

не могла быть выполнена, проводилось МСКТ с контрастным усилением. Для определения объёма оперативного вмешательства использовались дополнительные возможности МРТ: функциональная МРТ, МРТ-диффузия, МРТ-перфузия, МРТ-спектроскопия.

В рамках протокола дополнительного исследования с 2010 года, после введения в строй Челябинского ПЭТ – центра, планируется проведение позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) головного мозга с метионином (опция при рецидивах глиом — для дифференциальной диагностики с лучевым некрозом).

В случаях, когда по данным МРТ или МСКТ предполагалось обильное кровоснабжение опухоли, выполнялись МСКТ-ангиография или МР-ангиография с целью оптимизации интраоперационной тактики. В необходимых случаях выполнялась прямая ангиография.

После обследования и установления диагноза пациент с глиомой госпитализировался для лечения в специализированный нейрохирургический стационар, располагавший необходимым оснащением и укомплектованный квалифицированным специально подготовленным персоналом.

В первые сутки после операции проводилась МСКТ с контрастированием, МРТ с контрастным усилением выполнялось для оценки резекции опухоли в течение недели после ее проведения.

Таким образом, современными методами диагностики в выявлении глиом головного мозга являются мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

ЛЕЧЕНИЕ

РЕАКЦИЯ НА ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛУЧЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

*А.В. Аклеев, А.В. Важенин, Г.А. Веремева,
Т.М. Шарабуря, Е.Я. Мозерова*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

В результате сброса высокоактивных жидких радиоактивных отходов комбинатом «Маяк» в реку Теча в 1949-1956 годах хроническому облучению подверглись около 124 тысяч человек в 41 населенном пункте. Эпидемиологические исследования показали, что одной из наиболее значи-

мых медицинских проблем у пострадавшего от радиации населения в отдаленные сроки являются соматико-стохастические эффекты, в том числе - канцерогенные. Раковый регистр облученных лиц из когорты реки Теча на сегодняшний день насчитывает около 2000 человек. У ряда онкологических больных с хроническим облучением в анамнезе в процессе проведения лучевой терапии и химиотерапии отмечены токсические реакции, превышающие по тяжести, ожидаемые в соответствии с полученной дозой. Вместе с тем, ранее не проводились исследования для выявления каких-либо закономерностей развития подобных реакций у облученных лиц.

Цель планируемого исследования заключается в изучении токсических реакции и эффективности лучевой терапии у онкологических больных из когорты реки Теча. Группы сравнения составили онкологические больные, не имеющие хронического радиационного фактора в анамнезе.

Изучается частота и выраженность лучевых реакции, динамика показателей периферической крови в исследуемых группах. В качестве объективного критерия оценки адаптивных реакций на острое облучение после предшествующего хронического облучения использован микроядерный тест и оценка апоптоза, выполняемые до начала, в процессе и после завершения лучевой терапии в группах сравнения. Адаптивный ответ оценивается на основании исследования исходного уровня микроядер и апоптоза, динамики этих показателей после дополнительного облучения лимфоцитов в дозе 1 Гр и двойного облучения в дозе 0,05+1 Гр. Референтные значения изучаемых показателей рассчитаны на основании данных, полученных у 270 здоровых лиц без хронического облучения в анамнезе и сопоставимых с облученными респондентами по возрасту и социально-бытовым параметрам.

Планируемое исследование позволит установить влияние хронического облучения на реакцию организма и опухоли на последующее воздействие лечебных доз облучения и разработать меры повышения эффективности и снижения токсичности противоопухолевой терапии у онкологических больных, имеющих в анамнезе хроническое лучевое воздействие.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА – РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*А.С. Аладин, О.А. Гладков, Т.М. Шарабуря,
Ю.С. Васильев, В.Н. Чикин*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Рак полости рта входит в десятку самых распространенных злокачественных опухолей (Jatin P. Shah, 2008). По данным В.И. Чисова с соавт. (2008) заболеваемость злокачественными опухолями полости рта составляет 4,89 на 100 000 населения. У 30-57% пациентов рак полости рта впервые устанавливается при III-IV стадии заболевания. Злокачественные образования этой локализации характеризуются быстрым ростом, регионарным лимфогенным метастазированием. Анатомические и функциональные особенности полости рта формируют неблагоприятные условия для лечения пациентов данной категории. В тоже время злокачественные опухоли полости рта являются чувствительными для лучевой терапии, что позволяет использовать их как модель при отработке разных способов и видов лучевого воздействия. При местно распространенных злокачественных опухолях полости рта применяется комбинированное лечение, включающее лучевую терапию с последующей операцией. На наш взгляд, наиболее перспективным направлением в комбинированном лечении местно - распространенных форм рака полости рта является сочетание разных видов лучевого воздействия: дистанционная гамматерапия (ДГТ), брахитерапия, нейтронное излучение.

