

Заболеваемость населения административных территорий России в 2004 г. значительно варьирует. Так, среди женщин при общероссийском стандартизованном показателе – 6,8 на 100 тыс. населения наиболее высокие уровни заболеваемости отмечены: в Брянской области (29,6), Алтайском (23,3), Краснодарском (18,1) краях, Саратовской области (14,3), Республике Адыгея (12,5), Новгородской (11,6), Омской (10,6) областях. Наименьшие показатели заболеваемости отмечены в республиках Тыва (0,5), Дагестан (1,3), Марий Эл (1,3), Нижегородской (2,1), Магаданской (2,1), Смоленской (2,2) областях.

Среди мужского населения в 2004 г. (средний показатель по России – 1,4) на первом месте находятся Брянская (5,7), Магаданская (4,5) области, Республика Адыгея (4,4), Сахалинская (3,2), Саратовская (3,1), Мурманская (3,0) области. Низкие показатели отмечены в республиках Мордовия (0,3), Кабардино-Балкария (0,4), Владимирской (0,5), Архангельской (0,5), Волгоградской (0,5) областях.

На всех территориях, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС, кроме Брянской области, стандартизованный показатель заболеваемости РЩЖ близок к среднероссийскому (4,3): Калужская область – 6,1, Орловская – 3,9, Тульская – 5,2. В Брянской области этот показатель в 2004 г. составил 18,5, хотя следует

отметить, что уже в 1989 г. в Брянской области уровень заболеваемости превышал среднероссийское значение более чем в 2 раза.

Уровень заболеваемости раком щитовидной железы на данных территориях в определенной мере может быть обусловлен повышенным вниманием к тиреоидной патологии после аварии на ЧАЭС, а также улучшением диагностики (в первую очередь доступностью ультразвукового исследования). В основном формирование существующих ныне уровней заболеваемости злокачественными новообразованиями населения территорий, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС, ее структуры и динамики происходило под влиянием комплекса факторов, сложившегося до аварии. Исследования, проведенные Обнинским медико-дозиметрическим регистром, свидетельствуют о достоверной связи с аварией роста заболеваемости раком ЩЖ детей Брянской области. Больше никакой достоверной связи не было обнаружено.

Несомненно, нужно и далее проводить комплекс эпидемиологических исследований дескриптивного и аналитического характера для определения роли факторов радиационного, химического канцерогенеза, миграционных процессов, а также роли зубной эндемии в эпидемиологии рака щитовидной железы.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ПРОГРАММАХ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОРОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

В.Ю. Петровский, В.А. Титова, Е.Ф. Странадко, М.В. Рябов

ФГУ “Российский научный центр рентгенорадиологии”, г. Москва

Заболеваемость злокачественными новообразованиями слизистой полости рта в последние годы стала повышаться. В то же время при первичном осмотре выявляются в основном III и IV ст., доля которых составляет около 70 % (Давыдов М.И., 2004). Этим и обусловлена сравнительно невысокая пятилетняя выживаемость больных раком орофарингеальной зоны, которая составляет, по данным разных авторов, 56–65 %. В последние годы для лечения злокачественных новообразований применяются многокомпонентные программы лечения. Одним из современных методов лечения является фотодинамическая терапия.

Цель исследования. Применение ФДТ в комбинации с традиционными методами лечения (лучевая терапия, химиотерапия). Специальное лечение получили 18 больных с опухолями орофарингеальной области (рак нижней губы – 7 больных, рак языка – 1, 1 больной – рак слизистой щеки). По классификации TNM больные распределились следующим образом: $T_1M_0M_0$ – 8 больных; $T_2M_0M_0$ – 5 больных; $T_3M_0M_0$ – 4 больных; $T_4N_0M_0$ – 1 больной. Рецидив заболевания выявлен у 3 больных. Возраст варьировал от 35 до 78 лет. Всем больным диагноз был подтвержден морфологически. Преобладал плоскоклеточный ороговевающий рак – у 17 из 18 паци-

ентов. Все больные имели сопутствующую соматическую патологию субкомпенсированного характера. У больных с рецидивами опухоли в анамнезе проводилась радикальная лучевая терапия. Четырём больным проведена неоадьювантная полихимиотерапия по схеме РР. ФДТ проводили по разработанной ранее методике. В качестве фотосенсибилизатора использовали препарат фоскан. Облучение проводили через 48–96 ч после введения фоскана. Плотность энергии была в диапазоне 40–50 Дж/см². Для профилактики регионарного метастазирования 13 больным проведена дистанционная гамма-терапия на зоны регионарного лимфооттока с

суммарной очаговой дозой 46 Гр. Сроки наблюдения за пациентами составляют от 6 до 22 мес. У 15 больных отмечена полная регрессия опухоли, у 3 – частичная регрессия. Двое больных умерло от продолженного роста первичной опухоли. Полугодовая выживаемость составила 100 % (в данный момент больные находятся на динамическом наблюдении).

Таким образом, применение ФДТ в многокомпонентных программах лечения у больных с сопутствующей соматической патологией является эффективным и может быть рекомендовано для лечения больных злокачественными опухолями орофарингеальной зоны.

КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСНОМ И САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ВАРИАНТЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

В.И. Письменный, О.В. Осокин

Самарский областной онкологический диспансер

железы изменения системы диагностики тиреоидной патологии и улучшения учета больных.

В настоящее время нельзя представить онкологию головы и шеи без хирургического, лучевого, химиотерапевтического методов лечения. Но главенствующую роль по-прежнему играет хирургическое вмешательство, где определенную нишу занимает криохирургическое лечение.

Цель исследования. Оценить эффективность криохирургического метода в лечении злокачественных опухолей головы и шеи.

Материал и методы. В отделении опухолей головы и шеи Самарского онкологического диспансера криохирургический метод применяется в течение двадцати лет. Почти десять лет шла наработка методик криодеструкции опухолей кожи, слизистой оболочки полости рта, языка, губ. Отрабатывались режимы криодеструкции, аппаратуры, послеоперационное ведение больных, обсуждались результаты лечения непосредственные и отдаленные.

С 1996 по 2005 г. криохирургический метод применялся как самостоятельный, так и в сочетании с другими методами у 711 больных. Леченные локализации распределились следующим образом: язык – 24 больных, дно полости рта – 13, губа (включая верхнюю) – 37, угол полости рта с поражением щеки – 26, опухоли кожи головы и шеи – 611 больных. Гисто-

логические формы – в основном плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, 7 случаев – цистаденоидные карциномы, 23 случая – меланома и базально-клеточный рак кожи.

Результаты. После криовоздействия максимально проявляются восстановительные способности тканей. Регенерация и эпителизация происходят без образования грубых рубцов и трофических нарушений кожи. Хорошие косметические и функциональные результаты лечения исключают необходимость в последующих восстановительных вмешательствах. Возможен вариант повторного применения в случае первично-множественных опухолей, в рецидивах и в сложных анатомических локализациях. Криолечение в сравнении с другими хирургическими методами менее травматично, просто в техническом исполнении, что позволяет его применять у пожилых и престарелых пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Выводы. Метод криогенного воздействия при злокачественных опухолях головы и шеи не уступает в радикальности другим методам лечения, онкологически надежен, не травматичен и позволяет достичь высоких функциональных и косметических результатов. Криохирургический метод показан и является методом выбора как самостоятельный, так и в плане комбинированного лечения злокачественных опухолей головы и шеи. Метод требует дальнейшей разработки, усовершенствования методик применения по локализациям, при его использовании появляется эф-