

Доцільність використання онкомаркерів $tp53$, $Ki-67$, $Vcl-2$ для вибору методу та тактики лікування плоскоклітинного раку гортані та гортаноглотки

Баштан В.П., Жукова Т.О., Васько Л.М., Почерняєва В.Ф., Ярова Т.Г.

Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на місцевопоширений плоскоклітинний рак гортані та гортаноглотки (ПРГ та ПРГГ) шляхом оптимізації хіміопроменевого лікування, спираючись на рівень експресії імуногістохімічних маркерів, як фактору, що відображає ефективність проведеної хіміопроменевої терапії та мотивує подальший перебіг захворювання.

Всі хворі, які брали участь у дослідженні ($n=108$), мали практично однакові вихідні дані, які вірогідно не відрізнялись та були сліпим методом розподілені на групи, що отримали різні види хіміопроменевого лікування.

Хворим I групи було проведено наступне лікування. В I групі 1 підгрупі хворі отримали ДГТ за класичною методикою у статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли класичними полями в 2 етапи з тритижневою перервою між етапами РД 2,6 Гр до СВД 65 – 70 Гр (106 – 115,5 од. ЧДФ відповідно). В I групі 2 підгрупі хворі отримали ДГТ в статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли класичними полями в 2 етапи з тритижневою перервою між етапами з мультифракціюванням денної дози РД 2,6 Гр (1,3 Гр + 1,3 Гр) до СВД 65 – 70 Гр (106 – 115,5 од. ЧДФ відповідно).

Пацієнти II групи також були розподілені на 1 та 2 підгрупи. В 1 підгрупі хворі отримували поліхіміотерапію (ПХТ) в 2 етапи у метрономному режимі: цисплатин, 5-ФУ з тритижневою перервою. За три тижні перерви розпочали опромінення класичним фракціюванням у статичному режимі двома етапами з перервою в 3 тижні РД 2,6 Гр до СВД 65 – 70 Гр (106 – 115,5 од. ЧДФ відповідно).

Оптимальною стала така методика: у метрономному режимі: цисплатин, 5-ФУ (двома повторними курсами з інтервалом у 3 тижні). За 3 тижні перерви розпочали опромінення в два етапи у статичному режимі з мультифракціюванням денної дози. На першому етапі променевої терапії паралельно з опроміненням проводили третій курс ПХТ. Витримуючи інтервал у 3 тижні для вщухання променевих реакції давали другий етап ДГТ у режимі мультифракціювання денної дози РД 2,6 Гр (1,3Гр + 1,3Гр) до СВД 65 – 70Гр (106 – 115,5 од.ЧДФ відповідно).

Результати проведеної терапії оцінювали за рівнем експресії онкомаркерів і вірогідно зрозуміло, що при експресії онкомаркеру $tp53$ в середньому у 60,0% мали місце рецидиви на 1 році спостереження та прогресування хвороби. Виживаність на 2 році та позитивні онковідповіді (RECIST) на момент закінчення спостереження (36 міс.) були при експресії $tp53$ в середньому 57,0%. Так, якщо вважати експресію онкомаркеру $tp53$ – 60,0%, як крайній високий поріг, то можна пропонувати ХПТ.

При середній експресії $Ki-67$ у 54-55,0% ефект від запропонованого лікування вірогідно був більш високим і тому зазначено, що чим вищий рівень експресії $Ki-67$, тим раніше настає рецидив захворювання. При цьому, чим вищою є експресія $Ki-67$, тим кращими будуть відповіді онкопроцесів на ХПТ і виживаність хворих.

Онкомаркер $Vcl-2$ є одним з механізмів розвитку низької чутливості пухлинного процесу до хіміопроменевої дії, але, з іншого боку, він є важливим маркером прогнозу можливої чутливості до ХПТ при ПРГ та ПРГГ. В нашому випадку цей поріг складає 20,0% і є загальним у всій вибірці, при якому кращою є відповідь онкопроцесів на лікування, що дає змогу спиратись на цей показник при виборі тактики лікування.

Таким чином, ми вважаємо, що можна пропонувати введення в необхідні діагностичні обстеження хворих на ПРГ та ПРГГ визначення та оцінка експресії онкомаркерів $tp53$, $Ki-67$, $Vcl-2$ для можливого подальшого вибору тактики та методу терапії.