

відає даним, одержаним в інших східноєвропейських країнах.

Так, поширеність надмірної маси тіла й ожиріння у дітей Одеси за власними спостереженнями становить 24,31 %, що відповідає світовій тенденції та значно перевищує показники за даними офіційних статистичних документів.

Висновки

1. Захворюваність дітей на ожиріння в Одеській області незначно перевищує національні показники (27,2 проти 26,0 випадку на 10 000 дитячого населення).

2. Поширеність ожиріння серед дітей і підлітків у Одеській області нижча за національні показники (відповідно 93,3 і 97,0 випадку на 10 000 населення). Найвищі рівні поширеності ожиріння притаманні Одесі, Фрунзівському, Савранському й Ананьївському районам Одеської області.

3. Диспропорція у рівнях поширеності та захворюваності на ожиріння дитячого населення Одеської області ($Q=14,8$; $df=2$, $p<0,05$) свідчить про небезпеку подальшого зростання рівнів захворюваності на ожиріння та про необхідність розробки регіональної програми з профілактики аліментарно-залежних захворювань серед дітей і підлітків.

4. Реальний рівень поширеності надмірної маси й ожиріння серед дітей шкільного віку у Одесі перевищує 24 %, що відповідає рівню європейських країн.

ЛІТЕРАТУРА

1. Петеркова В. А. Ожирение в детском возрасте / В. А. Петеркова, О. В. Ремизов // Ожирение ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – 456 с.

2. *Modern Nutrition in Health and Disease* / ed. by M. E. Shils, M. Shike, A. C. Ross [et al.]. – 10 ed. – Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – 2146 p.

3. *Insel P. M. Nutrition* / P. M. Insel, R. E. Turner, D. Ross. – 3 ed. – Jones

and Bartlett Publishers, 2007. – 1024 p.

4. *Lobstein T. Obesity in children* / T. Lobstein // *BMJ*. – 2008. – Vol. 337. – P. 669.

5. *Pretlow R. A. Overweight and obesity in childhood* / R. A. Pretlow // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 122 (2). – P. 476.

6. *Молекулярна епідеміологія* / В. М. Запорожан, Ю. І. Бажора, В. Й. Кресюн [та ін.]. – Одеса : ОДМУ, 2010. – 314 с.

7. *Кравченко А. Г. Физическое развитие населения Юга Украины в начале XXI столетия. Региональные нормативы, оценочные таблицы и методика пользования ими* / А. Г. Кравченко. – Одесса : Астропринт, 2009. – 120 с.

8. *Social-environmental factors associated with elevated body mass index in a Ukrainian cohort of children* / L. S. Friedman, E. M. Lukyanova, A. Serdiuk [et al.] // *Int. J. Pediatr. Obes.* – 2009. – Vol. 4 (2). – P. 81–90.

9. *Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных* / М. Ю. Антомонов. – К., 2006. – 558 с.

10. *The analysis of schoolchildren growth development* / V. I. Velichko, I. V. Savytskyi, I. L. Babiy, L. I. Zasyпка // *Proceedings of 20th ECOG congress. Brussels, 17–20 November 2010*. – Brussels, 2010. – P. 58.

УДК 616.831-006.484:616-08-039.73

О. Я. Главацький, Ахмад Хасан, Я. П. Зінкевич

АД'ЮВАНТНА ПОЛІХІМОТЕРАПІЯ В КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ ГЛІОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України, Київ

Проблема лікування злоякісних пухлин головного мозку досі залишається нерозв'язаною. Особливого драматизму вона набуває в неоперабельних випадках з огляду на недосяжність цих пухлин для хірургічних втручань через їх локалізацію. У цьому разі перспективним напрямком залишаються тільки променева та хіміотерапія. Консервативна тактика та вибір методики лікування великою мірою залежать від гістобіологічних особливо-

стей гліальної пухлини, тобто від її гістологічного субтипу. Золотим стандартом у верифікації гістоструктури гліом залишається стереотаксична біопсія (СТБ) пухлини, що останнім часом широко застосовується в практиці нейроонкології. Методика зовнішньої фракційної променевої терапії, як правило, полягає в опроміненні по 2 Гр на добу до сумарної дози опромінення в 60–65 Гр. Можливість радіомодифікації з метою підвищення її ефек-

тивності значно розширилася з появою нових цитостатиків [1]. Натомість щодо ад'ювантної поліхіміотерапії не існує єдиної думки з приводу її ефективності, і роль її в лікуванні злоякісних гліом мозку залишається маловивченою [2; 3]. Обґрунтуванням до застосування поліхіміотерапії є розвиток наших уявлень про клітинний цикл і його особливості в пухлинних клітинах. У реальних умовах злоякісні пухлини — це десинхронізована по-



пуляція клітин, тимчасом як більшість хіміопрепаратів проявляє активність тільки в певних фазах клітинного циклу. Саме тому комбіноване застосування кількох протипухлинних засобів, як правило, має більше переваг порівняно з монохіміотерапією, що пояснюється взаємодоповнюючим і потенціюючим впливом антибластичних препаратів із різними механізмами цитотоксичної дії [4–6].