Цель работы: анализ комбинированного лечения 24 пациентов с местнораспространенным раком полости рта.

Материалы и методы.

Средний возраст пациентов $56 \pm 5,7$ лет. Длительность наблюдения от 2 до 27 мес. Для оценки распространенности процесса использовали УЗИ в В-режиме и доплерографию, рентгенографию костей лицевого черепа, компьютерную томографию челюстно-лицевой зоны и шеи. У всех больных был плоскоклеточный рак.

Первый этап комбинированного лечения – дистанционная гамматерапия, режим фракционирования традиционный, СОД после первого этапа от 30 до 44 Гр. У 17 (70,84%) пациентов ДГТ проводилась на фоне радиомодификации цисплатин 40 мг/м^2 1 раз в неделю. Через 3-4 недели выполняли операцию. Учитывая распространенность опухолевого процесса, всем больным выполняли лимфаденэктомию, объем которой зависел от локализации опухоли, распространенности метастатического процесса.

Результаты.

После первого этапа лечения осложнений не было. Лучевые реакции 1-2 степени отмечены у 21 (87,50), они были проходящими и не лимити-

ровали сроки операции. После предоперационного курса ДГТ резорбции опухоли не было в 1 (4,17%) случае. После операции осложнения зафиксированы у 3 (12,5%) пациентов. Умерших в послеоперационном периоде не было.

Заключение.

После проведенного лечения за время наблюдения продолженного роста или рецидива не было. Из 24 пациентов после комбинированного лечения умерло 2 (8,34) больных, причиной смерти стала сердечнососудистая недостаточность.

Выводы.

Лечение пациентов с местнораспространенными злокачественными опухолями полости рта является трудной задачей, при этом оптимальным способом лечения местно-распространенного рака полости рта является комбинированный (лучевое лечение на первом этапе, операция – на втором).

Развитие комбинированного лечения местнораспространенного рака полости рта связано с аккрецией разных видов лучевого воздействия – дистанционная гамматерапия, брахитерапия, нейтронная терапия.

ЧРЕСКАТЕТЕРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Д.Т. Арыбжанов, О.К. Кулакеев, Н.К. Орманов*

*МКТУ им. Х.А. Ясави
ООД г. Шымкент, Казахстан

Попытки найти малоинвазивные и эффективные способы терапии опухолевых поражений печени стимулировали разработку и применение методов химиоинфузии в печеночную артерию (ХИПА) и химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА).

Цель исследования: изучить результаты ХИПА и ХЭПА выполненных 2004-2009 гг. в ООД ЮКО. Материал и методы. Пролечены 70 больных, мужчин 47 (67,1%), женщин 23 (32,9%). Первичный рак печени (РП) 42 (60%), метастатические поражения печени (МПП) 28 (40%). ХИПА выполнена у 50 больных, у 20 больных проведена ХЭПА. У больных РП применили схемы FАСЕ (Фторурацил 1000 мг/м^2 , Адрибластин 40 мг/м^2 , Цисплатин 60 мг/м^2 , Этопозид 100 мг/м^2) – 16 (38%) больных, схема GF (Гемзар 1000 мг/м^2 , Фторурацил 750 мг/м^2 1 и 8 день) – 16 больных. При МПП применили схемы TP (Таксотер 75 мг/м^2 , Цисплатин 75 мг/м^2) и FOLFOX (Фторурацил 500 мг/м^2 , Оксалиплатин 100 мг/м^2).

Результаты исследования и обсуждения.