

3. Бычков М.Б. Мелкоклеточный рак легкого: что изменилось за последние 30 лет? // Современная онкология. – 2007. – Том 9. – С. 34-36.
4. Дарьялова С.Л., Бойко А.В., Черниченко А.В. Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей // Российский онкологический журнал. – 2000. – № 1 – С. 48–55.
5. Золотков А. Г., Мардынский Ю. С. и др. Повышение эффективности лучевой терапии рака легкого: клинические и экономические проблемы // Радиология практика. – 2008. – № 3. – С. 16-20.
6. Мардынский Ю.С., Золотков А.Г., Кудрявцев Д.В. Значение лучевой терапии в лечении рака легкого // Вопросы онкологии. – 2006. – Том 52. – С. 499-504.
7. Полоцкий Б.Е., Лактионов К.К. Энциклопедия клинической онкологии // Под ред. М.И. Давыдова. М., 2004. – С. 181-193.
8. Лучевая терапия в лечении рака: Практическое руководство // ВОЗ. М., 2000. – С. 101-114.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению в 2004 году. М., 2005.
10. Alberti W., Bauer P.C., Bush M. et al The management of recurrent or obstructive lung cancer with the Essen afterloading technique and the NeodymiumSYAG laser // Tumor Diagnost. Ther. – 1986. – Vol. 7. – P. 22–25.
11. Budhina M, Skrk J, Smid L, et al: Tumor cell repopulating in the rest interval of split-course radiation treatment. Stralenterapie, 1980.
12. Cox J.D. Interruptions of high dose radiation therapy decrease long-term survival of favorable patients with inresectable non-smoll cell carcinoma of the lung: analysis of 1244 cases from Radiotherapy Oncology Group (RTOG) trials // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1993. – V. 27. – P. 493-498.
13. Cox J., Azarnia N., Byhardt R. et al. A randomized phase I/II trial of hyperfractionated radiation therapy with total doses of 60.0 Gy to 79.2 Gy. Possible survival benefid with dose i69.6 Gy in favorable patients with Radiation Therapy Oncology Group stage III nonSsmall cell lung carcinoma: Repot of Radiation Therapy Oncology Group 83-11 // J. Clin. Oncol. – 1990. – Vol. 8. – P. 1543-1555.
14. Hayakawa K., Mitsuhashi N., Furuta M. et al. HighSdose radiation therapy for inoperable nonSsmall cell lung cancer without mediastinal involvement (clinical stage N0, N1) // Strahlenther. Onkol. – 1996. – Vol. 172, №9. – P. 489-495.
15. Haffty B., Goldberg N., Gerstley J. Results of radical radiation therapy in clinical stage I, technically operable nonSsmall cell lung cancer// Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 1988. – Vol. 15. – P. 69-73.
16. Fu XL, Jiang GL, Wang LJ, Qian H, Fu S, Yie M, Kong FM, Zhao S, He SQ, Liu TF Hyperfractionated accelerated radiation therapy for non-small cell lung cancer: clinical phase I/II trial // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 1997. – № 3. – P. 545-552.
17. King SC, Acker JC, Kussin PS, et al. High-dose hyperfractionated accelerated radiotherapy using a concurrent boost for the treatment of nonsmall cell lung cancer: unusual toxicity and promising early results. // Там же. – 1996. № 36. – P. 593-599.
18. Kohek P.H., Pakish B., Glanzer H. Intraluminal irradiation in the treatment of malignant airway obstruction// Europ. J. Oncol. – 1994. – Vol. 20, № 6. – P. 674-680.
19. Macha H.M., Wahlers B., Reichle C. et al. Endobronchial radiation therapy for obstructing malignancies: Ten years experience with IridiumS192 highSdose radiation brachytherapy afterlodng technique in 365 patients // Lung. – 1995. – Vol. 173. – P. 271-280.
20. Maciejewski B, Withers H, Taylor J, et al: Dose fractionation and regeneration in radiotherapy for cancer of the oral cavity and oropharynx: Tumor dose-response and repopulating // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 1987. – № 13. – P. 41.
21. Million RR, Zimmerman RC: Evaluation of University of Florida split-course technique for various head and neck squamous cell carcinomas // Cancer. – 1975. – № 35. – P. 1533.
22. Peters LJ, Ang KK, Thames HD: Accelerated fractionation in the radiation treatment of head and neck cancer: A critical comparison of different strategies // Acta Oncol. – 1988. – № 27. – P. 185.
23. Rosenthal S., Curran W.J., Herbert S. et al. Clinical stage II nonSsmall cell lung cancer treated with radiation therapy alone: The significance of clinically staged ipsilateral hilar adenopathy (N1 disease)// Cancer (Philad.). – 1992. –Vol. 70. – P. 2410-2417.
24. Saunders MI, Dische S, Barrett A, et al. Continuous hyperfractionated accelerated radiotherapy (CHART) versus conventional radiotherapy in non-small-cell lung cancer: a randomized multicentre trial. CHART Steering Committee // Lancet. – 1997. – № 350. – P. 161-165.
25. Schray M.F., McDougall J.C., Martinez A. et al Managment of malignant airway compromise with laser and low dose rate brachytherapy // Chest. – 1988. – Vol. 93. – P. 264-264.
26. Vassiliou V., Kardamakis D. Past and present: has radiotherapy increased survival of lung cancer patients in the last 50 years? // Lung cancer current, diagnosis and treatment. Greece. – 2007. – P. 210-218.
27. Бойко А. В., Черниченко А. В. и др. Нетрадиционное фракционирование дозы. Материалы 5 Российской онкологической конференции. Москва, ноябрь 2001 год.
28. Сидоренко Ю.С. Пути улучшения результатов лечения больных онкологическими болезнями // Сборник материалов XII (80) сессии Общего собрания Российской академии медицинских наук “Снижение смертности – стратегическое направление демографической политики”. М., 2007. – С. 20-27.
29. Щепин О.П., Белов В.Б., Щепин В.О. Состояние и динамика смертности населения Российской Федерации // Снижение смертности – стратегическое направление демографической политики. М., 2007. С. 7-14.
30. Бойко А.В., Трахтенберг А.Х. Лучевой и хирургический методы в комплексной терапии больных с локализованной формой мелкоклеточного рака легкого. В кн.: “Рак легкого”. – М., 1992. – С. 141-150.
31. Дарьялова С.Л. Гипербарическая оксигенация в лучевом лечении больных злокачественными опухолями. Глава в кн.: “гипербарическая оксигенация”, М., 1986.
32. Hilaris B.S. Brachytherapy in Lung Cancer // Chest. – 1986. – Vol. 89, № 4. – 349 p.
33. Мешерякова И.А. Внутриполостная лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей трахеи и бронхов: Автореф. Дисс.... канд. мед. наук. – М., 2000. – 25 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИМИОЛУЧЕВОГО И ЛУЧЕВОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Н.А. Шаназаров, Д.Т. Арыбжанов,
О.В. Некрасова, Г.Г. Сепиашвили

