапія первинно-нерезектабельних пухлин шийки матки

Chemoradiation therapy for primary inoperable cervical tumors

Summary. A technique of chemoradiation therapy for advanced forms of cervical cancer (CC) is featured. The performed investigation demonstrated that the use of chemotherapy with antibacterial therapy before combination radiotherapy in patients with primary inoperable CC promoted improvement of immediate treatment results as well as reduced the incidence of radiation complications, thus improving the quality and duration of life of the patients.

Key words: cervical cancer, radiation therapy, chemoradiation therapy, antibiotic therapy.

Резюме. Рассматривается методика химиолучевого лечения запущенных форм рака шейки матки (РШМ). В результате проведенных исследований установлено, что применение химиотерапии с антибактериальной терапией перед проведением сочетанной лучевой терапии у больных с первично-неоперабельным РШМ способствует улучшению непосредственных результатов лечения, а также снижает количество постлучевых осложнений, повышая таким образом качество и продолжительность жизни пациентов.

Ключевые слова: рак шейки матки, лучевая терапия, химиолучевая терапия, антибиотикотерапия.

Ключові слова: рак шийки матки, променева терапія, хемопротенева терапія, антибіотикотерапія.

Рак шийки матки (РШМ) — один з найпоширеніших видів патології репродуктивної системи у структурі онкогінекологічної захворюваності в Україні [1]. Привертає увагу той факт, що має місце тенденція до збільшення репродуктивного віку хворих жінок [2]. Так, у пацієток із РШМ молодого віку пухлини понад 2,5–3,0 см і більше становлять 1/3 спостережень [3].

У світовій літературі накопичено певний досвід та матеріал щодо лікування РШМ III стадії, але задовільних результатів так і не було досягнуто.

При цьому вивчалися як процеси розвитку, так і імунітету та імунної відповіді, супутніх захворювань та особливості статевого життя хворих жінок [4].

Останнім часом багато клінік пропонують застосовувати комбінований метод лікування хворих на РШМ навіть при II–III стадії захворювання [5]. Однак досі немає загальної схеми терапії. Втім досвід лікарів ДОПЦ доводить, що поєднання хемопротеневого лікування (ХЛ) ендолімфатично разом з антибактеріальною терапією дозволяє досягти найкращих результатів.

Так, у зв'язку зі збільшенням кількості пацієток з неоперабельним РШМ розроблялися нові методики променевого і хемопротеневого лікування. При цьому, як показують дослідження, при застосуванні ХЛ вдається досягти більш вираженого лікувального ефекту. Методики ХЛ удосконалюються з появою нових цитостатичних препаратів і нового обладнання для проведення комбінованої променевої терапії (ПТ). Радіоактивна і цитостатична дія доповнюють одна одну, тим самим підвищуючи ефект лікування [6, 4].

На думку спеціалістів, переваг у комбінованого методу безперечно більше. А особливо у випадках, коли йдеться про за давнені стадії захворювання (РШМ T2B–T4) [4, 5].

Метою дослідження, яке проводиться у ДОПЦ, стало удосконалення методики хемопротеневої терапії хворих на первинно-неоперабельний РШМ з наявністю розпаду пухлини. При цьому пацієткам із III стадією РШМ, наявністю розпаду новоутвору, спочатку проводять ендолімфатично 2 курси хемотерапії, антибактеріальної терапії, а потім курс поєданого променевого лікування.

Вивчено 2 групи пацієток з діагнозом: РШМ III ст., розпадом пухлини, які пройшли курс лікування в ДОПЦ. До першої групи увійшли 89 жінок, які одержали поєдану променево-терапію (ППТ) у 2005 р. Другу групу склали 127 пацієток, яким проводили ХЛ у 2006–2009 рр. (2 курси хемотерапії з наступною ППТ).

Вік пацієток у середньому склав 24–75 років (середній вік 49 років $\pm 0,5$).

При госпіталізації у жінок обох дослідних груп відзначено явища кровотечі різного ступеня зі статевих шляхів, розпад пухлини шийки матки з некротичними виділеннями. Діагноз верифіковано морфологічно. Розмір первинної пухлини відзначено за допомогою УЗ-та СКТ-дослідження. Взятю мікрофлору для дослідження чутливості до антибактеріальної терапії.

Поєднану променево терапію пацієнткам першої і другої груп проводили за ідентичними стандартами, із застосуванням симптоматичної супровідної терапії, зокрема протизапальної, профілактичних заходів проти променевих ускладнень.

Лікування пацієнок другої дослідної групи починали з проведення двох курсів поліхемотерапії (ПХТ) за схемою: цисплатин — 75 мг/м² внутрім'язово краплинно з гідратацією у перший день; фторурацил — 500 мг/м² ендолімфатично з 1-го по 5-й день.

Також пацієнткам проводили антибіотикотерапію ендолімфатично, частіше використовували цефазолін або цефтріаксон по 1 г протягом п'яти днів, паралельно з першим курсом хемотерапії.

Інтервал між курсами ПХТ складав 3 тижні, після цього хворим другої або на початку лікування пацієнткам першої групи було проведено курс ППТ.

