ISSN 1728-3000
Informo, ergo sum!

ВЕСТНИК

Московского Онкологического Общества

ПРОДОЛЖИМ ПОСВЯЩАТЬ ПРЕКРАСНЫЕ ПРОРЫВЫ В НАУКЕ И ПРАКТИКЕ 55-ЛЕТИЮ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА: ПОСТУПЛЕНИЕ НОВЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЮБИЛЕЙНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ!

Интернет: www.cancercenter.ru (ronc.ru) //www.rosoncoweb.ru //www.netoncology.ru //www.elibrary.ru //www.oncodome.narod.ru

№ 4 (557) *ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.* **ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.** **2009 АПРЕЛЬ**

ЗАСЕДАНИЕ № 557

СОСТОИТСЯ ВО ВТОРНИК, **28 АПРЕЛЯ** 2009 г., в **17. 00**

В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им.Н.Н. БЛОХИНА

Председатели: проф. А.И.Пачес, проф. В.Б.Карахан, д.м.н. Г.Е.Чмутин

ПОВЕСТКА ДНЯ: **ПРОБЛЕМЫ НЕЙРООНКОЛОГИИ**

Доклад: **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Чмутин Г.Е., Карахан В.Б., Алешин В.А., Фу Р.Г., Зотов А.В., Иванова Е.А.
(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Доклад: **ХИМИОТЕРАПИЯ В НЕЙРООНКОЛОГИИ**

Насхлеташвили Д.Р., Горбунова В.А., Бычков М.Б., Кузьминов А.Е., Рзаев Д.С., Алешин В.А., Фу Р.Г., Белов Д.М., Михина З.П., Алиева С.Б., Лукьянченко А.Б., Иванова Е.А.
(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Доклад: **ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ И РАДИОТЕРАПИИ В НЕЙРООНКОЛОГИИ**

Лядов К.В., Крымский В.А., Крымский А.В., Мартынова М.В.
(Лечебно-реабилитационный центр Росздрава)

Научно-практическая конференция

«ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ»,

посвященная 55-летию Московского Онкологического общества,
состоится 17 декабря 2009 г. в конференц-зале РОНЦ им. Н.Н.Блохина

Организационный комитет правления объявляет о начале подготовки к 55-летию нашего профессионального сообщества. Юбилей будет отмечен научно-практической конференцией, на которой, по установившейся традиции (см. опыт торжеств в связи с 50-летием Общества и материалы состоявшейся в 2004 г. конференции по экстренной хирургии и терапии в онкологии), будут рассмотрены наиболее важные вопросы онкологической науки и практики.

В материалах декабрьской (2009 г.) конференции, названной «ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ», найдут отражение статьи, аналитические обзоры, описания практических наблюдений. Будут приняты к публикации сведения о заболеваемости, смертности, продолжительности и условиях (качестве) жизни онкологических пациентов. Особый интерес представят исследования, в которых показатели выживаемости – как фактические, так и актуариальные – будут дополнены анализом причин летальных исходов после радикального противоопухолевого лечения. Разумеется, без каких либо ограничений будут опубликованы описания случаев клинического излечения, взятые из богатейшей онкологической практики. Объем представляемых сообщений не лимитируется. Ваши материалы следует направлять – до 30 июня 2009 г. – на почтовый и электронный адреса, указанные в выходных данных Вестника Общества.

Примером успешной клинической практики стало сообщение, поступившее из нейроонкологического хирургического отделения РОНЦ. Сообщение публикуется на следующей странице:

(Продолжение см. с. 2)

МАТЕРИАЛЫ

Научно-практической конференции **«ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ»,** посвященной **55**-летию Московского Онкологического общества

Проблемы нейроонкологии впервые обсуждались в Московском онкологическом обществе в январе 2004 г. Тогда в многочисленных материалах были рассмотрены вопросы клиники и диагностики, хирургии, лучевой и лекарственной терапии опухолей мозга. В одном из сообщений излагались клинические данные о больном мелкоклеточным раком легкого, с метастазами в мозг, пережившим 5-летний срок. Сообщение дополнялось памятной фотографией пациента и его лечащего врача рядом с бюстом основателя Онкологического центра. Как оказалось, эта публикация получила интересное продолжение:

ВЕСТНИК
Московского Онкологического Общества

ЗАСЕДАНИЕ № 504,
СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ 29 ЯНВАРЯ 2004 г. в 17. 00
В КОНФЕРЕНЦ- ЗАЛЕ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им.Н.Н.БЛОХИНА

Повестка дня:
1) ОТЧЕТЫ и ВЫБОРЫ В ОБЩЕСТВЕ
ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАБОТЫ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (ОТЧЕТ ЗА 2002-2003гг. ПЛАНЫ НА 2004-2005гг)
2) МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ МОЗГА

