

УДК 618.19-006-03

**Варіант лікування місцево-поширеного первинного  
раку грудної залози**

Баштан В.П., Жукова Т.О., Нестуля К.І., Муковоз О.Є., Литвиненко В.Є.  
Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною, м. Полтава, Україна

Стаття є фрагментом ініціативно-пошукової науково-дослідної роботи ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»: «Розробка методів та профілактики лікування медикаментозно-індукованих уражень внутрішніх органів» № державної реєстрації 0115U001087). Термін виконання роботи: від 02/2015 до 02/2020.

**Вступ.** Перше місце в рейтингу онкологічної захворюваності та найгострішою проблемою онкології є рак грудної залози (РГЗ), в переважній більшості у жінок [1-4]. За прогнозом GLOBOCAN 2012 рівень захворюваності на РГЗ в світі зростає на 25% від всіх нових випадків. В Україні картина також не тішить – і посідає перші місця в структурі онкозахворюваності та смертності. Рівень занедбаності високий, відсоток пацієнтів, які отримали спеціальну терапію – 80,4%. Все це вказує на низький рівень кваліфікованої допомоги (О.О. Колеснік, З.П. Федоренко, 2017).

На тепер вбачаються три загальні напрямлення по відношенню до лікування РГЗ [5-6]. Першим моментом є зменшення первинної пухлини при операбельних випадках для збільшення відсотка збереження органу та проведення індукційної терапії з ціллю отримання операбельного стану пухлини [7-8]. Другим пунктом є отримання чутливості первинної пухлини до хіміотерапії (ХТ) та по отриманим результатам можливість планування

подальшого лікування [9-11]. По третє – спосіб покращення віддалених результатів від отриманого лікування [12,13].

Численні рандомізовані дослідження показують, що повна морфологічна регресія покращує загальну виживаність [12,13]. Показанням до проведення неоад`ювантної хіміотерапії (НАХТ) є місцево розповсюджений РГЗ. Але чіткої тактики по відношенні операбельних випадків РГЗ немає. Передопераційне лікування при таких формах РГЗ продиктоване бажанням та можливістю виконання операції, що зберігає орган, проведення НАХТ, покращення якості життя пацієнтів [13].

Розвиток технологічності радіотерапевтичних методів в онкології дає підставу до розширення показань проведення лікування радіоактивними променями [14,15]. Також хіміотерапевтичні схеми, що по різному комбінуються з променевою терапією мають досить прогресивне майбутнє [16,17].

Та одностайної думки, єдиних алгоритмів для лікування тих чи інших локалізацій не існує і тому постійний пошук ефективності та зниження токсикогенного впливу на органи та системи хворих від проведеної терапії є завданням науковців [17].

**Ціллю дослідження** стало бажання вивчити ефективність різних схем передопераційної хіміопроменевої терапії з радіомодифікацією в схемі комплексного лікування первинного місцевопоширеного РГЗ.

**Об`єкт та методи дослідження.** За період з 2011 по 2016 роки в умовах Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру 89 пацієнтів з первинно-неоперабельним місцевопоширеним РГЗ в III ст.. (T3-4N0-1M0) захворювання, з обов`язковою верифікацією процесу, отримали радіомодифіковане хіміопроменеве лікування.

Тривалість нагляду за пацієнтами стала 36 місяців.

Критеріями не включення у дослідження були: супутні захворювання в стадії декомпенсації або здатні вагомо вплинути на результат лікування; психічні захворювання; участь у іншому дослідженні протягом останніх 30 днів або на даний момент. Вік пацієнтів, що були залучені до дослідження, коливався від 20 років до 80. Середній вік складав  $(48,9 \pm 1,9)$ . За статтю переважали жінки 81 (91,01%), а чоловіків було 9 (10,11%).

Променеву терапію хворі отримували на апараті дистанційного гамма-опромінювання TERAGAM c01. Хворим при первинному і контрольному обстеженнях проводилось СКТ органів грудної порожнини на комп'ютерному томографі CT/E Dual Hispeed фірми GE (США) звичайним режимом за стандартною методикою. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, регіонарних лімфатичних колекторів проводилось на апаратах Sonolan G-50 та DP-9900. Рентгенологічні дослідження виконувались на апараті РУМ-20, РДК ВСМ. Цитологічні дослідження виконувались на базі Полтавського клінічного онкологічного диспансеру. Патогістологічні дослідження виконувалися у відділенні онкоморфології Полтавського обласного патологоанатомічного бюро. Оцінка токсичних проявів ХТ терапії проводилась згідно з рекомендаціями ВООЗ та Міжнародного протиракового союзу для виявлення ступеня різних видів токсичності після кожного курсу поліхіміотерапії.

