



ский барьер, что позволяет рекомендовать в качестве терапии I линии в комплексном лечении.

С 2000 г. в радиологическом отделении МРНЦ РАМН при поддержке компании «Servier» начато использование Мюстофорана с оценкой его эффективности при различных видах злокачественных глиом. Все больные, получавшие лечение, молодые люди от 17 до 25 лет, у всех диагноз верифицирован морфологически. В плане комплексного лечения в послеоперационном периоде проводилась лучевая терапия в сочетании с введением Мюстофорана. Введение Мюстофорана (100 мг/м² в 1, 8, 15 сутки) начинали с момента достижения суммарной очаговой дозы 10 Гр. Клиническое наблюдение — у молодой женщины с анапластической астроцитомой лобной доли с инфильтративным ростом после субтотального удаления опухоли в послеоперационном периоде проведена лучевая терапия до суммарной очаговой дозы 60 Гр с адывантным циклом химиотерапии Мюстофораном (100 мг/м² в/в в 1, 8, 15 сутки). Срок наблюдения при полном ответе опухоли — 3 года.

Все больные удовлетворительно перенесли запланированное лечение без нарастания общемозговой симптоматики, выраженных лучевых реакций (общих и местных). Только 3 (8%) пациентам было использовано лучевое лечение по программе сплит-курса с 10-12 дневным перерывом. Все больные пережили рубеж в 1 год. В течение 3 месяцев после лечения прогрессирования не отмечено ни у одного больного. Средняя продолжительность срока до наступления рецидива — 8 мес. В течение 2-го года после лечения умерли 6 пациентов (11%). Живы более 2 лет 18 больных (35%). Больше 3 лет живы 9 больных (17%). Из наблюдаемых больных только у одного мы наблюдали клинко-рентгенологические признаки радионекроза облученной ткани при отсутствии признаков прогрессирования болезни.

Исследования продолжаются. Несмотря на мнение многих специалистов о том, что при злокачественных опухолях головного мозга выздоровление не может являться реальной целью терапии, продолжается поиск эффективных схем и методик лечения, где лучевая терапия должна играть важнейшую роль.

Комбинированное лечение первично-множественного рака кожи

А. Ю. ПАНОВА, Областной клинический онкологический диспансер, г. Воронеж.

В настоящее время в мире наблюдается значительный рост заболеваемости раком кожи, который приобрел эпидемический характер, причем участились случаи первично-множественного рака, который встречается в 10-20% наблюдений. При первично-множественном варианте опухолевый процесс имеет преимущественно поверхностный характер, склонен к относительно быстрому росту и частым рецидивам.

Базальноклеточный рак кожи — одна из наиболее распространенных злокачественных эпителиальных опухолей кожи, на долю которого приходится до 80% всех злокачественных опухолей кожи.

Возникновению рака кожи способствует ряд экзогенных факторов. К ним относят инсоляцию, повышенную фоточувствительность, рентгеновское и другие виды ионизирующего излучения, воздействие химических канцерогенов, снижение иммунологической реактивности организма, которое выражается в дисбалансе Т-супрессоров и натуральных киллеров, что приводит к безудержному опухолевому росту.

Многие авторы подчеркивают, что латентный период после воздействия этих факторов составляет 20-30 лет.

Актуальность проблемы: в лечении первично-множественного рака кожи используются различные методы: лучевая терапия, хирургическое лечение, лазеротерапия, фотодинамическая терапия, криодеструкция, электрокоагуляция, внутриочаговая иммунотерапия, применение химиотерапевтических препаратов.

Целью всех методов лечения является уничтожение опухоли с минимальным повреждением близлежащих тканей, достижение хорошего косметического эффекта, снижение числа возможных рецидивов.

Выбор метода лечения первично-множественных опухолей кожи и его эффективность зависят от многих факторов: клинико-морфологической характеристики опухоли, количества очагов

и их локализации, характера опухоли (первичная, рецидивирующая), ее размеров и глубины инвазии, возраста больных, наличия соматической патологии и др.

Каждый из перечисленных методов имеет как свои преимущества, так и недостатки. Например, хирургическое лечение неприемлемо для косметически значимых зон, а послойное удаление опухоли по Ф. Е. Mohs слишком трудоемкое, учитывая затраты времени и средств. Лазеротерапия неприменима при обширных опухолях или наличии у пациента склонности к образованию келоидных рубцов. Фотодинамическая терапия не получила столь широкого распространения из-за отсутствия технического оснащения учреждений данной аппаратурой. Короткодистанционная терапия не позволяет одномоментно пролечить более 5 очагов, в связи с увеличивающейся лучевой нагрузкой на организм. Это обуславливает разработку новых методов лечения, позволяющих одномоментно пролечить большее количество очагов, улучшить косметические результаты, а также уменьшить количество рецидивов.

Цель исследования

Изучить эффективность местного применения глицифоновой мази в комбинированном лечении первично-множественного рака кожи.