Доклад: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Доклад: ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Доклад: ХИРУРГИЯ МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Доклад: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА
Доклад: ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Доклад: ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Демонстрация: СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО С МЕТАСТАЗОМ В МОЗГ

ОБЩЕСТВО-2004: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ:

(Продолжение – на С.2)

№ 1, 2004 **ВЕСТНИК** Московского Онкологического Общества —5—

Демонстрация: Насхлеташвили Д.Р., Лукьянченко А.Б., Карселадзе А.И., Османов Ю.И. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО С МЕТАСТАЗОМ В МОЗГ

Современная химиотерапия позволяет добиться лечебного эффекта при метастазах в головной мозг. Это подтверждает следующее наблюдение:

У больного 60 лет (ИБ № 98/17589) осенью 1998г. появились головные боли, головокружение, слабость в левой руке и ноге, а также осиплость. Обследование в РОНЦ позволило установить диагноз мелкоклеточного, центрального рака верхней доли левого легкого, с метастазами в лимфатические узлы корня, средостения, правой подмышечной области, головной мозг. $T_2N_2M_1$ (IV стадия). Морфологическое подтверждение диагноза получено при биопсии опухоли бронха (при бронхоскопии) и пункции подмышечного лимфоузла. При МРТ мозга (2.12.98) выявлен метастатический узел в правой лобной доле с полостью распада и два очага, расположенные в обеих гемисферах мозжечка, размерами 1,5–2 см в диаметре, с выраженным перифокальным отеком. Желудочковая система деформирована и смещена влево.

С января по август 1999 г. проведено пять курсов химиотерапии по схеме AVP. (ACNU/Нидран/ – 2-3 мг/кг в/в струйно в 1 день; Вепезид – 100 мг/м^2 внутривенно капельно в 4,5,6 дни; Цисплатин – 40 мг/м^2 внутривенно капельно во 2 и 8 дни). Интервал между курсами – 6 недель.

При обследовании в августе 1999 года отмечена полная регрессия опухоли и отдаленных метастазов. По данным МРТ мозга (13.08.99) в правой лобной области определялась лишь зона рубцовых изменений, без каких-либо очагов поражения. Боковые желудочки – без расширений и деформаций. Третий и четвертый желудочки располагались по средней линии. Отмечена также полная регрессия неврологической симптоматики.

Больной остается под наблюдением РОНЦ без признаков прогрессирования заболевания.

На снимке: Излеченный пациент и его лечащий врач у входа в Онкологический центр (январь, 2004 г.).

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО С МЕТАСТАЗАМИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ (Данные 1999-2009 гг).

Насхлеташвили Д.Р., Лукьянченко А.Б., Карселадзе А.И., Кондратьева Т.Т.
(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Больной 60 лет обратился в РОНЦ осенью 1998 г. с клиническими проявлениями поражения левого легкого и головного мозга. При обследовании установлен диагноз мелкоклеточного рака левого легкого IV стадии ($T_2N_2M_1$).

По данным МРТ в правой лобной доле определялся опухолевый узел 2,0 см в диаметре с полостью распада, а также еще 2 метастаза меньших размеров в обеих гемисферах мозжечка с выраженным перифокальным отеком. С января по август 1999 г. проведено 5 курсов химиотерапии по схеме AVP с эффектом – отмечена полная регрессия опухоли и ее метастазов. Пациент остается под наблюдением РОНЦ без признаков прогрессирования заболевания.

…По данным литературы 5-летняя выживаемость больных мелкоклеточным раком легкого с метастазами в головной мозг после химиотерапии не превышает 1%. Медиана выживаемости составляет 8-12 мес. Случаи 10-летней выживаемости при указанной распространенности процесса не представлены.

Таким образом, опыт РОНЦ характеризуется уникальным наблюдением не только отечественной, но и мировой химиотерапии.

ТРУДЫ
МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №#557 (April 28, 2009)

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY AND METASTATIC BRAIN LESIONS

Report-1: SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY AND METASTATIC BRAIN TUMORS. By Dr. G.Chmutin, Prof. V.Kharahan, Dr. V.Aleshin et al. (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

Report-2: THE USE OF CHEMOTHERAPY IN COMBINED THERAPY FOR PRIMARY AND METASTATIC BRAIN LESIONS. By Dr. D.Nashletashvili, Prof. V.Gorbunova, Prof. S.Tkachev, Prof. G.Chmutin, et al. (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

Report-3: THE USE OF DISTANT STEREOTAXIC RADIOSURGERY & RADIOTHERAPY IN NEIROONCOLOGY. By Prof. K.Liadov, Prof. V.Krimsky, Dr. A.Krimsky, Dr. M.Martinova, et al. (Russian Center for Treatment and Rehabilitation).

