

терапии и оценили токсические реакции в сравниваемых группах.

Всего было подвергнуто изучению 100 больных местнораспространённым НМРЛ. При поступлении пациентов в клинику с ними проводилась беседа, в ходе которой выясняли жалобы и анамнез заболевания для уточнения общего статуса и наличия сопутствующей патологии. Производился наружный осмотр с пальпацией периферических лимфоузлов, измерение веса и роста больного. У части больных дополнительно уточняли степень распространённости опухолевого процесса с помощью компьютерной томографии органов грудной клетки. Обязательными были выполнение электрокардиографии и исследование функции внешнего дыхания для определения функциональных возможностей пациента.

После завершения обследования пациентов и проведения оценки соответствия критериям включения и невключения в исследование проводилась рандомизация, после которой пациенты попадали в одну из групп лечения (химиолучевого – I группа или лучевого – II группа).

В качестве базовой схемы нами была выбрана стандартная схема EP, которая заключалась во внутривенном введении препарата цисплатин в дозе 80 мг/м<sup>2</sup> в 1 день лечения и препарата этопозид в дозе 100 мг/м<sup>2</sup> с 1 по 3 дни терапии. Первый день ЛТ соответствовал 1 дню 1 цикла ХТ. ЛТ проводили непрерывно, сочетая с двумя единственными циклами химиотерапии по схеме EP.

Дистанционная лучевая терапия в обеих группах проводилась в одном и том же режиме и выполнялась с суммарной очаговой дозой на лимфатические узлы средостения и корень легкого на стороне поражения до 40-46 Гр и на опухоль легкого до 60-66 Гр. Облучение проводилось в традиционном режиме фракционирования с разовой дозой 2 Гр в день в течение 5 дней каждой недели.

Сравнение методов лучевого и химиолучевого лечения проводили с целью определения необходимости проведения химиотерапии в дополнение к стандартной ДЛТ.

Анализ полученных результатов показал, что частота полных резорбций опухоли в I группе была достоверно выше, чем во второй (p=0,0091). Не было отмечено ни одного случая прогрессии опухолевого роста в группе одновременного химиолучевого лечения. Как следствие, общий эффект от проведенного лечения был значимо выше в группе I в сравнении с группой II (p=0,0009).

Сравнительная характеристика осложнений лечения показала, что облучение рака лёгких вызывает минимальные изменения со стороны показателей крови. В нашем исследовании среди пациентов II группы только у 2 больных зарегистрирована гранулоцитопения 1 ст. Других осложнений со стороны органов кроветворения выявлено не было. Иная ситуация наблюдалась при

сочетании лучевого лечения и химиотерапии. Воздействие цитостатиков часто приводят к существенным депрессиям костномозгового кроветворения. Так, в I группе гранулоцитопения 3-4 степени отмечена у 41,1% (от 180) больных, тромбоцитопения 3-4 степени – у 3,3% (от 180), значительно выше, чем в группе I.

Наиболее частыми характерными осложнениями лучевой терапии рака лёгких являются местные лучевые реакции. Патологические изменения со стороны органов грудной клетки в ответ на облучение встречались в обеих группах чаще в виде двух основных вариантов - эпителиита и эпидермита. Первый диагностировали при появлении жалоб больного на дисфагию, что было следствием развития токсической реакции со стороны слизистой грудного отдела пищевода. Второй проявлялся реакцией со стороны кожи в ответ на проведение лучевой терапии, что устанавливалось при осмотре кожных покровов на ежедневном обходе. Частота лучевых реакций составила в I группе 19,5% и 7,3% соответственно для эпителиита и эпидермита (от 90); во II группе – соответственно 2,2% и 1,1% (от 90).

Таким образом, у больных в группе I значительно чаще отмечались эпителииты по сравнению с группой II (p=0.0005). Эпидермиты чаще фиксировались у пациентов, получивших химиолучевое лечение, хотя достоверных различий не оказалось, p=0,059. В итоге следует отметить увеличение частоты как гематологической токсичности, так и местных лучевых реакций в группе больных, которым проводилось одновременное химиолучевое лечение.

---

#### **ДИНАМИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕНЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ПО НОВОЙ И СТАНДАРТНОЙ МЕТОДИКЕ**

*А.Н. Шевченко, В.А. Сергань*

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

---

Остается много открытых вопросов, касающихся показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств при аденокарциноме предстательной железы. В настоящее время разработка наиболее эффективных методов лечения метастатического рака предстательной железы а также критериев оценки эффективности проведенной терапии представляется крайне актуальным, эти вопросы стоят перед онкологами и урологами во всем мире. В связи с особенностями клинического течения и несовершенством ранней диагностики от 60 до 80 % больных РПЖ при первичном обращении имеют запущенные формы заболевания, не позволяющие достичь излечения.

