

Роль лучевой терапии у больных с рецидивами и при рефрактерном течении лимфомы Ходжкина (на основе Рекомендаций International Lymphoma Radiation Oncology Group, ILROG)

Виноградова Ю.Н., Ильин Н.В.

ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

На фоне понимания значения лучевой терапии (ЛТ) в первичном лечении лимфомы Ходжкина (ЛХ) ее роль при рецидивах и рефрактерном течении изучена недостаточно (Ильин Н.В., Шендерова И.А., 2005, Алексеев С.М. и соавт., 2018, Constine, Yahalom et al., 2018).

Основными показаниями для ЛТ *как части терапии спасения* при рецидивах ЛХ являются:

- локализованный рецидив; диссеминированный рецидив с крупными очагами (> 5см);
- ПЭТ-положительными очагами после системной терапии спасения;
- связанные с поражением лимфоузлов компрессия спинного мозга и поражение позвонков, компрессия нервных стволов, верхней полой вены, лимфэдема или гидронефроз.

Существуют различные *клинические сценарии применения ЛТ* при рецидивах и рефрактерном течении ЛХ у больных, подлежащих или не подлежащих ВХТ с ауто-ТСК.

Преимущества проведения ЛТ до ВХТ с ауто-ТСК:

- усиление циторедукции до ТСК для возможного достижения минимального остаточного заболевания у больных с ЧР;
- объем облучения может быть адаптирован к остаточному объему после ПХТ .

Недостатки проведения ЛТ до ТСК:

- отсрочка проведения кондиционирующего режима, которая может вызвать прогрессию в очагах, выход – ускоренные режимы фракционирования;
- риск усиления токсичности от ЛТ, выход – SRT; V20 на легкие ≤ 30%; V5 < 55%; средней легочной дозы < 13,5 Гр, средней дозы на сердце < 20 Гр.

Преимущество ЛТ после ауто-ТСК – известен общий ответ на системную терапию, что определяет более точный объем и дозы. ЛТ начинают через 4–12 недель после завершения острых соответствующих реакций.

Табл. 1. Клинические сценарии применения спасительной ЛТ у р/р больных ЛХ (ILROG)

Первично рефрактерное течение ЛХ	
ЛТ в случаях ПР после спасительной ХТ (ДС 1–3)	ЛТ в случаях ЧР после спасительной ХТ (ДС 4)
Эти пациенты были рефрактерны к первичной ПХТ, но достигли ПР после спасительной ХТ	ЛТ проводится до ТСК для уменьшения очагов поражения, 30–36 Гр; на крупные – 40 Гр. ISRT, по 1,5–1,8–2 Гр до 18–20 Гр 5 дней подряд, далее следует ЛТ расширенными полями 15–18 Гр 5 дней или мультифракционированием по 1,5–1,8 Гр 2 раза в день, или ежедневными фракциями по 1,5–1,8 Гр; затем проводят ТСК
ЛТ проводится или непосредственно перед ТСК или через 4–12 недель после нее; ожидая гематологического восстановления и ликвидации острых побочных эффектов	
ЛТ: 30 Гр при ПР, 36 Гр – на остаточные очаги > 2,5 см	
Если эти зоны ранее облучались, то на легкие V20 < 30%; V5 < 55%; средняя легочная доза < 13,5 Гр; средняя доза на сердце < 20 Гр.	
Если эти условия не могут быть соблюдены при СОД по крайней мере 18 Гр, то ЛТ вообще не проводится	
Если много диссеминированных очагов, то используют расширенные поля на пораженные области 30–36 Гр, не превышая приемлемую токсичность	

ЛТ в случаях первично резистентного течения или прогрессирования на фоне первичной ПХТ (ДС 5).

ЛТ не рекомендуется у больных с множественными рефрактерными очагами из-за возможной высокой токсичности обширного по объему облучения, но может быть использована как паллиативный метод.

Табл. 2. Клинические сценарии применения спасительной ЛТ у р/р больных ЛХ (ILROG)

Рецидивы ЛХ	
Пациенты, подлежащие ТСК	Пациенты, не подлежащие ТСК, или с рецидивом после ТСК
Если ЛТ после ТСК, то ее начинают после завершения острых реакций, обычно через 4–12 недель	Если после системной терапии спасения получена ПР, то облучаются все исходные очаги с учетом профиля токсичности: (ISRT, 30–36 Гр)
При ПР после спасительной ЛТ – 30–36 Гр.	При ЧР – только остаточные очаги, 30–36 Гр.
При ЧР – 36–40 Гр.	На оставшиеся крупные очаги – 40 Гр.
В объем облучения включают место рецидива и рядом лежащие ткани, особенно если рецидив ранний (через 6–12 мес.)	Если не было спасительной ХТ, то проводится радикальная или паллиативная ЛТ до 40 Гр на самые жизнеопасные очаги, а по возможности – на все исходные очаги поражения.
Если рецидив локальный и системной терапии не требуется, то применяют только ЛТ 36–40 Гр.	
Если много диссеминированных очагов, то используют расширенные поля на пораженные области 30–36 Гр, не превышая приемлемую токсичность	

Рецидивы ЛХ у больных I-IIA стадии, которым при первичном лечении проводили только ПХТ.