Доклад:

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Чмутин Г.Е., Карахан В.Б., Алешин В.А., Фу Р.Г., Зотов А.В., Иванова Е.А.
(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

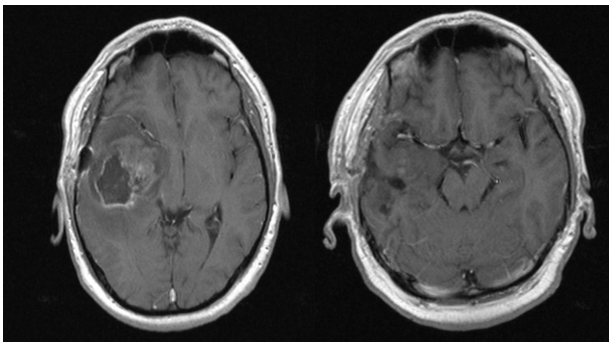
Лечение больных опухолями головного мозга требует совместных усилий нейрохирургов и онкологов. Для решения проблем нейроонкологических пациентов с 2007 г. в РОНЦ работает нейрохирургическое онкологическое отделение. В значительном числе случаев отмечены удовлетворительные непосредственные результаты.

Среди первичных опухолей головного мозга преобладают глиомы. Хирургические вмешательства по поводу этих новообразований выполняются с максимальным радикализмом, т.е. – должным отдалением линии резекции от опухоли, что обеспечивает значительное увеличение продолжительности жизни, повышение ее качества. При операциях вблизи функционально значимых зон адекватное планирование хирургического вмешательства и интраоперационный физиологический контроль позволяет добиться минимизации неврологического дефицита в послеоперационном периоде.

Пациенты со злокачественными глиальными опухолями получают не только хирургическое лечение, но и адьювантную химио-лучевую терапию в соответствии с современными стандартами.

Иллюстрации
К статье Г.Е.Чмутина с соавт.
«ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА»

Больной 29 лет. Диагноз: глиобластома правой височной доли. Слева – опухоль до 10 см , с перифокальным отеком, компрессией и смещением боковых желудочков. Справа – состояние через 6 мес после удаления опухоли; в процессе проведения химио-лучевой терапии.



Метастатическое поражение головного мозга не является обоснованием назначения симптоматического лечения. Хирургическое вмешательство может быть выполнено не только по поводу солитарного метастаза, но и при единичных (в отдельных случаях – множественных) метастатических поражениях.

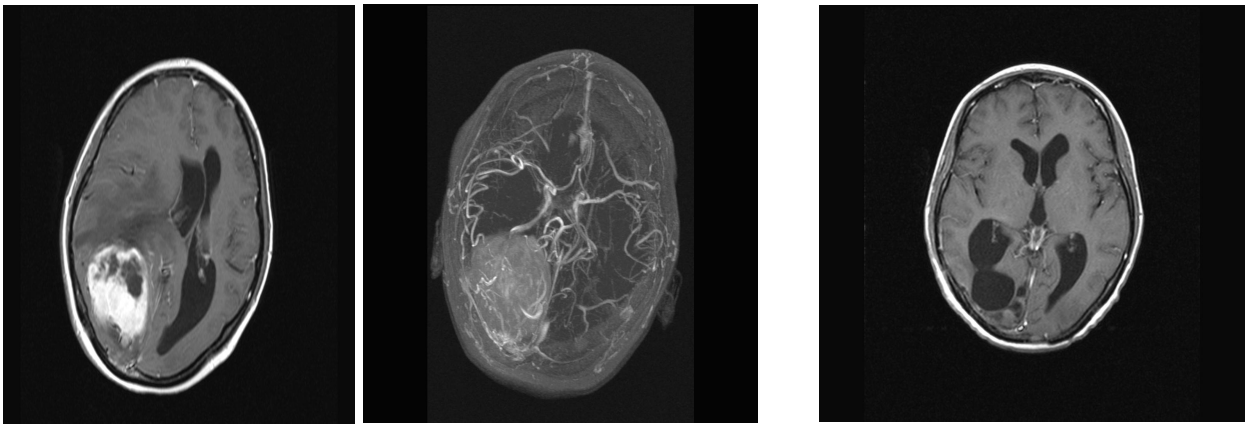
Показания к операции определяются по результатам комплексного обследования и оценки не только поражения мозга, но и распространенности внецеребральных опухолей. Выбор метода лечения, кроме того, определяется с учетом всех возможностей противоопухолевого лечения – на консилиуме с участием нейрохирургов, химиотерапевтов, радиологов.

