

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

С.А. Максимов, Ю.А. Дыхно, И.В. Егорова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Дыхно.

Резюме. Злокачественные новообразования женской половой сферы являются одними из наиболее распространенных среди всех онкозаболеваний [1,2,4]. Сочетанная лучевая терапия совместно с химиовоздействием является одним из методов радиомодификации, который позволяет эффективно воздействовать как на первичную опухоль, так и на зоны регионарных метастазов при минимальном повреждении окружающих здоровых тканей. Предлагаемая методика лечения позволяет улучшить результаты лечения данной патологии [3].

Ключевые слова: рак шейки матки, химиолучевое лечение, гамма – источники ^{60}Co , результаты терапии.

Максимов Сергей Анатольевич – д.м.н. проф. каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; тел. 8(391)2502537.

Дыхно Юрий Александрович – д.м.н., проф., зав. кафедрой онкологии и лучевой терапии КрасГМУ; тел 8(391)2959444.

Егорова Ирина Васильевна – к.м.н., ассистент кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, КрасГМУ; тел. 8(391)2241492.

Злокачественные опухоли женской половой сферы являются одними из наиболее распространенных среди всех онкозаболеваний. Чаще других опухолей встречаются: рак шейки матки (75-80%); рак тела матки (10-15%). При этих локализациях опухолей, лучевая терапия как в плане

самостоятельного метода, так и в комплексе с хирургическим и лекарственным методами занимает ведущее место и приобретает все большее число сторонников. Данное положение объясняется тем, что основная масса больных поступает в специализированные отделения с II и III, а зачастую и с IV стадиями заболевания.

Таким образом, разработка различных методов и подходов к лучевой терапии рака шейки матки, особенно, местно-распространенных форм, являются необходимыми в плане реализации специального лечения. Сочетанная лучевая терапия совместно с противоопухолевым химиолечением, позволяет эффективно воздействовать как на первичную опухоль так и на зоны регионарных метастазов.

Целью настоящего исследования является оценка результатов химиолучевой терапии местно-распространенных форм рака шейки матки.

Материалы и методы

В исследования были включены 27 больных местно-распространенными формами рака шейки матки (III стадия).

Первую клиническую группу составили 12 пациенток с указанными опухолями, получивших сочетанную лучевую терапию по классическому варианту в сочетании с химиотерапией (цисплатин 30-50мг/м² один раз в неделю, №5). Во вторую клиническую группу включены 15 больных раком шейки матки которым проведена сочетанная лучевая терапия с использованием методик дистанционного и внутриместного аппаратного облучения источниками ⁶⁰Со высокой мощности дозы в традиционном режиме.

Возраст больных варьировал в диапазоне 26-60 лет. Согласно данным представленным в табл. 1, рассматриваемые группы по возрастному составу были неидентичны. В первой группе преобладали больные до 40 лет (9 или 76,5%), а во второй клинической группе в этом возрасте находилось лишь 5 женщин – 33,2%.

Таблица 1

Распределение больных раком шейки матки по возрасту (годы)

Диагноз заболевания устанавливался стандартными способами. Данные морфологических исследований оценивались в соответствии с рекомендациями ВОЗ (Geneva, 1975).

Анализ гистологической структуры опухолей продемонстрировал преобладание плоскоклеточного ороговевающего и неороговевающего рака – соответственно- 9(75%) и 13(87,7%). Распределение пациенток по гистологическому строению опухоли в группах представлена в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных раком шейки матки по гистологическому строению опухоли

При этом необходимо отметить, что во всех группах превалировала смешанная форма роста опухоли, составившая соответственно 7 чел. (58,4%) и 8 чел. (53,4%).

Таблица 3

Распределение больных раком шейки матки по клиническим формам роста опухоли

С целью уточнения распространенности процесса и оценки общесоматического состояния было проведено полное обследование, включающее общеклинические, рентгенологические, радиоизотопные и ультразвуковые методы исследования, в частности, с цветным доплеровским картированием. При этом параметральная инфильтрация опухолевого процесса визуализировалась у 36,7% пациенток.

