

трудоемкие методы: введение проспидина с последующей криодеструкцией, использование спиробромина и лейкинферона, хирургическое иссечение под непосредственным гистоконтролем, кюретаж, а также сочетание нескольких методик.

Целью всех методов лечения является сохранение хорошего косметического эффекта при лечении опухоли с минимальным повреждением близлежащих тканей, снижение осложнений и числа возможных рецидивов заболевания.

При выборе метода лечения необходимо учитывать:

1. Локализацию опухолевого очага.
2. Вероятность рецидива при каждом методе лечения.
3. Вероятность возможных специфических осложнений от каждого метода лечения.

Существующие показатели не позволяют делать однозначный выбор для всех локализаций и морфологических форм рака кожи. Частота рецидивов при всех методах лечения составляет в среднем 5-10%.

В Тюменском областном онкологическом диспансере более 40 лет функционирует кабинет близкофокусной рентгенотерапии. За данный период накоплен огромный опыт ведения пациентов страдающих раком кожи.

Перед началом рентгенотерапии необходимо учитывать возможные реакции и осложнения данного вида лечения. Основной контингент составляют пациенты в возрасте более 60 лет с дополнительной сопутствующей патологией. У данной категории пациентов степень выраженности реакций и осложнений выше, чем у более молодых пациентов. Период репаративных процессов после рентгенотерапии может превышать контрольный 3-х месячный период.

В 2008 году в кабинете рентгенотерапии Тюменского областного онкологического диспансера проведено исследование группы пациентов страдающих раком кожи.

В исследуемую группу вошли 24 пациента в возрасте 70 лет и старше с сопутствующей патологией (сосудистые заболевания, сахарный диабет). Основные критерии:

1. Локализация опухолевого очага – кожа лица.
2. Размер очага не превышал 1 см в диаметре.
3. Морфологическая форма – базально-клеточный рак.
4. Анамнестические данные – опухолевые очаги появились в течение года.

После первичного осмотра врачом-радиологом пациентам назначалась местная противовоспалительная терапия с контролем в каби-

нете рентгенотерапии через месяц. В качестве местной противовоспалительной терапии назначалась мазь Синафлан (форма выпуска - мазь 0,025% в тубах по 10 г.). Режим приема – 1 раз в день на 15-20 минут.

При контрольной явке:

1. Отсутствовали визуальные признаки опухолевого роста у 2 пациентов. Данным пациентам назначено диспансерное наблюдение в онкодиспансере.

2. Отмечалось уменьшение опухолевого очага более чем на 50% у 6 пациентов. 2 пациента из данной группы воздержались от начала рентгенотерапии и были оставлены на диспансерное наблюдение, 4 пациентам был проведен курс рентгенотерапии.

3. Слабоположительный результат местной противовоспалительной терапии у 12 пациентов (регресс опухолевого очага составил менее 50%). Всем пациентам был проведен курс рентгенотерапии.

4. Отсутствовал результат у 4 пациентов. Проведен курс рентгенотерапии.

При контрольной явке прогрессирование процесса, побочных действий и реакций от Синафлана не выявлено.

Вывод:

Проведение местной противовоспалительной терапии перед началом рентгенотерапии при раке кожи является обоснованным этапом в лечении данного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ

В.Г. Елишев, А.Д. Гетьман, Н.А. Шаназаров

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

В структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями все больший вес приобретает рак кожи. Его прирост за последние десять лет составил от 15 до 50% по отдельным регионам нашей страны. В Тюменской области, за данный период, заболеваемость раком кожи возросла на 30%, составив 20,18 случаев на 100 тыс. населения. Дополнительно с увеличением заболеваемости отмечается увеличение контингента пациентов состоящих на диспансерном учете пять лет и более. К 2010 году данный показатель увеличился с 2000 года на 50,7%, составив 36,87%.

В подавляющем большинстве случаев - около 90% наблюдений -рак кожи локализуется на лице, что создает определенные трудности в его

лечения. Данная особенность усложняет выбор метода лечения, который бы гарантировал хороший косметический и терапевтический эффект.

По данным опроса, среди пациентов, страдающих раком кожи, около 40% опрошенных отнесли косметические результаты лечения как определяющие выбор метода.