Следует отметить, что прогноз церебрального поражения зависит от радикальности нейрохирургического вмешательства, которое должно проводиться с соблюдением онкологических принципов абластичности – удаление опухоли выполняется единым блоком с сохранением функционально значимых зон. С успехом применяется методика хронического транскутанного дренирования кистозных компонентов метастатических церебральных опухолей.

Квалификация специалистов, диагностическое оснащение, оборудование и инструментарий нейрохирургических операционных РОНЦ соответствуют международным стандартам. Сочетание комплексного онкологического подхода к лечению нейроонкологических пациентов и современных нейрохирургических, микрохирургических технологий позволяет добиваться существенных успехов в лечении пациентов опухолями головного мозга.

Иллюстрации
К статье Г.Е.Чмутина с соавт.
«ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА»

Больная 21 года. Диагноз: альвеолярная саркома мягких тканей поясничной области. Слева – предоперационные данные МРТ: опухоль теменно-затылочной области до 10 см, обильно васкуляризированная, с дислокацией срединных структур. Справа – через 6 мес после операции. В зоне удаленной опухоли – ликворная полость; дислокации срединных структур не определяется.



Доклад: **ХИМИОТЕРАПИЯ В НЕЙРООНКОЛОГИИ**

Насхлеташвили Д.Р., Горбунова В.А., Бычков М.Б., Кузьминов А.Е., Рзаев Д.С., Алешин В.А., Фу Р.Г., Белов Д.М., Михина З.П., Алиева С.Б., Лукьянченко А.Б., Иванова Е.А.
(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Метастазы в головной мозг диагностируются у 10-20% онкологических больных. В структуре поражений превалируют метастазы рака легкого (48%), молочной железы (15%), меланомы (9%); рака толстой кишки (5%) и почки (4%). Метастазы в головной мозг обнаруживаются на аутопсии у 25% больных, умерших от злокачественных новообразований.

Лучевая терапия на область головного мозга является стандартным методом лечения больных церебральными метастазами. Режим облучения обычно предусматривает подведение суммарной очаговой дозы 35-30 Гр (14 фракций по 2,5 Гр или 10 фракций по 3,0 Гр). Лучевая терапия снижает неврологический дефицит, зависимость от стероидов. Так, у большинства (60%) пациентов раком молочной железы удается достичь объективного эффекта в головном мозгу в виде полной или частичной регрессии опухоли. Проведение лучевой терапии позволяет увеличить среднюю продолжительность жизни больных до 4,2-6,0 мес сравнительно с 2-3 мес у больных раком молочной железы, получавших симптоматическую терапию стероидными гормонами. Прогностически благоприятными факторами являются общее состояние (более 70% по шкале Карновского) и отсутствие экстракраниальных метастазов.

Учитывая низкие результаты выживаемости больных, актуальным является изучение новых химиопрепаратов и схем комбинированной химиотерапии при метастатических поражениях головного мозга. Химиотерапия современными препаратами, в том числе в плане комбинированного лечения, позволяет улучшить непосредственные и отделенные результаты, увеличить продолжительность жизни больных. Перспективными, по результатам исследований, проведенных в РОНЦ, признано несколько режимов:

Так, при мелкоклеточном раке легкого (заболевании, при котором метастазы в головном мозгу обнаруживаются в течение I-II года наблюдения в 50-80% случаев) высокоэффективной оказалась схема AVP (ACNU + этопозид + цисплатин). В группе 30 больных, полные регрессии метастазов отмечены у 15 (50%) пациентов, а частичные – у 4 (13,3%). Средняя продолжительность жизни составила 8,8 мес. При объективном эффекте (полные и частичные регрессии церебральных метастазов) 40 и 27% больных пережили 1- и 2-летний срок.

Продолжается изучение эффективности комбинации ArDV (араноза + доксорубицин + винкристин) во II линии лечения больных распространенным мелкоклеточным раком легкого с метастазами в головной мозг. В группе из 10 больных достигнуты 3 полные и 1 частичная регрессия опухоли мозга.

Изучается режим с применением иринотекана (кампто) в дозе 60 мг/м^2 внутривенно в 1 и 8 дни и цисплатина в дозе 80 мг/м^2 внутривенно в 1 день, каждые 3 недели, у больных распространенным мелкоклеточным раком легкого с метастатическим поражением мозга в качестве I линии лечения. При оценке результатов этой химиотерапии в группе из 13 больных у 9 (69,2%) зарегистрирован объективный эффект, в том числе, 6 полных регрессий (46,1%). Медиана выживаемости составила 10 мес.

