

нение произошло у 6 больных (30%) в контрольной группе ($p < 0,05$).

3. Больным контрольной группы с развившимся ОПП проведение следующего этапа лечения (химиотерапия, лучевая терапия) было отсрочено до полного купирования осложнения, в то время как пациенты основной группы продолжили комплексное лечение по истечении послеоперационного периода.

РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО III СТ.

*Е.О. Манцырев, А.В. Важенин, А.А. Лукин,
А.С. Пащенко, М.Н. Миронченко*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

На сегодняшний день доказаны принципиальная возможность и переносимость различных вариантов комбинированного лечения, но объективная оценка их эффективности на достаточно репрезентативном клиническом материале не проведена из-за различий в применяемых методиках.

Цель исследования: оценить эффективность проведения комбинированного лечения с применением расширенных операций больным немелкоклеточным раком легкого.

Материалы и методы.

В Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере проводится ретроспективное исследование больных раком легкого после радикального хирургического и комбинированного лечения с 1995 по 2004 г.г. включительно. В исследование включено 456 пациентов с раком легкого I-III стадии. Больные были разделены на 4 группы с учетом проведенного лечения: 1.гр. проведено только хирургическое лечение без расширенных операций (ХЛ); 2.гр. проводилось только расширенное хирургическое лечение (Р); 3.гр. группе больные получали комбинированное лечение, первым этапом выполнялись стандартные операции, вторым – послеоперационная лучевая терапия (КЛ); 4 гр. первым этапом лечения выполнялись расширенные операции (РКЛ), вторым также в послеоперационном периоде проводили лучевое лечение. В группах с комбинированным лечением больным вторым этапом лечения проводилась послеоперационная дистанционная гамма терапия на пути лимфооттока до СОД=40-44 изоГр. Средний возраст паци-

ентов составил 60 лет. В исследуемых группах преобладали мужчины (84%). Опухоли преимущественно локализовались в правом легком (53%) и в верхних долях (59%). По гистологическому строению преобладал плоскоклеточный рак – 62%, аденокарцинома встречалась в 22% среди всех исследуемых, бронхиолоальвеолярный рак и другие морфологические формы в 9% и 7% соответственно. В группе с хирургическим лечением преобладали пациенты Ia и I в стадии – 24% и 65% соответственно, с расширенным хирургическим лечением – I в (62%), в группах с комбинированным лечением было больше больных с метастазами в лимфатические узлы корня легкого и средостения 70% (КЛ) и 89% (РКЛ). Во всех исследуемых группах чаще выполняли лобэктомию и пневмонэктомию.

Результаты.

Нами оценены результаты безрецидивной выживаемости при 3 стадии в группах с комбинированным лечением и комбинированным лечением с расширенным компонентом. Анализ полученных данных показал, что при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии произошло увеличение безрецидивной выживаемости на 10 месяцев, о чем говорит отчетливая тенденция, подтвержденная при использовании непараметрического критерия Манна – Уитни (вероятность ошибки 1го рода (P) составила 0,06). Анализ общей выживаемости также указывает на отчетливое увеличение при сочетании расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии.

Заключение.

Сочетание расширенных операций и послеоперационной лучевой терапии при лечении пациентов с немелкоклеточным раком легкого III стадии позволяет добиться увеличения безрецидивной и общей выживаемости, по сравнению с комбинированным лечением без применения системной ипсилатеральной лимфаденэктомии. Очевидным является факт наличия тенденции к увеличению качества и продолжительности жизни.

НАШ ОПЫТ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ

И.Н. Мухитдинова

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

Злокачественные опухоли кожи занимают последнее место в структуре смертности от злокачественных новообразований. Подобная ситуация создает иллюзию относительной доброкачественности злокачественных опухолей кожи.

В структуре онкопатологий по Южно-Казахстанской области новообразования кожи продолжают занимать IV место. За последний год частота новообразований кожи составила 8,3‰ (в 2003 г. - 9,9‰).

Цель исследования: изучить распространенность рака кожи и оценить результаты лучевого лечения.

Материалы и методы.

