

95%, при ФП-2 – 85%, при ФП-3-4 – только 70% ($p = 0,0002$).

Выводы

Неблагоприятные факторы прогноза важно учитывать при выборе оптимального лечения

и прогнозировании успеха планируемой терапии. Дальнейшее изучение прогностических факторов и молекулярных маркеров позволит оптимизировать терапию ЛХ, согласно индивидуальному профилю риска.

РАЗДЕЛ 9. ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РЕЦИДИВОВ И МЕТАСТАЗОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ I СТАДИИ

2 Косенко И.А., 2 Фурманчук Л.А.,
1 Савкова В.Р., 1 Хорошун М.В.,
1 Литвинова Т.М.

1 Белорусский государственный медицинский университет,
2 РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Беларусь

Актуальность

Появление рецидивов и метастазов у пациенток, имеющих рак тела матки (РТМ) после специального лечения с сеансом брахитерапии в дозе 13,5 Гр свидетельствует о необходимости дальнейшего усовершенствования этого метода за счет использования новых эндостатов, позволяющих создать в опухоли и окружающих тканях оптимальное изодозное распределение.

Материалы и методы

В исследование включена 81 пациентка в возрасте 37–80 лет, из которых РТМ IA стадии имели 58 (71,6%), IB-23 (28,4%) женщины. Наличие злокачественного процесса было верифицировано гистологическим методом. Эндометриоидная аденокарцинома выявлена у 74 (91,4%) женщин, неэндометриоидный рак – у 7 (8,6%). На I этапе всем пациенткам был выполнен сеанс брахитерапии в дозе 13,5 Гр эндостатом «Ring-Applicator» на аппарате «microSelectron-HDR» радионуклидом ^{192}Ir . Использовать эндостат, который предназначен для лечения рака шейки матки, было решено с целью создания оптимального изодозного распределения. Через

24 часа после сеанса брахитерапии выполняли гистерэктомию I типа с придатками. В зависимости от того, проводилась ли в послеоперационном периоде дистанционная лучевая терапия (ДАТ) на таз с 2-х противоположных полей в дозе 40 Гр, из которых 20 Гр подводили с блоком, пациентки были разделены на 2 группы. В 1-ю группу, в которой использован курс ДАТ, вошло 49 пациенток, во 2-ю, где наружное облучение не проводилось, – 32. Женщины обеих групп были сопоставимы по стадиям, гистотипу опухоли, возрасту и сопутствующим заболеваниям.

Результаты

Сеанс брахитерапии у пациенток обеих групп проходил без осложнений. Выполненное через 24 часа хирургическое вмешательство не приводило к развитию интраоперационных осложнений. В 1-й группе послеоперационные осложнения возникли у 19 (38,8%) женщин, во 2-й – у 14 (43,8%), что связано с наличием сопутствующих заболеваний и в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы. Из-за проводимой брахитерапии в послеоперационном периоде у 3-х пациенток появились осложнения в виде цистита (3,7%). В процессе ДАТ в 1-й группе женщин возникли лучевые реакции: у 2-х (4,1%) – энтероколит I степени тяжести, у одной (2,5%) – цистит I степени тяжести и у одной (2,0%) – лейкопения II степени тяжести. Перерывов в лучевом лечении, несмотря на реакции, не было.

Пациентки наблюдались в течение 3 лет после завершения комбинированной терапии. За этот период лучевые осложнения были диагностированы у 6 (7,4%) женщин: у 4 (8,2%) женщин 1-й группы и у 2 (6,3%) – 2-й. У 4 (4,9%) женщин развился лучевой эпителиит культуры

влагалища III степени тяжести, у 2 (2,4%) – цистит (II и III степени тяжести).

