

тивності променевого лікування злоякісних новоутворень голови і шиї в середньому на 6,1 % є наслідком застосування ППТ.

Таким чином, поєднана променева терапія розширює можливості променевого лікування злоякісних пухлин голови і шиї та підвищує його ефективність.

Література

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. — М., 1997. — 210 с.
2. Weissler M.C., Melin S., Sailer S.L. et al. // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. — 1992. — Vol. 118, № 8. — P. 806–810.
3. Голдобенко Г.В., Канаев С.В. // Вопр. онкол. — 1997. — № 5. — С. 481–487.
4. Качмар Т.Б. // УРЖ. — 1999. — Т. VII, вип. 4. — С. 388–392.
5. Харченко В.П., Возный Э.К., Воробьев Ю.И., Бяхов М.Ю., Добровольская Н.Ю. // Вопр. онкол. — 1999, № 2. — С. 172–175.
6. Воробьев Ю.И. // Мед. радиол. — 1986. — № 9. — С. 61–65.
7. Замятин О.А., Вахрамова М.П., Разоренова Е.В. // Вопр. онкол. — 1995. — Т. 41, № 2. — С. 112–114.
8. Nguyen T., Demange L., Froissart D. et al. // Cancer (Philad.). — 1985. — Vol. 56. — P. 16–19.
9. Wang C.C., Blitzer P.H., Suit H. // Ibid. — Vol. 55. — P. 2100–2104.
10. Андреев В.Г., Мардынский Ю.С. Лучевое и комбинированное лечение рака гортани. — М.: Медицина, 1998. — 116 с.

Е.В. Олійник, Р.В. Сенютович

Буковинська державна медична академія
(Чернівці)

Результати лікування раку шлунка за протоколом комплексної хемопроменевої терапії вузькими полями

Results of gastric cancer treatment according to chemoradiotherapy protocol with narrow fields

Незважаючи на повідомлення про збільшення резектабельності і 5-річного виживання хворих на рак шлунка (РШ), які одержували різні варіанти опромінювання, цей спосіб лікування використовують лише в окремих клініках [1, 2].

Розроблений нами протокол комплексного лікування враховує і передбачає диференційоване застосування як доопераційної, так і післяопераційної променевої терапії (ПТ) з одночасним проведенням інтенсивного реабілітаційного лікування, в тому числі з фітотерапією.

Вивчено історії хвороб 64 хворих на РШ, пролікованих протягом 1995–2000 рр. за новим протоколом. Всі були радикально оперовані (гастректомія чи субтотальна резекція шлунка) і одержували неоад'ювантну (при I–II стадіях) чи ад'ювантну хемопроменеву терапію (при III–IV ст., низькодиференційованих раках) при неможливості проведення доопераційної хемопроменевої терапії.

Опромінювання проводили вузькими полями, які захоплювали шлунок і 2 см тканин поза його межами, на апараті РОКУС-1. Поля розмічали в положенні пацієнта лежачи після одержання контрастної суміші та з накладеною на живіт кординатною сіткою. В дослідній групі дооперацій-

на ПТ виконана 33 — великими фракціями, сумарна осередкова доза (СОД) 20 Гр за 4–5 днів, 11 — середніми фракціями (СОД 40–45 Гр). При великофракційному опромінюванні разова доза (РД) складала 5 Гр, СОД за 4–5 днів — 20–25 Гр, при середньофракційному — РД 2 Гр щодня, СОД 40–45 Гр. Опромінення поєднували з введенням 5-фторурацилу (5-ФУ).

Планування полів виконували під час операції, застосовуючи спеціальні мітки. Для цього звичайні танталові скобки згинали у вигляді кілець

Таблиця 1 — Характеристики ракового процесу в контрольній і дослідній групах хворих

Показник	Група хворих	
	контрольна, n (%)	дослідна, n (%)
Локалізація процесу:		
кардія	11 (7,9)	11 (17,2)
субкардія	1 (0,7)	1 (1,6)
верхня третина тіла	6 (4,3)	—
тіло шлунка	35 (25,2)	18 (28,1)
нижня третина тіла	12 (8,6)	3 (4,7)
мала кривизна	5 (3,6)	2 (3,1)
пілороантральний відділ	58 (41,8)	25 (39,0)
тотальне ураження	9 (6,5)	3 (4,7)
кукса шлунка	2 (1,4)	1 (1,6)
Стать:		
чоловіки	82 (59,0)	44 (68,8)
жінки	57 (41,0)	20 (31,2)
Стадія:		
I–II	33 (23,7)	16 (25)
III–IV	106 (76,3)	48 (75)
Вік (р.):		
до 40	3 (2,2)	1 (1,6)
40–50	24 (17,3)	6 (9,4)
50–60	39 (28,1)	25 (39,0)
понад 60	73 (52,4)	32 (50)
Ускладнення хвороби:		
стеноз	33 (23,7)	9 (14,1)
кровотеча	10 (7,2)	1 (1,6)
анемія	19 (13,7)	5 (7,8)
кахеція	8 (5,8)	2 (3,1)
Гістологічна структура:		
аденокарцинома і солідний рак	71 (51,1)	34 (53,1)
недиференційований рак та інші форми	68 (48,9)	30 (46,9)
Вид операції:		
субтотальна резекція	89 (64,0)	35 (54,7)
гастректомія	35 (25,2)	18 (28,1)
комбінована гастректомія	15 (10,8)	11 (17,2)
заочеревинна лімфаденектомія	22 (15,9)	12 (18,8)
Післяопераційні ускладнення:		
перитоніт	7 (5,0)	1 (1,6)
нагноєння рани	3 (2,2)	—
абсцеси черевної порожнини	8 (5,8)	1 (1,6)
кишкові норичі	1 (0,7)	—
пневмонія	2 (1,4)	1 (1,6)
плевральні норичі	1 (0,7)	—
плеврит	—	2 (3,1)
шлунково-кишкова кровотеча	1 (0,7)	—

і 4–5 таких кілець нанизували на голку; хірург пришивав їх до тканин по периметру зони опромінення в 4 точках: верхній, нижній, правий та лівий. Одне кільце виявити рентгенографічно після операції важко.