Из первично зарегистрированных 989 больных к лучевому лечению подверглись 509 больных, что составляет - 50,4%. Из них: мужчины - 49,9%, женщины - 50,1%. По возрасту: до 50 лет - 8,3%, до 60 лет - 15%, до 70 лет - 28,7% и свыше 70 лет - 48%. По степени заболевания: I-II стадия - 86,8%, III стадия - 11,3%, IV стадия - 1,9%. Среди больных раком кожи преобладали пожилые люди - 74,9%, особенно велико их число среди больных женщин.

Наиболее часто поражаются область головы (щеки, нос, ушные раковины) и шеи. Плоскоклеточный рак - 58,5%, базально-клеточный рак - 41,4%.

Короткодистанционная рентгенотерапия проводилась на аппарате «Рентген-ТА», в последние годы «Голмэй», с набором тубусов различного диаметра при напряжении генерирования 60 кВ, силе тока 5 мА, с фильтром 1,2 мА, РИП - 40 мм, по 5 фракций в неделю. Величина поля облучения превышала видимую границу опухоли не менее чем на 1 см. При экзофитном росте опухоли и больших размерах лечение начинали с дистанционной гамма-терапии на аппарате «ТЕРАГАМ», дозу облучения доводили до 30-35 Грей, в последующем лечение продолжали на аппарате «Рентген - ТА».

Из числа больных подвергшихся лучевому лечению новообразования на коже лица и волосистой части головы были расположены у 85,8% и у 14,1% больных опухоли расположились на коже туловища и конечностях.

Результаты. Полная регрессия опухоли кожи от исходного размера опухоли составила у 79,4% больных. Значительная регрессия опухоли - у 19,8% пациентов. Отсутствие регрессии наблюдалось у 4 человек. Отсутствие регрессии связано с тем, что они не явились для продолжения лечения. Ближайшие результаты лучевого лечения: с I-II ст. заболевания 3 года без рецидива живут - 99,3% больных; 0,7% - лечились повторно с рецидивами, с III - стадией заболевания. 68% больных живут без рецидива и метастазов,

11% лечились повторно от рецидива. 11,3% человек выбыли из наблюдения; 9,7% умерли от сопутствующих заболеваний.

Таким образом, на современном этапе выбор метода лечения рака кожи должен быть ориентирован на стадию опухолевого процесса и анатомические особенности локализации рака кожи. В заключении можно отметить, несмотря на визуальности локализации удельный вес с III-IV стадией заболевания остается высокой, при которой эффективность лучевого лечения резко падает по сравнению с малыми размерами опухоли кожи.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ

А.К. Набиев, Н.К. Орманов, И.Н. Мухидинова

Областной онкодиспансер, г. Шымкент, Казахстан

Рак гортани (РГ) является наиболее часто встречающейся онкопатологией ЛОР-органов. Заболеваемость РГ составляет 0,8-5% среди всех злокачественных опухолей, по ЮКО выявляются 25-30 новых случаев РГ. Широко применяемая радикальная операция при РГ, то есть ларингэктомия (ЛЭ), может обеспечить хороший прогноз в плане излечения. Но многие больные отказываются от такого лечения, потому что ЛЭ является калечащей операцией, которая приводит к пожизненной трахеостомии и лишению гортани как органа, т.е. такой человек не только становится инвалидом на всю оставшуюся жизнь, но и не может быть реабилитирован социально. Все вышеизложенное показывает, что проблема лечения больных РГ остается актуальной и в настоящее время.

Целью нашей работы явилось изучить результаты комбинированного лечения больных РГ по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

Материал и методы.

В ООД ЮКО за период 2006-2009 гг. пролечено 98 больных РГ. Нами в сравнительном аспекте проанализированы результаты лечения 45 больных РГ III стадии в двух группах, где в I группе 20 больным (20,4%) проведена дистанционная гамма терапия (ДГТ) по радикальной программе (РОД 2 Гр до СОД 60 Гр в режиме с двух встречных полей), а во II группе 25 больным (25,5%) производилась радикальная операция - ЛЭ.

Большинство наблюдений обеих групп составили в возрасте 51-70 лет. В исследуемых группах преобладали больные со смешанной формой роста опухоли (соответственно 49,0% и