

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.

Всем больным анализируемой группы удалось завершить запланированную терапию. После второго этапа положительная динамика (регресс опухоли более чем на 50 %) отмечалась у 70 % пациентов. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения свидетельствовал о достоверно лучших результатах при использовании предложенной методики. Частота и степень выраженности острых лучевых реакций при проведении двукратно расщепленного ускоренного курса облучения с дневным дроблением дозы не возросли. При сопоставлении показателей двухлетней выживаемости наиболее благоприятные результаты были получены у больных, получавших курс лучевой терапии в режиме ускоренного фракционирования

с дневным дроблением дозы в сочетании с однократной моно- или полихимиотерапией – 39,7 %; в контроле – 23,3 % ($p < 0,05$). Лучшие показатели фактической выживаемости в этой группе сохранялись также и на четвертом году наблюдения, с нивелированием различий между методиками после пяти лет.

Выводы. Разработанная методика позволила в короткие сроки облучить очаг и регионарные лимфоузлы в туморицидной дозе, добиться выраженного и быстрого регресса опухоли. Частота и степень выраженности лучевых реакций не возросли по сравнению с обычным фракционированием. Дополнение облучения химиотерапией привело к возрастанию количества полных ответов и выживаемости.

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Н. Волченко

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

Иммуноцитохимическое исследование при раке щитовидной железы помогает в дифференциальной диагностике различных гистологических форм рака. Для наиболее распространенного папиллярного рака (ПР) характерна экспрессия тиреоглобулина и TTF-1, цитокератинов (ЦК), преимущественно высокомолекулярных цитокератинов, особенно ЦК-19, который, к сожалению, также может экспрессироваться в фолликулярном эпителии при хроническом аутоиммунном тиреоидите. Иногда бывает положительная реакция с антителами S-100 к эстрогеновым рецепторам и никогда к хромогранину и синаптофизину. Экспрессия НВМЕ-1 и галектина-3 часто подтверждает злокачественный характер папиллярных эпителиальных образований, но не является специфической для ПР. Неметастазирующий ПР экспрессирует p27, и нет экспрессии циклина Д1, а метастазирующий, наоборот, теряет экспрессию p27 и экспрессирует циклин Д1.

Фолликулярный рак (ФР), также как и ПР, иммунореактивен к тиреоглобулину и TTF-1, но, в отличие от ПР, к низкомолекулярным ЦК, хотя в отдельных наблюдениях экспрессирует ЦК-19. Галектин-3 и НВМЕ-1 может экспрессироваться в ФР. Экспрессия Е-кадгерина и Я-кадгерина отмечается только в высокодифференцированных ФР с ограниченной инвази-

ей. Для ФР характерна экспрессия Bcl-2 и отсутствует экспрессия Tr 53, циклин Д 1 определяется очень редко в небольшом количестве клеток, а с антителами p27 – резко положительная реакция. Экспрессия маркера пролиферативной активности (Ki-67) коррелирует с экстраклеточным распространением и сосудистой инвазией. Медулярный рак (МР) в 80% вырабатывает кальцитонин, TTF-1, низкомолекулярные цитокератины, как правило, характерна нейроэндокринная активность (положительный хромогранин А и синаптофизин). Часто отмечается продукция РЭА. Маркер пролиферативной активности (Ki-67) имеет низкий уровень экспрессии. При комбинации ПР и МР часть клеток продуцирует кальцитонин, часть – тиреоглобулин и оба типа клеток – TTF-1. Бывают раки, где одна и та же клетка продуцирует и тиреоглобулин, и кальцитонин.

Инсулярная карцинома относится к низкодифференцированному раку, однако отмечается экспрессия TTF-1, редко в отдельных клетках тиреоглобулина, а экспрессия Е-кадгерина отсутствует.

В анаплазированном раке отсутствует экспрессия тиреоглобулина, редко положителен TTF-1, цитокератины экспрессируются в 80 %, ЭМА – в 30–50 %, РЭА – менее 10 %; резко положителен Tr 53.