

Л. А. Марьина, М. И. Нечушкин, О. А. Кравец

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва, Российская Федерация

По данным ВОЗ, смертность женского населения планеты от злокачественных опухолей каждые 20 лет увеличивается в 1,4 раза. Значительный вклад в этот показатель вносит смертность от рака тела матки (РТМ), которая ежегодно растет в большинстве стран мира и в России. С 2000 по 2005 г. прирост заболеваемости РТМ в России составил 11,2%. РТМ занимает 1-е место в структуре заболеваемости опухолями женских половых органов и 5-е место в структуре заболеваемости женщин злокачественными опухолями в целом.

Методы лечения РТМ разнообразны: хирургическое лечение, лучевая терапия (дистанционная, различные варианты внутриволостной), а также гормонотерапия и химиотерапия. Они применяются как самостоятельно, так и в различных комбинациях, что значительно затрудняет сравнение результатов лечения.

Сочетанная лучевая терапия применяется как радикальный метод лечения больных с локализованным РТМ и общесоматическими противопоказаниями к хирургическому и комбинированному лечению, а также при неоперабельном по распространенности опухолевом процессе. Сочетанная лучевая терапия подразумевает два вида лучевого воздействия: внутриволостное облучение первичной опухоли и дистанционное облучение зон регионарного метастазирования. Наружное облучение реализуется статическим и ротационным способами с противоположных открытых полей размерами $(15-16) \cdot (15-20)$ см разовыми фракциями 2,0 Гр до суммарных поглощенных доз 10—25 Гр на центр таза, далее с расщепляющимися блоками, обеспечивающими защиту смежных полых органов (прямой кишки, мочевого пузыря) до суммарных доз в латеральных отделах параметральной клетчатки 40—45 Гр. Для брахитерапии используются источники ^{60}Co , ^{137}Cs , ^{192}Ir , ^{252}Cf . Пятилетняя выживаемость больных РТМ всех стадий после сочетанной лучевой терапии колеблется, по данным разных авторов, от 42,6 до 73,7%. По нашему мнению, при наличии разных источников ионизирующего излучения в рамках сочетанной лучевой терапии РТМ предпочтительно использовать внутриволостную нейтронную терапию. Современные радиологические клиники должны располагать разными источниками ионизирующего излучения, чтобы иметь возможность индивидуально подбирать программы лучевой терапии с учетом анатомических особенностей распространения опухолевого процесса, наличия у больных сопутствующих заболеваний и т. д.

*О. П. Матилевич, И. А. Косенко, С. А. Хоружик, В. С. Дугарев,
Т. М. Литвинова, Г. В. Костевич, Т. В. Осипова*

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ С ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

*ГУ Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н. Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь*

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты использования неоадъювантной химиотерапии (НАХТ) с химиоэмболизацией маточных артерий в комплексном лечении больных местнораспространенным раком шейки матки (РШМ).

Материалы и методы. В исследование включена 21 больная РШМ IIВ—IIIВ стадий. Возраст варьировал от 24 до 59 лет, средний возраст составил 36,2 года. Плоскоклеточный рак диагностирован у

19 (90,5%) больных, аденокарцинома — у 2 (9,5%). РШМ ПВ стадии был диагностирован у 16 (76,2%) больных, ПВ стадии — у 5 (23,8%). Лечение начинали с 2 курсов НАХТ с интервалом в 21—28 дней. В 1-й день в/в вводили цисплатин в дозе 70 мг/м², на 3-й день в маточные артерии болюсно вводили раствор гемцитабина в липидоде из расчета 500 мг/м². Эффект оценивали спустя 3—4 нед после завершения 2-го курса НАХТ на основании клинических данных и результатов МРТ.