Ефективність результатів лікування оцінювалась по згасанню променевих реакцій (2-3 тижні), ступеню регресії пухлини на підставі даних фізикальної, УЗД, КТ діагностики, згідно з критеріями відповіді солідних пухлин (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors – RECIST – 1994p.). За віддалені результати брали 3-річну загальну виживаність та безрецидивний період виживаності, які оцінювались на рівні диспансерного нагляду пацієнтів, аналізу статистичних звітів.

Хворі в обидві групи були набрані шляхом сліпої рандомізації та поділені на 2 групи. Всі хворі приймались в роботу після підписання, в обов'язковому порядку, інформованої згоди на дослідження.

I (n – 42) група пацієнтів отримала 2 курси хіміотерапії (ХТ) за стандартними дозами схеми CMF. Через 2 тижні відпочинку хворі отримали курс променевого лікування за радикальною програмою: на пахвові лімфовузли, парастернальні надключичні ділянки разова вогнищева доза (РВД) 2,2Гр до сумарної вогнищевої дози (СВД) 60-62Гр.

II (n – 47) група пацієнтів отримала 2 курси хіміотерапії (ХТ) за стандартними дозами схеми CAF/FAC. Через 2 тижні відпочинку хворі отримали курс променевого лікування за радикальною програмою, але в режимі мультифракціювання: на пахвові лімфовузли, парастернальні надключичні ділянки разова вогнищева доза (РВД) 1,1Гр (зранку) +1,1Гр (через 6 годин) = 2,2Гр до сумарної вогнищевої дози (СВД) 60-62Гр з радіомодифікацією препаратом Тегафур (800 мг ранком та 400 мг ввечері), який вводився згідно інструкції.

Аналіз якісних показників порівняння між групами здійснювали за допомогою таблиць спряженості і застосовували критеріїв Фішера та  $\chi^2$  Пірсона. Достатність відмінностей між групами оцінювали за t – критерієм Ст'юдента. Вживаність в групах оцінювали за методом Kaplan-Meier. Достатність розподілу змінних отримували за критерієм Колмогорова-Смірнова, Манна-Уїтраскела-Уоллеса та W-Уїлкоксона. Значимою відмінністю вважали  $p = 0,05$ .

### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Результати лікування пацієнтів з місцевопоширеним ПНРГЗ оцінювали за регресією пухлини, вживаністю, що визначалась співставленням клінічних проявів та показників, інформації засобів візуалізації.

Методом оцінки став аналіз променевих реакцій, а також ступеню токсичності після проведеної ХТ, який демонструється в таблиці 1.

Таблиця 1.

**Агресивність лікування в залежності від запропонованих схем ХПТ  
в I – II груп**

Ускладнення	Групи хворих, n (абс. %)	
	I (n=42)	II (n=47)
нудота і блювання	2 (4,76)	2 (4,25)
лейкопенія	2 (4,76)	7 (14,89)
підвищення температури тіла	3 (7,14)	15 (31,91)
діарея	5 (11,90)	9 (19,15)
сухий кашель	29 (69,05)	14 (29,79)
епідерміт в зоні опромінення	1 ст. – 26 (61,9) 2 ст. – 5(11,90) 3 ст. – 2(4,76) 4 ст. – 0	1 ст. – 30 (63,83) 2 ст. – 10 (21,28) 3 ст. – 3 (6,38) 4 ст. – 0
не відмічено проявів взагалі	0	0
не відмічено проявів зі сторони шкіри	9 (21,43)	4 (8,51)
не відмічено проявів внутрішнього стану організму	1 (2,38)	0

Аналізуючи результати даних по проявам токсичності в обох групах можна побачити, що результати позитивніші в I групі хворих. Окрім сухого кашлю: 29 (69,05%) хворих I групи мали такий прояв проти 14 (29,79%) хворих II групи, що в 2,1 рази краще. Але ми це пояснюємо ефектом про-

яву мультифракціювання дози. І навіть радіомодифікація, при якій прояви токсичності яскравіші, не дала картини вкрай поганої.

Такий показник як підвищення температури мав розбіжність в 5 разів не на користь II групи. 3 (7,14%) I групи проти 15 (31,91%) II групи. Але очікувана активація процесу, завдяки препарату Тегафур, має в своєму арсеналі помірні температурні атаки, які достатньо керовані.

