

ХИМИОРАДИОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Статья посвящена анализу эффективности химиолучевого лечения ПОГМ в зависимости от радикальности лучевой терапии.

Ключевые слова: химиолучевое лечение, злокачественные опухоли, головной мозг.

Стаття присвячена аналізу ефективності хіміопроменевого лікування ПОГМ залежно від радикальності променевої терапії.

Ключові слова: хіміопроменеве лікування, злоякісні пухлини, головний мозок.

Article is devoted to the analysis of efficiency of himioluchevey treatment of POGM depending on radicalism of beam therapy.

Key words: himioluchevey treatment, malignant tumors, brain patients, program of a quality assurance of beam therapy.

Введение. Показатель заболеваемости первичных опухолей головного мозга (ПОГМ) в мире составляет примерно 3 случая на 100 000 населения в год. Несмотря на относительную редкость, ПОГМ характеризуются несоразмерно высокими показателями частоты осложнений и летальности. 5-летняя выживаемость пациентов составляет около 30 % [1].

Несмотря на достижения в области диагностики и лечения, на сегодняшний день злокачественные ПОГМ характеризуются весьма неблагоприятным прогнозом. Выделяют более 100 различных типов ПОГМ. Ведущим в лечении опухолей головного мозга является хирургический метод. Данные ретроспективных исследований свидетельствуют о более высокой выживаемости пациентов, которым выполнялась максимально радикальная резекция опухоли [2].

Однако отмечено, что после хирургического лечения продолжительность жизни остается низкой. Проведение комбинированного лечения опухолей головного мозга с использованием хирургического, лучевого и химиотерапии дало возможность улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения [3], однако подобное увеличение вряд ли стоит признавать значительным. Не прекращаются попытки определить оптимальную суммарную дозу облучения, режим ее подведения и сочетания с различными цитостатиками [4].

Целью исследования явился анализ эффективности химиолучевого лечения ПОГМ в зависимости от радикальности лучевой терапии.

Материалы и методы. С 2006 по 2010 год в ГУ «ИМП НАМН» получили лучевую терапию

99 больных по поводу опухолей головного мозга. Хирургический этап лечения выполнялся в отделениях нейрохирургического профиля. Тотальное и субтотальное удаление опухоли проведено 65 (65,6 %) пациентам, частичное удаление – 20 (20,2 %) пациентам, паллиативная шунтирующая или декомпрессионная операция – 14 (14,1 %). Взрослых пациентов было 91, детей – 8.

По гистологическому строению ПОГМ больные распределились следующим образом: глиобластомы – 15 (15,8 %), астроцитомы – 31 (31,4 %), анапластические менингеомы – 24 (24,28 %), олигодендроглиомы – 14 (4,28 %), медуллобластомы – 15 (14,27 %).

После проведенного хирургического этапа лечения через 2-4 недели начиналась дистанционная лучевая терапия на гамма-терапевтическом аппарате «РОКУС-АМ» или на линейном ускорителе «Clinac-600С». Лечение проводилось в режиме традиционного фракционирования (1,8-2 Гр 5 раз в неделю) непрерывным или расщепленным курсом.

Планирование лучевой терапии осуществлялось с помощью планирующей системы Eclipse фирмы VARIAN. Объем облучения и СОД определялись характером операции, морфологическими данными, общим состоянием больных. При этом на весь объем головного мозга подводилось 40 Гр, затем через 3 недели на ложе радикально удаленной опухоли или на резидуальную опухоль добавлялся буст 20 Гр. Лучевое лечение проводилось на фоне дегидратационной и гормонотерапии.

Отдельную группу больных составили больные с медуллобластомами, которым проводилась лучевая терапия по методике краниоспинального облучения.

Одновременно с облучением 46 больных (46,5 %) получали химиотерапию в режиме радиосенсибилизации или в монорежиме (темодал, препараты CCNU, винкристин, кселода), из них 20 (20,2 %) – после радикальных и 26 (26,3 %) – после паллиативных операций.

Еще 24 % пациентов после окончания лучевого лечения (10 % – с химиорадиосенсибилизацией, 14 % – без нее) получали 3-4 цикла адьювантной химиотерапии по общепринятым схемам с использованием тех же цитостатиков (темодал, препараты CCNU, винкристин, кселода).

Результаты лечения контролировались клинически и с помощью КТ либо МРТ 1 раз в 3 мес.

