

После химиотерапии больным была проведена лучевая терапия в той же дозе. Химиотерапия и, в нескольких случаях, лучевая терапия проводились также повторно ряду больных при наличии продолженного роста опухоли или появлении отдаленных метастазов.

Продолжительность жизни и безрецидивного периода больных изучена в промежутке от 1 до 7 лет.

У пациентов, получивших химиотерапию, 5-летняя выживаемость составила 47% (8 человек). Рецидивы возникли у 12 наблюдавших больных (70,6%); безрецидивный период, в среднем, был 2,3 года ($p=0,029$). У 1 больного продолжительность безрецидивного периода длится более 9 лет. У 2-х больных (11,7%), несмотря на рецидив опухоли, продолжительность жизни более 7 лет после операции.

Из пациентов, получивших после хирургического лечения только курс лучевой терапии, 5-летней выживаемости достигли 30% (6 человек). Рецидивы отмечались у 16 (80%) больных, а безрецидивный период составил 1 год 4 месяца ($p==0,063$). У двух больных, не получавших химиопрепараты возникли экстракраниальные метастазы.

В нашем исследовании выживаемость больных значительно зависела от радикальности проведенной операции: 5-летняя выживаемость при тотальном удалении опухоли составила 51%, а при парциальном - 25% ($p=0,095$).

Авторам представляется, что комплексный подход к лечению злокачественных менингиом головного мозга с обязательным применением в послеоперационном периоде лучевого лечения и химиотерапевтических препаратов является оправданным и позволяет добиться увеличения продолжительности жизни больных и улучшить прогноз заболевания.

Брахитерапия в комбинированном лечении первичных и метастатических опухолей головного мозга

Н.В. Фиалко, Д.Л. Бенцион, П.Б. Гвоздев,

В.С. Колотвинов, С.Н. Баянкин

Свердловский областной онкологический диспансер,

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Задачи исследования: освоение технологии стереотаксической брахитерапии (БТ), оценка переносимости и непосредственных результатов лечения.

Материалы и методика: В период 2001-2002 гг. нами проведены курсы БТ 14-ти пациентам с первичными, рецидивными и метастатическими неоперабельными опухолями головного мозга. По гистоструктуре распределение было следующим: астроцитома II по ВОЗ (А) - 2, анапластическая астроцитома (АА) - 2, мультиформная глиобластома (МГБ) - 5, метастазы - 5.

На первом этапе на основании данных, полученных при КТ, МРТ проводилось планирование траектории для предстоящей биопсии. Траектория планировалась на навигационной станции "Stryker" с учётом крупных сосудов и функциональных зон мозга. После получения гистологического заключения, по заданной траектории в опухоль имплантировались пластиковые интрастаты, количество которых определялось объёмом мишени. Следующим этапом проводилась топометрическая разметка мишени с помощью КТ (МРТ), полученные изображения в формате Dicom передавались на систему планирования БТ "Abacus", где осуществлялось дозиметрическое планирование. Заключительным этапом была реализация облучения на аппарате "GammaMed plus" с источником Ir192 (HDR). Облучение проводилось в режиме гиперфракционирования дозы (3-4Гр 2 раза в день с интервалом 4-5 часов) до СОД 36-44изоГр. Пациентам с глиомами, не получавшим ранее ЛТ, также проводилось наружное облучение в СОД 54-56изоГр, а пациентам с метастазами в головной мозг проводилось тотальное наружное облучение головного мозга в СОД 36-40изоГр.

Результаты: Переносимость курса облучения была удовлетворительной. Через 12 месяцев живы 8 (57%) пациентов (2 - А, 2 - АА, 3 - МГБ, 1 - с метастазом РМЖ), из них без признаков прогрессирования опухоли - шестеро пациентов. Шесть пациентов погибли от прогрессирования болезни.

Выводы: Брахитерапия - малоинвазивный метод, позволяющий повысить эффективность лечения больных с опухолями головного мозга.

МР-ангиография в планировании стереотаксической биопсии и криодеструкции внутримозговых опухолей

В.А. Фокин, Г.Е. Труфанов, Д.В. Свистов,

Б.В. Мартынов, А.И. Холявин

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Стереотаксическая биопсия позволяет диагностировать и определить стадию глиального новообразования, даже когда опухоль локализуется в функционально значимой или глубинной областях головного мозга. Стереотаксическая биопсия должна сопровождаться минимальным повреждением нормально функционирующего головного мозга. При этом для получения адекватного количества тканевого материала и корректной постановки диагноза могут быть необходимы множественные цели для биопсии, а наличие в злокачественных глиомах развитой сосудистой сети значительно увеличивает риск закрытых биопсий. Интраоперационная смертность от кровотечения во время стереотаксической биопсии составляет 1-2.3 %, преходящие ухудшения от кровотечения или отека, вызванных биопсией, составляют ещё 3%.

Цель работы. Определение диагностической значимости МР-ангиографии в предоперационном планировании стереотаксической биопсии и криодеструкции у больных с внутримозговыми опухолями.