Новые схемы химиотерапии показали эффективность при метастазах в мозг немелкоклеточного рака легкого. Из 57 больных 47 проводилась химиотерапия по схеме: гемцитабин (гемзар) в дозе 1000 мг/м^2 внутривенно в 1 и 8 дни и цисплатин в дозе 50 мг/м^2 внутривенно в 1 и 8 дни. Курсы химиотерапии проводились каждые 3 недели (наибольшее количество курсов – 6); еще 10 пациентам, получавшим ранее химиотерапию по поводу метастатического поражения мозга без эффекта, в качестве химиотерапии II-III линии проведено лечение по схеме: темозоломид (темодал) в дозе 150 мг/м^2/сутки внутрь в 1-5 дни и иринотекан (кампто) в дозе 250 мг/м^2 внутривенно в 6-й день. Курсы химиотерапии проводились каждые 4 недели (до 6 курсов). Оценка эффективности лечения выполнена по результатам КТ/МРТ головного мозга с контрастным усилением.

В группе из 47 больных, получивших химиотерапию по схеме гемцитабин (гемзар) + цисплатин, полные регрессии достигнуты в 9 (19,2%), частичные – в 12 (25,5%); стабилизация процесса – в 18 (38,3%) случаях; 1-летняя выживаемость составила 31,9%. В группе из 10 больных, получивших химиотерапию по схеме темозоломид (темодал) + иринотекан (кампто), длительная (4 мес и более) стабилизация процесса достигнута в 7 случаях; 1-летняя выживаемость составила 30%.

С 2005 г. в РОНЦ при метастазах в головной мозг проводится изучение эффективности терапии темодалом в сочетании с лучевой терапией. Схема лечения: темодал – 75 мг/м^2/сутки внутрь, 1-14 дни + лучевая терапия на весь головной мозг (РОД=3 Гр, СОД=30 Гр), далее локально, на область отдельных опухолевых узлов (РОД=3 Гр, до СОД=45 Гр). В группе из 42 больных (в том числе – немелкоклеточным (20) и мелкоклеточным (3) раком легкого, раком молочной железы (12), меланомой (7)) объективный эффект (полные и частичные регрессии) достигнут у 22 (52,4%) больных, включая 7 (14,3%) полных регрессий церебральных метастазов. Медиана выживаемости в группе из 42 больных составила 8,0 мес.

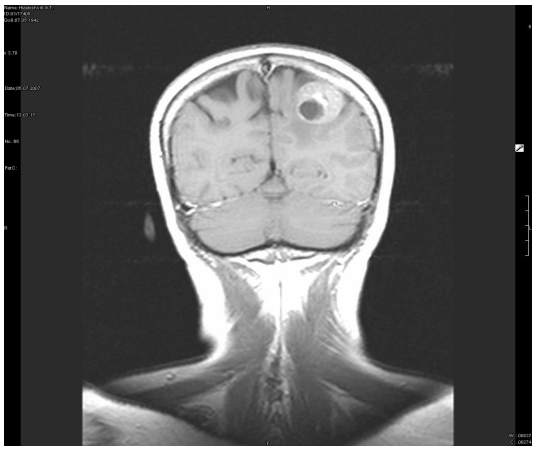
С 2007 г. в РОНЦ при диссеминированном раке молочной железы с метастазами в головной мозг изучается эффективность препарата капецитабин (кселода). В группе из 14 пациентов химиотерапия проводилась в следующем режиме: капецитабин (кселода) – 2000 мг/м^2/сутки внутрь в 1-14 дни, каждые 3 недели. При оценке эффекта частичная регрессия в опухоли мозга (по данным КТ и МРТ с контрастным усилением) зарегистрирована у 7 (50%), стабилизация у 6 (42,9%) пациентов, в 1 случае (7,1%) отмечено прогрессирование процесса.

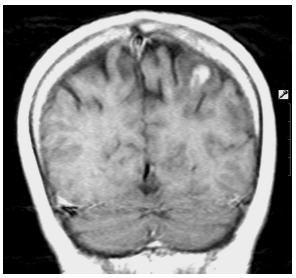
Медиана частичной регрессии составила 4 мес, медиана времени до прогрессирования болезни – 6 мес. Более 1 года живы 6 (42,9%) больных. Медиана выживаемости не достигнута (живы 9 из 14 пациентов). Переносимость лечения была удовлетворительной во всех случаях. При раке молочной железы с метастазами в головной мозг и гиперэкспрессией HER-2/neu проводилось лечение капецитабином (кселода) и трастузамабом (герцептином), либо капецитабином (кселода) и лапатинибом (тайвербом); результаты обобщаются.

