

Цель исследования. Оценка возможностей кМРТ и ОЭКТ в контроле эффективности лечения ЗГ перспективным противоопухолевым препаратом – Темодалом и лучевой терапии.

Материал и методы. В исследование были включены 19 пациентов (от 21 до 68 лет) с гистологически подтвержденным диагнозом: 11 – с мультиформной глиобластомой (МГБ), 8 – с анапластической астроцитомой (АА). Всем пациентам до и после терапии Темодалом выполнялась динамическая и статическая кМРТ. Наличие прогрессирования заболевания или остаточной опухоли после предшествующего лечения подтверждалось кМРТ и ОЭКТ. У 12 пациентов одновременно проводили ОЭКТ с ^{99m}Tc -Технетрилом. Эффективность Темодала изучена у больных с первично диагностированной опухолью, после операции и лучевой терапии (ЛТ), а также у 10 больных с рецидивом или прогрессированием опухоли после предшествующего лечения – 6 больных после операции, ЛТ и полихимиотерапии, 4 больных после операции и ЛТ. Темодал назначался в дозе 150 мг/м² в сут в течение 5 дней, каждые 28 дней. Всем больным проводилась кМРТ не ранее чем за 2 нед до применения Темодала. Эффективность Темодала оценена с по-

мощью кМРТ и ОЭКТ после каждого четного цикла и после окончания лечения Темодалом каждые 2 мес у 19 больных, которые получили 2 и более циклов, в том числе у 9 больных с первично диагностированной опухолью и у 10 – с рецидивом или прогрессированием болезни.

Результаты. Полный ответ (ПО) – отсутствие контрастирования опухоли – наблюдался у 3 (15,8 %) больных, частичный ответ (ЧО) – уменьшение размера опухоли более чем на 80 % – у 2 (10,5%), стабилизация болезни (СБ) – уменьшение размера опухоли менее 50 % – у 5 больных (26,3 %), прогрессирование болезни (ПБ) – увеличение размеров опухоли или появление новых очагов – у 9 больных (47,4%). Объективный ответ (ПО + ЧО + СБ) при лечении Темодалом был в целом получен у 10 пациентов (53 %). Общая выживаемость у всех 19 больных составила 16 %, медиана выживаемости – 15 мес.

Выводы. Приведенные результаты подтверждают эффективность применения Темодала в лечении первично выявленных ЗГ и при прогрессировании заболевания; кМРТ и ОЭКТ должны использоваться для динамического контроля состояния опухоли и в оценке эффективности терапии при ЗГ.

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.М. Виноградов, С.В. Герасимов, А.В. Карташев, Р.А. Шалек

ФГУ “Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт”, г. Санкт-Петербург

Лучевое лечение новообразований ЦНС в настоящее время используется достаточно широко, однако наиболее часто применяется традиционный режим фракционирования. При наличии показаний к проведению химиотерапии обычно осуществляется ее последовательное введение до или после облучения. Тем не менее ускоренные варианты лучевого и химиолучевого лечения могут способствовать повышению эффективности терапии при широком спектре нозологических форм.

Материалом данного исследования служили больные, проходившие лечение в ЦНИРРИ в 1998–2005 гг., диаметрально противоположных прогностических групп – 42 пациента со злокачественными глиомами третьей – четвертой градации и 30 человек, у которых были диагностированы доброкачественные сосудис-

тые мальформации – кавернозные ангиомы. Всем больным с анапластическими астроцитомами и мультиформными глиобластомами проводилось ускоренное послеоперационное химиолучевое лечение, у 35 из них оно было дополнено иммунотерапией. Облучение осуществлялось на ускорителе “Philips SL 75/5” с граничной энергией тормозного излучения 6 МэВ. Разовая очаговая доза составляла 3 Гр, она подводилась пять раз в неделю до суммарной очаговой дозы 51 Гр. По достижении суммарных очаговых доз в 18, 33 и 48 Гр внутривенно вводился 1 мг винкристина. На следующий день назначались производные нитрозомочевины (ломустин 80 мг перорально или кармустин 50 мг внутривенно). По завершении курса химиолучевой терапии проводился курс иммуномодулирующей биотерапии ронколейкином – суммар-

но 10 мг. Далее осуществлялось еще три курса химиоиммунотерапии с интервалом в 2 нед. Следует отметить, что у 7 человек ронколейкин не вводился.