Грізний ворог хіміопроменевої терапії – лейкопенія. В I групі таких хворих, яким потрібна була пауза в лікуванні із-за лейкопенії нараховано 2 (4,76%). Після симптоматичної терапії лікування продовжено. В II групі таких хворих було 7 (14,89%). Це в 3,5 рази гірше, але всі хворі лікування отримали в повному обсязі і підвищена токсичність в II групі обґрунтована радіомодифікацією.

Аналізуючи прояви шлунково-кишкового тракту відмічався такий прояв як діарея. В I групі 5 (11,90%) проти II групи 9 (19,15%), що в 1,8 разів гірше. Були позиції які не дали плідних відмінностей, такі як нудота та блювання.

Безперервно проводився моніторинг стану шкіряних покривів, які знаходились в зоні опромінення, а саме променевих реакцій. В 4 ст. хворих не було взагалі. 1 та 3 ст. відмінностей не дав. А ось 2 та був не на користь II групи. 2 ст. – 5(11,90%) I групи проти 10 (21,28%) II групи в 2 рази дало гірший результат.

Прослідковано такий показник як відсутність проявів зі сторони шкіри. Тут в 2,5 рази стан кращий в I групі.

Оцінка результатів лікування за ступенем регресії пухлини вагомий компонент моніторингу, що зведено в таблицю 2.

Таблиця 2.

**Оцінка результатів лікування хворих на місцевопоширеним ПНРГЗ за ступенем регресії пухлини**

Результати лікування	Групи хворих, n (абс. %)	
	I (n=42)	II (n=47)
Повна регресія	0	2 (4,26)
Часткова регресія	14 (33,33) *	22 (46,81)*
Стабілізація	10 (23,81) *	20 (42,55) *
Прогресування	18 (42,86) *	3 (6,38) *

Примітка. \* - різниця вірогідна ( $p = 0,05$ )

Аналізуючи результати лікування запропонованими методами відмічено, що в I групі повний регрес не наступив ні в кого. Проте в II групі повний регрес простежено у 2 (4,26%) хворих. Різниця не вірогідна і ми не рахували за відмінністю.

Аналіз часткової регресії показав достовірну розбіжність: в I групі у 14 (33,33%) хворих проти 22 (46,81%) хворих II групи, що в 1,6 разів говорить на користь тактики лікування запропонованої II групі ( $p=0,05$ ).

Щодо стабілізацій то розбіжність між групами достовірна: в I групі 10 (23,81%), а в II групі 20 (42,55%) і це становить 50%, а саме в 2 рази результат лікування кращий.

Часткова регресія та стабілізація, як показники гірші чим отримання повної регресії, але для подовження життя хворому та підготовки його до подальшого хірургічного втручання результати отримані в II групі досить втішні.

Стосовно кількості прогресувань, то в I групі 18 (42,86%) пацієнтів, в II групі 3 (6,38%). Це в 6 разів гірше ніж в II групі, і тому методи лікування говорять самі за себе.

Підсумовуюче вище сказане здається, що схема лікування в II групі хворих досить агресивна. Але зважаючи на результати регресії пухлини та виживаності, а також беручи до уваги те що прояви токсичності не давали

підстав до повного припинення лікування і були керовані симптоматичною терапією можна рекомендувати таку схему до лікування хворих ПНРГЗ.

Аналіз виживаності хворих та частота рецидивувань хвороби важливий показник онкології. На початку аналізу хотілось би відмітити цифри, які вказують на кількість пацієнтів, що були прооперовані, після отриманого лікування в межах терміну нашого моніторингу. Результати виживаності представлені в таблиці 3.

Таблиця 3.

**Аналіз виживаності та рецидивувань хворих на ПНРГЗ I та II груп**

Час спостереження (роки)	I група (n = 42) абс./(%)		II група (n = 47) абс./(%)	
	виживаність без рецидиву	загальна виживаність	виживаність без рецидиву	загальна виживаність
1 рік	25 (59,92)	35 (83,33)	36 (76,59)	41 (87,23)
2 роки	17 (40,47)	21 (50,0)	20 (42,55)	34 (72,34)
3 роки	4 (9,52)	11 (26,19)	17 (36,17)	25 (53,19)
Хворі прооперовані після отриманого лікування	8 (19,05)*		27 (57,45)*	

Примітка. \* - різниця вірогідна (p = 0,05)

В I групі таких хворих нараховано 8 (19,05%) т.т. практично 1/5 частина від пацієнтів групи. В II групі – 27 (57,45%), т.т. більше половини оголошених пацієнтів. Також порівнюючи між групами, то в 3 рази кількість пацієнтів II групи перебільшує кількість I групи. Ці цифри красномовно говорять за якість схеми запропонованої II групи.