Поздний локализованный рецидив (не более 3 рядом лежащих некрупных очагов в лимфоузлах, без В-симптомов) – только ЛТ 36–40 Гр

В других ситуациях: если ТСК не показана – химиолучевое лечение после спасительной химиотерапии ЛТ проводится через 2–4 недели (при ПР – 30–36 Гр, при ЧР – 36–40 Гр).

Объем облучения: ISRT на все очаги, в том числе первичные при приемлемой токсичности.

Таким образом, прогресс в лечении рецидивов ЛХ связан с развитием новых возможностей химио- и иммунотерапии, новых технологий ЛТ, а также с пониманием их взаимодействия.

Рис. 1. Salvage RT in the setting of primary refractory HL: if CR after salvage chemotherapy (Deauville 1–3)

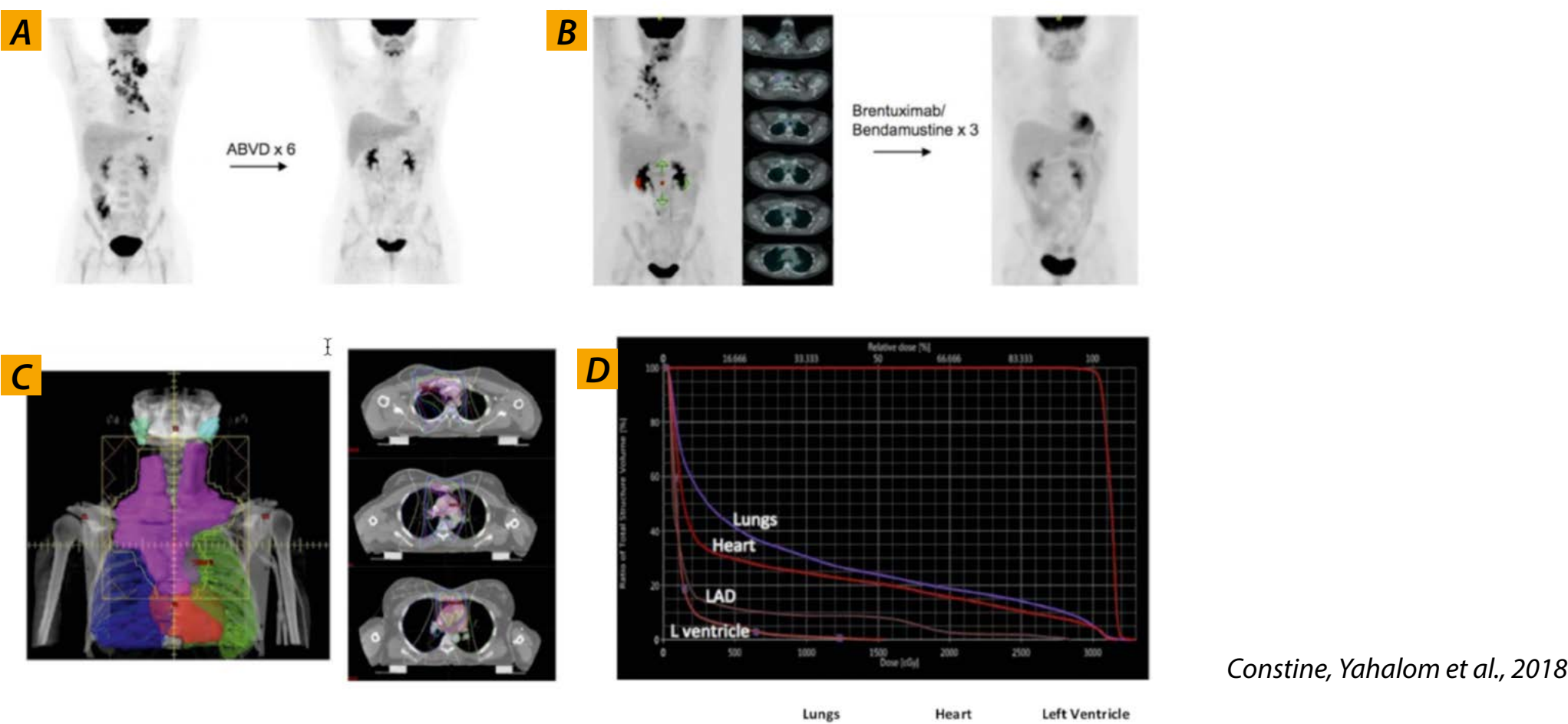


Рис. 2. Salvage RT in the setting of primary refractory HL: if PR after salvage chemotherapy (Deauville 4)