Таким образом, современные режимы химиотерапии и химиолучевой терапии позволили изменить подходы к оказанию лечебной помощи больным с метастазами в головной мозг. Применение вышеуказанных режимов химиотерапии и химиолучевой терапии позволило достичь полной и частичной регрессии метастазов у 50-70% больных, продлить жизнь в среднем до 8-10 мес, а в отдельных случаях – до 3-5 лет.

В 2000-х гг. в лечении злокачественных глиом появились новые эффективные схемы лечения. Так, препарат темозоломид (темодал) зарекомендовал себя в качестве эффективного средства при лечении глиобластом. В рандомизированном международном исследовании показано преимущество сочетанной химиолучевой терапии с включением темодала в сравнении с одной лучевой терапией в качестве адъювантной терапии после хирургического лечения глиобластом (Stupp R. et al., 2004 г.). При сравнительном исследовании этих режимов 5-летняя выживаемость составила 9,8% в группе комплексного лечения в сравнении с 1,9% в группе получавших только лучевую терапию после нейрохирургических вмешательств. При анализе факторов прогноза статистически значимые различия показаны в зависимости от соматического состояния и возраста пациентов, метилирования MGMT и экспрессии EGFR в опухолях.

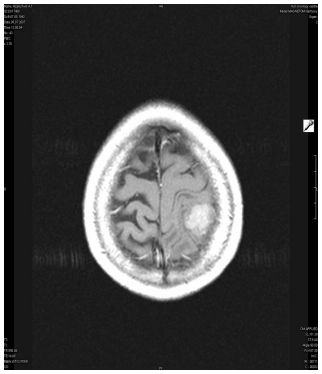
(Продолжение доклада – см. с. 7.)

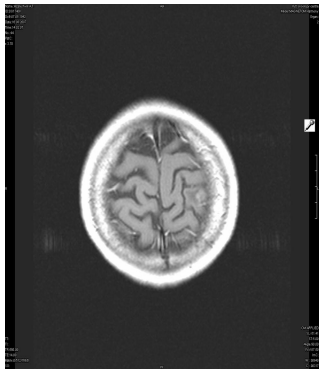




НАБЛЮДЕНИЯ УСПЕШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В МОЗГ

Больной 65 лет установлен диагноз диссеминированного рака молочной железы с метастазами в легкие, кости, головной мозг. При КТ и МРТ головного мозга с контрастным усилением (26 июня 2007 г.) выявлен единичный метастаз в лобно-теменной области слева размерами 3,3×2,4 см, с участком некроза (1,7×1,8 см).

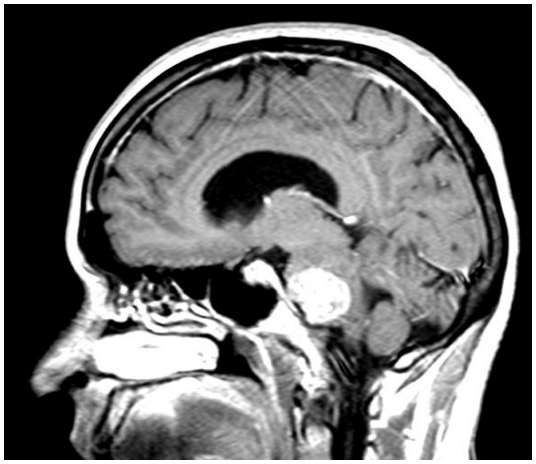


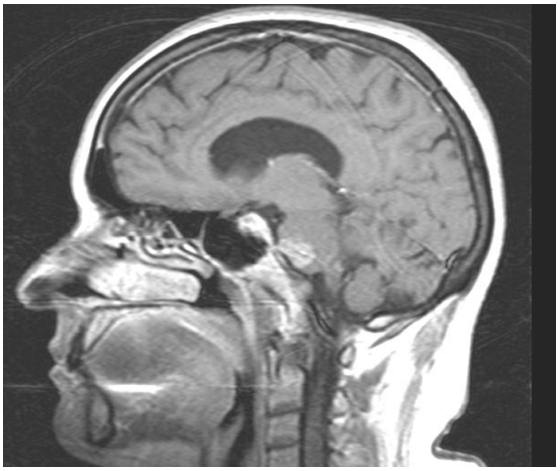


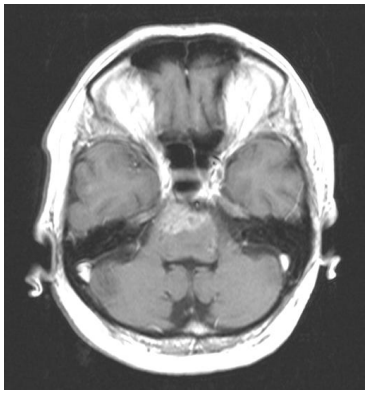
После 6 курсов химиотерапии капецитабином, по данным КТ и МРТ головного мозга с контрастным усилением (13 ноября 2007 г.) метастаз в лобно-теменной области слева уменьшился до 0,6 см в диаметре. Всего проведено 16 курсов химиотерапии капецитабином, лучевая терапия, химиотерапия FAC (8 курсов). Сохраняется частичный эффект – регрессия метастаза в головном мозгу.

