

через 2-3 недели, продолжали облучение только предстательной железой с захватом шейки мочевого пузыря и семенных пузырьков. Облучение проводилось либо с четырех полей 68%, либо в режиме подвижного облучения в маятниковом режиме с углом качания 240° спереди при РОД 2 Гр. Вторая группа 16 больных получала лучевую терапию по методу непрерывного облучения с прерывистым лучевым воздействием на зоны регионарного оттока за счет чередования объемов облучения. Вначале в объем облучения включали предстательную железу вместе с зонами регионарного метастазирования, как на первом этапе расщепленного курса. Лечение продолжалось до СОД 26-30 Гр в режиме обычного фракционирования доза – по 2 Гр. К этому моменту у больных уже появлялись признаки лучевых реакций в виде умеренного цистита, ректита. С появлением лучевых реакций облучение продолжали локально на предстательную железу с захватом шейки мочевого пузыря и семенных пузырьков в режиме среднего фракционирования 3 Гр до СОД 21-24 Гр. на этом этапе. Заканчивали облучение опять же с включением зон регионарного метастазирования в режиме обычного фракционирования. Суммарная доза на заключительном этапе составляла 20-24 Гр. За весь курс на зоны регионарного метастазирования подводилась суммарная доза 46-50 Гр и не менее 66-70 Гр. на предстательную железу. При этом у больных первой группы практически полная регрессия опухоли наблюдалась в 63% случаев, а у больных второй группы в 75% случаев. Без эффекта в I-группе 17%, во II-группе 15%. Эффективность оценивалась по регрессии опухолевых узлов предстательной железы по данным пальцевого исследования, УЗИ ректальным датчиком и по степени нормализации уровня простатоспецифического антигена (ПСА). Частота лучевых реакций у больных первой и второй групп была примерно одинаковой.

Таким образом, проведение радикальной лучевой терапии при раке предстательной железы более предпочтительно по методике непрерывного облучения с прерывистым лучевым воздействием на зоны регионарного метастазирования за счет чередования объемов облучения. Эта методика сокращает общее время лечения, не отражается на частоте и тяжести лучевых реакций и оказывает более интенсивное воздействие на опухоль, что отражается в большем проценте практически полных регрессий опухолевых узлов предстательной железы.

Оценка спектральных характеристик опухолевой ткани мочевого пузыря в процессе цитостатической терапии

Винтизенко С. И., Усынин Е. А

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, Отделение общей онкологии, г. Томск.

Введение. Среди всех злокачественных новообразований на долю рака мочевого пузыря (РМП) в России приходится 2,4%, а в структуре онкоурологических заболеваний он занимает второе место после рака предстательной железы. Одним из наиболее сложных вопросов, возникающих после проведения предоперационной химиотерапии РМП, является адекватная оценка клинического эффекта, для которой традиционно используют светооптическую цистоскопию и УЗИ. Эти исследования имеют ряд недостатков. Цистоскопия не позволяет точно оценить линейные размеры и, следовательно, объективно оценить клинический эффект, а разрешающая способность УЗИ не всегда позволяет диагностировать экзофитные опухоли мелких размеров. С этих позиций необходим поиск дополнительных, более информативных диагностических методов. В качестве одного из них можно рассматривать спектроскопию. Известно, что в злокачественных опухолях резко повышено содержание порфиринов и гематопорфиринов по сравнению со здоровыми и трансформирующимися тканями и для оценки их содержания используют спектральный метод. Проведенные экспериментально-