

Больной Р., 52 года, поступил в ФГУ РНЦРХТ 14.04.2003 года с жалобами на общую слабость, периодически возникающую тошноту. Из анамнеза: 20.11.2002 г в урологическом отделении Областной больницы г. Калининграда произведена нефрэктомия справа по поводу опухоли правой почки. Гистологическое заключение: Светлоклеточный гипернефроидный рак с выраженным фиброзом стромы. Во время операции были выявлены метастазы в периаортальные и левые надключичные лимфатические узлы. В марте 2003 года направлен в РНЦРХТ, где при обследовании на компьютерных томограммах подтверждена лимфоаденопатия заднего средостения и забрюшинных лимфатических узлов (с максимальными размерами конгломератов лимфоузлов до 7 см). Из увеличенного надключичного лимфатического узла слева была произведена биопсия и выявлены комплексы светлоклеточного рака. Данных за метастазы в печени, легких, костях не было получено.

В стационаре РНЦРХТ с 21.04 по 09.06.2003 г. на фоне химиотерапии 5-фторурацилом (500 мг 1 раз в неделю) проведен паллиативный курс ДЛТ на область ложа правой почки, конгломератов нижних внутригрудных, периаортальных и левых надключичных лимфатических узлов. ДЛТ осуществлялась на линейном ускорителе электронов SL-20 тормозным излучением энергией 6 МэВ в статическом режиме с последовательным сокращением полей облучения (на I этапе 0° и 180°, размеры полей 16×31 см; на II этапе – 60°, 300° и 210°, размеры полей – 9-10×31 см). На ложе правой почки традиционным фракционированием подведена СОД 34 Гр, на конгломераты периаортальных и нижних внутригрудных лимфатических узлов – 66 Гр. Одновременно проведено облучение области метастазов в левые надключичные лимфоузлы: на гамма - терапевтическом аппарате РОКУС-М в статическом режиме, через прямое переднее поле размером 11×12 см, в РОД 4-5 Гр ежедневно подведена физическая СОД 44 Гр, что изозэффективно 65-66 Гр обычного фракционирования. Лечение перенес относительно удовлетворительно, с положительной непосредственной динамикой со стороны увеличенных лимфатических узлов по данным ультразвукового исследования. При последующем наблюдении был диагностирован полный регресс всех лимфоузлов в зонах облучения. Отсутствие рецидива заболевания подтверждено последними данными компьютерной томографии в 2011 г. Больной наблюдается почти 9 лет.

В мае 2005 года обратился к онкологу по месту жительства в Областной онкологический диспансер г. Калининграда по поводу опухолевого образования на коже спинки носа. 14.05.2005 г. произведена операция – иссечение образования кожи носа с гистологическим исследованием (без опухолевых элементов). Образование рецидивиро-

вало, по поводу чего было произведено еще две операции (26.07.2005 г. и 13.09.2005 г.). Гистологическое заключение: Высокодифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак. Рост опухоли по операционному краю. 21.11.2005 г. по поводу очередного рецидива произведена четвертая операция в Калининградском онкодиспансере, после чего направлен в РНЦРХТ для послеоперационного курса ДЛТ. В стационаре РНЦРХТ с 01.12.2005 г. по 23.12.2005 г. проведено послеоперационное облучение области ложа опухоли кожи спинки носа. Курс ДЛТ осуществлялся на линейном ускорителе электронов SL-20 тормозным излучением энергией 6 МэВ. В статическом режиме через два противоположных поля (90° и 270°) с использованием индивидуального воскового боллуса, с последовательным сокращением размеров полей облучения с 4х5 см до 3х4 см, в РОД 3-4 Гр ежедневно на область ложа опухоли кожи спинки носа подведена физическая СОД 52 Гр, что изозэффективно 66Гр обычного фракционирования. В настоящее время данных за рецидив новообразования нет.

Таким образом, данный клинический пример наблюдения почти 9 лет больного диссеминированным ПКР после паллиативной ДЛТ, свидетельствует о целесообразности рассмотрения вопроса о возможности использования дистанционной радиотерапии у больных ПКР.

ТАКТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ РАДИОТЕРАПИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Метелев

РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

Распространенность рака предстательной железы (РПЖ) в большинстве высокоразвитых стран неуклонно растет. В России этот показатель вырос с 25,8 в 2000 г. до 76,1 на 100 000 населения в 2010 году. Несмотря на то, что удельный вес больных РПЖ, выявленных при проведении профилактических осмотров, возрос с 4,5% в 2000 г. до 18,9% в 2010 году, что способствовало более раннему выявлению заболевания, более 50% больных к моменту установления диагноза рака в 2010 г. имели распространенные формы опухолевого процесса. У значительной части этой категории пациентов местные или системные проявления заболевания приводят к выраженному снижению качества жизни. Стандартное в этом случае эндокринное лечение неэффективно при первичной гормонорезистентности или эффективно обычно в течение 1,5-2 лет до развития вторичной нечувствительности к гормональным

препаратам. После этого наступает быстрое прогрессирование заболевания с выраженным болевым синдромом при костных метастазах, проявлениями лимфостаза при лимфоаденопатии или симптомами инфравезикальной обструкции при местном прогрессировании. Повысить эффективность терапии запущенных больных позволяет использование современных режимов паллиативной и симптоматической дистанционной и системной радионуклидной лучевой терапии (ЛТ), применение которых позволяет не только значительно улучшить качество, но и увеличить продолжительность жизни диссеминированных пациентов.

