

ежедневно с доведением изоэффективной СОД на простату до 66-72 Гр.

Пораженные паховые лимфоузлы включались в объем облучения фигурными полями. В одном случае (4,3%), при неполном регрессе паховых лимфатических узлов, с отдельных полей в условиях телегамматерапии, СОД на них была доведена до изоэффективной 62 Гр. Еще у одного пациента (4,3%) дополнительно проводилось облучение внутригрудных лимфатических узлов до СОД 48 Гр и левых надключичных лимфоузлов до СОД 60 Гр. В 6 случаях (26%), у больных с множественной диссеминацией в кости, кроме радиотерапии через НФП, была осуществлена локальная симптоматическая ДЛТ на область метастазов в кости в РОД 3-5 Гр ежедневно до СОД изоэффективной 30-50 Гр.

Результаты.

Эффективность крупнопольной ДЛТ у больных генерализованным РПЖ в сочетании с локальным облучением простаты оценивалась путем изучения непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Непосредственный эффект оценивался сравнением потребности в анальгетических препаратах, данных ультразвукового исследования (УЗИ), уровня простатического специфического антигена (ПСА) в крови до начала лечения и после его окончания. Для оценки отдаленных результатов лечения рассчитывалась годовая прямая фактическая выживаемость больных и средняя продолжительность жизни (СПЖ) умерших больных.

Оценка непосредственных результатов показала, что у пациентов с облучением через крупные НФП уменьшились или исчезли проявления лимфостаза в области наружных половых органов, низа живота и нижних конечностей. По данным УЗИ непосредственный полный регресс увеличенных забрюшинных лимфатических узлов наблюдался у 14 (60,9%) из 23 пациентов, частичный регресс – у 6 больных (26,1%), стабилизация – у 2 (8,7%) и прогрессирование у 1 пациента (4,3%). Существенное уменьшение объема простаты в среднем на $34,8 \pm 3,39\%$ в группе НФП по результатам УЗИ отмечено у 78,3% больных, стабилизация (объем существенно не изменился) – у 13,0% и увеличение объема железы зарегистрировано в 8,7% наблюдений. При этом уровень ПСА нормализовался у 15 (65,2%) больных (полный ответ), снизился более чем на 50% – в 6 (26,0%) случаях, менее чем на 50% – у одного (4,4%) пациента (частичный ответ) и повысился (прогрессирование) – у одного (4,4%) больного.

Таким образом, показатель ответа (биохимическая ремиссия) в группе радиотерапии через НФП составил 95,6%. При этом полная ремиссия наблюдалась в 65,2%.

Оценка отдаленных результатов показала, что в случаях генерализации РПЖ по лимфатиче-

ским узлам (M1a), показатели 3-х и 5-летней выживаемости составили, соответственно, 78,3% и 43,5%, в то время как в контрольной группе (ГТ в самостоятельном плане) 3 года пережили только 11,3%, а 5 лет – лишь 3,8% больных ($p < 0,001$).

При расчете СПЖ умерших больных, самый высокий показатель также оказался в группе больных, получивших ДЛТ через крупные НФП с последующим локальным облучением предстательной железы – $45,3 \pm 5,00$ месяца, в то время как в контрольной группе (ГТ в самостоятельном плане) пациенты жили в среднем всего $16,5 \pm 1,70$ месяцев ($p < 0,001$).

Заключение.

ДЛТ может эффективно использоваться при генерализованном РПЖ. Наиболее рациональным у больных РПЖ с диссеминацией опухолевого процесса в отдаленные лимфатические узлы с преимущественным поражением общих подвздошных и периаортальных лимфоузлов, является использование крупнопольного облучения через НФП сложной конфигурации с последующим доведением изоэффективной дозы на первичный очаг (простату) до терапевтического уровня. При диссеминации опухолевого процесса паллиативная и симптоматическая ДЛТ несомненно улучшает качество жизни больных и увеличивает ее продолжительность.

ДЕМОНСТРАЦИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ РАДИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПОЧКИ ПОСЛЕ НЕФРЕКТОМИИ

В.В. Метелев

РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

Почечно-клеточный рак (ПКР), относят к радиорезистентным опухолям. В связи с этим, дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) играет небольшую роль в радикальном лечении рака почки. При диссеминации опухолевого процесса основное предпочтение большинством исследователей отдается хирургическим вмешательствам. ДЛТ обычно используется лишь с симптоматической анальгезирующей целью при метастазах гипернефром, что позволяет уменьшить страдания пациентов и улучшить качество оставшейся жизни. Обычно на область метастазов, учитывая поставленную симптоматическую цель на ближайшие 6-12 месяцев, подводится паллиативная доза излучения в 30-40 Гр. Этот традиционный подход, на наш взгляд, далеко не всегда оправдан, т.к. обычно ничто не мешает радиологу провести облучение в более «радикальной» очаговой дозе. Это особенно важно у относительно молодых и соматически сохранных больных. Демонстрацией возможностей паллиативной ДЛТ в нетрадиционно большой суммарной очаговой дозе (СОД) у больного диссеминированным ПКР является следующий клинический пример.

