

формой, неоднородной структурой, четкими контурами, мягкотканной плотностью, умеренным накоплением контраста (от +42 до +84 ед.Н), инфильтрацией мягких тканей орбиты, разрушением костных структур орбиты и черепа. Чувствительность, специфичность и точность КТ при выявлении образования орбиты составили 97 %.

ОЦЕНКА ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ ОДНОКРАТНОЙ ДОЗЫ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

А.А. Павлова

ГОУ ВПО «Томский политехнический университет»

Актуальность. Одним из перспективных направлений современной лучевой терапии (ЛТ) является интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ), которая приобрела к настоящему времени значительный клинический опыт. Однако до сих пор отсутствует общепринятая методика оценки предельно допустимых однократных доз ИОЛТ.

Цель данной работы состояла в том, чтобы провести сравнительную оценку допустимых однократных доз ИОЛТ на основе нескольких известных радиобиологических моделей.

Материал и методы. В качестве таких моделей в исследованиях применены модель время–доза–фракционирование (ВДФ), линейно-квадратичная модель (ЛКМ), модели Strandqvist и Liversage.

Результаты. В результате расчетов получено, что допустимые однократные дозы по критерию ранних лучевых реакций находятся в пределах 18–22 Гр, а по критерию поздних лучевых осложнений – в пределах 13–15 Гр. Все рассмотренные модели дают близкие значения предельно-допустимой однократной дозы. Очевидно, что такой результат не может быть случайным и объясняется тем, что все рассмотренные модели разрабатывались достаточно долго и с необходимой тщательностью. Поэтому все они могут быть применены для оценки допустимой однократной дозы при ИОЛТ и для перевода высокой однократной дозы в эквивалентную ей суммарную дозу стандарт-

Выводы. КТ является одним из наиболее информативных методов исследования в комплексной диагностике метастатического поражения орбит. КТ орбит позволяет оценить объем, локализацию опухоли, распространенность патологического процесса, что имеет решающее значение в выборе тактики лечения.

ного курса ЛТ. При этом следует иметь в виду, что наиболее щадящий режим облучения, как следует из сравнения полученных результатов, обеспечивает модель ВДФ.

Выбор той или иной модели при планировании ИОЛТ может быть продиктован конкретными обстоятельствами. Одним из факторов, способных повлиять на выбор модели, может стать необходимость сочетания ИОЛТ с наружным облучением, особенно если режим фракционирования при наружном облучении отличается от классического. В качестве наружного облучения может быть применена дистанционная гамма-терапия (ДГТ) или терапия пучком тормозного излучения ускорителей. Необходимость соотносить значение суммарной дозы, полученной тканью в результате ИОЛТ и ДГТ, с дозой классического курса не позволяет использовать в расчетах модели Liversage и Strandqvist, поскольку с их помощью невозможно перевести дозы нестандартного режима фракционирования с учетом перерыва между ИОЛТ и ДГТ в суммарную дозу стандартного курса ЛТ.

В уравнениях ЛКМ, как правило, учитывается только значение однократной очаговой дозы и число фракций, но не учитывается временной интервал между сеансами облучения. В ЛКМ в настоящее время не реализован механизм, способный надежно оценить компенсирующую дозу даже при недельном временном интервале между сеансами облучения или отдельными

частями расщепленного курса ЛТ. В то же время из клинической практики известно, что временной интервал между ИОЛТ и ДГТ может составлять месяц и более. Поэтому, с учетом сказанного, применение ЛКМ на данном этапе ее развития для планирования дозовых нагрузок при ИОЛТ, сочетающейся с ДГТ, также затруднительно. Следовательно, модель ВДФ остается практически основным вариантом, с помощью которого можно рассчитать дозовые нагрузки при сочетании ИОЛТ с наружным облучением в любой последовательности их применения. Сказанное подтверждается клиническим опытом НИИ онкологии г. Томска, где модель ВДФ

уже в течение нескольких лет используется для планирования дозовых нагрузок при сочетании ИОЛТ с наружным облучением.

Выводы. Необходимо заметить, что полученные с помощью различных моделей значения предельных однократных доз на сегодняшнем этапе развития ИОЛТ могут служить лишь в качестве ориентира, способного предотвратить серьезные лучевые осложнения. Для получения более точных данных необходимы исследования, уточняющие, например, параметры перспективной ЛКМ в более широком интервале однократных доз для различных типов тканей и объемов облучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

М.С. Панаев

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Актуальность. В связи с отсутствием в настоящее время эффективной системы профилактики или ранней диагностики рака яичников заболевание в 65–80 % случаев диагностируется в III–IV стадии. В связи с этим основное внимание должно быть уделено лечению распространенных форм рака яичников. Одним из основных компонентов традиционного лечения рака яичников является системная химиотерапия, совершенствование которой представляется наиболее реальным направлением улучшения результатов течения. Адьювантная химиотерапия является важнейшей составной частью при комбинированном лечении рака яичников. В настоящее время схемами выбора являются комбинации, содержащие цисплатин или другие производные платины, среди которых предпочтение отдается комбинациям цисплатин + циклофосфамид, цисплатин + паклитаксел и цисплатин + доксорубин + циклофосфамид. Применяемые после циторедуктивных операций, эти схемы обеспечивают непосредственный эффект 60–80 % и медиану выживаемости 2–3 года с возможностью длительных (5 лет и более) ремиссий.

Цель нашей работы – изучить сравнительную эффективность адьювантной химиотерапии рака яичников.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 80 больных, прошедших терапию за период 2001–2005 гг., которым проведено комбинированное лечение – операция + адьювантная химиотерапия. Оценка степени распространения опухолевого процесса по системе TNM показала, что в основном больные были со степенью распространения опухолевого процесса с $T_1N_0M_0$ и $T_3N_0M_0$. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет, в среднем 50 ± 1 год. При поступлении в клинику в 30 случаях (37,5 %) выявлена первичная опухоль, в 40 (50 %) – вторичная опухоль и в 10 (12,5 %) – рецидивная опухоль. Продолжительность анамнеза колебалась от 1 до 36 мес, в среднем – 6,3 мес. При клиническом осмотре у 72 больных (90 %) отмечены боли внизу живота, у 35 (43,7 %) – нарушение менструального цикла, у 67 (83,7 %) – болевой синдром, у 47 (58,7 %) – увеличение объема живота. При клинико-эхографическом исследовании у 54 больных (67,5 %) имел место асцит в брюшной полости. Гистологическая структура опухоли: в 37 случаях (46,2 %) – аденокарцинома, в 4 (5 %) – низкодифференцированная аденокарцинома, в 3 (3,75 %) – умереннодифференцированная аденокарцинома, в 10 (12,5 %) – злокачественная текома, в