В течение 3 лет ни у одной из 81 пациенток не было рецидивов и метастазов. Общая наблюдаемая выживаемость, а также выживаемость свободная от рецидивов и выживаемость свободная от метастазов в течение 3-х лет наблюдения составили 100%. Отсутствие рецидивов и метастазов в исследуемых группах связано с использованием при брахитерапии эндостата «Ring-Applicator», применение которого позволяет сформировать такое изодозное поле, где опухоль, полость и шейка матки получают максимальную дозу 40,4 Гр (300%). При этом купол и верхняя треть влагалища, в которых чаще всего появляются рецидивы облучаются дозой 27 Гр (200%). Увеличение дозовых нагрузок позволяет избежать не только рецидивов, но и метастазов, поскольку во время хирургического вмешательства в операционное поле попадают раковые клетки, уже имеющие летальные и сублетальные повреждения.

Выводы

- Модифицированная методика высокодозной брахитерапии позволяет избежать появления рецидивов и метастазов.
- Использование эндостата «Ring-Applicator» не увеличивает числа послеоперационных осложнений и лучевых реакций.
- Число лучевых осложнений со стороны культи влагалища не превышает 4,9%, мочевого пузыря – 1,2%.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕЭНДОМЕТРИОИДНОГО РАКА ТЕЛА МАТКИ В БЕЛАРУСИ

1 Литвинова Т.М., 2 Океанов А.Е.,
2 Евмененко О.А., 1 Хорошун М.В.

1 Белорусский государственный медицинский университет,
2 РНПЦ онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Беларусь

Актуальность

Неэндометриоидный рак тела матки (НРТМ) относится к агрессивным злокачественным опухолям. От эндометриального рака он составляет 15–20%, характеризуется низкой 5-летней выживаемостью и быстрым прогрессированием. В последние годы в Беларуси отмечен рост заболеваемости РТМ, но с каким гистотипом опухоли связано это увеличение неизвестно.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужила информация, взятая из базы данных Белорусского канцер-регистра (БКР) о 16 558 женщинах, пролеченных в онкологических клиниках РБ с 2005 по 2014 гг. по поводу злокачественных опухолей тела матки. Из этой группы были выделены для детального анализа данные о 11 652 пациентках, имеющих эндометриальный рак. Женщин, в зависимости от года лечения, разделили на группы и в каждой из них определяли число пациенток, имеющих эндометриоидный и неэндометриоидный раки тела матки. В группах с неэндометриоидной карциномой проанализировали абсолютное число женщин с различными агрессивными гистотипами опухоли, определили их процент в структуре заболеваемости и рассчитали по стандартным формулам грубый интенсивный показатель заболеваемости и смертности женщин, имеющих НРТМ (по годам, а также за 5- и 10-летний периоды).

Результаты

За последние 10 лет по данным БКР в стране отмечен рост показателей заболеваемости злокачественными опухолями тела матки: стандартизованного с 15,80/0000 до 22,60/0000; грубого интенсивного с 24,10/0000 до 38,60/0000. Абсолютное число заболевших РТМ увеличилось в Беларуси с 2005 по 2014 г. на 31,0% (с 977 до 1 417). В 2005 г. НРТМ имели 120 женщин (12,3%), у которых были диагностированы такие аденокарциномы, как светлоклеточная (3,0%), муцинозная (0,7%), серозно-папиллярная (6,9%), недифференцированная (0,1%) и карциносаркома (1,6%). В 2014 г. уменьшилось общее количество пациенток, имеющих НРТМ на 25% по сравнению с 2005 г., а их число составило 90 (6,4%), среди которых светлоклеточная аденокарцинома наблюдалась в 1,7% случаев, муцинозная – 1,2%, недифференцированная – 0,5%, серозно-папиллярная – 0,6% и карциносаркома – 2,4%. За 10-летний период изменилась также и структура заболеваемости НРТМ. Так, если в 2005 г. чаще всего среди НРТМ встречался серозно-папиллярный (6,9%) и светлоклеточный (3,0%) раки, то в 2014 г. – карциносаркома (2,4%) и светлоклеточная аденокарцинома. За 10 лет в Беларуси заболели НРТМ 957 пациенток, что составило от всего эндометриального рака всего лишь 8,2%, что на 7–12% меньше по сравнению с литературными данными. Такие гистотипы как плоскоклеточная и смешанная карциномы в БКР не зарегистрированы.

Анализ грубого интенсивного показателя заболеваемости пациенток с НРТМ позво-