

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

52,2%), По степени распространения метастазов у большинства больных обеих групп метастазы отсутствовали ($T_3N_0M_0$).

Результаты и их обсуждение.

После проведенной лучевой терапии было примерно одинаковое количество больных в обеих группах (соответственно 40% и 36%). Больных с частичной регрессией опухоли в I группе было немного больше (50%), чем во II группе (44%). Без эффекта оставались 10% больных I группы и 16% больных II группы. У всех больных II группы с полной регрессией опухоли через 1,5-2 года развивался рецидив, в связи с чем им, а также больным с частичной и без регрессии опухоли выполнялась ЛЭ. После ЛЭ питание больного восстанавливали через рот, а дыхание через трахеостому. Основным недостатком данной операции является утрата голосовой функции, восстановление которой с использованием логопедических методик неодинаково успешна.

Анализ полученных данных по срокам появления рецидивов и метастазов показал, что после ДГТ рецидивы и метастазы чаще развивались в сроки 1-3 года (соответственно 25% и 15%), причем они проявлялись уже в 1 год после начала лечения в 5% и 10% случаев, достигая максимума к 3 году и уменьшаясь к 5 годам до 5%. В группе больных, получивших комбинированное лечение с выполнением операции - ЛЭ, наибольшая численность больных с рецидивами и метастазами отмечена в течение первого года после начала лечения (соответственно 4% и 12%); в сроки 1-3 лет и 3-5 лет в равных количествах развивались только метастазы (по 4%), рецидивов не было.

5-летняя выживаемость в группе больных с ДГТ была также ниже (40,8%), чем в группе больных с ДГТ+ЛЭ (67,3%). При сравнении выживаемости больных этих групп данные статистически достоверны ($P<0,05$). В этот период в I группе умерших не было, а во II группе умерло 2 (4,3%) больных.

Таким образом, комбинированное лечение с включением ЛЭ позволило сократить в 2,7 раз развитие рецидивов метастазов на протяжении 5 лет после начала лечения, увеличить 3-х и 5-летнюю выживаемость больных по сравнению с чисто ДГТ, сократить общую смертность с 59,1% до 32,6%. Полученные данные показывают явное преимущество комбинированного метода лечения ДГТ+ЛЭ над чисто ДГТ. Однако, реабилитация больных РГ III стадии, потерявших орган после калечащей операции - ЛЭ, представляется очень трудной и до конца нерешенной проблемой. Поэтому больные часто категорически отказываются от данной операции.

ТЕМОДАЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ

В.М. Ноздрин, М.М. Шабаева, В.В. Кутуков

ОКБ №2 им. проф. И.Н. Аламдарова
АООД, АГМА

Актуальность работы обусловлена тенденцией неуклонного роста нейроонкологических заболеваний, как во всем мире, так и в Астраханской области. Термин «глиома» обозначает смешанную группу опухолей, биологические особенности, лечение и прогноз которых могут быть значимо различными. Степень злокачественности глиомы – исторически сложившееся понятие морфологической классификации астроцитарных глиом, предложенное Kemogham в 1947 году и уточненное Daumas-Duport в 1989 году. Злокачественные глиомы составляют 40-60% от всех первичных опухолей ЦНС. Прогноз лечения этих опухолей неблагоприятный, а качество жизни больных страдает от тяжелых неврологических нарушений и осложнений применяемого в настоящее время комбинированного лечения. Несмотря на использование всего комплекса противоопухолевого лечения, средняя продолжительность жизни больных низкодифференцированными глиомами в настоящее время не превышает 1 года (Олюшин В.Е., 2009; Birkholz D. et al., 2005). Основным методом лечения опухолей головного мозга является оперативный. Однако, несмотря на значительное развитие нейрохирургии, инфильтративный характер роста злокачественных глиом и опасность повреждения жизненно важных структур мозга не позволяют радикально удалять новообразование при хирургическом вмешательстве (Голанов А. В., 1999; Lacroix M. et al., 2001; Pang B. C. et al., 2007). В этих случаях производится лишь частичное удаление новообразования или биопсия. Поэтому, наряду с оперативным лечением, важнейшими компонентами терапии пациентов злокачественными глиомами являются лучевая и химиотерапия (Кобяков Г.Л. и соавт., 2004; Bredel M. et al., 2002). При рецидивах или прогрессировании заболевания химиотерапевтическое лечение применяется значительно чаще и нередко является единственным возможным методом лечения. На протяжении последнего десятилетия в терапии злокачественных глиом были использованы все новые химиотерапевтические препараты для лечения солидных опухолей, а также их комбинации, но значительных улучшений добиться не удалось. При применении различного вида цитостатиков химиотерапевты сталкиваются с проблемой побочных эффектов, наиболее серьезными из которых