Согласно полученным данным обследования, вагинальный вариант распространения опухолевого процесса имел место у 3(11,1%) пациенток, параметральный – 5(18,5%). Наиболее часто во всех 2-х представленных

группах наблюдался смешанный вариант распространения у 19(70,4%) больных.

Таким образом, в прогностическом плане данные группы обследованных женщин были по разным факторам неблагоприятными.

Планирование сочетанной лучевой терапии включало подготовку определенного анатомо-топографического положения зон облучения "мишени" и взаимоотношения их с критическими органами, изготовление эскизов поперечного сечения тела на уровне внутреннего зева шейки матки, выборе методик облучения, разметку полей облучения.

Терапевтической "мишенью" на первом этапе дистанционного облучения считали весь массив первичной опухоли, параметральную клетчатку, лимфоузлы таза в зависимости от их вовлечения в процесс. При этом особое внимание уделяли характеру взаимоотношений между формой и размерами "мишени" и окружающими нормальными органами и тканями вовлекаемыми в зону облучения. Сочетанную лучевую терапию начинали с дистанционного облучения первичного очага и зон регионарного метастазирования с целью уменьшения воспалительного компонента и достижения частичной регрессии опухоли, что обеспечивало более оптимальные условия для проведения внутрисполостного облучения.

В дальнейшем дистанционную лучевую терапию проводили в промежутках между сеансами внутрисполостного облучения.

Проведение внутрисполостного облучения при местно-распространенных формах рака шейки матки составляет определенные сложности, обусловленные: особенностями специфического роста опухоли к которым относятся опухолевая деформация цервикального канала, стеноз влагалища. К топометрическим особенностям первичного очага следует отнести неравномерность параметров "мишени" во фронтальной и сагиттальной плоскостях, протяженность и объем опухолевого массива.

Первая группа больных получала внутрисполостное облучение с использованием источников низкой активности ^{60}Co LDR (активность одного

источника 12,5 мГ/Экв/Ra) методом ручного последовательного введения эндостатов и источников излучения «КРДВ – 1».

Планирование внутриместного облучения на аппарате Агат-В источниками ^{60}Co высокой активности осуществлялось на основе рентгенографии таза в прямой проекции с введенным метростатом. Система метростатов подбиралась индивидуально с учетом топографо-анатомических особенностей, расположением внутренних половых органов и изменением со стороны первичной опухоли после проведенного первого этапа лучевой терапии. По данной конфигурации определяли число источников излучения, подлежащих введению в полость матки и цервикальный канал, расстояние между центральным эндостатом и оводами. Согласно методическим рекомендациям, приложенным к атласу изодоз (АГАТ-ВУ), рассчитывалось время облучения, поглощенные дозы в точках А, В, V, R. Поглощенные дозы в точке В зависели от положения матки относительно срединной оси тела больной. Определение доз от внутриместной лучевой терапии на мочевой пузырь и прямую кишку основывалось на среднестатистических данных расположения точек V и R – соответственно $2,2 \pm 0,05$ и $2,8 \pm 0,01$ см относительно вертикальной оси шейки матки.

Режим фракционирования при внутриместном облучении источниками ^{60}Co HDR местнораспространенного рака шейки матки проводился в разовой очаговой дозе (РОД) 5,0 Гр x 2 раза в неделю до суммарной очаговой дозы (СОД) в зависимости от условий и методики дистанционного облучения 30,0 - 50,0 Гр на первичный очаг. Суммарные очаговые дозы от сочетанной лучевой терапии рака шейки матки представлены в табл. 4.

Таблица 4

***Уровень суммарных поглощенных доз (Гр) от сочетанной лучевой
терапии в кардинальных точках***

Индивидуальное планирование дистанционного и внутриместного облучения, включающее совмещение дозиметрических параметров, выбранных

объемов облучения с клинико-рентгенологической информацией о распространенности опухолевого процесса, с использованием современных технических средств, является одним из определяющих факторов в эффективности лучевого лечения местно-распространенного рака шейки матки.

Результаты и обсуждение

Клиническая оценка терапевтической эффективности сочетанной лучевой и комплексной терапии больных раком шейки матки была проведена по следующим критериям:

§ излеченность больных на различных сроках наблюдения;

§ лучевые изменения.