Продолжительность жизни составляет 20 мес от начала химиотерапии. Пациентка остается под наблюдением РОНЦ.

Больной 50 лет по поводу диссеминированного рака молочной железы (с метастазами в печень, легкие, кости и гиперэкспрессией HER-2/neu) с декабря 2004 г. проведено 4 линии химиотерапии, а также таргетная терапия (препаратом трастузумаб). В октябре 2008 г. выявлен единичный метастаз в стволе головного мозга.







При МРТ головного мозга с контрастным усилением (28 октября 2008 г.) выявлен единичный метастаз в области ствола мозга с распространением на мосто-мозжечковый угол размерами 4,5×2,5 см., а также – метастазы в легкие, кости, печень.

После 5 курсов химиотерапии капецитабином и трастузумабом (18 февраля 2009 г.) при МРТ головного мозга – единичный метастаз в области ствола мозга уменьшился до 2,8×1,8 см. Также отмечена стабилизация экстракраниальных проявлений опухолевого процесса.

Лечение больных злокачественными глиомами в РОНЦ проводится комплексно: 30 пациентам глиобластомами после хирургического вмешательства на головном мозгу проведена химиолучевая терапия (темодал + лучевая терапия на область первичной опухоли мозга), с последующей химиотерапией темодалом. Большинство пациентов продолжают лечение в настоящее время. Медиана выживаемости не достигнута; 13 больных (43,3%) прожили более года. При рецидивах глиобластом изучаются новые режимы химиотерапии с включением иринотекана, таргетных препаратов (бевацизумаб, эрлотиниб, силенгитид). При лечении больных глиомами III степени злокачественности (анапластическая астроцитома, анапластическая олигоастроцитома, анапластическая олигодендроглиома) после хиругического лечения и лучевой терапии используются режимы химиотерапии PCV (прокарбазин + CCNU + винкристин), мюстофоран. Важными прогностическими факторами являются делеции 1p/19q и метилирование MGMT в опухолях, хромосомные нарушения.

Таким образом, применение новых режимов химиотерапии позволило изменить методы и результаты лечения злокачественных глиом. Исследования молекулярно-генетических факторов важны для определения индивидуального плана терапии и прогноза течения заболевания.

Доклад:

ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ И РАДИОТЕРАПИИ В НЕЙРООНКОЛОГИИ

Лядов К.В., Крымский В.А., Крымский А.В., Мартынова М.В.
Лечебно-реабилитационный центр Росздрава

Термин «стереотаксическая радиохирургия» означает неинвазивную лучевую деструкцию небольших мишеней в головном мозге (<30 мм в диаметре) при прецизионном *однократном* дистанционном облучении в высокой дозе. При радиохирургическом облучении чаще производится жесткая фиксация головы пациента при помощи стереотаксической рамы (головного кольца). Точность (отклонение) позиционирования пучка составляет не менее 0,75 мм.

Термин «стереотаксическая радиотерапия» означает прецизионную *мелко-* или *крупнофракционированную* дистанционную лучевую терапию. При таком облучении применяется жесткая масочная фиксация. Точность позиционирования (отклонение) пучка составляет не менее 1,0 мм. Метод применяется при облучении мишеней >30 мм в диаметре и/или близкого расположения критических структур (ствол головного мозга, зрительные нервы и хиазма, др.). Часто используется в качестве буста. В настоящее время эти методики облучения являются одними из самых современных при лечении пациентов с нейроонкологической патологией.

В лечебно-реабилитационном центре в течение нескольких лет с успехом применяются эти методики лечения нейроонкологических больных. Стереотаксическая радиохирургия проводится больным метастатическими поражениями головного мозга, а также – при менингиомах, доброкачественных глиомах, невриномах слуховых нервов. Основными критериями отбора являются размер опухоли, который не должен превышать 30 мм в наибольшем измерении и ее локализация – опухоль должна быть отдалена от критических структур головного мозга не менее, чем на 1,5 мм. Стереотаксическая радиотерапия применяется у больных с бóльшими размерами новообразований и/или прилеганием опухоли к критическим структурам.

Отличительной особенностью стереотаксических методик лучевой терапии является конформное облучение опухоли при минимальном воздействии на окружающие ткани и высокая точность позиционирования мишени облучения. Это гарантирует минимальный риск лучевых реакций и осложнений при максимальном воздействии на патологическое образование.