В контрольну групу включено 139 хворих на РШ, оперованих у 1995–2000 рр., які не одержували ПТ.

Оцінка результатів лікування проведена за загальноклінічними та загальноприйнятими лабораторними й інструментальними методиками. Для вивчення результатів доопераційної ПТ використана комп'ютерна томографія.

Доопераційне опромінювання здійснено 44 пацієнтам із РШ, 20 — післяопераційне.

В табл. 1 представлені характеристики ракового процесу в контрольній (без опромінювання) і дослідній (до- і післяопераційне опромінювання) групах хворих.

Результати виживання хворих контрольної (без проведення ПТ) і дослідної (пацієнти отримували ПТ) груп показані у табл. 2.

Таблиця 2 — Результати виживання хворих контрольної і дослідної груп хворих

Показники	Група хворих	
	контрольна, n (%)	дослідна, n (%)
Післяопераційна летальність	12 (8,6)	3 (4,7)
Взято під нагляд	127	61
Померли в період до р.:		
1	29 (25)	10 (19)
2	40 (44)	17 (39)
3	32 (46)	13 (45)
4	25 (50)	8 (50)
5	15 (55)	6 (54)
Живі через 5 р.	12 (45)	5 (46)

Резектабельність після неoad'ювантної ПТ складала 58%, процент радикальних операцій серед неопромінених — 46%.

Застосування доопераційної ПТ в широкій клінічній практиці гальмується можливими ускладненнями операції. Наші дослідження показали, що у разі точного добору хворих до опромінювання такі побоювання не виправдані.

Післяопераційне опромінювання, безумовно, може бути застосовано в усіх пацієнтів.

П'ятирічне виживання у хворих, які одержали ПТ, і у неопромінених не відрізнялося (46 і 45% відповідно).

Найбільша частина оперованих помирає протягом 2 років після перенесеної операції — 44% контрольної групи і 39% дослідної. В пізніші строки різниця у виживанні хворих із проведеною ПТ і без неї згладжується. Це своєрідний критичний період, в який треба інтенсифікувати ад'ювантне і реабілітаційне лікування.

Ми застосували опромінювання вузькими полями, хоча нині ефективнішим вважають широкі поля 6–7 см поза межами шлунка.

Одержані нами дані свідчать про необхідність перегляду сучасної тактики ПТ — розширення

полів опромінювання, використання допоміжних радіомодифікувальних засобів.

Отже, диференційне застосування різних режимів доопераційної ПТ згідно з розробленим протоколом не ускладнює перебіг післяопераційного періоду.

Результати виживання хворих, яким проводили опромінювання вузькими полями, не відрізнялися від результатів тільки хірургічного лікування.

Необхідно удосконалити планування ПТ з розширенням полів на 5–7 см від меж шлунка на зони регіонарного метастазування.

Література

1. Douglass H.O., Stablein D.M., Thomas P.R. // *Nat. Cancer Inst. Monogr.* — 1988. — Vol. 6. — P. 253–257.
2. Черный В.А. // *Клин. хир.* — 1989. — № 5. — С. 31–32.

В.В. Опришко, О.І. Крадінов, А.А. Савін
Д.С. Мечев, С.Н. Бобров, О.П. Прокопенко
В.І. Чирва, Б.А. Шалабасов
С.В. Серебрякова, А.В. Кубишкін
Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського (Сімферополь)

Методи підвищення ефективності променевої терапії раку гортані

Methods to increase radiotherapy efficacy in laryngeal cancer

Лікування хворих на рак гортані досі залишається нерозв'язаною проблемою. За зведеними статистичними даними, трирічна виживаність при III стадії становить 35–50%, при IV — не більше 10–20%. Основні невдачі у лікуванні хворих даного контингенту пов'язані, у першу чергу, з труднощами вилікування хворих з місцево-поширеними формами пухлинних процесів, що відповідають III–IV стадіям, питома вага яких сягає 70–80% [1, 2].

Променева терапія (ПТ) раку гортані — провідний, а часто єдиний спосіб лікування [3, 4]. Тому подальший пошук шляхів підвищення її ефективності є актуальною проблемою.

Ми зробили одну зі спроб її розв'язання. Пропонований методичний підхід до лікування раку гортані ґрунтувався на просторово-часовій оптимізації променевого впливу з використанням нового варіанта комплементарної терапії.

Ми представляємо результати рандомізованого дослідження, проведеного у радіологічному відділенні РКБ ім. М.О. Семашка у 136 хворих на рак гортані у стадіях T3N0-1M0, які отримували ПТ, із термінами спостереження від 1 до 3 років. Опромінювання проводили на гамма-терапевтичній установці АГАТ-Р1. У всіх пацієнтів діагноз було гістологічно верифіковано. Морфологічна характеристика пухлин — плоскоклітинний рак, у 65% випадків — зроговілий. Вік хворих становив від 28 до 61 року, провідний клінічний симптом — хрипкість голосу і болі при ковтанні. Більшість (майже 80%) хворих палили. Тривалість клінічних симптомів захворювання до початку ПТ — від 3 до 12 місяців.