

Раздел V Онкоурология.

Возможности лучевой терапии в лечении локализованного рака предстательной железы

Артеменков С.М., Стрижкова Л.А., Копыльцов Е.И., Леонов О.В.
Омский областной клинический онкологический диспансер, г. Омск.

Лечение рака простаты до настоящего времени остаётся сложной и противоречивой проблемой, что объясняется особенностями клинического течения заболевания и различным характером реагирования опухоли на определённое лечебное воздействие. При локализованном раке предстательной железы радикальная простатэктомия и лучевая терапия дают практически одинаковый эффект.

В период с 1999 по 2004 годы нами пролечено 107 больных раком предстательной железы. Жителей города 68 (63,6%), сельских жителей 39 (36,4%). Возраст больных колебался от 45 до 87 лет, средний возраст составляет 65,5 лет. Во всех случаях диагноз подтвержден морфологически. У 85 больных (79,4%) высокодифференцированная аденокарцинома предстательной железы, 4 (3,7%) больных с умеренной дифференцировкой опухоли и у 18 больных (16,8%) низко и недифференцированные формы злокачественных опухолей предстательной железы.

С первой стадией заболевания больных не было. Со второй стадией 10,3% (n=11), с III стадией 48,6% (n=52), с IV стадией заболевания 41,1% (n=44). Как видно степень распространенности злокачественных опухолей предстательной железы перед началом лучевого лечения склоняется в сторону запущенности новообразований, а это диктует разработку новых методов лечения данной группы больных.

С отдаленными метастазами 60 больных, основную массу составили больные с метастазами в кости таза - 25, поясничные позвонки - 17 и грудные позвонки 8 больных. Лучевая терапия до радикальной дозы 66-74 Гр проведена 32 больным при T₃. Лечение проводилось на гамма терапевтических аппаратах РОКУС-М и АГАТ-Р1. Противопоказанием к назначению лучевой терапии является тяжелое общее состояние больного, раковая кахексия, выраженный цистит и пиелонефрит, характеризующиеся большим количеством остаточной мочи, хронической почечной недостаточностью, азотемией, атонией мочевого пузыря. В зону облучения включали предстательную железу с капсулой, парапостатическую клетчатку, семенные пузырьки, ампулы семявыносящих протоков и шейку мочевого пузыря, а также регионарные тазовые лимфатические узлы. При этом верхняя граница поля облучения находится на уровне верхнего края L₅, нижняя – на уровне седалищных бугров, боковые – стенки костного таза. У всех больных проводилось оптимизированное индивидуальное планирование, основанное на данных компьютерной томографии для точной визуализации мочевого пузыря, предстательной железы и прямой кишки с последующим проведением расчетов облучения на компьютерной системе планирования. Данный подход позволил снизить неизбежные нагрузки на прямую кишку и мочевой пузырь. Пространственное распределение ионизирующего излучения осуществляли с четырех полей: у 18 больных по «бох» методике - с двух встречных переднее задних и двух боковых полей, у 14 больных под углами 45°, 315°, 120°, 240°. Первая группа больных 16 человек, получала лечение обычным фракционированием в 2 этапа. На первом этапе проводилась лучевая терапия на весь объём с захватом клетчатки таза до СОД 44 Гр. К моменту окончания лечения в 80% случаев отмечались явления лучевого цистита, ректита. После стихания лучевой реакции,