

в 14,3 % и 19,4 % случаев соответственно. Оперативное лечение под анестезией закистью азота у 27,3 % пациенток в 1-е сут привело к смене благоприятного типа адаптационной реакции на неблагоприятный (ПА, РС) и составило в целом 51,5 %, что достоверно выше по сравнению с показателем до операции ($X^2=7,19$, $p=0,007$). При выполнении хирургического вмешательства в условиях анестезии ксеноном переход на неблагоприятный тип реагирования наблюдался в 3,3 % случаев и составил 17,6 %. На седьмые сутки послеоперационного периода эти изменения нивелировались. Количество пациенток с неблагоприятным типом адаптационных реакций в обеих группах вновь стало практически одинаковым и составило 35,7 % и 35,6 %, что, возможно, обусловлено особенностями течения послеоперационного периода.

Исследование иммунного статуса больных раком молочной железы до начала лечения характеризовалось умеренным снижением содержания основных субпопуляций Т- и В-лимфоцитов и подавлением функциональной активности нейтрофильных фагоцитов в НСТ-тесте. На седьмые сутки после оперативного вмешательства в контрольной группе выявлено возрастания уровня лейкоцитов на 20 % ($p<0,05$) и относительное снижение общего числа лимфоцитов. При изучении субпопуляций лимфоцитов отмечена тенденция к

дальнейшей депрессии Т-клеток ($CD4^+$, $CD8^+$, $CD4^+/CD8^+$), В-клеток ($CD22^+$) и достоверной $CD56^+$ лимфоцитов (субпопуляция естественных клеток-киллеров) ($p<0,05$). Гуморальное звено иммунитета реагировало нарастанием процента основных классов иммуноглобулинов ($p>0,05$). Оценка фагоцитарного патенциала нейтрофилов выявила статистически значимое снижение функциональной активности в НСТ-тесте ($p<0,05$). В группе больных, получавших анестезию ксеноном, также отмечено нарастание лейкоцитоза к седьмым суткам после операционного периода на 16 % ($p<0,05$). Субпопуляционный состав Т- и В- лимфоцитов оставался в пределах исходных значений. При оценке гуморального звена иммунитета выявлено достоверное повышение IgG в сравнении с исходными значениями ($p<0,05$). Фагоцитарный потенциал нейтрофилов в НСТ-тесте превышал значения до операции.

Выводы. Применение ксеноновой анестезии сопровождается меньшим напряжением регуляторных систем в первые сутки после операции, что способствует сбережению защитных ресурсов организма и развитию благоприятной стратегии адаптации. Ксеноновая анестезия не угнетает клеточный и гуморальный иммунитет, а также оказывает протективное действие в отношении функциональной активности нейтрофильных фагоцитов в НСТ-тесте.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ТЕМОДАЛОМ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

И.К. ОСИНОВ, М.Н. НЕЧИТАЙЛО

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Цель исследования. Изучить эффективность и переносимость химиолучевой терапии с применением Темодала (Темозоломид) у больных злокачественными глиомами головного мозга.

Материал и методы. В исследование включен 41 пациент (25 мужчин и 16 женщин) со злокачественными глиомами головного мозга (анапластическая астроцитома, мультиформная глиобластома) после субтотального удаления

опухоли. Средний возраст больных – 47,3 года. Индекс по шкале Карновского 60 % и более. В I группе – 17 (41,5 %) больных с мультиформной глиобластомой (МГБ), во II – 24 (58,5 %) пациента с анапластической астроцитомой (АА). Локализация поражений приходилась на теменную и лобно-теменную доли головного мозга одинаково часто в правом и левом полушариях. В среднем на 21-й день после операции

назначалась дистанционная гамма-терапия (ДГТ) в режиме ротации, 5 раз в нед, РОД 2,0 Гр, СОД 56–60 Гр. Лучевая терапия сопровождалась приемом Темодала разовой дозой 150–200 мг/м², суммарной дозой 1250–2050 мг, по схеме 5 дней каждые четыре нед (медиана – 6 курсов). Клиническое обследование пациентов проводилось в контрольные сроки наблюдения, через 3, 6 и 12 мес после лечения. Исследование показателей периферической крови проводилось еженедельно и в динамике после каждого курса химиотерапии на 21–22-й день. Степень ответа остаточной опухоли устанавливалась с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), энцефалосцинтиграфии (ОЭКТ) с туморотропным препаратом Технетрил (^{99m}Tc) и спиральной компьютерной томографии (СКТ).

Результаты. Ранние лучевые реакции на коже в области полей облучения проявились аллопецией на дозе 14–20 Гр. Общие токсические эффекты: головная боль, общая слабость, кратковременная гипертермия, встречались одинаково часто у пациентов обеих исследуемых групп. Головная боль в 43,9 % (18 больных), общая слабость отмечалась в 39 % (16 больных) случаев, гипертермия не более 38 °С – в 14,6 % (6 пациентов). Диспепсия отмечена у 25 (61 %) пациентов обеих групп. Гематологическая токсичность: лейкопения II–III ст. (медиана – $2,1 \times 10^9/\text{л}$) наблюдалась у восьми (19,5 %) больных, тромбоцитопения (медиана – $84 \times 10^9/\text{л}$) – у трех (7,3 %) пациентов преимущественно в постлучевом периоде после проведения трех курсов химиотерапии Темодалом. Максимальное снижение числа тромбоцитов и лейкоцитов наблюдалось обычно на 21–28-й день после начала курса химиотерапии, но в течение 2 нед показатели периферической крови нормализо-

вались. Признаков органной и кумулятивной токсичности химиопрепарата не наблюдалось. У двоих пациентов с МГБ отмечался отек головного мозга на дозе 8 и 12 Гр, подтвержденный данными компьютерно-томографического исследования, что потребовало дополнительных назначений лекарственных средств после осмотра невролога и нейрохирурга.

По данным контрольного МРТ исследования головного мозга через 1 мес после химиолучевого лечения, у больных обеих исследуемых групп наблюдалась положительная динамика у 14 (34,1 %) из 41 пациента, отрицательная – у 9 (21,9 %), у 18 (44 %) больных отмечена стабилизация процесса. Полный ответ (ПО) на химиолучевую терапию с Темодалом через 6 мес получен у 10,5% больных с анапластической астроцитомой, у 6,1% – с мультиформной глиобластомой, частичный ответ (ЧО) – в 36,8 % и 13,3 % соответственно. Стабилизация процесса в группе с АА составила 42 %, у больных с МГБ – 83,3 %. Через 12 мес общий ответ (ПО+ЧО) на терапию составил у 78,6 % больных с АА и 57,2 % с МГБ. Медиана выживаемости без прогрессирования – 10,5 1,4 и 8,7 °С 1,8 мес соответственно. Общая однолетняя выживаемость у больных с АА – 87,5 %, у больных с МГБ – 70,6 %.

Выводы. Применение химиолучевой терапии с Темодалом в комбинированном лечении злокачественных глиом головного мозга показало вполне удовлетворительную непосредственную эффективность. Однолетняя выживаемость у больных с анапластической астроцитомой была в 87,5 %, с мультиформной глиобластомой – в 70,6 % при удовлетворительной переносимости без выраженных токсических симптомов.