

ПРОСТРАНСТВЕННОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ СМЕШАННОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.Н. СТРУКОВ¹, Л.И. МУСАБАЕВА², В.А. ЛИСИН²

*ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Омск¹,
ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»*

Цель исследования – определить пространственное распределение поглощенной дозы смешанного облучения (ИОЛТ и ДГТ) и роль ДГТ при органосохраняющих операциях у больных раком молочной железы.

Материал и методы. Наблюдали 40 пациенток РМЖ $T_{1-2}N_{0-2}M_0$, которым проводилось комплексное органосохраняющее лечение с интраоперационной лучевой терапией (ИОЛТ) и послеоперационным курсом дистанционной гамма-терапии (ДГТ). После радикальной резекции опухоли молочной железы на «ложе» удаленной опухоли проводилась интраоперационная лучевая терапия однократной дозой 10 Гр электронным пучком 6 МэВ. Для ИОЛТ использовали коллиматоры размерами 7x4 см и 7x10 см. Послеоперационный курс ДГТ на оставшуюся молочную железу назначали после 2–4 курсов адъювантной ПХТ по схеме FAC, CAF. Длительность перерыва с момента операции и ИОЛТ до назначения ДГТ в среднем составляла $56 \pm 2,3$ дня. Планирование курса ДГТ осуществлялось с учетом изменившихся контуров молочной железы после оперативного вмешательства, с включением зоны «ложа опухоли» после облучения ИОЛТ. С помощью свинцовой линейки проводили снятие контуров оставшейся молочной железы и изготовление топометрической карты. Подбор размеров тангенциальных полей облучения и определение дозного распределения гамма-излучения осуществлялись индивидуально с учетом изменившегося объема молочной железы. Углы тангенциальных полей гамма-терапии подбирались таким образом, чтобы изменение значений поглощенной дозы от центра до границы поля ИОЛТ не превышало 20 %. Это соответствует охвату 80 % изодозой от гамма-терапии зоны

мишени после проведения ИОЛТ. Число сеансов и суммарную очаговую дозу ДГТ определяли по формуле с учетом величины однократной дозы ИОЛТ и длительности перерыва до начала ДГТ. Суммарная курсовая доза ДГТ составляла 44–48 Гр, курсовая доза смешанного облучения в мишени не превышала 60 изоГр.

Результаты. Выполненные расчетные данные показали, что пространственное распределение дозы смешанного облучения у больных РМЖ характеризуется небольшим участком электронного излучения 6 МэВ, к которому примыкает широкое поле распределения дозы гамма-излучения с нечеткими границами. При этом интегральная доза от проведения смешанного курса облучения: ДГТ – 44 Гр с ИОЛТ – 10 Гр значительно меньше в сравнении с проведением одной гамма-терапии в суммарной дозе 54 Гр. Градиент дозы при смешанном облучении имеет более крутой спад фронтов поперечного и продольного распределения дозы, что позволяет избежать большой лучевой нагрузки на здоровые ткани и больше удовлетворяет задачам лучевой терапии в сравнении с проведением одной гамма-терапии в СОД – 54 Гр. Величина площади полей облучения при ИОЛТ составила – 32 см², при ДГТ – 90 см². Вклад ДГТ в курсовую дозу составляет 80 %, от ИОЛТ – 20 %. Характер острой лучевой реакции кожи молочной железы в целом соответствовал клинической картине острой местной лучевой реакции I–II степени выраженности, в 7 % случаев – III степени по шкале RTOG/ EORTS (1995).

Выводы. Впервые получены данные пространственного распределения дозы смешанного облучения (ИОЛТ и ДГТ) у больных РМЖ $T_{1-2}N_{0-2}M_0$, которые свидетельствуют о преимуществе нового вида лучевой терапии, так как

при этом максимальному облучению подлежит «ложе» удаленной опухоли электронным пучком средней энергией 6 МэВ с минимальным воздействием на окружающие ткани. Дистанционная гамма-терапия вносит основной вклад в про-

грамму курса проводимого облучения до 80 %, доза от ИОЛТ составляет 20 %, что указывает на значимую роль ДГТ при комбинированном лечении с ИОЛТ.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИМФОТРОПНЫХ МЕТОДИК В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.А. ТКАЧУК, Ю.Э. НАРОВ, В.Е. ВОЙЦИЦКИЙ,
М.С. ЛЮБАРСКИЙ, Д.В. ХАБАРОВ

Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра онкологии

Рак молочной железы (РМЖ) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний среди женщин. По частоте встречаемости оно стоит на первом месте, в России РМЖ занимает первое место с 1985 г. В России 1 из 12 женщин заболевает РМЖ. Сегодня от этого недуга страдает около 300 000 наших соотечественниц. Успехи в лечении рака молочной железы связаны как с более ранним выявлением заболевания, так и с комплексным подходом, поиском новых эффективных методов лечения. Одним из основных компонентов лечения РМЖ остается хирургическое вмешательство. Однако ближайшие послеоперационные осложнения радикальной мастэктомии удлиняют послеоперационный период, требуют значительного напряжения защитных сил организма и истощают их, отдалают сроки проведения других компонентов комплексного лечения.

Цель исследования – выявить количество осложнений после радикальных операций на молочной железе по поводу злокачественной патологии, улучшить результаты оперативного лечения больных раком молочной железы, путем профилактики и лечения послеоперационных осложнений с использованием лимфосупрессивной методики.

Материал и методы. На базе ОГУЗ НООД в маммологическом отделении в 2007 г. прооперировано 207 женщин в возрасте 35–85 лет с диагнозом рак молочной железы I–III стадии, из них 126 человек получали стандартные дозы полихимиотерапии перед оперативным

лечением по схемам CAF и FAC и затем оперативное пособие – радикальную мастэктомию по Маддену или радикальную резекцию молочной железы, 81 больных – хирургическое пособие. В послеоперационном периоде всем назначалась антибактериальная и анальгезирующая терапия, лекарственные препараты 60 пациенткам вводились лимфотропно, 66 – внутримышечно.

Результаты. Использование стандартных методик ведения послеоперационных больных выявило, что послеоперационные осложнения наблюдались в 24,2 %. Из всех послеоперационных осложнений основным была лимфорея (19,3 %), наблюдались и другие осложнения – диастаз краев раны (2,4 %), нагноение (1,9 %), некроз краев раны (0,5 %). Из прооперированных пациенток I стадия была у 6 % женщин, II – у 56 % и III стадия – у 38 %. В репродуктивном возрасте было 38 % женщин, в пре- и менопаузальном периодах – 62 %. В группе пациенток, где препараты вводились лимфотропно, мы получили положительное влияние на гомеостаз за счет снижения действия повреждающих факторов в раннем послеоперационном периоде, что проявилось уменьшением проявлений токсикоанемического, диспепсического и астенического синдромов.

Выводы. Особую роль в поддержании гомеостаза, детоксикации на уровне региона и всего организма в целом играет лимфатическая система, которая существенно повреждается при оперативном лечении РМЖ. Поэтому необходимо, чтобы при разработке методик про-