Мета роботи — проаналізувати досвід лікування хворих зі злюкисними гліомами.

Матеріали та методи дослідження

У всіх 15 випадках гістоструктура була встановлена шляхом стереотаксичної біопсії пухлини. Схема PCV включає три хіміопрепарати: ломустин дозою 130 мг/м² на один прийом, вінкрисдин дозою 1,4 мг/м² на два прийоми, прокарбазин 75 мг/м² протягом 14 днів. Кількість курсів коливалася від 2 до 4. Для оцінки ефективності проведеного консервативного лікування його результати порівнювали з результатами контрольної групи хворих, в яких виконувалося хірургічне втручання, що зводилося до парціального видалення пухлини. У схемі подальшого лікування ці хворі також отримали променеву та поліхіміотерапію. Середній вік хворих у обох групах — 39 років.

Для об'єктивної оцінки ефективності лікування ми використали критерії ефективності за Macdonald [7]. З цією метою оцінку розмірів пухлини проводили за добутком двох максимальних взаємно перпендикулярних діаметрів за найбільшим за площею зрізом пухлини, отриманим при комп'ютерній томографії (КТ) з контрастним підсиленням, або в T1 зваженому режимі магнітно-резонансної томографії (МРТ) із магневистом. Прийнята така шкала оцінки ефективності

терапії за вираженістю відповіді пухлини на лікування, якої ми дотримувалися.

Повна відповідь (ПВ), або повний регрес захворювання, — зникнення контрастованої частки пухлини при двох однакових КТ- або МРТ-дослідженнях з інтервалом не менше 6 тиж.; частковий регрес захворювання, або часткова відповідь (ЧВ), — зменшення пухлини в розмірах на 50 % і більше; стабілізація пухлинного росту (СР) — зменшення пухлини менше ніж на 50 % або відсутність негативної динаміки; прогресування хвороби (ПХ) — збільшення пухлини на 25 % і більше. Загальна ефективність лікування в досліджуваній групі обраховується за сукупністю показників ПВ та ЧВ.

Результати дослідження та їх обговорення

Дані методів нейровізуалізації (СКТ, МРТ) на етапі обстеження хворих у всіх випадках, що аналізуються, свідчили про поширення пухлин у недосяжні для радикального хірургічного видалення зони головного мозку. Так, у 9 випадках це була двобічна лобово-кальозна локалізація, в решти 26 — розташування пухлини в різних частках домінантної гемісфери мозку з ураженням її підкіркових структур. Сукупність типових КТ- і МРТ-ознак свідчила про ймовірно злюкисний характер новоутворення. Водночас для остаточного підтвердження цього припущення була необхідна остаточна гістологічна верифікація пухлин при патоморфологічному дослідженні, тому в кожному конкретному випадку захворювання вирішувалося питання про метод отримання пухлинної тканини. Слід зазначити, що за наявності гіпертензійних проявів у частині випадків вони піддавалися консервативній медикаментозній корекції, і тому прямих показань до створення внутрішньої

декомпресії не було. При згоді хворого на хірургічне втручання виконувалися операції, що через указані вище причини зводилися до парціального видалення пухлини (20 спостережень — контрольна група). В інших випадках (15 спостережень) втручання обмежилось стереотаксичною біопсією пухлини (ці хворі утворили основну групу спостережень).

Як свідчать дані табл. 1, за віком, ступенем анаплазії пухлин, їх локалізацією, а також за загальносоматичним і неврологічним статусом групи, що вивчалися, були подібними.

Запланований обсяг радіотерапевтичного лікування вдалося реалізувати в усіх хворих.

При аналізі безпосередніх результатів лікування (табл. 2) було відмічено деяке погіршення неврологічного та статусу за Карновським у групі оперованих хворих (парціальне видалення). Останнє пов'язане з локалізацією пухлин у функціонально та життєво важливих зонах мозку. У цих хворих виникали або поглиблювалися пірамідна недостатність, мовні порушення. Цей дефіцит тією чи іншою мірою залишався протягом усього часу спостереження. Водночас в основній групі (СТБ), де була відсутня хірургічна травматизація мозку, показники неврологічного та загального соматичного статусу на фоні антибластичного консервативного лікування покращилися. Порівняно з основною групою, виражена неврологічна симптоматика в групі оперованих хворих відмічалася вдвічі частіше. Відповідно якість життя (за Карновським) в основній групі також виявилася вищою у 25 % хворих. Ще раз слід наголосити, що в усіх спостереженнях, включених у дослідження, пухлини знаходилися в функціональних зонах домінантної гемісфери мозку, що і вплинуло на результати лікування.