С целью паллиативной и симптоматической ЛТ могут использоваться следующие режимы:

1. Локальное облучение основного (предстательная железа) и/или метастатического очага.

2. Локо-регионарное облучение (простата и регионарные лимфатические узлы).

3. Облучение через нижние фигурные поля сложной конфигурации (простата и регионарные лимфатические узлы с захватом отдаленных метастазов в общие подвздошные и внутрибрюшные периаортальные лимфоузлы).

4. Сегментарное облучение таза (простата и внутритазовые лимфатические узлы с захватом всех костей таза).

5. Субтотальное облучение нижней половины туловища (от купола диафрагмы до границы верхней и средней трети бедер) или всего туловища (от верхней трети шеи до границы верхней и средней трети бедер).

6. Тотальное облучение тела.

7. Сочетание основных режимов дистанционного облучения.

8. Системная радионуклидная ЛТ.

9. Сочетание дистанционной и системной радионуклидной ЛТ.

Под системной ЛТ подразумевается использование радионуклидных препаратов (преимущественно ^{89}Sr -хлорида), избирательно накапливающегося в костных метастазах и обладающих выраженным анальгезирующим и лечебным действием.

Правильный выбор тактики дистанционной и системной ЛТ больных диссеминированным РПЖ зависит от конкретной клинической ситуации.

При преимущественной диссеминации по отдаленным лимфатическим узлам (общие подвздошные, периаортальные) следует начинать дистанционную ЛТ с облучения предстательной железы и внутритазовых и внутрибрюшных лимфоузлов до уровня верхнего полюса их поражения. Для захвата вышеуказанных зон формируются крупные нижние фигурные поля сложной конфигурации. Радиотерапия производится в режиме традиционного фракционирования с доведением суммарной очаговой дозы до 50 Гр. С целью стабилизации местного опухолевого процесса непосредственно в предстательной железе и снижения

возможности дальнейшей диссеминации, целесообразно проведение последующего локального облучения простаты до «радикальных» терапевтических доз в режимах обычного или, предпочтительнее, среднего фракционирования.

В случае множественной диссеминации по костям скелета без выраженного болевого синдрома или угрозы патологических переломов рационально начинать лечение с дистанционной ЛТ. При преимущественном поражении костей таза, что наиболее характерно для РПЖ, желательно провести сегментарное облучение таза с захватом всех костей таза от гребней подвздошных костей до седалищных бугров и верхней части бедренных костей с последующим локо-регионарным и/или локальным облучением предстательной железы. При локальном воздействии, несмотря на паллиативный характер лечения, следует стремиться подвести на область простаты дозы терапевтического уровня, изоэффективные 65–70Гр, что способствует стабилизации опухолевого процесса в предстательной железе и отсутствию в дальнейшем тягостных для больного местных проявлений заболевания, в частности, симптомов инфравезикальной обструкции. Кроме того, при этом снижаются возможность дальнейшей диссеминации опухолевого процесса и показатели общей смертности больных. Сегментарное облучение костей таза способствует стабилизации опухолевого процесса в регионах первого этапа костного метастазирования, а при параллельном и дальнейшем использовании системной терапии бисфосфонатами удастся длительное время сохранять состояние стабилизации с хорошим качеством жизни.

При выраженном болевом синдроме в области отдельных костных метастатических очагов или угрозе патологических переломов или неврологических миелопатических осложнений в случае компрессии позвонков, проводится локальное облучение этих зон в режиме ускоренного фракционирования крупными или средними фракциями. При удовлетворительном соматическом состоянии больного целесообразно параллельно с этим провести также облучение предстательной железы и зон интереса в одном из вышеописанных режимов.

При множественной костной диссеминации, если паллиативный или симптоматический курс дистанционного облучения заканчивается с недостаточным купированием болевого синдрома, при удовлетворительной гематологической толерантности, следует завершить дистанционную ЛТ курсом системной радионуклидной терапии (введением 150 МБк ^{89}Sr -хлорида).

В случае выраженного костного болевого синдрома в множественных зонах метастатического поражения у больных с гормонорефрактерной формой заболевания и удовлетворительных гематологических показателей, целесообразно

начать симптоматическое лечение с курса системной радионуклидной терапии с анальгезирующей целью. После купирования болевого синдрома, на оставшиеся болевые очаги или зоны, угрожающие патологическими переломами, возможно осуществление локального дистанционного лучевого воздействия.

