

## ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Т.Б. Григоренко, Е.В. Воробьева, С.А. Степачева,  
Ю.А. Криванкова, Р.Д. Хуснутдинов*

Тюменский ООД

Лечение рака шейки матки (РШМ) у женского населения остается высоко актуальной проблемой во всем мире, в том числе в России и Тюменской области. По показателям заболеваемости РШМ по Тюменской области за последние 5 лет цифры значительно возросли. По показателям пролеченности нозологических форм в первом радиологическом отделении наблюдается значительный рост пациенток с РШМ, в том числе с третьей стадией – с наличием регионарных метастазов, и с четвертой стадией – с наличием отдаленных метастазов.

Роль лучевой терапии РШМ является ведущей при наличии регионарных, а тем более отдаленных метастазов. Результат лучевой терапии зависит от дозы ионизирующего облучения, подведенной к опухоли. При этом сдерживающим фактором эскалации дозы является вероятность развития лучевых повреждений прилежащих к опухоли нормальных тканей.

Совершенствование радиотерапевтической техники и внедрение современных технологий ведет к увеличению точности и конформности облучения, позволяя повысить суммарную очаговую дозу без увеличения риска повреждения окружающих тканей.

В 2007 году в первом радиологическом отделении введен в эксплуатацию аппарат для дистанционной лучевой терапии «Примус», а с 2010 г. – аппарат «Электа», которые являются современной разработкой среди оборудования подобного класса. Лучевое лечение на этих аппаратах отличается рядом преимуществ, а именно высокой точностью подводимой дозы, возможностью минимизировать лучевое влияние на здоровые органы и ткани, возможностью контроля и коррекции подведения дозы к заданному очагу. Эти преимущества достигаются отлаженной системой этапности подготовки к лучевому лечению и его проведения. Подготовка к лучевому лечению начинается с компьютерной разметки пациента, после которой полученные изображения подвергаются CTV, GTV, PTV оконтуриванию, позволяющему с использованием планирующих систем «Лантис» и «Мозаик» составлять высокоточные планы лучевого лечения конкретного пациента с возможностью расчета изодозного распре-

ления не только на плоскости (2D), но и в объеме (3D). Кроме изодозного распределения в очаге опухоли, возможно проследить и минимизировать лучевое воздействие на окружающие здоровые органы и ткани, что отражается в составленных гистограммах каждого лучевого плана.

В первом радиологическом отделении, используя современные возможности оборудования для дистанционной лучевой терапии, активно проводится составление и реализация лучевых планов у пациенток с РШМ, в том числе с отдаленными метастазами РШМ.

В 2010 г. в условиях стационара первого радиологического отделения пролечено 36 пациенток с отдаленными метастазами РШМ, такими как метастазы в парааортальные лимфатические узлы, метастазы в кости таза, метастазы в кости позвоночного столба на аппаратах «Примус» и «Электа» с использованием планирующих систем «Лантис» и «Мозаик». Проведен сравнительный анализ с пациентками, пролеченными в 2008-2009 гг. на аппаратах «Тератрон».

Анализ лечения 12 пациентов на аппаратах «Тератрон», «Электа» и «Примус» с метастазами в кости:

- полное исчезновение болей наблюдалось у 6 пациентов, пролеченных на аппаратах «Тератрон». У 10 пациентов, пролеченных на аппаратах «Электа» и «Примус»;

- уменьшение интенсивности болей отмечали 6 пациентов, пролеченных на аппаратах «Тератрон». У 2 пациентов, пролеченных на аппаратах «Электа» и «Примус»;

- сохранение болевого синдрома не наблюдалось;

- склерозирование очага деструкции наблюдалось у 9 пациентов, пролеченных на аппаратах «Тератрон». У 11 пациентов, пролеченных на аппаратах «Электа» и «Примус»;

- у всей пролеченной группы пациентов отмечался положительный эффект от проведенного лечения.

Анализ проведенного лечения на аппаратах «Тератрон», «Электа» и «Примус» у 24 пациентов с метастатическим поражением парааортальных лимфоузлов:

- уменьшение размеров лимфоузлов наблюдалось у 14 пациентов, пролеченных на аппаратах «Тератрон». У 6 пациентов, пролеченных на аппаратах «Электа» и «Примус»;

- полный регресс метастазов в парааортальные лимфоузлы 10 пациентов, пролеченных на аппаратах «Тератрон». У 18 пациентов,

пролеченных на аппаратах «Электа» и «Примус»;

– положительный эффект от лечения присутствовал во всей группе пролеченных пациентов.