Современные лучевые технологии позволяют подводить высокие поглощаемые дозы облучения к патологическому очагу, что ведет к улучшению результатов лучевой терапии. Так, при подведении доз в диапазоне от 13 до 22 Гр при однократном облучении визуализируемый эффект в виде уменьшения размеров опухоли и изменения плотности ее структуры развивается в течение одного месяца после облучения.

Применение стереотаксических методик позволяет проводить лечение больных с нерезектабельными опухолями, при множественных метастазах, а также при расположении опухолей в непосредственной близости от критических структур и функционально значимых областей головного мозга.

Лечение больных с нейроонкологической патологией в ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздрава» (Москва, 125367, Иваньковское шоссе, дом 3, тел. 8(495) 730-9889, *www.medrf.ru*) осуществляется по квотам Минздравсоцразвития России с минимальным интервалом между первичной консультацией пациента и амбулаторным проведением лучевой терапии.

ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ 558 состоится в четверг 14 мая 2009 г. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Повестка дня: **«НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА В ОНКОЛОГИИ»**
Клинические рекомендации в плане проведения парентерального и энтерального питания онкологических больных)

Schering-Plough

Темодал – уникальный алкилирующий препарат, обладающий широким спектром противоопухолевой активности при низкой токсичности.

Темодал зарегистрирован в России по следующим показаниям:

♦Впервые выявленная мультиформная глиобластома – комбинированное лечение с лучевой терапией с последующей адъювантной монотерапией. ♦Злокачественная глиома (мультиформная глиобластома или анапластическая астроцитома), при наличии рецидива или прогрессирования заболевания после стандартной терапии (с 3-х лет). ♦Распространенная метастазирующая злокачественная меланома – в качестве терапевтического средства первого ряда.

Впервые выявленная мультиформная глиобластома. Первичное лечение (пациентов старше 18 лет) проводят в комбинации с лучевой терапией. Темодал назначается в дозе 75 мг/м² ежедневно в течение 42 дней одновременно с проведением лучевой терапии (30 фракций в суммарной дозе 60 Гр). Снижение дозы не рекомендуется, однако прием препарата может прерываться в зависимости от переносимости. Возобновление приема препарата возможно на протяжении всего 42-дневного периода комбинированного лечения и до 49 дней.
Адъювантная терапия назначается спустя 4 недели после завершения комбинированной терапии и проводится в виде 6 дополнительных циклов в дозе 150 – 200 мг/м².

Злокачественная глиома. Пациентам (старше 3 лет), ранее не подвергавшимся химиотерапии, Темодал назначается в дозе 200 мг/м² один раз в день на протяжении 5 дней подряд с последующим перерывом в приеме препарата в течение 23 дней (общая продолжительность одного цикла лечения составляет 28 дней). Для больных, ранее проходивших курс химиотерапии, начальная доза составляет 150 мг/м² один раз в день; во втором цикле доза может быть повышена до 200 мг/м² в день.

Темодал быстро проникает через гематоэнцефалический барьер в ЦНС и накапливается в повышенных концентрациях в ткани опухоли. Темодал - в настоящее время является самым эффективным препаратом для лечения больных злокачественными глиомами. Основные достоинства Темодала – эффективность, низкая системная токсичность и удобство применения. Эффективность Темодала по всем показателям (объективный ответ на лечение, общая выживаемость и выживаемость без прогрессии заболевания) значительно превосходит результаты, полученные при стандартной терапии. Темодал поддерживает и даже улучшает качество жизни.

Темодал признан стандартом терапии в мировой практике. Показатели общей выживаемости больных мультиформной глиобластомой, после ее хирургического удаления, в 4 раза выше при применении Темодала в комбинации с лучевой терапией, чем в группе лучевой терапии. В группе больных моложе 50 лет с хорошим исходным соматическим статусом 5-летняя выживаемость составила 28%.

Темодал разрешен для применения у детей (с 3 лет). Это особенно важно ввиду того, что опухоли ЦНС у детей занимают второе место среди опухолевых заболеваний детского возраста.

Представительство компании «Шеринг-Плау»:

ООО «Шеринг-Плау», Россия, 119049, Москва, Ул.Шаболовка, д.10, стр.2

Тел.: (495) 916 71 00; Факс: (495) 916 70 94

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)

УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

ISSN 1728-3000

Председатель Общества	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва,115478, Каширское. шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
Главный редактор	Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) **E-mail:** ***volkov_sm@mail.ru***
Зам. Главного редактора	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
Ответственный секретарь	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
Секретарь-референт	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55

НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА

Апрель 2009; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 17.04.2009; Заказ 330