Результаты обследования, проведенного через 3 месяца после лечения, позволили установить полную регрессию опухолевого процесса у 18 из 27 больных, что составляет 66,7%. Сравнение динамики опухолевого процесса на сроке 3 месяца по окончании лечения у больных с III стадией рака шейки матки показали, что полная регрессия опухоли в 1-й и 2-й группах имела место – соответственно у 10 из 12(83,4%) и у 8 из 15(53,0%) больных.

По нашим данным, наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении контингентом являются больные с метастатическим поражением регионарных лимфоузлов. Изучение регрессии опухолевой инфильтрации регионарных лимфоузлов у больных показало, что частичная регрессия опухолевого процесса с сохранением параметральной инфильтрации имела место у пациенток обеих групп, соответственно у 1(8,3%) и 4(28,4%). Местная частичная резорбция сохранялась у 1(8,3%) женщин – первой группы, у больных второй – 2(13,3%). У 1(8,3%) пациентки второй группы сохранялось поражение регионарных лимфатических узлов.

Общая лучевая реакция в процессе проводимой сочетанной лучевой терапии имела место у 22 из 27(74,1%) больных раком шейки матки III стадии. В первой группе пациенток этот элемент, в виде слабости и диспепсических явлений легкой степени тяжести, наблюдался у 10(83,4%) больных. Во 2-й

группе общая лучевая реакция диагностирована у 12(80,0%). Следует отметить, что указанные изменения не требовали перерыва в лучевой терапии.

Согласно нашим данным, лучевая реакция со стороны слизистой оболочки влагалища и шейки матки отмечена в первой группе у 12(100,0%), во второй – у 12(80,0%) больных.

Как следует из полученных результатов, наибольшее количество ранних лучевых изменений отмечено в первой группе больных. При этом лучевые циститы преобладали во второй группе больных 9(60,0%). Во всех случаях они носили исключительно катаральный характер. Что касается ранних лучевых изменений со стороны кишечника, то наиболее часто они встречались в первой группе больных – 9(75,0%).

Таким образом увеличение числа запущенных форм рака шейки матки в Красноярском крае, а так же омоложение контингента заболевших женщин предполагает использование новых подходов к адекватному лучевому лечению в сочетании с химиотерапией, направленное на полное излечение больных с наименьшими лучевыми изменениями. Женщин в возрасте 31-40 лет в первой группе составили 60%, во второй – 26,6%, что диктовало необходимость назначения химиолучевой терапии.

По гистологическому строению опухоли в обеих группах преобладал плоскоклеточный ороговевающий рак. По характеру роста преобладала смешанная форма. По варианту распространения наибольшее количество составил влагалищный параметральный вариант.

Полная регрессия опухоли чаще наблюдалась у больных первой группы – 10(83,4%). Общие лучевые реакции так же чаще встречались у больных первой группы 10(80,4%), что обусловлено применением цисплатина и его побочным действием. В первой группе больных так же выше частота местных реактивных изменений.

TREATMENT OF LOCAL FORMS OF CERVIX CANCER

S.A. Maksimov, U.A. Dihno, I.V. Egorova

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. Voino-Yasenetsky

Abstract. Malignant tumors of women genitalia are among the prevalent oncological disorders [1, 2, 4]. Combined with chemical drugs radiotherapy is one of the methods of radiomodification which directly and effectively influences the primary tumor and regional metastasis zones with minimal damage of surrounding tissues. The suggested method improves the results of treatment of this pathology [3].

Key words: cervix cancer, chemo-radiotherapy, gamma source ^{60}Co , results of the therapy.

Литература

1. Гранов А.М., Винокуров В. Л. Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии – СПб.: Фолиант, 2002. – 352 с.
2. Жаринов Г. М., Важенин А. В. Очерки лучевой терапии рака шейки матки. Челябинск: Иероглиф. — 2002. — 218 с.
3. Лучевая терапия в лечении рака /Практическое руководство. Всемирная организация здравоохранения. – Лондон: Champman&Hall, London, UK, 2000. – 338 с.
4. Энциклопедия клинической онкологии / Под общей ред. М.И. Давыдова, Г.Л. Вышковского. – М.: РЛС. – 1536 с.