Тюменская ГМА
Южно-Казахстанская ГФА, г. Шымкент, Казахстан
Тюменский ООД Курганский ООД

Известно, что сочетание химиотерапии и облучения опухоли, повышая эффективность терапии, приводит к частому развитию нежелательных побочных эффектов. Это служит причиной вынужденных перерывов в лечении, в конечном итоге отрицательно влияя на непосредственные и отдалённые результаты лечения. В своём исследовании мы сравнили результаты химиолучевого лечения НМРЛ в зависимости от времени начала лучевой терапии в сочетании с одномоментной химиотерапией. Для этого мы сопоставили непосредственные результаты различных вариантов

терапии и оценили токсические реакции в сравниваемых группах.

Всего было подвергнуто изучению 100 больных местнораспространённым НМРЛ. При поступлении пациентов в клинику с ними проводилась беседа, в ходе которой выясняли жалобы и анамнез заболевания для уточнения общего статуса и наличия сопутствующей патологии. Производился наружный осмотр с пальпацией периферических лимфоузлов, измерение веса и роста больного. У части больных дополнительно уточняли степень распространённости опухолевого процесса с помощью компьютерной томографии органов грудной клетки. Обязательными были выполнение электрокардиографии и исследование функции внешнего дыхания для определения функциональных возможностей пациента.