Аналізуючи 1 рік нагляду видно, що в I групі вживих залишилось 35 (83,3%) хворих, т.т померло 7 (16,7%). Хворих, які не мали рецидиву про-

цесу на 1 році життя 25 (59,92%). В II групі померло на 1 році – 6 (12,76%), а хворих без рецидування 36 (76,59%). Т.т. порівнюючи результат ясно, що загальна виживаність достовірного результату не мала, а показник рецидивності вірогідно говорить на користь II групи.

На 2 році померло ще 14 хворих I групи проти 7 II групи. В I живими залишилось 21 (50,0%), з них без рецидиву 17 (40,47%) проти 34 (72,34%) живих, з них без рецидиву 20 (42,55%).

Підводячи підсумок нашого дослідження, т.т. нагляду за результатами лікування в двох групах, можна сказати що віддалені результати виживаності показують наступне: На 36 міс. спостереження сформувалась кількість хворих, які явно показали результати лікування в I та II групах. В I групі загальна виживаність 11 (26,19%), з них з рецидивом 4 (9,52%). В II групі загальна кількість хворих на 3 рік спостереження 25 (53,19%), з рецидивом 17 (36,17%).

### **Висновки.**

Вивчення ефективності схеми неoad'ювантної хіміотерапії в поєднанні з променевою терапією та радіомодифікацією (II група) виявило позитивну тенденцію по показникам виживаності та рецидивування, а також задовільний стан в проявах токсичності ХТ та проявів променевих в порівнянні зі схемою запропонованою I групі.

**Перспективи подальших досліджень:** відсутність єдиної точки зору для проведення НАХТ та критеріїв для призначення тої чи іншої схеми обумовлює перспективність подальшої розробки цієї проблеми та проведення досліджень в цьому напрямку. Тому в подальшому планується подовження даного дослідження з включенням хворих на МРРГЗ та іншими схемами ХТ.

**Ключові слова:** неoad'ювантна хіміотерапія, первинно-неоперабельний рак грудної залози, грудна залоза, мультифракціювання, радіомодифікація.

**Ключевые слова:** неoadъювантная химиотерапия, первично-неоперабельный рак грудной железы, грудная железа, мультифракционирование, радиомодификация.

**Key words:** neoadjuvant chemotherapy, primary inoperable breast cancer, breast, multifractionation, radiomodification.

## **Література**

1. Kaprin AD, Starinskii BV, Petrova GV, redaktory. Zlokachestvennyye novoobrazovaniia v 2014 godu (zabolevaemost i smertnost). Moskva: MNIOI im. P. A. Gertcena; 2015. 250 s. [in Russian].
2. Arias-Pulido H, Chaher N, Gong Y, Qualls C, Vargas J, Royce M. Tumor stromal vascular endothelial growth factor A is predictive of poor outcome in inflammatory breast cancer. *BMC Cancer*. 2012;12:298.
3. Lai J, Wang H, Peng J, Chen P, Pan Z. Establishment and external validation of a prognostic model for predicting disease-free survival and risk stratification in breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy. *Cancer Manag Res*. 2018;10:2347-56.
4. Moo TA, Sanford R, Dang C, Morrow M. Overview of Breast Cancer Therapy. *PET Clin*. 2018;13(3):339-54.
5. Kahraman M, Röske A, Laufer T, Fehlmann T, Backes C, Kern F, et al. MicroRNA in diagnosis and therapy monitoring of early-stage triple-negative breast cancer. *Sci Rep*. 2018;8(1):11584.
6. Stenina MB, Frolova MA, Kupchan DZ, Tiuliandin SA. Izmeneniia v neo-i adiuvantnom lechenii raka molochnoi zhelezy za poslednie 5 let. *Prakticheskaiia onkologiiia*. 2017;18(3): 256-64. [in Russian].
7. Portnoi SM. Mestnorasprostranennyi rak molochnoi zhelezy (taktika lecheniia). *Vopr. onkologii*. 2011;57(5):553-8. [in Russian].