Стремление улучшить непосредственные и косметические результаты лечения больных раком кожи привело к попыткам применения с лечебной целью различных альтернативных методов: лазерное излучение, низкие температуры, фотодинамическая терапия, иммунотерапия, магнитные поля, и т.п. Оценивая результаты этих методов, необходимо отметить, что высокие терапевтические показатели возможны при поверхностных, мелкоузловых образованиях в хорошо доступных местах, а общая частота рецидивирования при этом не уступает классическим методам для всех стадий заболевания. Возникновение рецидивов после неадекватного лечения значительно увеличивает злокачественность опухоли и, в ряде случаев, угрожает жизни больного, так как последующие мероприятия могут оказаться лишь паллиативными.

Выбор метода должен основываться на объективной оценке непосредственных и отдаленных результатов лечения и определяться совместно с пациентом в каждом конкретном случае.

В Тюменском облонкодиспансере за последние четыре года было пролечено свыше 2 тысяч пациентов, страдающих раком кожи. Среднегодовое количество пациентов составило около 500 человек. Свыше 80% пациентов получали курсы короткодистанционной рентгенотерапии.

В 2009 году проведена оценка отрицательных отдаленных результатов лечения рака кожи (короткодистанционная рентгенотерапия и хирургический метод лечения). Всего наблюдалось 17 пациентов. Средний возраст на момент контрольного осмотра – 60 лет. Указанные пациенты распределились по двум группам.

1 группа – 10 пациентов, получавших короткодистанционную рентгенотерапию;

2 группа – 7 пациентов, прошедших хирургическое лечение;

Местное рецидивирование или продолжающийся рост было выявлено у 9 пациентов (50% случаев). У 7 пациентов (2 группа) рецидивирование отмечалось после хирургического лечения. Среднее время выявления – 14 месяцев. Период рецидивирования – от 3 до 34 месяцев. Рецидивирование после лучевого лечения отмечалось у 3 пациентов (1 группа). Среднее время выявления рецидива – 35 месяцев. Период рецидивирования – от 2 месяцев до 5 лет.

В 1 группе у 7 пациентов были выявлены

признаки постлучевой язвы. Среднее время выявления – 37 месяцев. Период выявления – от 2 до 5 лет. У 3 пациентов формирование постлучевой язвы происходило на фоне сопутствующей системной патологии – сахарный диабет в стадии субкомпенсации (n=2), склеродермия (n=1).

Таким образом, дальнейшее изучение отдаленных отрицательных результатов лечения рака кожи является приоритетной задачей для создания оптимальной модели по диспансеризации патологии кожи.

Литература:

1. Алиева И.Г. Опыт близкофокусной рентгенотерапии рака кожи - Медицинская радиология. – 1968. - № 5. – С. 15-21.
2. Важенин А.В., Анищенко И.С. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение. – Челябинск: Урал, 2000. – 141 с.
3. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник. – М: МИА, 2004. – 516 с.
4. Давыдов М.И. и др. Злокачественные новообразования кожи, губы, века, уха и наружного слухового прохода, волосистой части головы. / Энциклопедия клинической онкологии / – М.:ООО «РЛС – 2004», 2004. – С. 170-174.
5. Соловьев М.М. и др. Некоторые теневые стороны криодеструкции или метода лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации и пути ее преодоления / Опухоли челюстно-лицевой локализации. – Л., 1982. – Вып. 2. – С. 49-53.
6. Чиссов В.И. и др. Злокачественные новообразования в России в 2007 году – М. 2008. – 228 с.
7. Состояние онкологической помощи в Тюменской области за 2007 год. / Информационный бюллетень / Тюмень, 2008. – 31 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ГАММА-ТЕРАПИИ И ИНТРА-ОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Г.С. Жамгарян, А.И. Мусабаева,
Ю.И. Тюкалов, А.А. Жеравин

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

В лечении сарком мягких тканей (СМТ) ведущая роль до настоящего времени отводится хирургическому вмешательству. В современной практике основному числу больных СМТ выполняются органосохраняющие операции. Для усиления местного воздействия, с целью уменьшения числа рецидивов, применяется комбинированная терапия с использованием лучевой терапии (Eilber F.R. et al., 1990; Clark M.A. et al.,