Результаты. Два курса НАХТ проведены 20 пациенткам. Токсические проявления наблюдались практически у всех больных, причем в отдельных случаях одновременно отмечались 2—4 симптома. Алопеция 1—2 степени отмечена у всех больных. Нейросенсорные нарушения были у 3 (14,3%), кожная токсическая реакция — у 1 (4,8%), тошнота, рвота 1—2 степени — у 15 (71,4%) больных. Гематологическая токсичность зафиксирована в 10 (47,6%) случаях. У всех пациенток отмечены проявления постэмболического синдрома. Ответ на лечение по данным МРТ коррелировал с клиническими данными, что позволяло объективно оценивать эффективность лечения. Изменение размеров опухоли зафиксировано у 11 из 15 (73,3%) и у 14 из 20 (70%) обследованных соответственно. Четверым больным проведена дополнительная химиолучевая терапия. После неоадьювантного лечения 18 пациенткам выполнено хирургическое вмешательство в объеме гистерэктомии III типа, 1 — передняя экзентерация таза (резектабельность составила 90,5%). У 16 (84%) больных опухоль удалена в пределах здоровых тканей (R0). В 3 случаях (T3b) в крае резекции обнаружены клетки рака (R1). Гистологически у всех больных обнаружена остаточная опухоль в шейке матки, у 3 больных (T2b) выявлены микрометастазы рака в регионарных лимфатических узлах с одной стороны.

Выводы. 1. МРТ является объективным критерием оценки регрессии опухоли шейки матки.

2. Данная схема НАХТ с химиоэмболизацией маточных артерий характеризуется удовлетворительной переносимостью, токсичность 3—4 степени отсутствует.

3. Неоадьювантное лечение обеспечивают резектабельность опухоли в 90,5% случаев и радикальность R0 в 84%.

*Л. А. Мещерякова, В. П. Козаченко, В. В. Кузнецов, К. Ю. Морхов,
И. Ю. Давыдова, О. Н. Стрельцова, М. А. Чекалова, Н. А. Ветрова,
В. М. Шелепова, О. М. Мелузова, Е. Е. Махова, М. Е. Синицина, Е. В. Барина,
А. В. Налбандян, Н. С. Кержковская, А. А. Мещеряков*

ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ

РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва, Российская Федерация

Цель исследования. Оценка эффективности современного лечения злокачественных трофобластических опухолей.

Материалы и методы. В исследование включены 206 пациенток в возрасте 15—57 лет (средний возраст 31 год) с диагнозом злокачественной трофобластической опухоли, подвергшихся лечению в гинекологическом отделении и отделении амбулаторных методов диагностики и лечения РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН в 1996—2008 гг. Интервал от завершения беременности до манифестации болезни варьировал от 1 до 19 мес. В 3 наблюдениях составлял 7, 12 и 19 лет. Тридцати одной (15%) пациентке ранее выполнены различные хирургические вмешательства, 23 из них — гистерэктомия. Сорока двум (20%) больным ранее проводилась нестандартная химиотерапия, которая оказалась неэффективной. При морфологическом исследовании в 89 (43,2%) наблюдениях верифицирован пузырный занос, в 8 (3,9%) — инвазивный пузырный занос, в 36 (17,5%) — хориокарцинома. Опухоль плацентарного ложа диагностирована в 1 (0,5%) наблюдении, эпителиоидная трофобластическая опухоль — в 4 (1,9%). У 68 (33%) больных трофобластическая опухоль была не верифицирована.

В соответствии с классификацией FIGO I стадия диагностирована у 140 (68%) больных, II — у 6 (3%), III — у 51 (25%), IV — у 9 (4%). Низкий риск резистентности опухоли установлен у 157 (76%) больных, высокий — у 49 (24%). Лечение 205 больных начато стандартными режимами химиотерапии в соответствии с рекомендациями FIGO и ВОЗ. Одна пациентка подверглась только хирургическому вмешательству по удалению резистентных метастазов в легких. Всем больным с низким риском резистентности опухоли лечение начато в стандартном режиме метотрексат + Лейковорин. Тринадцати больным (8,2%) с развившейся резистентностью опухоли проводилась химиотерапия второй линии в режиме дактиномицин, 1—5-й дни. Химиотерапия первой линии больным с высоким риском резистентности проводи-