Из представленных выше данных, видно, что при паллиативном облучении костных метастазов РШМ, эффект от лечения, а именно: исчезновение болевого синдрома – 83%, склерозирование очага деструкции – 92% намного выше при проведении лучевой терапии на линейных ускорителях электронов (аппараты «Примус» и «Электа») после КТ-разметки и оконтуривания. Так же наблюдается более высокий эффект от лечения на аппаратах «Примус» и «Электа» при метастазах в парааортальные лимфатические узлы – полный регресс метастазов достигнут у 75% пациенток, по сравнению с 42% у пациенток, пролеченных на аппаратах «Тератрон».

Отдельно следует сказать, что при лечении на аппаратах «Примус» и «Электа», меньшее количество случаев возникновения лучевых реакций со стороны рядом находящихся с областью облучения здоровых органов и тканей. Это связано с более высокой точностью подведения дозы, возможностью минимизировать попадание высоких изодоз на здоровые органы и ткани, что отражается в составленных гистограммах плана лучевого лечения.

#### **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ В СОЧЕТАНИИ С АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИЕЙ (АПК) КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕОПЛАЗИЯМИ ТИПА LST**

*Е.Н. Десятов, Ю.А. Черемных, И.Р. Самодурова, В.Ю. Кузнецов*

Тюменский ООД

Плоские неоплазии толстой кишки впервые были выявлены в 1985 году Muto с соавторами [3]. Данная патология имеет более высокий злокачественный потенциал по сравнению с полиповидными образованиями [2, 4]. Плоские неполиповидные образования размерами более 2 см характеризуются стелющейся формой роста по слизистой оболочке толстой кишки и классифицируются как горизонтально распространяющиеся опухоли (англ. Laterally Spreading Tumor (LST)) [1]. Адекватное и безопасное удаление таких образований вызывает дискуссию, так как эндоскопическая резекция слизистой оболочки и эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией в подсли-

зистом слое требуют определённой квалификации оператора, наличия дорогостоящих одноразовых инструментов и госпитализации пациента, при этом не гарантирует от возникновения рецидива.

Цель исследования: на базе отделения эндоскопии Тюменского онкодиспансера проведена ретроспективная оценка результатов за период 2008-2012 гг. удаления стелющихся образований типа LST ободочной кишки методом эндоскопической резекции слизистой оболочки с учетом гистологической структуры, глубины инвазии, осложнений и рецидивов.

Материал и методы.

Удалено 43 неполиповидных образований типа LST 40 пациентам. Предварительно выполнена колоноскопия эндоскопом CF-N180AL («Olympus», Япония) с биопсией неоплазии. Оценка инвазии осуществлялась методом эндоскопической ультрасонографии с биплановой реконструкцией изображения при локализации в левых отделах УЗ-зондом с частотой 20 МГц UM-DP20-25R («Olympus», Япония). Для эндоскопической резекции слизистой оболочки с LST-G использовалась высокочастотная станция ERBE VIO 200D (ERBE, Германия) и диатермическая петля типа «Петля Кудо» (MTW, Германия) с контролируемым раскрытием до 40 мм, после предварительной инъекции в подслизистый слой от 20 до 50 мл физиологического раствора. Края раны сводили эндоклипами HX-610-135 "EZ-Clip" («Olympus», Япония) в 23 (53,5%) случаях одномоментного удаления. Мукозэктомия по частям выполнена в 20 (46,5%) случаях - для профилактики рецидива выполнялась аргоноплазменная коагуляция краёв раны зондами диаметром 2.3 и 3.2 мм (ERBE, Германия) в режиме FORCED APC 32 -34 Вт. при  $V_{Ar}=2.0$  л/мин. до формирования струпа, при этом, несмотря на большую площадь раны эндоклипирование не выполняли.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст пациентов составил 60 лет. Все неоплазии – 43 (100%) локализовались в ободочной кишке (слепая – 5, восходящая – 3, поперечная – 12, нисходящая – 2, сигмовидная – 21). По данным ультрасонографии не распространялись за пределы мышечной пластинки слизистой оболочки. Гистологически представляли собой в 29 (67,5%) случаях пролиферирующие тубуло - ворсинчатые аденомы, 13 (30,2%) случаях ворсинчатые аденомы, в 1 случае (2,3%) диагностирована высоко дифференцированная аденокарцинома. Продольный раз-