

Були прийняті такі критерії оцінки ефективності лікування стронцієм:

- повне зникнення болів;
- значне зменшення болів;
- помірне зменшення болів;
- незначне зменшення болів;
- відсутність ефекту.

Ми провели аналіз об'єктивних результатів лікування стронцієм досліджуваних хворих. Для цього в динаміці порівнювали дані сцинтиграфії, рентгенологічного дослідження, КТ, МРТ, інтенсивність больового синдрому.

Лікування стронцієм було проведене одночасно з паліативною дистанційною променевою терапією 17 (18,6%) хворим з інтенсивним больовим синдромом.

Повторне лікування стронцієм хлориду отримали 13 (14,3%) пацієнтів, по 2 курси — 12 (13,1%), по 3 курси — 7 (7,7%) хворих.

Повний протибольовий ефект спостерігали у 22 (24,1%) пацієнтів; значне зменшення болів — у 41 (45%); помірне зменшення болів — у 17 (18,6%); незначне зменшення болів — у 6 (6,5%); відсутність ефекту — у 5 (5,4%) хворих.

Показанням для проведення повторного курсу була поява болів і негативна динаміка за даними остеосцинтиграфії. Повторні введення стронцію здійснювалися не раніше 6–8 місяців після проведення попереднього курсу.

Знеболювальний ефект супроводжувався зменшенням інтенсивності болю і нормалізацією накопичення остеотропного препарату при проведенні контрольних остеосцинтиграфій у 63 (69,2%) хворих. При сцинтиграфії відзначалося також зменшення кількості остеобластичних вогнищ.

У 22 (24,1%) пацієнтів спостерігалася скороминуща мієлосупресія I–II ступеня.

Результати проведеного лікування стронцієм було встановлено, що метод виявився досить ефективним. Протибольовий ефект зберігався впродовж 4–6 місяців у 73 (80,2%) пацієнтів.

За даними остеосцинтиграфії застосування стронцію хлориду приводить до зниження активності процесу в кістках і зменшення кількості метастазів, уповільнює прогресування кісткових метастазів, стабілізує наявні зміни і, в деяких випадках, сприяє розвитку в них остеосклеротичних змін.

Лікування стронцієм хлориду онкологічних хворих із метастазами в кістки зменшує больовий синдром і поліпшує якість життя пацієнтів.

Стронцію хлорид визнано ефективним не тільки при остеобластичних процесах, але й при остеолітичних. І це доводить, що стронцій хлорид як ефективний РФП у лікуванні множинних кісткових метастазів займає важливе місце у комплексній терапії даної патології.

Література

1. Ахмедов Б.П. *Метастатические опухоли*. – М., 1984.
2. *Онкологические заболевания в Украине. 1993–2003*. – К., 2004.
3. Фирсова М.М., Мечев Д.С., Полякова Н.И. Роль Sr^{89} -терапии в паллиативном лечении костных метастазов // УРЖ. – 2009. – Т. XVII, вип. 2. – С. 277–279.
4. Клименко И.А., Аристова Т.Ю. *Рак предстательной железы: эпидемиология и современные принципы диагностики и лечения: Пособие для врачей*. – К., 1997.
5. Моисеенко В.Л., Блинов И.И. *Современная тактика лечения больных злокачественными новообразованиями с метастазами в кости*. – СПб, 1996.
6. Трапезников Н.Н., Летягин В.Т., Алиев Д.А. *Лечение опухолей молочной железы*. – М., 1989.
7. *Применение метастрона в лечении больных с костными метастазами: Пособие для врачей*. – СПб, 1997.

Н.Г. Семикоз, А.В. Пономарьова,
В.А. Мітрясова

*Комунальний клінічний
лікувально-профілактичний заклад
«Донецький обласний протипухлинний центр»,
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького*

Комбіноване лікування первинно-неоперабельного раку шийки матки Combination treatment for primarily inoperable cervical cancer

Summary. The results of treatment of primarily inoperable forms of uterine cervix cancer are analyzed. The reasonability of endolymphatic chemotherapy with antibacterial therapy before combination radiation treatment was proven.

Key words: cervical cancer, radiation therapy, chemotherapy.

Резюме. Проаналізовані результати лікування первинно-неоперабельних форм раку шийки матки. Доказана цілесобразність проведення ендолімфатическої хіміотерапії з антибактеріальною терапією перед проведенням сочєтанного лучевого лічення.