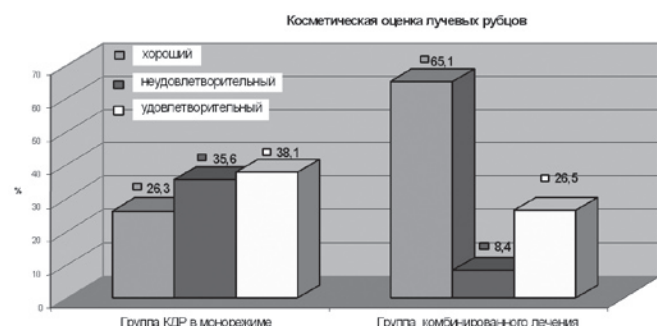
Материал и методы

В исследование включен 151 больной (302 очага) в возрасте от 42 до 82 лет (медиана — 68 лет) с первично-множественным синхронным и метакронным раком кожи I-II стадии. У всех пациентов цитологически диагностирован базальноклеточный рак. Продолжительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 15 лет. По клиническим типам базальноклеточного рака кожи больные распределились следующим образом: поверхностный тип был диагностирован в 30% наблюдений; нодулярный — 40% случаев, язвенный — 28%, склеродермоподобный в 3%. В 90% случаев очаги локализовались на открытых участках тела.

Больные были разделены на 2 группы, которые практически идентичны по полу, возрасту, стадии, локализации, клинической форме, что делает корректным проведение сравнительного анализа полученных результатов. Оценка распространенности опухолевого процесса проводилась с использованием классификации по системе TNM.

Лечение проводилось в амбулаторных условиях.

Нами предложены методы комбинированного лечения больных, заключающиеся в последовательном применении глицифоновой мази и короткодистанционной рентгенотерапии



сниженными дозами. Порядок их применения обусловлен формой опухоли.

При отсутствии четких границ опухоли, лечение начинали с нанесения глицифоновой мази 1 раз в день до появления четких границ (7-10 аппликаций) с последующей короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами суммарная доза (СД) = 2500-3900 р., суммарная очаговая доза (СОД) = 31-45 Гр., с интервалом разовых доз (РД) от 404 до 509 р., разовых очаговых доз (РОД) от 4,6 до 5,7 Гр., ВДФ 40-50 ед. за 6-10 фракций.

При выраженном инфильтрационном вале по краю опухоли, когда толщина краев значительно превышает ее толщину в центре, лечение начинали с короткодистанционной рентгенотерапии аналогичными сниженными дозами с последующими аппликациями глицифоновой мази ежедневно, 1 раз в день (8-10 аппликаций).

Рентгенотерапия применялась в режиме традиционного фракционирования 5 раз в неделю в интервале разовых доз от 4,8 до 5,7 Гр., РД 370-650 р., до СОД=53-85 Гр., СД 4900-7400 р., ВДФ 71-104 ед.

Для оценки структуры кожи после облучения мы пользовались классификацией, разработанной Н. А. Огнерубовым и Е. Р. Ветловой (2005), согласно которой рубец считается хорошим, если сохранена структура кожи, нет признаков атрофии и зона облучения практически не отличается от окружающих тканей. Удовлетворительный — кожа истончена, структура или пигментация частично потеряна, сосудистый рисунок отсутствует. Неудовлетворительный — структура кожи потеряна, атрофия дермы с телеангиоэктазиями и деформацией кожи.

Представляем клиническое наблюдение

Больной Х. с первично-множественным раком кожи лица: Сг кожи лба справа St. I T1N0M0, состояние после КДР в 1980 г., Сг кожи лба справа St. I T1N0M0, состояние после КДР в 2000 г., Сг кожи лба справа St. I T1N0M0, состояние после КДР в 2001 г., Сг кожи околоушной области справа и слева St. I T1(2)N0M0, состояние после КДР в 2000 г., состояние после иссечения, Сг кожи заушной области справа St. I T1N0M0, состояние после КДР в 2003 г. Сг кожи височной области справа St. I T1(2)N0M0, Сг кожи лба справа St. I T1N0M0, Сг кожи височной области слева St. I T1N0M0

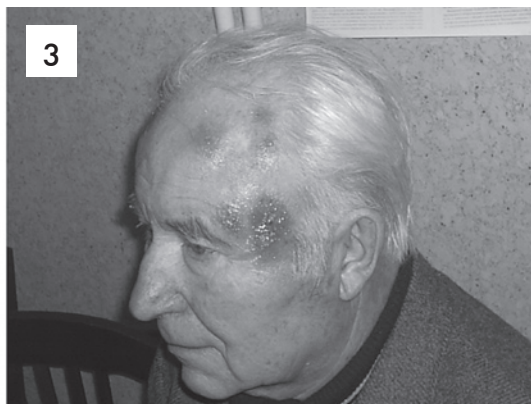


Рис. 1. Показан очаг левой височной области и неудовлетворительный рубец кожи лба после КДР.

Рис. 2. Очаги правой височной области и лба сразу после комбинированного лечения (глиц+КДР) (умеренная лучевая эритема).

Рис. 3. Через 1 неделю после окончания лечения — выраженная лучевая эритема, признаки сухого эпидермита (разгар лучевой реакции).

Рис. 4. Больной через 1 месяц после окончания лечения.

Выводы: Глицифоновая мазь может применяться для лечения первично-множественного базальноклеточного рака кожи в комбинации с лучевой терапией, как перед ней, так и после, в зависимости от характера опухоли. Применение её позволяет определить реальные границы опухоли и уменьшить лучевую нагрузку на окружающие опухоль нормальные ткани.

Использование комбинированного лечения первично-множественных опухолей кожи позволяет получить у всех больных хороший косметический результат и уменьшить количество рецидивов.