Таблиця 1

Характеристика груп спостережень, абс. (%)

Характеристика основних показників	Група хворих	
	Основна група (СТБ, n=15)	Група порівняння (часткове видалення, n=20)
Вік, роки	39,0	39,0
Гістоструктура		
Анапластичні астроцитомы III ст. ан.	5 (33,3)	11 (55,0)
Анапластичні олигоастроцитомы й олигодендрогліомы III ст. ан.	9 (60,0)	6 (30,0)
Гліобластомы IV ст. ан.	1 (6,7)	3 (15,0)
Вираженість неврологічної симптоматики:		
— виражена	9 (60,0)	11 (55)
— невиражена	6 (40,0)	9 (45)
Загальносоматичний статус за Карновським, бали		
— > 70	10 (66,7)	13 (65)
— 60–70	5 (34,3)	7 (35)
Локалізація		
Лобово-кальозна двобічна	3 (20,0)	6 (30,0)
Лобово-скронева зліва	4 (26,7)	5 (25,0)
Лобово-підкіркова зліва	2 (13,3)	2 (10,0)
Скронево-підкіркова зліва	2 (13,3)	3 (15,0)
Тім'яно-скронева зліва	4 (26,7)	4 (20)

Таблиця 2

Оцінка неврологічного та загального соматичного статусу після лікування, абс. (%)

Характеристика основних показників	Група хворих	
	Основна група (СТБ, n=15)	Група порівняння (часткове видалення, n=20)
Вираженість неврологічної симптоматики:		
— виражена	4 (26,7)	12 (60)
— невиражена	11 (73,3)	8 (40)
Загальносоматичний статус за Карновським, бали		
— > 70	12 (80)	11 (55)
— 60–70	3 (20)	9 (45)

Таблиця 3

Оцінка результатів лікування в групах хворих за Macdonald, абс. (%)

Результат лікування	Група хворих	
	Основна група, (СТБ, n=15)	Група порівняння (часткове видалення, n=20)
Повна регресія (відповідь)	3 (20,0)	4 (20,0)
Часткова регресія (відповідь)	6 (40,0)	6 (30,0)
Стабілізація захворювання	4 (26,7)	7 (35,0)
Прогресування захворювання	2 (13,3)	3 (15,0)

Ефект антибластичної терапії, що об'єктивно оцінювався за методом Macdonald, був досягнутий в обох групах спостереження.

Як видно з табл. 3, частота позитивної динаміки (сума часткової та повної регресій) в основній (60 %) та в групі порівняння (50 %) статистично не відрізнялася.

Показники загальної середньої виживаності у хворих в обох групах також суттєво не відрізнялися. При анапластичних астроцитомах вони становили в основній та групі порівняння 43,0 і 50 міс. відповідно (в першій групі вибуло із спостереження тільки двоє хворих, у другій — семеро). При пухлинах олигодендрогліального походження загальна середня тривалість виживаності в основній групі — 19 міс., в групі порівняння — 52 міс. На етапі аналізу матеріалу в основній групі всі хворі живі та продовжують лікування, тимчасом як у групі порівняння всі хворі вибули із спостереження. При гліобластомах загальна середня тривалість виживаності дорівнювала 11 міс. в обох групах, проте невелика кількість спостережень не дозволила провести статистичний аналіз.

Висновки

1. Результати консервативного та комплексного лікування (що включало парціальне видалення пухлини) злоякісних гліом головного мозку при застосуванні ад'ювантної поліхіміотерапії (PCV) за критеріями Macdonald статистично не відрізнялися.

2. Якість життя при консервативному лікуванні гліом головного мозку в функціонально важливих зонах доміантної гемісфери була вищою порівняно з комплексним їх лікуванням.

3. При злоякісних гліомах, що локалізуються в функціонально важливих зонах мозку, консервативне лікування із за-



лученням поліхіміотерапії за схемою PCV може бути альтернативою хірургічному лікуванню з подальшою антибластичною терапією.

