

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц

19.05.2011 г.

Регистрационный № 222-1210

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ III–IV СТАДИИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ
МЕТАСТАЗОВ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНФОРМНОЙ ЛУЧЕВОЙ
ТЕРАПИИ С ЭСКАЛАЦИЕЙ СУММАРНОЙ ОЧАГОВОЙ ДОЗЫ
ОБЛУЧЕНИЯ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова»

АВТОРЫ:

Д-р. мед. наук Суконко О.Г., д-р мед. наук Красный С.А., канд. мед. наук Минайло И. И., канд. мед. наук Поляков С.Л., канд. мед. наук Моисеева О.И., канд. мед. наук Слобина Е.Л., канд. мед. наук Ролевич А.И.

Минск 2010

Настоящая инструкция разработана для онкологов, радиологов, врачей общей практики учреждений здравоохранения с целью повышения эффективности лечения больных раком предстательной железы III–IV стадии без отдаленных метастазов.

Применение конформной лучевой терапии с эскалацией суммарной дозы облучения до 79,2 Гр позволяет увеличить 3-летнюю выживаемость до биохимического рецидива.

Предложенный метод может быть рекомендован для внедрения в онкологических учреждениях здравоохранения при наличии соответствующего оборудования.

1. Показания к лечению

- Гистологически верифицированный первичный (гормоно-чувствительный) рак предстательной железы (аденокарцинома либо ее варианты).
- ПСА до начала гормонотерапии менее 100 нг/мл.
- Отсутствие отдаленных метастазов.
- Отсутствие хронической задержки мочи (количество остаточной мочи не более 100 мл).
- Число лейкоцитов в периферической крови не ниже $3,0 \times 10^9$ /л; тромбоцитов — не ниже 130×10^9 /л, гемоглобин не ниже 110 г/л.
- Адекватная функция печени и почек (аспартат-аминотрансфераза (АСТ) не более чем в 2 раза выше нормы, креатинин сыворотки не более 150 мкмоль/л).
- Общее состояние по шкале Карновского 70–100.
- Отсутствие лучевой терапии на область таза в анамнезе.

2. Противопоказания к применению

- Наличие отдаленных метастазов.
- Хроническая задержка мочи.
- Нарушение функции костного мозга (лейкоциты в периферической крови $< 3,0 \times 10^9$ /л; тромбоциты $< 130 \times 10^9$ /л, гемоглобин < 110 г/л), печени и почек (АСТ более чем в 2 раза выше нормы, креатинин > 150 мкмоль/л).
- Нарушение общего состояния (по шкале Карновского < 70).
- Проведение лучевой терапии на область таза в анамнезе.

3. Перечень необходимого оборудования

- радиотерапевтический комплекс, позволяющий проводить объемное (3D) планирование и конформное облучение, включающий следующее оборудование:
 - рентгеновский компьютерный томограф (КТ);

- рентгеновский симулятор;
- линейный ускоритель с наличием многолепестковой диафрагмы (коллиматора) с системой планирования конформной лучевой терапии.

4. Технология использования предлагаемого метода

Методика конформной лучевой терапии с эскалацией суммарной дозы облучения

Первым этапом лечения данной категории больных является хирургическое вмешательство, включающее лапароскопическую тазовую лимфаденэктомию и двухстороннюю орхэктомию. Лучевую терапию начинают не позднее 3 мес. после хирургического вмешательства. Предлучевая подготовка больных раком предстательной железы III–IV стадии без отдаленных метастазов осуществляется на рентгеновских симуляторах и компьютерных томографах в условиях объемного (3D) планирования.

Расчет физических условий облучения производится компьютерными планирующими 3D-системами на основе данных, полученных при КТ.

Компьютерная томография для планирования выполняется с шагом 5 мм, положение больного — на спине с наполненным мочевым пузырем.

Облучение больных раком предстательной железы III–IV стадии без отдаленных метастазов осуществляется тормозным фотонным излучением линейных ускорителей с энергией 6–18 МВ, имеющих многопластинчатую диафрагму (коллиматор) и систему верификации позиционирования пациента.

Конформная дистанционная лучевая терапия больных раком предстательной железы III–IV стадии без отдаленных метастазов проводится с использованием классического режима фракционирования дозы (РОД 1,8 Гр 1 раз в день 5 раз в неделю) непрерывным курсом до суммарной очаговой дозы 79,2 Гр. При этом 50,4 Гр подводится расширенными полями, а последующие 28,8 Гр — локальными.

При планировании конформной дистанционной лучевой терапии больных раком предстательной железы III–IV стадии без отдаленных метастазов используются следующие подходы к объемам облучения:

- для расширенных полей: CTV1 (clinical target volume) — предстательная железа, семенные пузырьки, регионарные лимфатические узлы; PTV1 (planning target volume) соответствует CTV1 + 2 см от нижнего края CTV1 + 1 см во всех остальных направлениях от наружных краев CTV1
- для локальных полей: CTV2 (clinical target volume) — предстательная железа и семенные пузырьки; PTV2 (planning target volume) — соответствует CTV2 + 2 см от переднего и нижнего краев + 1,5 см от верхнего и латерального краев + 0,5–0,7 см от заднего края CTV2.

5. Перечень возможных осложнений или ошибок при выполнении и пути их устранения

1. Формирование лимфатических кист после лапароскопической тазовой лимфаденэктомии.

Профилактика:

- дренирование брюшной полости до прекращения лимфорей;
- выполнение УЗИ через 3–4 сут после операции.

2. Лучевой цистит.

Профилактика:

- правильное планирование лучевой терапии;
- назначение селективных α -адреноблокаторов;
- соблюдение режима мочеиспускания.

3. Лучевой ректит.

Профилактика:

- правильное проведение лучевой терапии;
- назначение ректальных противовоспалительных суппозиториев.