8. Semiglazov VF, Semiglazov VV. Rak molochnoi zhelezy: biologii, mestnoe i sistemnoe lechenie. Moskva: Spetsialnoe izdvo meditsinskikh knig; 2014. 347 s. [in Russian].
9. Holgado E, Perez-Garcia J, Gion M, Cortes J. Is there a role for immunotherapy in HER2-positive breast cancer? NPJ Breast Cancer. 2018;4:21.
10. Sedakov IE, Pominchuk DV, Smirnov VN, Motrii AV, Skochilias TL, Volkova NV, i dr. Izmenenie biologicheskikh svoistv opukholi mestno-rasprostranennogo raka molochnoi zhelezy na fone provedeniia neoadiuvantnogo lecheniia. Novoobrazovanie. 2017;15(2):50-3. [in Russian].
11. Chaher N, Arias-Pulido H, Terki N, Qualls C, Bouzid K, Verschraegen C, et al. Molecular and epidemiological characteristics of inflammatory breast cancer in patients. Breast Cancer Res. Treat. 2012;15:437-44.
12. Dawood S, Ueno NT, Valero V, Andreopoulou E, Hsu L, Lara J, et al. Incidence of and survival following brain metastases among women with inflammatory breast cancer. Ann. Oncol. 2010;21(12):2348-55.
13. Huang SY, Franc BL, Harnish RJ, Liu G, Mitra D, Copeland TP, et al. Exploration of PET and MRI radiomic features for decoding breast cancer phenotypes and prognosis. NPJ Breast Cancer. 2018;4:24.
14. Vasko LM, Zhukova TO, Pilipenko NS, Pocherniaeva VF. Zastosuvannia sistemi BI-RADS dlia otcinki danikh magnitno-rezonansnoi mamografiï. Radiologichnii visnik. 2017;3-4(64-65):85-6. [in Russian].
15. Shchipakhina IaA, Kochergina NV, Ivankina OV, Karpova MS, Bludov AB. Distantcionnaia tekhnologiiia skringa raka molochnoi zhelezy s ispolzovaniem rentgenovskoi mammografiï. V: Aktualnye voprosy eksperimentalnoi i klinicheskoi onkologii: sb. materialov Vserossiiskoi konf. molodykh uchenykh-onkologov, posviashchennoi pamiati akademika RAMN N.V. Vasileva. Tomsk; 2016. p. 199-202. [in Russian].

16. Ignatova EO, Frolova MA, Stenina MB, Glazkova EV, Petrovskii AV, Krokhina OV, i dr. Effektivnost i toksichnost alterniruiushchego mnogokomponentnogo rezhima neoadiuvantnoi khimioterapii mestnorasprostranennogo raka molochnoi zhelezy s troinym negativnym fenotipom. Zlokachestvennyye opukholi. 2018;7(4):29-40. [in Russian].
17. Rumiantcev AA, Ivanov VG. Iksabepilon v sovremennoi terapii rezistentnogo raka molochnoi zhelezy. Zlokachestvennyye opukholi. 2018;8(1):55-60. [in Russian].

### **Реферат**

УДК 618.19-006-03

#### **Варіант лікування місцево-поширеного первинного раку грудної залози**

Баштан В.П., Жукова Т.О., Нестуля К.І., Муковоз О.Є., Литвиненко В.Є.  
Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною, м. Полтава, Україна

Вивчення ефективності схеми неoad'ювантної хіміотерапії в поєднанні з променевою терапією та радіомодифікацією (II група) виявило позитивну тенденцію по показникам виживаності та рецидивування, а також задовільний стан в проявах токсичності ХТ та проявів променевих в порівнянні зі схемою запропонованою I групі. За результатами лікування в обох групах, можна сказати що віддалені результати виживаності показують наступне: на 36 міс. спостереження сформувалась кількість хворих, які явно показали результати лікування в I та II групах. В I групі загальна виживаність 11 (26,19%), з них з рецидивом 4 (9,52%). В II групі загальна кількість хворих на 3 рік спостереження 25 (53,19%), з рецидивом 17 (36,17%).

## Реферат

УДК 618.19-006-03

### **Вариант лечения местно-распространенного первичного рака молочной железы**

Баштан В.П., Жукова Т.А., Нестуля К.И., Муковоз А.Е., Литвиненко В.Е.