Больные с выявленными кавернозными ангиомами проходили прецизионное облучение с изготовлением фиксирующей маски на линейных ускорителях с граничной энергией тормозного излучения 6 и 20 МэВ. Разовые поглощенные очаговые дозы варьировали с учетом локализации и размеров патологических очагов от 3 до 9 Гр, суммарные – от 18 до 54 Гр. Хирургическое лечение им не проводилось.

Результаты лечения больных со злокачественными глиомами достоверно не различались в группах с химиолучевой и химиоиммунолучевой терапией. Однако средняя продолжительность жизни в первом случае составила 291 ± 24 дня, а при добавлении ронколейкина – 325 ± 29 дней. Годичная выживаемость,

соответственно, была равна 28 и 34 %. При этом следует отметить, что почти у всех пациентов по данным МРТ после операции, т.е. до начала консервативной терапии, определялась остаточная опухолевая ткань.

У пациентов с кавернозными ангиомами при МРТ наблюдалась положительная динамика. У 2/3 больных с неврологическими нарушениями имело место их обратное развитие. К моменту анализа ни у одного больного не было нарастания неврологической симптоматики и других клинических проявлений кровоизлияния.

Таким образом, нетрадиционное ускоренное лучевое и одновременное химиолучевое лечение обладает достаточной эффективностью, при адекватном применении не ведет к серьезным осложнениям и может быть использовано у широкого спектра пациентов с опухолями головного мозга.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ РОТОГЛОТКИ

В.М. Виноградов, И.В. Василевская, Т.В. Ладанова

ФГУ “Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт”, г. Санкт-Петербург

Городская больница № 8, г. Санкт-Петербург

Проблема оказания помощи больным злокачественными опухолями орофарингеальной зоны является весьма актуальной. У большинства из них к моменту обращения в специализированное онкологическое учреждение диагностируется распространенный процесс. При этом пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний и вредных привычек затрудняют проведение адекватного лечения у данного контингента пациентов. Низкие показатели местного излечения, безрецидивной и общей выживаемости, тягостная симптоматика и выраженные реакции в ходе проведения лучевой и химиолучевой терапии диктуют необходимость поиска новых подходов к лечению этих больных.

Начиная с 1994 г., была предложена и апробирована методика лучевой терапии больных раком ротоглотки III–IV ст., представляющая собой двукратно-расщепленный мультифракционированный ускоренный курс дистанционной гамма-терапии (47 пациентов). С 1997 г. она была дополнена одновременной химиотерапией (58 человек). Контролем послужили 75 пациентов, прошедших курс конвенциональной лучевой терапии. Облучение проводилось на аппарате “РОКУС-М” в статическом режиме.

Весь курс лечения состоял из трех одинаковых этапов с двумя перерывами между ними. На протяжении каждого из этапов ежедневная очаговая доза составляла 4 Гр и с целью снижения частоты поздних лучевых реакций со стороны кожи и подкожной клетчатки распределялась между двумя сеансами лучевой терапии с интервалом между ними не менее 4,5–5 ч. Суммарно за каждый пятидневный этап лечения подводилось 20 Гр. Продолжительность плановых перерывов между ними была определена в 2 нед. Общая суммарная очаговая доза за три этапа равнялась 60 Гр, на интактные лимфатические узлы – 40 Гр за 2 этапа. В рамках одновременной химиолучевой терапии предложенная схема облучения дополнена введением 5-фторурацила и цисплатина. Введение 5-фторурацила в виде монохимиотерапии осуществлялось во второй и четвертый дни каждого из этапов лучевой терапии внутривенно в разовых дозах 500–750 мг. Таким образом, суммарные дозы на курс лечения составляли от 3000 до 4500 мг. При использовании режима полихимиотерапии дополнительно вводился цисплатин в третий день каждого из этапов химиолучевого лечения (30 мг/м^2), всего за курс 150 мг.