

ских женщин отмечались стабильно высокие показатели заболеваемости (1987–1996 гг. – 26,8; 1997–2006 гг. – 27,2). В целом ранговые места этнических групп в 1987–1996 гг. и 1997–2007 гг. остались без существенных изменений.

Выводы. Русское женское население заболевает ЗН половых органов чаще, чем жен-

щины коренных этносов, проживающих в РД. Наличие значимых межэтнических различий в частоте генитального рака указывает на существование социальных резервов онкологической профилактики, т.е. на возможность контроля факторов онкологического риска на этнокультурном уровне.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д.А. ШИШКИН, И.К. ОСИНОВ, В.А. ШАТАЛОВА, А.А. ШИШКИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Лечение рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, несмотря на успехи современной онкологии, представляет собой одну из сложнейших проблем. Для опухолей этой локализации характерно быстрое распространение на соседние анатомические структуры, поэтому удельный вес больных с поздними стадиями достигает 70–75%, а показатели 5-летней выживаемости, как правило, не превышают 30–43%. Возможности стандартного комбинированного лечения этих опухолей, заключающиеся в радикальной операции с пред- или послеоперационной лучевой терапией весьма ограничены, особенно при распространенных формах.

Цель исследования – повышение эффективности лечения и качества жизни больных со злокачественными опухолями орофарингеальной области путем использования современных противоопухолевых препаратов в сочетании с лучевой терапией и органосохранным хирургическим лечением.

Материал и методы. В исследуемые группы включены больные до 70 лет с местнораспространенными опухолями полости рта и ротоглотки, которым проводилось химиолучевое лечение самостоятельно либо в комбинации с органосохранными и функциональнощадящими операциями.

Исследуемая группа: пациенты с первичными злокачественными опухолями полости рта и ротоглотки (II–III стадии), которым проводилась ДГТ в стандартном режиме в СОД 60 Гр на область первичного опухолевого очага и

регионарного лимфооттока с оценкой эффекта на 40 Гр в сочетании с 2 курсами химиотерапии по схеме: Митотакс (175 мг/м² в/в капельно в 1-й день), Карбоплатин (расчет дозы на AUC 6, в/в капельно в 1-й день) с интервалом 4 нед. В зависимости от непосредственной эффективности химиолучевого лечения исследуемая группа разделялась. В подгруппу А вошли пациенты с эффективным химиолучевым лечением (на дозе 40 Гр – эффект более 50%). Этим больным лечение проводилось по радикальной программе (до 60 Гр) с последующим динамическим наблюдением. Подгруппу Б составили пациенты с неэффективным химиолучевым лечением (на дозе 40 Гр – эффект менее 50%). Вторым этапом этим больным наряду с операцией на лимфопутях проводилось органосохранное хирургическое лечение.

Результаты. С использованием данного комплекса мероприятий пролечен 21 больной (18 мужчин и 3 женщины). При оценке непосредственного эффекта у всех пациентов (в 100%) зафиксирован клинический эффект от проведенной терапии. При этом в 7 случаях (33%) пациенты были пролечены по радикальной программе, и при оценке эффекта через месяц после окончания лечения у всех отмечена полная регрессия опухоли. В 14 случаях (67%) регистрировалась регрессия опухоли менее 50%, и 2-м этапом проводилось хирургическое лечение. Проведение неоадьювантной химиолучевой терапии не отразилось на сроках заживления послеоперационной раны. Сроки наблюдения

за пациентами от 3 мес до 2 лет, летальных исходов не зафиксировано, прогрессирование заболевания наблюдался у 4 больных в сроки от 4 до 10 мес после выписки.

Выводы. Использование комбинации лучевой терапии с химиотерапией по схеме «митотакс + карбоплатин» показало высокую непосредственную эффективность, проведенное

лечение позволило в ряде случаев воздержаться от хирургического лечения, а в остальных случаях выполнить органосохранные и функционально-нашающие операции. Данное обстоятельство позволяет нам надеяться на оптимистичные прогнозы при включении указанной комбинации в комплексное лечение рака орофарингеальной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГОРМОНОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.П. ШЛЕГЕЛЬ, Е.Г. ДУДАРЕВА

ГУЗ «Онкологический диспансер», г. Бийск

В настоящее время для лечения больных местнораспространенным РПЖ широко применяется комбинация лучевой терапии (ЛТ) с гормональным лечением. Это обусловлено рядом преимуществ лучевой терапии по сравнению с другими методами лечения: воздействие на все клоны опухолевых клеток (гормонозависимые, гормонорезистентные, гормоночувствительные) является практически единственным методом лечения при гормонорезистентных формах рака РПЖ (первичная гормонорезистентность имеет место у 20–30% больных); вторичная резистентность развивается в процессе гормонотерапии (ГТ) в течение 1,5–2 лет; отсутствие отрицательного влияния на функции жизненно важных органов при наличии сопутствующей патологии. Сочетание ЛТ и ГТ усиливает эффект воздействия на первичной очаг и имеющиеся микрометастазы.

Вашему вниманию представлена группа больных РПЖ, пролеченных в 2006 г. в радиологическом отделении Бийского онкодиспансера, из 14 пациентов. Возраст пациентов – 56–76 лет. При анализе гистоструктуры опухоли преобладающей формой рака была аденокарцинома, по шкале Глисона от 4 нг/мл до 10 нг/мл.

На первом этапе 14 пациентам выполнена максимальная андрогенная блокада путем орхэктомии, лекарственная кастрация, назначение андрогенов (флутамид 750 мг в сут) – 3 мес. На 2-м этапе осуществлена дистанционно лучевая

терапия на аппарате СЛ 755 МТ (линейный ускоритель). Программа облучения была составлена с помощью системы планирования РОКС. В зону облучения включалась первичная опухоль (предстательная железа) тазовые лимфатические узлы. Лечение проводилось методом двухсетевой ротации, расщепленным курсом после СОД 36–38 Гр. Разовая очаговая доза составила 2 Гр, суммарная очаговая доза – 70–72 Гр. ДЛТ осуществлялась на фоне общей магнитотерапии (аппарат АЛМА), симптоматического лечения, гемо-, иммунокорректирующая терапия, проводились инстилляции мочевого пузыря препаратом MESNA 50 мл два раза в неделю до конца лечения.

Все больные прошли запланированную программу гормонотерапии без выраженных местных и гематологических реакций и осложнений. Из 14 пациентов два умерли от основного заболевания, генерализации процесса (рост ПСА до 44,0 нг/мл в 2008 г., метастаз в кости малого таза). Одному больному в 2008 г. проведен паллиативный курс ДЛТ на метастазы в кости малого таза с целью купирования хронического болевого синдрома. 12 пациентов находятся под наблюдением, получают гормонотерапию флутамидом под контролем ПСА 1 раз в три месяца, ультразвуковое исследование простаты 1 раз в 6 мес.

Таким образом, полученные нами результаты подтверждают данные литературы о том, что