Высшее Государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», кафедра онкологии и радиологии с радиационной медициной, г. Полтава, Украина

Изучение эффективности схемы неoad`ювантной химиотерапии в сочетании с лучевой терапией и радиомодификацией (II группа) выявило положительную тенденцию по показателям выживаемости и рецидивирования, а также удовлетворительное состояние в проявлениях токсичности ХТ и проявлений лучевых реакций в сравнении со схемой предложенной I группе. По результатам лечения в обеих группах, можно сказать, что отдаленные результаты выживаемости показывают следующее: на 36 мес. наблюдения: в первой группе общая выживаемость 11 (26,19%), из них с рецидивом 4 (9,52%). Во II группе общее количество больных на 3 год наблюдения 25 (53,19%), с рецидивом 17 (36,17%).

UDC 618.19-006-03

## Abstract

УДК 618.19-006-03

### **Option for treating locally advanced primary breast cancer**

Bashtan V.P., Zhukova T.O., Nestulya K.I., Mukovoz O.E., Litvinenko V.E.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Department of Oncology and Radiology with Radiation Medicine, Poltava, Ukraine

The article is a fragment of the initiative research of the HSEE of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy": "Development of methods and

prevention of treatment of drug-induced lesions of internal organs" No. of state registration 0115U001087). Term of work: from 02/2015 to 02/2020.

**Abstract.** The first place in the ranking of oncology and the most acute oncology problem is breast cancer (BC), in the vast majority of women [1,2,3,5,18]. The rate of abstinence is high, and the percentage of patients receiving special therapy is 80.4%. All this indicates a low level of qualified care (Kolesnik O.O., Fedorenko Z.P., 2017). The aim of the study was the desire to study the effectiveness of various schemes of preoperative chemo-radiation therapy with radioimodification in the scheme of complex treatment of primary localized BC. The object and methods of research. For the period from 2011 to 2016, in the conditions of the Poltava Regional Clinical Oncology Center, 89 patients with primary, inoperable, localized BC in the 3rd stage (T3-4N0-1M0), with compulsory verification of the process, received radiomodified chemoradiotherapy. Patients in both groups were recruited by blind randomization and divided into 2 groups. All patients were taken into work after signing, as a matter of compulsory, informed consent to the study.

I (n-42) group received 2 courses of chemotherapy (CT) at standard doses of the CMF scheme. After 2 weeks of rest, patients received a course of radiation therapy under the radical program: on the axillary lymph nodes, parasternal supraclavicular areas, a single focal dose (SFD) of 2.2 Gr. to a total focal dose (TFD) of 60-62 Gr.

II (n-47) group of patients received 2 courses of chemotherapy (CT) at standard doses of the CAF / FAC scheme. After 2 weeks of rest, patients received a course of radiation therapy under the radical program, but in multifractional mode: on the axillary lymph nodes, parasternal supraclavicular areas, a single focal dose (SFD) of 1.1 Gr (morning) + 1.1 Gr (after 6 hours) = 2.2 Gr to the total focal dose (TFD) 60-62Gr with radiomodification Tegafur (800 mg in the

morning and 400 mg in the evening), which was administered in accordance with the instructions.

**Research results and their discussion.** Analyzing 1 year of supervision, it is evident that 35 (83.3%) patients died in the I group, 7 died (16.7%). Patients who did not have a recurrence of the process at 1 year of life 25 (59.92%). In the II group, they died at 1 year - 6 (12.76%), and patients without relapsing 36 (76.59%). Comparing the result clearly that the overall survival of a reliable result was not low, and the rate of recurrence is likely to speak for the benefit of Group II. During second year , another 14 patients died in Group I against 7 group II. In the I survived, 21 (50,0%) were left, of which 17 (40,47%) without relapse were against 34 (72,34%) of the live ones, of which 20 (42,55%) without relapse. Summing up our research, supervision over the results of treatment in two groups, we can say that the remote survival results show the following: For 36 months. The observation formed the number of patients who clearly showed the results of treatment in groups I and II. In group I, overall survival rate was 11 (26,19%), with relapse 4 (9,52%). In the II group, the total number of patients with 3 years of observation was 25 (53,19%), with relapse of 17 (36,17%).

**Conclusions.** The study of the effectiveness of the scheme of neoadjuvant chemotherapy in combination with radiotherapy and radiomodification (group II) showed a positive trend in survival and relapse rates as well as a satisfactory state in the manifestations of toxicity of HT and radiation manifestations compared with the proposed scheme for group I.

**Жукова Тетяна Олександрівна – к.мед.н., доцент кафедри онкології та радіології з радіаційною медициною**  
**Zctym2012@gmail.com, 099-47-444-06.**