Больной Р., 52 года, поступил в ФГУ РНЦРХТ 14.04.2003 года с жалобами на общую слабость, периодически возникающую тошноту. Из анамнеза: 20.11.2002 г в урологическом отделении Областной больницы г. Калининграда произведена нефрэктомия справа по поводу опухоли правой почки. Гистологическое заключение: Светлоклеточный гипернефроидный рак с выраженным фиброзом стромы. Во время операции были выявлены метастазы в периаортальные и левые надключичные лимфатические узлы. В марте 2003 года направлен в РНЦРХТ, где при обследовании на компьютерных томограммах подтверждена лимфоаденопатия заднего средостения и забрюшинных лимфатических узлов (с максимальными размерами конгломератов лимфоузлов до 7 см). Из увеличенного надключичного лимфатического узла слева была произведена биопсия и выявлены комплексы светлоклеточного рака. Данных за метастазы в печени, легких, костях не было получено.

В стационаре РНЦРХТ с 21.04 по 09.06.2003 г. на фоне химиотерапии 5-фторурацилом (500 мг 1 раз в неделю) проведен паллиативный курс ДЛТ на область ложа правой почки, конгломератов нижних внутригрудных, периаортальных и левых надключичных лимфатических узлов. ДЛТ осуществлялась на линейном ускорителе электронов SL-20 тормозным излучением энергией 6 МэВ в статическом режиме с последовательным сокращением полей облучения (на I этапе 0° и 180°, размеры полей 16×31 см; на II этапе – 60°, 300° и 210°, размеры полей – 9-10×31 см). На ложе правой почки традиционным фракционированием подведена СОД 34 Гр, на конгломераты периаортальных и нижних внутригрудных лимфатических узлов – 66 Гр. Одновременно проведено облучение области метастазов в левые надключичные лимфоузлы: на гамма - терапевтическом аппарате РОКУС-М в статическом режиме, через прямое переднее поле размером 11×12 см, в РОД 4-5 Гр ежедневно подведена физическая СОД 44 Гр, что изоэффективно 65-66 Гр обычного фракционирования. Лечение перенес относительно удовлетворительно, с положительной непосредственной динамикой со стороны увеличенных лимфатических узлов по данным ультразвукового исследования. При последующем наблюдении был диагностирован полный регресс всех лимфоузлов в зонах облучения. Отсутствие рецидива заболевания подтверждено последними данными компьютерной томографии в 2011 г. Больной наблюдается почти 9 лет.

В мае 2005 года обратился к онкологу по месту жительства в Областной онкологический диспансер г. Калининграда по поводу опухолевого образования на коже спинки носа. 14.05.2005 г. произведена операция – иссечение образования кожи носа с гистологическим исследованием (без опухолевых элементов). Образование рецидивиро-

вовало, по поводу чего было произведено еще две операции (26.07.2005 г. и 13.09.2005 г.). Гистологическое заключение: Высокодифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак. Рост опухоли по операционному краю. 21.11.2005 г. по поводу очередного рецидива произведена четвертая операция в Калининградском онкодиспансере, после чего направлен в РНЦРХТ для послеоперационного курса ДЛТ. В стационаре РНЦРХТ с 01.12.2005 г. по 23.12.2005 г. проведено послеоперационное облучение области ложа опухоли кожи спинки носа. Курс ДЛТ осуществлялся на линейном ускорителе электронов SL-20 тормозным излучением энергией 6 МэВ. В статическом режиме через два противолежащих поля (90° и 270°) с использованием индивидуального воскового боллуса, с последовательным сокращением размеров полей облучения с 4х5 см до 3х4 см, в РОД 3-4 Гр ежедневно на область ложа опухоли кожи спинки носа подведена физическая СОД 52 Гр, что изоэффективно 66Гр обычного фракционирования. В настоящее время данных за рецидив новообразования нет.

Таким образом, данный клинический пример наблюдения почти 9 лет больного диссеминированным ПКР после паллиативной ДЛТ, свидетельствует о целесообразности рассмотрения вопроса о возможности использования дистанционной радиотерапии у больных ПКР.

ТАКТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ РАДИОТЕРАПИИ ДИССЕМИНРОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Метелев

РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

Распространенность рака предстательной железы (РПЖ) в большинстве высокоразвитых стран неуклонно растет. В России этот показатель вырос с 25,8 в 2000 г. до 76,1 на 100 000 населения в 2010 году. Несмотря на то, что удельный вес больных РПЖ, выявленных при проведении профилактических осмотров, возрос с 4,5% в 2000 г. до 18,9% в 2010 году, что способствовало более раннему выявлению заболевания, более 50% больных к моменту установления диагноза рака в 2010 г. имели распространенные формы опухолевого процесса. У значительной части этой категории пациентов местные или системные проявления заболевания приводят к выраженному снижению качества жизни. Стандартное в этом случае эндокринное лечение неэффективно при первичной гормонорезистентности или эффективно обычно в течение 1,5-2 лет до развития вторичной нечувствительности к гормональным