После завершения обследования пациентов и проведения оценки соответствия критериям включения и исключения в исследование проводилась рандомизация, после которой пациенты попадали в одну из групп лечения (химиолучевого – I группа или лучевого – II группа).

В качестве базовой схемы нами была выбрана стандартная схема EP, которая заключалась во внутривенном введении препарата цисплатин в дозе 80 мг/м² в 1 день лечения и препарата этопозид в дозе 100 мг/м² с 1 по 3 дни терапии. Первый день ЛТ соответствовал 1 дню 1 цикла ХТ. ЛТ проводили непрерывно, сочетая с двумя единственными циклами химиотерапии по схеме EP.

Дистанционная лучевая терапия в обеих группах проводилась в одном и том же режиме и выполнялась с суммарной очаговой дозой на лимфатические узлы средостения и корень легкого на стороне поражения до 40-46 Гр и на опухоль легкого до 60-66 Гр. Облучение проводилось в традиционном режиме фракционирования с разовой дозой 2 Гр в день в течение 5 дней каждой недели.

Сравнение методов лучевого и химиолучевого лечения проводили с целью определения необходимости проведения химиотерапии в дополнение к стандартной ДЛТ.

Анализ полученных результатов показал, что частота полных резорбций опухоли в I группе была достоверно выше, чем во второй ($p=0,0091$). Не было отмечено ни одного случая прогрессии опухолевого роста в группе одновременного химиолучевого лечения. Как следствие, общий эффект от проведенного лечения был значимо выше в группе I в сравнении с группой II ($p=0,0009$).

Сравнительная характеристика осложнений лечения показала, что облучение рака лёгких вызывает минимальные изменения со стороны показателей крови. В нашем исследовании среди пациентов II группы только у 2 больных зарегистрирована гранулоцитопения 1 ст. Других осложнений со стороны органов кроветворения выявлено не было. Иная ситуация наблюдалась при

сочетании лучевого лечения и химиотерапии. Воздействие цитостатиков часто приводят к существенным депрессиям костномозгового кроветворения. Так, в I группе гранулоцитопения 3-4 степени отмечена у 41,1% (от 180) больных, тромбоцитопения 3-4 степени – у 3,3% (от 180), значительно выше, чем в группе I.

Наиболее частыми характерными осложнениями лучевой терапии рака лёгких являются местные лучевые реакции. Патологические изменения со стороны органов грудной клетки в ответ на облучение встречались в обеих группах чаще в виде двух основных вариантов – эпителиита и эпидермита. Первый диагностировали при появлении жалоб больного на дисфагию, что было следствием развития токсической реакции со стороны слизистой грудного отдела пищевода. Второй проявлялся реакцией со стороны кожи в ответ на проведение лучевой терапии, что устанавливалось при осмотре кожных покровов на ежедневном обходе. Частота лучевых реакций составила в I группе 19,5% и 7,3% соответственно для эпителиита и эпидермита (от 90); во II группе – соответственно 2,2% и 1,1% (от 90).

Таким образом, у больных в группе I значительно чаще отмечались эпителииты по сравнению с группой II ($p=0,0005$). Эпидермиты чаще фиксировались у пациентов, получивших химиолучевое лечение, хотя достоверных различий не оказалось, $p=0,059$. В итоге следует отметить увеличение частоты как гематологической токсичности, так и местных лучевых реакций в группе больных, которым проводилось одновременное химиолучевое лечение.

ДИНАМИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕНЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ПО НОВОЙ И СТАНДАРТНОЙ МЕТОДИКЕ

А.Н. Шевченко, В.А. Сергань

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Остается много открытых вопросов, касающихся показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств при аденокарциноме предстательной железы. В настоящее время разработка наиболее эффективных методов лечения метастатического рака предстательной железы а также критериев оценки эффективности проведенной терапии представляется крайне актуальным, эти вопросы стоят перед онкологами и урологами во всем мире. В связи с особенностями клинического течения и несовершенством ранней диагностики от 60 до 80 % больных РПЖ при первичном обращении имеют запущенные формы заболевания, не позволяющие достичь излечения.