Ключевые слова: рак шийки матки, лучевая терапия, химиотерапия.

Ключові слова: рак шийки матки, променева терапія, хіміотерапія.

У структурі онкопатології рак шийки матки (РШМ) займає друге місце у жінок за частотою після раку грудної залози [1, 2]. При цьому, на жаль, 27,9% первинно виявленого РШМ це T2в-T4 стадії, коли ефективність сучасних методів лікування різко знижується.

Нині основними методами лікування хворих на РШМ є хірургічний, променевий і комбінований. Комбінований метод лікування складається з двох компонентів: хірургічного і променевого, послідовність застосування яких може бути різною [3].

Променева терапія є основним методом лікування первинно-неоперабельних пухлин шийки матки. При цьому майже у 75% пацієнток променева терапія (ПТ) — єдиний метод лікування. Ефективність ПТ неухильно підвищується, що є результатом впровадження нових досягнень ядерної фізики і клінічної дозиметрії, проте до цього часу 30–40% хворих на РШМ гинуть від основного захворювання [4].

Проводять поєднану ПТ, що включає внутріпорожнинне і дистанційне опромінення. Головна мета внутріпорожнинної променевої дії — руйнування первинного пухлинного осередку.

Радіоактивні джерела розміщуються в аплікаторах, які вводять в порожнину матки і піхву. Сумарна осередкова доза (СОД) від внутріпорожнинного опромінення в точках А залежить від стадії захворювання і потужності дози іонізуючого випромінювання [5].

Дистанційне опромінення проводять на зони регіонарного метастазування, на краєві відділи первинної пухлини, на ділянку первинного осередку.

Джерелами дистанційного опромінення є лінійні прискорювачі і гамма-терапевтичні апарати.

Опромінення здійснюють у статичному або рухомому режимах. Разові поглинуті дози (РОД) складають 2–3 Гр, сумарні, — 40–50 Гр [6].

Нині у більшості клінік при лікуванні даної патології віддають перевагу комбінованому методу лікування.

Використовується як одномоментне, так і поетапне застосування променевої хіміотерапії. Протипухлинні препарати підсилюють променево-ушкодження пухлинних клітин за рахунок порушення механізму репарації ДНК, синхронізації вступу пухлинних клітин у фази клітинного циклу, зменшення кількості пухлинних клітин, які перебувають у фазі спокою, і здатності девіталізувати резистентні до опромінювання пухлинні клітини, що знаходяться в гіпоксії [4, 7].

У Донецькому обласному протипухлинному центрі (ДОПЦ) за період з 2006 по 2011 р. проводилося дослідження, при якому пацієнтки з первинно-неоперабельними формами РШМ отримували поєднане променево-лікування в комбінації з цитостатичною терапією. Радіоактивна і цитостатична дія взаємодоповнюються, тим самим підвищуючи ефективність лікування [8].

Вивчено дві групи пацієнток з діагнозом РШМ Т2в–Т3 стадії з наявністю розпаду пухлини, явищами кровотечі різного ступеня. Діагноз верифікований морфологічно. Гістологічно 75% випадків — плоскоклітинний рак, 25% — аденокарцинома.

Пацієнткам обох досліджуваних груп проводили поєднане променево-лікування за ідентичними схемами. На першому етапі дистанційне опромінення до СОД 30 Гр (РОД 2,5 Гр) і внутріпорожнинне опромінення до СОД 20 Гр (РОД 10 Гр). Після тритижневої перерви здійснюється підведення сумарних доз до 50 Гр дистанційно і 50 Гр внутріпорожнинного опромінення з урахуванням першого етапу.

У першій групі 162 пацієнткам проводили тільки поєднане променево-лікування в період 2005–2011 рр.

У другу групу включено 183 пацієнтки, які отримали хемопроменево-терапію у 2006–2011 рр. Лікування пацієнток даної групи починалося з проведення двох курсів ендолімфатичної хіміотерапії за схемою: цисплатин — 75 мг/м² в/в краплинно з гідратацією в перший день, фторурацил — 500 мг/м² ендолімфально з 1-го по 5-й день. Вводили також антибактеріальні препарати ендолімфально протягом 5 днів першого курсу хіміотерапії. Інтервал між курсами хіміотерапії склав 3 тижні.

