

с хирургическим и лучевым лечением. Наличие постоянной трахеостомы, отсутствие голосовой функции значительно снижают качество жизни пациентов и их социальную адаптацию. Это заставляет клиницистов думать о новых подходах к лечению рака гортани с применением функционально-щадящих операций. Для этого необходимы, как условия эффективного лучевого и химиолучевого лечения, совершенствование хирургического компонента, так и разработка новых диагностических методик и совершенствование оценки эффективности проведенного лечения. С внедрением в практику видеоэндоскопического оборудования с режимами многократного увеличения и осмотра в узком спектре (Narrow-Band Imaging – NBI) с возможностью видеодокументирования и цифровой обработки получаемой информации появляются новые возможности для планирования и оценки лечения. Однако только эндоскопическое исследование не может использоваться для объективной оценки распространенности процесса, глубины инвазии в окружающие ткани и оценки эффективности лечения, тогда как сочетание эндоскопических и лучевых (КТ, МРТ) методов диагностики в полной мере отвечает этой задаче.

Цель исследования. Оптимизировать алгоритм объективной диагностики рака гортани на этапах лучевого и химиолучевого лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.С. ТАРАСОВА, А.В. МИНАКОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Одним из наиболее обоснованных вариантов комбинированного лечения местнораспространенного рака прямой кишки (РПК) является предоперационная лучевая терапия (ЛТ) в сочетании с радиомодификацией, что способствует выполнению большего числа сфинктерсохраняющих операций, а в ряде случаев позволяет добиться полной регрессии опухоли. Целесообразность проведения предоперационной ЛТ с использованием радиомодификаторов для лечения больных РПК не вызывает сомнений, однако нет единой

Материал и методы. Разработана методика определения степени регрессии опухоли на фоне проводимой терапии. Пациенту с впервые выявленным верифицированным диагнозом рака гортани до начала и после каждого этапа лечения с интервалом в 2–3 нед выполняется мультиспиральная компьютерная томография и видеоларингоскопия. В дальнейшем полученные цифровые данные обследований оцениваются с помощью адаптированной компьютерной программы с расчетом процента регрессии опухоли, используя коэффициент масштабирования.

Результаты. На базе Челябинского областного клинического онкологического диспансера проводится проспективное исследование, в рамках которого обследовано по данной методике 117 больных раком гортани, проходивших лучевое или химиолучевое лечение в 2008–2010 гг. Полученные данные позволили адекватно оценить непосредственные результаты терапии: у 6 % пациентов верифицирован продолженный рост и ранний рецидив. После первого этапа терапии у 24,5 % пациентов была изменена тактика ввиду отсутствия положительной динамики.

Выводы. Предложенная методика позволяет объективизировать эндоскопическую оценку динамики регрессии опухоли на каждом этапе терапии рака гортани, своевременно и адекватно изменить ее тактику.

точки зрения на способ фракционирования дозы ионизирующего излучения и общепринятого способа радиосенсибилизации.

Цель исследования. Провести клиническую апробацию метода предоперационной химиолучевой терапии с использованием курса сочетанной ЛТ (дистанционной и внутривидеокапсальной) и капецитабина в качестве радиосенсибилизатора.

Материал и методы. В исследование включено 18 пациентов с диагнозом РПК II–III ст. ($T_{2-4}N_{0-1}M_0$). Средний возраст пациентов 60 лет.

Завершили лечение 14 пациентов, 4 больным завершена неоадьювантная терапия, им предстоит оперативный этап комбинированного лечения. На первом этапе всем пациентам проводилась дистанционная гамма-терапии (ДГТ) в стандартном режиме фракционирования на фоне радиосенсибилизации капецитабином в дозе $825 \text{ мг/м}^2 \times 2 \text{ р/сутки}$ в дни облучения. Дозиметрическое планирование ДГТ осуществлялось на основе набора снимков, полученных при спиральной компьютерной томографии (СКТ) в системе дозиметрического планирования Хю. Лучевую терапию проводили на гамма-аппарате Theratron Equinox методом четырехпольного статического облучения. Клинический объем мишени включал первичную опухоль, а также регионарные лимфоузлы. После запланированного перерыва 14 дней осуществлялась оценка эффекта лечения, по результатам которой определялась дальнейшая тактика. При стабилизации или прогрессировании – хирургический этап лечения. При частичной регрессии продолжалась неоадьювантная терапия. При локализации опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки проводилась внутриместная лучевая терапия (в/п ЛТ) в режиме РОД 3,0 Гр до СОД 15 Гр на фоне приема капецитабина в дозе $825 \text{ мг/м}^2 \times 2 \text{ р/сутки}$ в дни облучения. Максимальное число активных позиций в аппликаторе составляло 15, что позволяло широко варьировать размеры облучаемой мишени при проведении дальнейшего дозиметрического планирования с оптимизацией дозного распределения в условиях фракционированного облучения. Необходимую топометрическую информацию получали с помощью СКТ, что обеспечивало отчетливую визуализацию всего объема опухолевого поражения стенки кишки, распространения опухолевой инфильтрации на соседние органы и особенности топографического расположения соседних органов. При локализации опухоли

в средне- и верхне-ампулярном отделе прямой кишки больным продолжалась ДГТ в стандартном режиме до СОД 60 Гр на фоне приема капецитабина. Окончательным этапом лечения являлось радикальное оперативное вмешательство. Операция выполнялась через 6–8 нед после завершения лучевой терапии.

Результаты. У больных, получавших в/п ЛТ, в 2 случаях достигнута полная морфологически подтвержденная регрессия опухоли, при динамическом наблюдении в течение 8 и 10 мес соответственно признаков продолженного роста опухоли не отмечено. Прооперировано 5 пациентов – 3 сфинктерсохраняющие операции: 1 низкая передняя резекция и 2 брюшно-анальные резекции с низведением сигмовидной кишки. Экстирпация прямой кишки выполнена 2 пациентам. При ДГТ в 3 случаях получена полная морфологически подтвержденная регрессия опухоли, без признаков продолженного роста в сроки от 8 до 14 мес. У 3 больных получена частичная регрессия опухоли, выполнены сфинктерсохраняющие операции: 2 низкие передние резекции и 1 трансанальное иссечение остаточной опухоли. В 1 случае процесс оказался нерезектабельным за счет обширного местного распространения опухоли на стенки таза.

Выводы. Больным местнораспространенным РПК показано комбинированное лечение, включающее предоперационную химиолучевую терапию с последующим хирургическим вмешательством. Больным с локализацией опухоли в ниже-ампулярном отделе прямой кишки методом выбора лечения может являться в/п ЛТ как второй этап неоадьювантного лечения, что способствует выполнению сфинктерсохраняющих операций. Предварительные результаты разработанной программы комбинированного лечения РПК позволяют расценивать ее как эффективный метод.