РЕФЕРАТ

«Лучевая терапия в программе лечения рака шейки матки»

**Рак шейки матки**

Рак шейки матки – злокачественная опухоль, развивающаяся обычно в зоне перехода многослойного плоского эпителия влагалищной порции шейки матки в однослойный цилиндрический эпителий шеечного канала (зона переходного эпителия).

В России, в структуре общей онкологической заболеваемости опухоли гениталий составляют 14–20%. Из них рак шейки матки занимает II место.

В последние годы разработанная скрининговая программа ранней диагностики РШМ с активным выявлением женщин, страдающих фоновыми и предраковыми процессами, обеспечившая заметное снижение уровня заболеваемости раком шейки матки, была свернута, по целому ряду социальных и экономических причин, что в свою очередь привело к существенному росту показателей запущенности.

В практике онкопатологии непреложно положение – чем более запущенный процесс, тем меньше вариантов лечебных пособий. Вопрос о лечении рака шейки матки в зависимости от стадии в настоящее время не вызывает существенных разногласий среди исследователей и клиницистов в различных клиниках. В связи с более молодым возрастом этих больных по сравнению с другими локализациями гинекологического рака остро стоит вопрос об органосохраняющем лечении. С другой стороны, учитывая более автономное и агрессивное течение по сравнению с гормонозависимыми опухолями, необходимо максимально радикальное лечение.

Используются три основных метода лечения:

* хирургический,
* комбинированный
* сочетанная лучевая терапия

Причем лучевая является ведущим методом лечения рака шейки матки и практически единственно возможным при III стадии этого заболевания.

Лучевая терапия при ршм заключается в сочетании внутриполостного и дистанционного облучения. Хотя большее предпочтение отдают все таки внутриполостному.

**Внутриполостное облучение**

Метод ручного последовательного введения аппликаторов и источников излучения (simple afterloading) предусматривает предварительное введение и фиксацию неактивных маточных и влагалищных аппликаторов, которые представляют собой систему из трех полых металлических трубок.

Центральная трубка предназначена для введения в матку; две боковые, оканчивающиеся кольпостатами – своды влагалища. Процедура введения и фиксация аппликаторов, рентгенологический контроль, а также транспортировка больных в палату осуществляются в условиях полной радиационной безопасности.

Взаимная фиксация маточного и влагалищных звеньев аппликатора и их размещение в соответствии с анатомо-топографическими особенностями опухоли обеспечивают возможность формирования дозных полей с постоянными параметрами и строгой ориентацией в полости малого таза, что является основой оптимального лучевого воздействия на первичную опухоль шейки матки.

Достоверная информация о локализации радиоактивных источников в свою очередь обеспечивает четкую дозиметрическую верификацию метода, которая предопределяет возможность рационального сочетания двух компонентов лучевого лечения. Для проведения методики afterloading необходим набор аппликаторов и защитный контейнер для транспортировки радиоактивных препаратов от места хранения к месту введения (палата).

**Противопоказания** **к лучевой терапии**:

1) тяжелое общее состояние больной;

2) беременность;

3) поражение опухолью соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка);

4) миома матки, опухоли яичников;

5) гнойные воспалительные процессы в малом тазу;

6) отдаленные метастазы;

7) пиело- и гломерулонефрит;

8) тяжелые формы сахарного диабета;

9) атрезия и стеноз влагалища, препятствующие проведению внутриполостной гамма-терапии

**Химиолучевая терапия**

Основную роль в лечении больных раком шейки матки (РШМ) играют хирургическое вмешательство и лучевая терапия. Хирургическое лечение является основным на ранних стадиях заболевания (IA–IB), в то время как лучевая терапия, сама по себе или в сочетании с оперативным вмешательством, широко используются при лечении местно-распространенного РШМ (IВ2-IVA). 5-летняя выживаемость при использовании лучевой терапии достигает 65% и варьирует от 15% до 80% в зависимости от степени распространения опухолевого процесса. Прогрессирование процесса в области малого таза является наиболее частой причиной смерти больных распространенным РШМ. Хотя проведение лучевой терапии с использованием повышенных доз облучения ведет к уменьшению частоты местного прогрессирования, лучевое повреждение тканей и органов малого таза лимитируют возможности дальнейшего увеличения дозы. Кроме этого, лучевая терапия недостаточно эффективно контролирует метастазы в параортальные забрюшинные лимфоузлы, которые наблюдаются у 30% больных с местно-распространенным процессом, и не влияет на рост отдаленных метастазов.

Все это явилось предпосылкой совместного применения лучевой терапии и химиотерапии при лечении больных РШМ. Такой подход имеет ряд теоретических обоснований. Противоопухолевые препараты усиливают лучевое повреждение опухолевых клеток за счет нарушения механизма репарации поврежденной ДНК, синхронизации вступления опухолевых клеток в фазы клеточного цикла, наиболее чувствительные к лучевому повреждению, уменьшения числа опухолевых клеток, находящихся в фазе покоя, и способности убивать резистентные к облучению опухолевые клетки, находящиеся в состоянии гипоксии. Кроме того, сами противоопухолевые препараты обладают цитостатическим эффектом не только в отношении первичной опухоли и региональных метастазов, но и способны контролировать имеющиеся отдаленные метастазы. Таким образом, совместное применение лучевой терапии и химиотерапии должно повысить противоопухолевый эффект лечения больных РШМ.

Применение химиотерапии и лучевой терапии может носить последовательный характер, когда сначала используется один метод, а потом другой, или одновременно назначаются два метода. Последовательное применение лучевой терапии на первом этапе и лекарственной терапии на втором этапе представляется малоперспективным ввиду выраженных фиброзных изменений в зоне облучения и механическом затруднении попадания противоопухолевых препаратов в зону опухолевого роста. Наиболее часто используется другая последовательность, при которой на первом этапе проводится химиотерапия (неоадъювантная), а затем – лучевая терапия. Кроме выше перечисленных теоретических предпосылок, проведение химиотерапии на первом этапе должно сократить размеры первичной опухоли и облегчить проведение лучевой терапии.

В 6 исследованиях более 1800 больных РШМ получали химиолучевую терапию. В 5 исследованиях отмечено уменьшение риска смерти от РШМ при использовании химиолучевой терапии на 30–50% по сравнению с лучевой терапией. Суммация результатов лечения всех 1800 больных в 6 исследованиях свидетельствует о достоверном снижении риска смерти от РШМ на 36% в группе химиолучевой терапии.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о целесообразности совместного назначения лучевой терапии и химиотерапии у больных местно-распространенным раком шейки матки. Трудно сказать, какой режим химиотерапии должен быть рекомендован.

Вероятно, при разных стадиях заболевания добавление химиотерапии должно преследовать различные цели. Если на ранних стадиях химиотерапия в первую очередь должна потенцировать местный эффект лучевой терапии, то при более поздних стадиях заболевания назначение химиотерапии преследует цель подавления отдаленного метастазирования. Отсюда разница как в выборе цитостатиков, так и в интенсивности проведения химиотерапии.

**Список литературы**

1. VΙΙ Российская онкологическая конференция 2003–11–27 – Химиолучевая терапия рака шейки матки авт.:*С.А. Тюляндин, Л.А. Марьина. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва*
2. Учебник с компакт-диском / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – глава 15-с. 448-рак шейки матки
3. http://www.med123.ru/luchevaya\_terapiya\_zlokachestvennyh\_opuholey/luchevaya\_terapiya\_osnovnyh\_form\_zlokachestv/975.html
4. «Лучевая терапия злокачественных опухолей», А.В. Козлова