Жінкам першої та другої дослідних груп виконували ППТ за два етапи. Дистанційне опромінення — на апараті «Тератрон» та лінійному прискорювачі РОД — 2,5 Гр до СОД — 50 Гр, за два етапи і 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.

Після закінчення кожного етапу лікування, перед початком нового, проводили комплексну оцінку результатів лікування.

Завдяки проведенню ХТ та антибактеріальної терапії у 71 % хворих досягнуто зменшення розмірів пухлини, у 85% — зникнення явищ некрозу. Це, безумовно, гарний клінічний ефект, досягнутий ще до проведення комбінованого лікування. Поліпшено також умови для подальшого проведення ПТ. Через 3 тижні після проведення ХТ пацієнтки одержували комбіновану ПТ за два етапи.

При контрольному обстеженні обох груп пацієнок після першого етапу ППТ було відзначено: відповідь на ПТ у вигляді зменшення розміру пухлини (порівняно з розміром безпосередньо перед початком променевого лікування) у пацієнок після ХТ на 21 % вища, ніж у первинних хворих.

У групі після ХТ практично відсутній некротичний компонент, тоді як у контрольній групі тільки після першого етапу ППТ він зберігався у 36% пацієнок.

Після закінчення повного курсу ППТ у 18% пацієнок, які не отримали ХТ, відзначено лише часткову регресію пухлини, тому лікування цієї групи було продовжено саме проведенням поліхемотерапії.

Виявлено, що явища променевого епітелііту, епідерміту в обох контрольних групах майже однакові. Але при черговому огляді привертає увагу той факт, що у пацієнок після комбінованого лікування ці реакції менш виражені і швидше минають при однакових умовах догляду за слизовою та шкірою.

Догляд за пацієнтками досі триває, як і контроль кількості ускладнень та рецидивів, тривалості життя. Але поки що найкращі результати відмічено у групі осіб, лікування яких починали з проведення хемопроменевої терапії ендолімфатично.

Література

1. Павлов А.С., Костромина К.Н. *Рак шейки матки (лучевая терапия)*. — М.: Медицина, 1983. — С. 32.
2. Вишневская Е., Косенко И. // *Вопр. онкол.* — 1999. — Т. 45, № 4. — С. 420.
3. Курпянко М.В., Семикоз Н.Г., Шлопов В.Г. *Рак шийки матки: вирішення проблем радикального лікування і збереження якості життя хворих*. — Донецьк: Каштан, 2005.

4. Винницька А.Б. // *Промен. діагност., промен. тер.* — 2005. — № 3. — С. 65–67.
5. *Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н.И. Переводчиковой.* — М., 2005. — С. 289.
6. Сухіна О.М., Немальцова О.А., Старенький В.П., Панов О.В. // *Промен. діагност., промен. тер.* — 2005. — Т. 4. — С. 66–69.

Н.Г. Семикоз, М.Л. Тараненко, Н.Г. Куква, А.В. Пономарьова, Л.І. Шкарбун

Комунальний клінічний лікувально-профілактичний заклад «Донецький обласний протипухлинний центр»,

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Променево лікування метастазів печінки на лінійному прискорювачі Radiation therapy for liver metastases using linear accelerator

Summary. The capabilities of radiation therapy for liver metastases using a linear accelerator are discussed. It was established that delivery of the irradiation dose to the area of metastases > 40 Gy not only produced pronounced symptomatic effect but also increased life span of the patients with this pathology.

Key words: liver, metastases, radiation therapy, linear accelerator.

Резюме. Рассмотрены возможности лучевого лечения метастазов печени на линейном ускорителе. Установлено, что подведение дозы облучения на область метастазов в печени свыше 40 Гр позволяет добиться не только выраженного симптоматического эффекта, но и увеличения продолжительности жизни пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: печень, метастазы, лучевое лечение, линейный ускоритель.

Ключові слова: печінка, метастази, променево лікування, лінійний прискорювач.

З кожним роком зростає кількість уперше діагностованих випадків злоякісних новоутворів з метастатичним ураженням печінки. Надзвичайну актуальність ця проблема має у промислово розвинених регіонах України [1]. Вторинні ураження печінки виявляються майже в третини хворих зі злоякісними пухлинами й особливо часто при новоутворах органів шлунково-кишкового тракту [2].

Заданими літератури, середня тривалість життя хворих, які не одержували спеціального лікування, становить близько 75 днів. Однорічне виживання відзначено у 6,6% хворих, а дворічний строк переживають усього 0,8% хворих [1–3].

Найчастіше причиною метастазів у печінку є новоутвори шлунково-кишкового тракту, потім — пухлини грудної залози, легені. За гістологічною структурою найбільш характерні аденокарциноми з різним ступенем зрілості, рідше зустрічається метастатичне ураження печінки при саркомах, меланомі та ін.

Для вторинних уражень печінки характерні множинні метастатичні вузли і, як наслідок, утягнення в пухлинний процес значного обсягу печінкової паренхіми. Множинне ураження печінки реєструється в 75% спостережень, одиничні метастази — в 16%, а солітарні — усього в 9% хворих [1, 2].

Установлено, що при метастазах у печінку раку грудної залози (РГЗ) і товстої кишки тривалість життя хворих трохи більша, ніж при метастазах раку шлунка, підшлункової