В 2/3 случаев метастатическое поражение костей сопровождается развитием болевого синдрома. По своему механизму эта боль является ноцицептивной. Хроническая боль, в отличие от острой, лишена сигнальной и защитной функций и не способствует оптимизации поведения пациента, направленной на заживление повреждения. Она становится самостоятельным болезненным состоянием. Это состояние приводит к физическому и психическому истощению, а также социальной дезадаптации пациента.

Хроническая боль может вызывать развитие альгогенного психосиндрома с характерными для него депрессией, раздражительностью, слабостью, сужением интересов и сниженной социальной активностью.

Цель исследования: изучить изменения болевого синдрома у пациентов андрогенчувствительным раком предстательной железы с метастатическим поражением костей получающих аутогемохимиотерапию Доцетакселом на фоне максимальной андрогенной блокады (МАБ), терапии бисфосфонатами и пациентов, получающих лечение по стандартной методике.

Материал и методы. В исследование было включено 50 больных с андрогенчувствительным раком предстательной железы  $T_{3b}N_0M_{1b}$ , составивших 2 группы. В I группу включено 25 пациентов (средний возраст  $69 \pm 2,4$  лет) аденокарциномой предстательной железы (показатель Глисона 7-9 баллов), получивших шесть курсов аутогемохимиотерапии с доцетакселом  $80 \text{ мг/м}^2$  каждые три недели внутривенно капельно, бикалутамид  $50 \text{ мг}$  внутрь 1 раз в день, медикаментозную андрогенную депривацию, золедроновую кислоту  $4 \text{ мг}$  внутривенно капельно каждые четыре недели. Во II группу вошли 25 пациентов (средний возраст  $68 \pm 2,1$  лет) аденокарциномой предстательной железы (показатель Глисона 7-9 баллов), получающих максимальную андрогенную блокаду (аналоги ЛГРГ, бикалутамид  $50 \text{ мг}$  внутрь 1 раз в день), золедроновую кислоту  $4 \text{ мг}$  внутривенно капельно каждые четыре недели.

Результаты и обсуждение.

В основной группе 14 (56%) больных при поступлении отмечали боли в костях. Постоянно 3 (12%) пациентов использовали наркотические анальгетики, 8 (32%) регулярно ненаркотические, 3 (12%) иногда ненаркотические. В контрольной группе на боли в костях предъявляли жалобы 12 (48%) пациентов. Постоянно 4 (16%) пациентов использовали наркотические анальгетики, 6 (28%) регулярно не наркотические, 2 (8%) иногда не наркотические. Для оценки болевого синдрома у больных обеих групп использовали визуальную аналоговую шкалу. Визуальная аналоговая шкала представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли — «боли нет». Конечная точка на шкале отражает

мучительную невыносимую боль — «нестерпимая боль». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом линии («нет болей») и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответствует 1 баллу. Под значимыми показателями нами понимались значения по визуальной аналоговой шкале 8 и более баллов.

У 56% больных в основной группе и 48% больных контрольной группе при поступлении отмечался хронический болевой синдром, обусловленный метастатическим поражением костей. У 28,5% больных основной группы испытывающих боль до начала лечения ее интенсивность по визуальной аналоговой шкале соответствовала 8 баллам, 58,3% — 9 баллам, и у 12% — 10 баллам. В контрольной группе у 20% больных до начала лечения интенсивность болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале соответствовала 8 баллам, у 20% > 9 баллам, и у 2 8% — 10 баллам. Данное состояние значительно влияло и на психо-эмоциональную сферу. 16% пациентов из основной группы и 12% из контрольной при описании собственного самочувствия высказывали мысли о суициде («чем так жить, лучше уж никак»).

Длительность лечения составила 4 месяца. После проведенной терапии больные основной группы не предъявляли жалобы на значимые боли, тогда как в контрольной группе 20% пациентов жаловались на болевые ощущения и вынуждены были использовать наркотические анальгетики. У 8% пациентов контрольной группы интенсивность болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале соответствовала 9 баллам, у 12% 10 балам.

После лечения, проведение химиотерапии в комбинации с МАБ у пациентов основной группы клинически и фармакологически значимых болей не отмечено. В контрольной группе интенсивный болевой синдром сохранился сохранился у 5 (20%) больных. Из них 3 (12%) постоянно пользуются наркотическими анальгетиками, 2 (4%) регулярно ненаркотическими.

Выводы. Из полученных данных следует, что включение в схему лечения первичных больных с генерализованным андрогенчувствительным раком простаты позволяет более эффективно купировать болевой синдром и улучшить качество жизни этих пациентов.

---

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОЧЕЧНО- КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КИНАЗНОГО ИНГИБИТОРА**