Вышеописанная тактика паллиативного и симптоматического лучевого лечения позволяет в подавляющем большинстве случаев не только купировать болевой синдром, но и предотвратить угрозу патологических переломов, неврологических осложнений, местного прогрессирования опухолевого процесса с развитием тягостных для пациента симптомов и ввести больного в длительную ремиссию при удовлетворительном качестве жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

М.В. Никитина

Тюменский ООД

Метастазы злокачественных опухолей в головной мозг выявляются прижизненно у 13-20% от общей численности онкологических больных. Истинная частота метастазирования значительно выше, чем клиническая выявляемость. По результатам аутопсий частота метастазирования в мозг достигает 25-30%. Она наиболее высока при «энцефалофильных опухолях»: рак легкого – 26%, рак молочной железы – 16%, меланома кожи – 40%, рак почки – 13% (Ромоданов А.П., Зозуля Ю.А. 1973; Халимова Х.М., 1981; Щиголев Ю.С., 1996; Поддубная И.В., 2000).

Церебральные метастазы часто являются проявлением генерализации опухолевого процесса. Однако более чем у половины больных метастазы в мозг возникают на фоне стабилизации или стойкой ремиссии основного заболевания. У больных раком молочной железы метастазы в мозг редко (в 1% случаев) выявляются синхронно с первичной опухолью молочной железы. Интервал от установления диагноза РМЖ до манифестации метастазов в головной мозг составляет в среднем 34 месяца, по данным зарубежных авторов (Chang E., 2003) и 40,8±3,9 месяцев, по данным собственных наблюдений (Никитина М.В. и др. 2011).

Появление интракраниальных метастазов резко меняет течение онкологического процесса: стремительный рост тканей и объема жидкости в замкнутой полости черепа приводит к быстрому (за 1-2 месяца) нарушению жизненных функций и летальному исходу. По данным Р.У. Wen и соавт. (2001) медиана выживаемости больных с метастазами в головной мозг без лечения – 1-2 месяца,

при назначении кортикостероидов – 2-3 месяца, лучевой терапии – 3-6 месяцев, у оперированных, с последующей лучевой терапией – 10-16 месяцев; а химиотерапией – 8-12 месяцев.

Качество и продолжительность жизни таких больных во многом зависит от своевременной диагностики. Однако лишь в 40% случаев метастазы в головной мозг были заподозрены в поликлинике. Наши наблюдения подтверждают, что большинство пациенток до инструментального подтверждения метастазов в головной мозг лечились с диагнозами: острое нарушение мозгового кровообращения, дисциркуляторная или токсическая энцефалопатия.

Приводим клинический случай больных РМЖ с метастатическим поражением головного мозга.

Больная Т., 49 лет, на диспансерном учете в онкологический диспансер г. Тюмени с февраля 2010 г. с диагнозом: рак правой молочной железы, T₁N₁M₀. Гистологически: инвазивный протоковый рак с метастазами в 3 лимфоузлах. Проведено комплексное лечение: радикальная резекция правой молочной железы с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией – 22.03.2010 г. Адьювантно проведено 6 курсов полихимиотерапии по схеме FAC, курс лучевой гамма терапии на зоны регионарного метастазирования (СОД 40 Гр) и послеоперационный рубец (СОД 50 Гр). С сентября 2010г. находилась на динамическом наблюдении. В январе 2011 г. отметила появление головных болей, головокружения, признаком метеолабильности. С диагнозом: дисциркуляторная энцефалопатия наблюдалась у невролога по месту жительства. Получала курсы сосудистой терапии. В марте 2011 г. – ухудшение состояния: усиление головных болей и головокружения, шаткость походки. Состояние по Карновскому – 70 баллов. При компьютерной томографии головного мозга с контрастным усилением (29.03.11 г.) выявлены метастазы - в проекции червя до 19 мм и левой лобной доли до 21 мм с перифокальным глиозом. Субкомпенсированная окклюзионная гидроцефалия.

С целью подготовки больной к проведению химиотерапевтического лечения проводилась дегидратационная терапия осматическими диуретиками и кортикостероидами. С марта 2011 г. прошла 3 курса МАСС с эндлюмбальным введением метотрексата. На фоне проводимого лечения состояние пациентки улучшилось – снизилась интенсивности головных болей, в жалобах отсутствуют головокружение и шаткость походки. Состояние по Карновскому – 90 баллов. В дальнейшем частичная регрессия в головном мозге была подтверждена компьютерной томографией.

Больная В., 52 года на диспансерном учете в онкологический диспансер г. Тюмени с августа 2006 г. с диагнозом: рак левой молочной железы, T₁N₁M₀. Гистологически: внутритротоковый ва-