Результаты

Большинство больных (72 чел. – 72,7 %) переносили облучение без выраженных лучевых реакций и закончили лучевую терапию в запланированной СОД

(до 60 Гр на ложе опухоли при радикальной операции или на остаточную опухоль при циторедуктивной).

После 8-10 сеансов самочувствие пациентов, как правило, улучшалось: уменьшались шаткость походки, головокружение, головные боли, неврологические отклонения, увеличивалась сила в конечностях. Наиболее значительно улучшение самочувствия больных наступало к концу перерыва между первым и вторым этапами лучевого лечения.

У остальных 28 пациентов (28,3 %) лечение было прервано в связи с ухудшением общего состояния и развитием клиники внутричерепной гипертензии после подведения СОД 28-36 Гр.

Анализ выживаемости показал, что после комбинированного лечения более года прожили 39 пациентов (39,3 %), два года – 15 пациентов (15,15 %), три года – 8 пациентов (8,08 %). Результаты терапии, в зависимости от примененного метода лечения, приведены в табл. 1.

Таблица 1

Эффективность различных методик лечения ПОГМ

Метод лечения	Число пациентов	Период до прогрессии, мес.	Общая выживаемость, мес.
Радикальная хирургия + ДГТ	45	8,8 ± 1,22	14,9 ± 2,31
Радикальная хирургия + ДГТ + химиотерапия	20	12,3 ± 2,13	18,7 ± 1,93
Паллиативная хирургия + ДГТ	8	7,1 ± 1,25	9,7 ± 0,86
Паллиативная хирургия + ДГТ + химиотерапия	26	7,2 ± 0,81	11,4 ± 1,13

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение цитостатиков в качестве радиосенсибилизаторов на этапе послеоперационного облучения, по сравнению с только лучевой терапией, приводит к увеличению общей выживаемости и периода до прогрессирования заболевания.

Данная закономерность лучше прослеживается в группе больных, которым были выполнены радикальные операции. В частности, отмечено увеличение 2-летней выживаемости с 10 до 26,5 % у пациентов, получавших комбинированный курс ДГТ и темозоламида с последующими 6-месячными курсами темозоламида по сравнению с только лучевой терапией.

В случае же паллиативного хирургического лечения независимо от того, применялась ли химиотерапия или только лучевая терапия, длительность периода до прогрессирования идентична, а общая выживаемость отличается недостоверно.

Менее года прожили в основном больные с глиобластомами, анапластическими астроцитомами, особенно после паллиативных операций.

Выводы

1. Послеоперационная лучевая терапия является важным компонентом в комбинированном и комплексном лечении ПОГМ.

2. Результат лечения больных ПОГМ во многом зависит от радикальности оперативного вмешательства и возможностей лучевой терапии.

3. Применение одновременной химиолучевой терапии способствовало увеличению продолжительности периода до прогрессирования и общей выживаемости вне зависимости от объема оперативного лечения, однако достоверно только в случае выполнения радикальных вмешательств.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медяник И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии, 2008. – № 12. С. 71–75.
2. Никифоров Б. М. Опухоли головного мозга / Б. М. Никифоров, Д. Е. Мацко. СПб. : Питер, 2003. – 311 с.
3. Лазарь Д. А. Роль лучевой терапии при комбинированном лечении злокачественных опухолей головного мозга. Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2002. Т 11. – № 2. – С. 95–103.
4. Charpan & HALL MEDIKAL // Практическое руководство по лучевой терапии в лечении рака. – 2000. – С. 256-275.

Рецензенты: *Хворостенко М. І.*, д. мед.н., професор;
Солодьянникова О. І., д. мед.н., професор.

© Сухіна О. М., Старенький В. П., Тарасова О. Н.,
Грищенко Т. П., Свинарченко А. В., 2012

Дата надходження статті до редколегії: 15.04.2012 р.

СУХІНА О. М. – Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України, м. Харків, Україна.
Коло наукових інтересів: радіомедицина.

СТАРЕНЬКИЙ В. П. – Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України, м. Харків, Україна.
Коло наукових інтересів: радіомедицина.

ТАРАСОВА О. Н. – Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України, м. Харків, Україна.
Коло наукових інтересів: радіомедицина.

ГРИЩЕНКО Т. П. – Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України, м. Харків, Україна.
Коло наукових інтересів: радіомедицина.

СВИНАРЕНКО А. В. – Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України, м. Харків, Україна.
Коло наукових інтересів: радіомедицина.