

го прекратились, больной работает, содержит семью. При повторном МРТ исследовании установлена выраженная атрофия мозолистого тела (общая площадь на сагиттальном срезе составляла 388 мм<sup>2</sup>; толщина isthmus составляла 3 мм поперечного сечения, тогда как диаметр других отделов удерживался на уровне нижней границы нормы.

Т.о., при стандартной передне-височной лобэктомии с объемом резекции до 30 см<sup>3</sup> - атрофия мозолистого тела после операции не развивалась - как в ближайшем, так и отдаленном периоде после операции. Объяснением найденной особенности служат данные анатомических исследований проводящих путей мозга, указывающих на то, что нейроны медико-базальных образований височной доли (которые служат мишенью операции) имеют межполушарные взаимосвязи вне мозолистого тела. Эти лимбические образования имеют проекции к поясной извилине, своду, мамиллярным телам гипоталамуса; участвуют в формировании "лиры Давида", а также связаны с гомологичными структурами противоположной височной доли посредством передней белой спайки. Расширение объема вмешательства и зоны резекции коры приводит к ущербу объема мозолистого тела.

В заключение следует подчеркнуть, что патологические очаговые процессы и нейрохирургические вмешательства сопровождаются как местными, так и общими регрессионными явлениями в головном мозге. Использование морфометрии мозолистого тела позволяет более тонко отслеживать атрофические изменения белого вещества головного мозга, вследствие прямого и отсроченного повреждения комиссуральных межполушарных связей. При ограниченной передне-височной лобэктомии существенной каллозальной атрофии не наблюдается, что объясняется направленностью вмешательства у больных на лимбических структурах височной доли, имеющих межполушарные связи вне мозолистого тела. Особенности парциальной убыли мозолистого тела после очаговых полушарных поражений другой локализации и объема требуют дальнейшего накопления данных.

## **Варианты фракционирования дозы при облучении больных со злокачественными глиомами**

### **Д.Л. Бенцион**

Свердловский областной онкологический диспансер, Екатеринбург

В мире регистрируется неуклонный рост заболеваемости опухолями всех локализаций, в том числе и центральной нервной системы (Чиссов В.И. с соавт., 2001). Так в РФ с 1990 по 2000 годы темпы среднегодового прироста заболеваемости опухолями ЦНС составили 3,78%, а прирост за 10 лет составил почти 40%. В 2000 г. стандартизованный мировой показатель равнялся 2,4 /100 тыс., по РФ - 2,78/100 тыс., по Свердловской и Челябинской областям - 4,21 и 3,92 соответственно. Стандартизованный показатель смертности по РФ - 2,92/100 тыс. населения, по Свердловской и Челябинской областям - 3,5 и 3,25 соответственно. Се-

годня общепринят приоритет комбинированного подхода к лечению опухолей головного мозга, который реализуется в виде множества вариантов. Стандартная терапия включает максимально возможную резекцию опухоли и локальное облучение в дозе 60Гр за 6 недель, что обеспечивает выживаемость от 4 до 12 месяцев. Поскольку, кардинально повлиять на продолжительность жизни пациентов, несмотря на все современные методы, пока невозможно, необходимо хотя бы обеспечить проведение лечения с максимальным сохранением качества жизни пациента (Aiken, 1994). Его снижение чаще всего обусловлено токсичностью агрессивного лечения, необходимостью длительного нахождения в стационаре. Ряд исследований подтвердили приемлемость по эффективности и токсичности укороченных курсов (гипофракционирование, ускоренное гиперфракционирование) облучения в отдельных группах пациентов (Tomas, 1994, Bauman, 1994, Kleinberg, 1997, Slotman, 1996, Anders, 2000).

**Цель исследования:** сравнительная оценка результатов выживаемости и токсичности различных режимов фракционирования дозы (классический и ускоренное гиперфракционирование (УГФ)) облучения при комбинированном лечении злокачественных глиом.

**Материал и методы:** материалом исследования послужили пациенты с мультиформной глиобластомой (n=125) с МГБ, которым в 1995-2003 гг. проводилось комбинированное лечение (резекция+облучение). В группе «А» (n=36) облучение проводилось в режиме УГФ (2 Гр x 2 раза в день с интервалом 6 часов до СОД 48 Гр (60изоГр), в группе «Б» (n=89) – в классическом режиме фракционирования (фракции 2 Гр №30). В клинический объем мишени включали опухоль по предоперационным КТ (МРТ) с отступами 3 см, после подведения дозы 40 Гр отступы уменьшались до 1 см. Облучение проводилось фотонами с энергией 6Мв на ЛУЭ с использованием предлучевого компьютерного планирования на КТ и планирующей системы, часть пациентов группы «Б» (1995-1997 гг.) облучалась на Со60 без КТ планирования. Оценка эффекта проводилась на основании КТ или МРТ каждые 3 месяца. Ранние и поздние изменения состояния пациентов оценивались по шкале ECOG и NPS.

**Результаты:** медиана выживаемости в группе «А» составила 8,5 месяцев, в группе «Б» - 9. Данные по группе «Б» представлены без учета различий в методике планирования ЛТ и реализации облучения (фотоны 6Мв или Со60).

Оба режима были удовлетворительны по переносимости и влиянию на общесоматический и неврологический статус.

Длительность госпитализации в группе «А» (УГФ) составила в среднем 18 дней, в «Б» - 41.

**Выводы:** оба режима фракционирования сравнимы по критерию выживаемости и токсичности. Режим УГФ позволяет сократить длительность госпитализации и количество сеансов облучения, что положительно сказывается на качестве жизни пациента. В целях улучшения результатов выживаемости предполагается продолжить исследование режима УГФ в сочетании с противоопухолевыми цитостатиками.