

НЕЙТРОННАЯ ТЕРАПИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.В. Грибова, Л.И. Мусабаева, Е.Л. Чойнзонов, С.В. Дубский

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Больным злокачественными новообразованиями щитовидной железы с неблагоприятными факторами прогноза проводилась лучевая терапия быстрыми нейтронами 6,3 МэВ.

Материал и методы. Наблюдалось 28 больных с местно-распространенными формами рака щитовидной железы (РЩЖ) с/без метастазов в лимфоузлы шеи в возрасте от 14 до 75 лет. Морфологически диагноз злокачественных новообразований различного генеза подтвержден данными иммуногистохимических исследований. Комбинированное лечение выполнили 20 больным, 8 пациентам была проведена нейтронно-фотонная терапия. Нейтронная терапия применялась как компонент комбинированного лечения на “ложе” удаленной опухоли или на зону удаленных метастатических лимфоузлов в сочетании с дистанционной гамма-терапией (ДГТ). У неоперабельных больных нейтронную терапию назначали после проводимой ранее неэффективной фотонной терапии. Режим нейтронной терапии: РОД 1,4–2,0 Гр, СОД

4,2–8,4 Гр (18–36 изоГр), дистанционной гамма-терапии 2,0 Гр, 5 фракций в нед, СОД 36–40 Гр. При комбинированном методе лечения курсовая СОД варьировала от 51 до 65 изоГр, у неоперабельных больных – 65–75 изоГр.

Результаты. Нейтронно-фотонную терапию все больные РЩЖ переносили вполне удовлетворительно. Лучевые реакции кожи после нейтронной терапии были купированы применением лазера на парах меди. Непосредственный эффект смешанной нейтронно-фотонной терапии у неоперабельных больных составил 50–75 %. Четверо из семи пациентов с неоперабельным РЩЖ наблюдаются более 5 лет. В группе больных, получивших комбинированное лечение, средний срок наблюдения $18,7 \pm 5,95$ мес.

Выводы. Доказана возможность эффективного применения быстрых нейтронов 6,3 МэВ у больных резистентными формами РЩЖ с неблагоприятными факторами прогноза, что позволяет продолжить клинические исследования в этом направлении.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АКРОМЕГАЛИЕЙ

А.Ю. Григорьев, В.Н. Азизян, А.А. Зуев

ГУ “Эндокринологический научный центр РАМН”, г. Москва

Акромегалия вызывается гиперпродукцией соматотропного гормона (СТГ), основная причина которой – аденомы гипофиза. Хирургическое вмешательство традиционно считается методом лечения первой линии.

Материал и методы. 47 взрослых больных с соматотропиномами оперированных в ЭНЦ РАМН с 1997 по 2005 г. Удаление опухоли осуществлялось первично и с использованием трансфеноидального доступа. Критерием ремиссии заболевания являлся: базальный уровень СТГ через год после операции <5 мЕд/л (<2 мкг/л), уровень СТГ после проведения орального глюкозотолерантного теста (ОГТГ) <2 мЕд/л (<1 мкг/л), нормализация уровня ИРФ-1.

Результаты. Через 1 год после аденомэктомии у 29 (61,7 %) больных была отмечена полная клинко-гормональная ремиссия (группа А), у 3 (6,4 %) – неполная ремиссия (группа В), а у 15 (31,9 %) – отсутствие ремиссии (группа С). В группу А также вошли больные, у которых в раннем послеоперационном периоде не отмечалось требуемого снижения уровня СТГ и ИРФ-1, но при этом выявлялось снижение базального уровня СТГ до нормальных значений, и у которых через 12 мес после операции развилась полная клинко-гормональная ремиссия заболевания в 52,6 % случаев. В 15,8 % отмечены улучшение самочувствия, нормализация базального уровня СТГ (группа В); в 31,6 % случаев не было ремиссии заболевания и не

выявлялось снижение базального уровня СТГ в ранние сроки после операции (группа С).

Выводы. Больным, у которых не произошло требуемого снижения базального уровня СТГ, но произошла его нормализация, в раннем послеоперационном периоде рекомендуется наблюдение для сво-

временного назначения терапии второй линии. Больным с повышенным базальным уровнем гормона роста через 5–7 дней после операции (группа С) показано раннее назначение медикаментозной терапии с последующим решением вопроса о тактике лечения через 6 мес.

АДРОНЫ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.А. Гулидов, Ю.С. Мардынский

МРНЦ РАМН, г. Обнинск

Адроны позволяют эффективно воздействовать на многие новообразования головы и шеи, резистентные к традиционным видам излучения. С практической точки зрения наибольший интерес представляют протоны и нейтроны. Протоны, благодаря наличию пика Брэгга, обладают отличными возможностями для оптимизации пространственного распределения дозы, что особенно важно при близости опухолей к критическим с точки зрения радиочувствительности структурам. Нейтроны по сравнению с редкоионизирующими излучениями обладают многочисленными радиобиологическими преимуществами, что позволяет им эффективно воздействовать на медленно растущие, гипоксические, рецидивные опухоли головы и шеи.

МРНЦ РАМН обладает большим опытом (более 200 наблюдений) использования как нейтронов, так и протонов для лечения больных различными опухолями головы и шеи. Накопленный опыт позволяет считать оптимальным сочетание нейтронов и фотонов с вкладом нейтронов в дозу с учетом относительной биологической эффективности 20–40 %, которое дает

возможность добиваться высокой эффективности лечения при его удовлетворительной переносимости нормальными тканями. Протонная терапия показана при близости новообразований головы и шеи к спинному мозгу, основанию черепа, орбите. Минимизация лучевой нагрузки на окружающие опухоль нормальные ткани позволяет рекомендовать также протоны для облучения рецидивных новообразований, когда толерантность окружающих опухоль тканей снижена предшествующими лучевыми и оперативными воздействиями.

Анализ собственных результатов лечения больных рецидивными опухолями головы и шеи показал, что полная регрессия опухоли зарегистрирована у 67 % пациентов после протонной терапии и у 60 % больных после фотонно-нейтронной терапии, а общая выживаемость через год после лечения составила соответственно 67 и 83 %. В контрольной группе (фотонная терапия) полной регрессии опухоли не удалось добиться ни у одного больного, а через год после лечения были живы лишь 36 % пациентов.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Д.А. Гуляев, В.Е. Олюшин, С.Я. Чеботарев, Н.В. Колакуцкий, Н.Н. Науменко

*Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Научно-исследовательский институт уха горла носа и речи, г. Санкт-Петербург*

Несмотря на развитие современных средств нейровизуализации частота гигантских опухолей различной гистологической структуры, распространяющихся на смежные области основания черепа, имеет не-

уклонную тенденцию к росту. Поэтому разработка современных схем комбинированного и, в первую очередь, хирургического лечения в настоящее время весьма актуальна.