

(8 пациенток после кожно-сберегающей мастэктомии, 28 пациенток в комбинации с ТДЛ лоскутом).

Полученные результаты и их обсуждение

Наши наблюдения показали, что при формировании молочной железы ТРАМ-лоскутом на мышечной ножке из-за особенностей кровоснабжения возникает необходимость резекции до 30-45% от его первоначального объема за счет 3, 4-х зон. В случае свободного ТРАМ-лоскута, ТДЛ или расщепленного лоскута из контрлатеральной молочной железы возможно безопасное использование всего объема аутотрансплантата. Об адекватности кровоснабжения лоскута судили по цвету трансплантата, характеру капиллярного кровотечения, «пальцевой» пробе.

В раннем послеоперационном периоде у всех больных лоскуты жизнеспособны (частичный некроз лоскута возник у 3 больных после реконструкции молочной железы ТРАМ-лоскутом на мышечной ножке и у 1 больной после восстановления молоч-

ной железы лоскутом из контрлатеральной молочной железы). У 2 пациенток — нагноение абдоминальной раны на ограниченном участке, причина которых в возникшем при ушивании натяжении.

В отдаленные сроки (до 7,5 года) осложнения в виде частичного липосклероза после использования методик аутотрансплантации выявлены у 5 больных, у 1 больной — умеренная слабость передней брюшной стенки в виде ее пролабирования при значительной физической нагрузке. Случаев выраженной капсулярной контрактуры (IV степени) после эндопротезирования не зафиксировано. Эстетические результаты оценены нами как отличные у 39, хорошие — у 18, удовлетворительные — у 10. Все женщины были довольны полученными результатами, продолжают работать по специальности.

Таким образом, использование методов пластической хирургии у больных РМЖ на различных этапах комплексного и комбинированного лечения позволило получить хорошие результаты и повысить качество жизни пациенток.

Обеспечение гарантии качества лучевого лечения при первичных опухолях головного мозга

Ю. С. МАРДЫНСКИЙ, Г. Т. КУДРЯВЦЕВА, Т. Н. БОРИСОВА.
Медицинский научный радиологический центр РАМН, г. Обнинск.

Первичные опухоли центральной нервной системы составляют 1,4% от всех злокачественных опухолей и 2,4% от онкологической летальности. Несмотря на небольшую частоту встречаемости они представляют собой сложную клиническую ситуацию и составляют важный раздел современной онкологии. По некоторым аспектам подходы к ведению таких больных широко варьируют.

Под оптимальным лечением на современном этапе подразумевается использование лучевой и/или химиотерапии после удаления опухоли. С целью обеспечения комплексного подхода к лечению больных со злокачественными глиомами необходимо соблюдение преемственности специалистов с формированием «нейроонкологической команды» с участием нейрохирургов и радиологов. Частая радикальность оперативного вмешательства из-за локализации опухоли и в виду ее мультицентричного роста, сложности эффективного цитостатического лечения, а также относительная радиорезистентность глиальных опухолей, обуславливают дальнейший поиск путей повышения оптимизации существующих методов лечения, исходя из концепции перспективности синергизма системного и локального подходов. Дистанционная лучевая терапия является основным компонентом лечения для большинства пациентов с глиомами. Использование лучевого метода лечения в нейроонкологии должно отвечать обязательным требованиям современной лучевой терапии: конформность облучения и обеспечение гарантии качества лучевой терапии.

На базе радиологического отделения клиники МРНЦ РАМН с 1998 года проводилось лечение более чем 50 пациентам, страдающим опухолями интракраниальной локализации. У всех больных до начала лучевого лечения диагноз был верифицирован морфологически. В большинстве случаев (89%) выявлялись глиальные опухоли — глиобластомы, астроцитомы различной степени злокачественности.

Использование лучевого метода лечения в нейроонкологии должно отвечать обязательным требованиям современной лучевой терапии: конформность облучения и обеспечение гарантии качества лучевой терапии.

Лучевая терапия в рамках программы комплексного лечения проводилась 50 пациентам после оперативных вмешательств различных объемов в сроки от 2 до 6 недель после операции. Только 2 больным лучевая терапия проводилась в качестве самостоятельного куративного метода без оперативного удаления опухоли из-за явной неоперабельности и отказа пациента от операции. В плане предлучевой подготовки разработан алгоритм

мероприятий, позволяющий обеспечить максимально возможное соответствие 85-90% изодозы объему мишени и минимизацию дозы на окружающие интактные ткани, т.е. конформность облучения. Известно влияние клинических факторов прогноза на эффективность терапии, поэтому на докуративном этапе проводилось общеклиническое обследование больных с оценкой неврологического статуса и осмотром глазного дна. Это позволяет рекомендовать адекватную сопутствующую терапию, что в итоге сказывается на эффективности лечения.

Известно, что успех лучевой терапии на 25% зависит от адекватного планирования облучения и точного воспроизведения, поэтому анатомотопографическое определение мишени в данных случаях является важнейшим звеном предлучевой подготовки. Разметка больных и получение топографо-анатомических срезов на уровне поражения в 87% случаев осуществлялись с использованием компьютерной томографии (КТ) головного мозга с контрастным усилением или без него, что позволяет уже в процессе диагностической процедуры совместно с врачом-рентгенологом определить объем мишени облучения. В последствии это дает возможность провести оценку окончательных результатов лечения, что необходимо для соблюдения условий гарантии качества лучевой терапии.

В объем мишени облучения включались: зона остаточной опухоли («масс-эффект»), послеоперационные изменения, зона перифокального отека и прилежащие ткани в пределах 2,5-3 см.

План облучения формировался с использованием компьютерной (в том числе трехмерной) системы планирования. Использование фиксирующих устройств, лазерных центраторов позволяет достигать точности последующих укладок пациентов. Облучение в большинстве случаев проводилось на линейном ускорителе Phillips SL-20 или SL-75-5 с эмиссией фотонов 6 Мэв по методике мультифракционирования и ускоренного мультифракционирования до СОД от 56 до 64 Гр, с учетом стандартов лечения глиальных опухолей.

С 1999 г. параллельно с лучевым лечением начали проводить химиотерапию. На сегодняшний день попытки химиотерапии вне клинических исследований не очень упорядочены, но направлены на применение максимальных возможностей для воздействия на опухоль. Режим PCV (прокарбазин, кармустин, винкристин) с 90-х годов признан стандартом в лечении анапластических глиом. Эффективность современных производных нитрозомочевины объясняется их большой липофильностью, легким проникновением в клетки и через гематоэнцефаличе-

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 адьювантным 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 общезлокачественной 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 клиничко-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 опухолевой 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 неприменимо для косметически значимых зон, а послыное 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