ЛІТЕРАТУРА

1. *On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. High-grade malignant glioma: ESMO Clinical Practice. Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / R. Stupp, J.-C. Tonn, M. Brada, G. Pentheroudakis // Annals of Oncology 21 (Suppl. 5). – Vol. 190–193, 2010doi:10.1093/annonc/mdq187*

2. *PCV chemotherapy for recurrent glioblastoma multiforme / Kappelle, T. J. Postma, M. J. B. Taphoorn [et al.] // Neurology. – 2001. – Vol. 56. –*

P. 118. – This information is current as of February 27, 2011.

3. *Siew-Ju See. Chemotherapy in Adults with Gliomas / See Siew-Ju, Mark R. Gilbert // Ann. Acad. Med. Singapore. – 2007. – Vol. 36. – P. 364–369.*

4. *Adjuvant Procarbazine, Lomustine, and Vincristine Improves Progression-Free Survival but Not Overall Survival in Newly Diagnosed Anaplastic Oligodendrogliomas and Oligoastrocytomas : A Randomized European Organisation for Research and Treatment of Cancer Phase III Trial / J. van den Bent Martin, F. Carpentier Antoine, A. Brandes Alba [et al.] // Journal of clinical oncology. – 2006. – Vol. 24, N 18. – June 20.*

5. *Health-Related Quality of Life in Patients Treated for Anaplastic Oligo-*

dendroglioma With Adjuvant Chemotherapy: Results of a European Organisation for Research and Treatment of Cancer Randomized Clinical Trial / J. B. Taphoorn Martin, J. van den Bent Martin, E. L. Mauer Murielle [et al.] // Journal of clinical oncology. – 2007. – Vol. 25, N 36. – December 20.

6. *Medical Research Council Brain Tumour Working Party. Randomized Trial of Procarbazine, Lomustine, and Vincristine in the Adjuvant Treatment of High-Grade Astrocytoma : A Medical Research Council Trial // J. Clin. Oncol. – Vol. 19. – P. 509–518. – © 2001 by American Society of Clinical Oncology.*

7. *Response criteria for phase II studies of supratentorial malignant glioma / D. R. Macdonald, T. L. Cascino, S. C. Schold [et al.] // J. Clin. Oncol. – 1990. – Vol. 8 – P. 1277–1280.*

УДК 616.831-006.484:615.849.5:616-08-039.34

О. І. Бутрім

ОПТИМІЗАЦІЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ГЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Головний військовий клінічний шпиталь МО України, Київ

Вступ

Пухлини головного мозку становлять від 3 до 5 % усіх новоутворень, із них на гліальні припадає до 67 %. Найбільш злоякісні форми III–IV ступеня анаплазії — до 50 %. Аналіз за віком показує, що у 44 % спостережень захворювання припадає на найбільш дієздатний період життя — від 26 до 45 років [1].

За даними епідеміологічних досліджень, виконаних у США, Італії, Німеччині, Великобританії, Японії, частота гліальних пухлин становить 10–12 випадків на 100 тис. населення [2; 3]. У структурі онкологічної захворюваності дорослого населення України пухлини головного мозку посідають 9–10-те місце [4]. Щороку діагностується понад 3000 нових випадків пухлин головного мозку серед до-

рослих [5]. У структурі смертності при злоякісних новоутвореннях пухлини головного мозку посідають 6-те–7-ме місце [6–8].

Серед гліальних пухлин головного мозку найчастіше зустрічаються гліобластоми (50 %) і анапластичні гліоми III ступеня злоякісності (40 %), значно рідше (10 %) виявляються гліоми I–II ступеня злоякісності [4; 8; 9; 16].

Лікування злоякісних гліальних пухлин головного мозку здійснюється комплексним методом, що складається з такого: оперативне втручання, променева терапія, хіміотерапія, імунотерапія [10–13].

Променева терапія при гліомах головного мозку — невід’ємна складова комплексного лікування. Дистанційна променева терапія при цих захворюваннях відрізняється ве-

ликою варіабельністю, сьогодні найбільш прийнятні три її способи.

Перший спосіб — це чітко локалізоване статичне опромінення тільки самої пухлини з максимальним збереженням неушкодженої мозкової тканини — РОД 1,8–2,0 Гр, СОД 58–65 Гр. Обґрунтуванням такого способу опромінення є можливість різними діагностичними засобами локалізувати зону пухлинного процесу з можливістю уточнення гістологічної структури та поширення пухлини при оперативному втручанні [14; 15]. Локальна методика опромінення дозволяє значно поліпшити якість життя хворих. Тривалість життя пацієнтів, які лікувалися з її застосуванням, при гліомах III–IV ступеня анаплазії становила від 8,5 до 20,4 міс., а в деяких випадках — більше двох років [10].