Для проведення безпосередньо катетеризації вибрана найбільш доступна анатомічна зона на нижній кінцівці — верхня третина стегна на передньовнутрішній поверхні. Саме у цій зоні проходить найбільша кількість лімфатичних судин великого діаметра: як поверхневих, так і глибоких.

Вірогідно встановлено, що після проведення двох курсів хіміотерапії вдалося досягти зменшення розмірів пухлини, зникнення некрозу пухлини у 86% пацієнток. Таким чином, крім безпосереднього лікувального ефекту створені найкращі умови для проведення поєданого променевого лікування.

Після перерви в 3 тижні проводилася ПТ за вищезазначеною схемою.

При контрольному дослідженні обох груп пацієнток, після поєданого променевого лікування було відмічено, що явища променевого вагітні спостерігалися в першій групі в 65%, в другій — 42% випадків. Променевий цистит у пацієнток першої групи спостерігався в 46,5% випадків, тоді як в другій групі тільки у 20% хворих.

Явища променевого епітеліту в групі, що отримувала тільки променево-лікування, виражені у 57% пацієнток. Відзначено, що в другій групі цей відсоток майже в 4 рази менший і складає 14%. При огляді пацієнток через 3 міс. після закінчення ПТ 12% пацієнток з 1-ї групи потребували проведення лікувальних заходів з приводу променевого епітеліту.

При контрольному обстеженні через 3 тижні у групі пацієнток, що отримували тільки поєдану ПТ, у 18% досягнута лише часткова регресія пухлини.

Стабільна ремісія протягом 5 років спостерігалася у 78% пацієнток, що отримали хемопроменево-лікування, і в 60% у пацієнток, що отримували тільки поєдану променево-терапію.

Таким чином, проведення хемотерапії з антибактеріальною терапією на перших етапах лікування первинно-неоперабельних стадій РШМ підвищує відсоток безпосередніх ефектів, покращує умови для проведення ПТ, збільшує безрецидивну виживаність хворих, підвищуючи як якість життя, так і її тривалість.

Література

1. Автандилов Г.Г. *Основы количественной патологической анатомии. Уч. пособие.* — М.: Медицина, 2002. — 224 с.
2. *Рук-во по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н.И. Переводчиковой.* — М.: Практик. мед., 2005. — С. 289.
3. Куприенко М.В., Семикоз Н.Г., Шлопов В.Г. *Рак шейки матки.* — Донецьк: Каштан, 2005. — С. 8–10.
4. Манзюк Л.В. / *Химиотерапия распространенных форм рака шейки матки // РОЖ.* — М., 2000.
5. Pohar S., Hag R., Liu L. et al. // *Brachytherapy.* — 2007. — Vol. 6. — С. 53–57.
6. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. *Лучевая терапия. Т. 2.* — М., 2007. — С. 127–129.
7. Jhingran A. // *Semin. Radiat. Oncol.* — 2006. — Vol. 16. — С. 144.
8. Семикоз Н.Г., Пономарьова А.В., Лисовська Н.Ю. та ін. // *УРЖ.* — 2007. — Т. XV, вип. 2. — С. 182–183.

Л.І. Сімонова, В.З. Гертман,
Л.В. Білогурова, Г.В. Кулініч, В.П. Лаврик
*ДУ Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України, Харків*

Попередні результати застосування фотонно-магнітної терапії для профілактики та лікування променевих реакцій шкіри хворих на рак грудної залози з ад'ювантною променевою терапією

Preliminary results of the use of photon-magnetic therapy in prevention and treatment of skin radiation reactions of patients with breast cancer with adjuvant radiation therapy

Summary. The authors report preliminary findings of the investigation of the effect of combination photon-magnetic therapy with successive application of red and blue light to the skin of breast cancer patients during the course of post-operative radiation therapy. It was established that photon-magnetic therapy positively influenced the state of the skin in the irradiated areas. Addition of the magnetic factor significantly improved the efficacy of phototherapy. The patients receiving photon-magnetic therapy finished the course of radiation therapy with almost unchanged skin.

Key words: phototherapy, photon-magnetic therapy, breast cancer, radiation therapy, skin local radiation reactions.

Резюме. Приведены предварительные результаты исследования воздействия комбинированной фотонно-магнитной терапии с последовательным применением красного и