

стательной железы и лимфатических узлов таза в режиме стандартного фракционирования дозы (СФ) и в 1-й группе составила $42,0 \pm 0,4$ Гр, во 2-й – $41,0 \pm 0,4$ Гр. ВДБ выполнялась в виде двух имплантаций до или после ТГТ. Орхиэктомия не выполнялась. Для оценки биологического эффекта при лучевой терапии применялась линейно-квадратическая модель (ЛКМ), которая дает возможность проводить сравнительную оценку разных режимов фракционирования. Расчет биологически эффективной дозы (BED) для клеток РПЖ проводили по формуле [1]:

$$BED = n_1 d_1 [1 + d_1 / (\alpha / \beta)] + n_2 d_2 [1 + d_2 / (\alpha / \beta)] - d_3 n_3$$

где: n_1 – число фракций ТГТ, n_2 – число фракций ВДБ, n_3 – общая длительность лечения в днях, d_1 – доза за фракцию при телегамматерапии, d_2 – доза за фракцию (имплантацию) при ВДБ, d_3 – эквивалентная доза репопуляции клеток РПЖ = 0,1 Гр/день, n_3 – общая длительность лечения в днях. Соотношение α / β для клеток РПЖ принималось равным 1,5 Гр, для уретры – 3, прямой кишки – 4.

Расчет BED для уретры и прямой кишки проводился по вышеуказанной формуле. Произведение $d_3 n_3$, для уретры и прямой кишки не применялось, поскольку считается, что эквивалентная доза репопуляции клеток здоровых тканей в этих условиях равна нулю [1].

Результаты и обсуждение. В 1-й группе BED на предстательную железу была $184,4 \pm 1,1$ Гр, а во 2-й – $206,4 \pm 0,9$ Гр ($p < 0,001$). Изоэффективно СФ доза на предстательную железу составила $80,0 \pm 0,4$ Гр и $89,7 \pm 0,4$ Гр ($p < 0,001$), соответственно. В 1-й группе BED на стенку прямой кишки составила $95,4 \pm 1,1$ Гр, во второй – $103,1 \pm 1,7$ Гр ($p < 0,01$). Изоэффективно СФ доза на стенку прямой кишки составила $63,6 \pm 0,7$ Гр и $68,0 \pm 1,1$ Гр ($p < 0,01$), соответственно. В 1-й группе BED на простатическую часть уретры составила $153,9 \pm 0,9$ Гр, во второй – $169,1 \pm 0,6$ Гр ($p < 0,001$). Изоэффективно СФ доза составила $92,2 \pm 0,5$ Гр и $106,1 \pm 1,0$ Гр ($p < 0,001$), соответственно.

Выводы. Увеличение разовой дозы при ВДБ увеличивает биологическую эффективность лучевого воздействия на опухоль в предстательной железе и органах риска: уретре, прямой кишке, что может привести к улучшению результатов лечения, с одной стороны, а с другой – к возрастанию уровня лучевых реакций.

Литература:

1. Price, P. Treatment of Cancer. Fifth Edition / P. Price, K. Sikora, T. Illidge / Mathematical modelling and its application in oncology / R. G. Dale, B. Jones. – Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2008. – P. 58 – 73.

ПРОГНОЗ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САРКОМЫ МАТКИ

Балбатун А.С., Марковец Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии

Научный руководитель – канд. мед. наук Жлобич М.В.

Актуальность. Саркома матки – это злокачественная неэпителиальная опухоль, которая развивается из стромы слизистой оболочки, мышечной и соединительной ткани миометрия, незрелых клеточных элементов, мезенхимальных клеток, гетеротопических эмбриональных зачатков. Саркомы матки являются редкими злокачественными опухолями репродуктивной системы, на долю которых приходится не более 4-9% всех злокачественных новообразований матки [1]. По данным УЗ “Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова”, в структуре заболеваемости злокачественных опухолей у женщин Беларуси заболевания тела матки занимают 3-е место и составляют 7,6%, а саркомы тела матки составляют 0,6%.

Цель: изучение клинических особенностей течения саркомы матки в зависимости от возраста пациенток, распространенности опухолевого процесса, особенностей гистологического строения и проведенного лечения.

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ медицинской документации 90 пациенток с саркомой матки, которые в 2010-2015 гг. проходили лечение в онкологическом диспансере УЗ «Гродненская областная клиническая больница».

Результаты. Средний возраст женщин на момент установления диагноза составил 55 ± 3 года ($M \pm u$). По данным Белорусского канцер-регистра установлено, что за период наблюдения (до 2016 г.) из 90 пациенток с саркомой матки умерли 33 (37%). Из них односторонняя летальность имела место в 20 случаях (61%), на втором году от момента заболевания умерли 8 женщин (24%).

Большинство женщин заболели в возрасте старше 55 лет (64%), в возрасте от 45-55 лет саркома матки встречается значительно реже – 27%. В репродуктивном возрасте имеют место единичные случаи заболевания (9%).

Проведенный нами анализ гистологических вариантов саркомы матки показал, что в исследуемой группе преобладают лейомиосаркомы – 46 случаев (51%), на долю эндометриальных стромальных сарком приходится 20 случаев (22%), карциносаркомы диагностированы у 22 женщин (24%), аденосаркомы выявлены у 2 пациенток (2%). При оценке распространенности опухолевого процесса при саркоме матки установлено, что у 36% пациенток была установлена I стадия заболевания, согласно классификации TNM, у 19% – II стадия, у 12% – III стадия, у 8% – IV стадия. В 23 случаях (26%) стадия заболевания установлена не была.

Хирургическое лечение саркомы матки проводилось 83 пациенткам (92%). При анализе объема проведенного хирургического лечения установлено, что экстирпация матки с придатками выполнена в 51 случае (68%), расширенная экстирпация – у 26 (31%). В послеоперационном периоде 16 пациенткам проводилась лучевая терапия (19), 10 – химиотерапия (12%), в 32 случаях использовали сочетание облучения и химиотерапии (39%). 7 женщинам (8%) была назначена только симптоматическая терапия.

Выводы. Установлено, что саркомой матки болеют преимущественно женщины в возрасте старше 45 лет. Лейомиосаркома является наиболее распространенным гистологическим вариантом опухоли. В клиническом течении и исходах лечения саркомы матки важное значение имеют ранняя диагностика заболевания, гистологический вариант опухоли. Оптимальным вариантом хирургического лечения является расширенная экстирпация матки.

Литература:

1. Бохман Я. В., Урманчеева А. Ф. Саркомы матки (монография). – СПб, Гиппократ. – 1996. – 128 с.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ СИНХРОННЫХ И МЕТАХРОННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Бриштель М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии

Научный руководитель – канд. мед. наук Хоров А.О.

Актуальность. Частота первично-множественных опухолей (ПМО) широко варьирует и составляет от 0,5 до 10% от всех опухолей, в среднем 4,6% на основании клинических данных, 5,1%, по данным аутопсий. Низкая частота обусловлена рядом причин, часто связанных с диагностическими ошибками, когда вторая опухоль может быть расценена как метастаз первой. Необходимо отметить, что частота ПМО в значительной степени зависит от длительности и полноценности наблюдения за пациентами, излеченными от первого новообразования (по данным литературы, при наблюдении пациентов в течение 10 лет частота множественного рака определялась в 1,5% случаев, после 15 лет — в 1,4%, а после 20 лет — в 2,2%). [1] За последние годы показатель роста ПМО возрос, поэтому исследование ПМО представляет интерес и является актуальным направлением онкологии.

Цель исследования: характеристика ПМО, оценка и выявление возможных этиологических факторов, клиническая оценка.