

цесс локализовался в подскладочном отделе, когда определялось наличие дополнительного образования ниже складок гортани. Поражение двух и трех отделов гортани с переходом на переднюю комиссуру было выявлено почти у половины больных.

На сцинтиграммах накопление ^{99m}Tc – Технетрила в гортани, как правило, было близко по расположению с локализацией накопления при СКТ с динамическим контрастированием. Но более достоверное заключение о локализации

опухолевого образования получали лишь при совмещении обоих методов. Чувствительность и специфичность ОЭКТ гортани, выполненной с ^{99m}Tc – Технетрилом в диагностике рецидивов рака гортани, превосходило данные СКТ с контрастным усилением.

Вывод. Представляется целесообразным использование методов совмещения в диагностике первично выявленных опухолей гортани и рецидивирующих опухолей.

ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ТЕМОДАЛОМ

И.К. ОСИНОВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Цель. Изучить эффективность и переносимость химиолучевой терапии с применением Темодала (Темозоломид) в режиме 75 мг/м^2 и 200 мг/м^2 и лучевой терапии по радикальной программе у больных злокачественными глиомами головного мозга.

Материал и методы. В исследование включены 82 больных (49 мужчин и 33 женщины) со злокачественными глиомами головного мозга: анапластическая астроцитома у 40 пациентов, мультиформная глиобластома у 42. Средний возраст - 44,9 года. Больным на первом этапе выполнялась операция: тотальное удаление в 15,8% случаев, субтотальное в 63,4%, парциальное в 20,7% случаев. Локализация поражений в основном приходилась на теменную и лобно-теменную доли головного мозга одинаково часто в правом и левом полушариях. Средний индекс по шкале Карновского - 70%. Всем пациентам через 14-21 день после операции назначалась стандартная дистанционная гамма-терапия (ДГТ) в режиме ротации, 5 раз в неделю, РОД-2,0 Гр, до СОД-56-60,0 Гр. В зависимости от режимов химиотерапии больные были распределены на две группы. Первая группа – 35 (42,6%) человек, из них с мультиформной глиобластомой (МГБ) - 17 (48,5%) и с анапластической астроцитомой (АА) - 18 (51,5%) больных. В послеоперационном периоде проводили ХЛТ с Темодалом *reg os* в режиме

200 мг/м^2 по схеме 5 дней, каждые 28 дней, начиная с первого дня лучевой терапии. Медиана составила 6 курсов, средний срок наблюдения 13 мес. Вторая группа - 12 (14,6%) больных: в 7 (58,4%) случаях мультиформная глиобластома, в 5 (41,6%) анапластическая астроцитома (АА). В послеоперационном периоде указанным больным проводили ХЛТ с Темодалом *reg os* в режиме радиосенсибилизации по 75 мг/м^2 ежедневно с первого дня облучения и в течение всего курса лучевой терапии, включая выходные дни, когда ЛТ не проводится, после окончания ХЛТ химиотерапию продолжали по схеме 200 мг/м^2 , 5 дней каждые 28. Медиана составила 3 курса, средний срок наблюдения 5 мес. Группа контроля - 35 больных (АА у 17 больных и МГБ у 18), которым назначалась только ДГТ. Клиническое обследование пациентов после химиолучевой терапии с Темодалом проводили в контрольные сроки наблюдения. Исследовали показатели периферической крови еженедельно во время ХЛТ и в динамике после каждого курса химиотерапии на 21–22-й день. Непосредственную эффективность химиолучевой терапии оценивали с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), энцефалосцинтиграфии (ОЭКТ) с туморотропным препаратом Технетрил (^{99m}Tc) и методом спиральной компьютерной томографии (СКТ). Переносимость ХЛТ оценивалась по критериям CTC-NCIC.

Результаты. Ранние лучевые реакции на коже в области полей облучения проявились аллопцией на дозе 14-20 Гр. Общие токсические эффекты: головная боль, общая слабость, кратковременная гипертермия - встречались одинаково часто у пациентов исследуемых групп. Диспепсия (тошнота, рвота, боли в эпигастрии) достоверно чаще наблюдалась у пациентов I и II группы по сравнению с контролем. Гематологическая токсичность препарата не превышала 2 степени. Снижение на 22% от исходного числа тромбоцитов и лейкоцитов отмечалось на 21–28-й день после начала курса химиотерапии, но в течение последующих двух недель показатели периферической крови нормализовались. Признаков органной и кумулятивной токсичности химиопрепарата не отмечалось.

Контроль роста опухоли (ПО+ЧО+СБ) после 6 курсов ХТ Темодалом и ДГТ СОД – 60 Гр в I группе достигнут у 47,5% больных с анапластической астроцитомой и у 78,2% больных с мультиформной глиобластомой. Во II группе после 4 курсов ХТ у 99,9% и 66,5% соответственно. В группе ДГТ контроль роста опухоли составил 33% при АА и 41% при МГБ, различия статистически значимы ($p < 0.05$). Объективный

эффект (ПО+ЧО) на ХЛТ с Темодалом через 12 месяцев в I группе составил 38,8% при АА и 17,6% при МГБ. В контрольной группе объективный эффект не был достигнут. Общая однолетняя выживаемость в I группе составила 60,3% у больных с АА и 64,7% у больных с МГБ; во II группе 80% и 33,3% соответственно. В группе контроля 22% при АА и 23,5% при МГБ ($p < 0.05$). Медиана выживаемости до прогрессирования у больных с АА в группах I и II составила $9,5 \pm 3,4$ и $13 \pm 3,0$ мес; у больных с МГБ - $6 \pm 2,7$ и $6 \pm 0,75$ мес. В группе контроля 5 ± 3 и $3 \pm 2,3$ мес соответственно ($p < 0.05$).

Выводы. Химиолучевая терапия с Темодалом в комбинированном лечении злокачественных глиом головного мозга показала вполне удовлетворительную переносимость избранных режимов химиотерапии. Эффективность лучевой терапии с Темодалом в режимах 200 мг/м² и 75 мг/м² в сравнении с контролем имела более высокую частоту объективного ответа на проводимое лечение. Применение ХЛТ с Темодалом увеличило показатели общей выживаемости и медиану выживаемости до прогрессирования у больных с АА и МГБ в сравнении со стандартной ДГТ.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРТОТОПИЧЕСКИХ МОЧЕВЫХ РЕЗЕРВУАРОВ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

С.Е. ОСМАНЯН, В.Ф. КАСАТКИН, Л.Х. ЧАЛХАХЯН

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Идеальный искусственный мочевой пузырь (МП) должен быть низкого давления, вместительный, податливый к накоплению мочи, почечная функция должна быть сохранена, в то же время должны быть предотвращены малабсорбция, нарушение водно-электролитного и кислотно-основного равновесия и отсроченные метаболические нарушения вследствие реабсорбции мочи резервуаром, а также сведен к минимуму риск развития инфекционно-воспалительных осложнений мочевыводящих путей. Под инфек-

цией мочевыводящих путей подразумевается бактериурия ≥ 1000 КОЕ/мл в 1 мл мочи и/или микробная инвазия с развитием инфекционно-воспалительного процесса в любом отделе мочеполового тракта от наружного отверстия уретры до коркового вещества почки. Критериями инфекционно-воспалительного процесса мочевых путей у пациентов после ортотопической цистопластики является пиурия более 10 лейкоцитов в поле зрения, $\geq 10\,000$ КОЕ/мл в сочетании с симптомами инфекции мочевых путей или $\geq 100\,000$ КОЕ/мл \pm симптомы инфек-