

зований строится на внедрении в деятельность радиологических отделений высокотехнологичных методик с использованием новых радиотерапевтических установок. В НИИ онкологии СО РАМН в отделении радиологии в сентябре 2009 года был введен в эксплуатацию новый гамма-терапевтический аппарат MultiSource UDR с энергией 1,25 МэВ и планирующей системой «HDR Plus» для проведения внутрисполостной лучевой терапии. Было проведено обучение медицинского персонала и медицинских физиков работе на новом аппарате, а также освоена программа планирования с учетом данных рентгенологического исследования и компьютерной томографии совместно с врачом-рентгенологом.

Цель исследования: изучить непосредственную эффективность и частоту ранних лучевых реакций после комплексного лечения с использованием внутрисполостного гамма-терапевтического аппарата MultiSource UDR и планирующей системы «HDR Plus» у онкогинекологических больных.

Материалы и методы.

В отделении радиологии НИИ онкологии СО РАМН в период с сентября 2009 г. по ноябрь 2010 г. комплексное лечение с использованием внутрисполостной гамма-терапии на аппарате MultiSource UDR получило 44 больных гинекологическим раком: в 27 случаях - рак шейки матки и в 17 - рак эндометрия. У 17 больных местнораспространенным раком шейки матки IIb-IIIb стадии проводилось на первом этапе 2 курса химиотерапии цисплатин/гемицитабин с последующей сочетанной лучевой терапией (СЛТ) в объеме дистанционной лучевой терапии в стандартном режиме до СОД-44-48 Гр и внутрисполостной лучевой терапии: РОД-5,0 Гр, 2 раза в неделю, СОД – 50 Гр (т.А – 70-75 Гр, т.В – 40-55 Гр в зависимости от стадии). Дистанционная гамма-терапия выполнялась на гамма-терапевтическом аппарате Theratron Equinox в режиме: РОД-2,0 Гр, 5 раз в неделю, СОД-40-48 Гр (в зависимости от стадии опухолевого процесса).

Послеоперационная сочетанная лучевая терапия проводилась у 13 пациенток с раком шейки матки IIb-IIa стадии и 14 больным раком эндометрия Ia-IIa стадии после выполнения оперативного вмешательства (экстирпации матки с придатками) при наличии неблагоприятных прогностических факторов (возраст – моложе 50 лет, форма роста и локализация опухоли, глубина инвазии в строму, морфологическая структура и т.п.). Курс сочетанной лучевой терапии включал дистанционный компонент в стандартном режиме СОД- 44-48 Гр и внутрисполостной: РОД-5,0 Гр, 2 раза в неделю, СОД-25,0 Гр. Длительность процедуры внутрисполостной лучевой терапии

при в послеоперационном режиме составила – 6-9 минут, при радикальном курсе – 10-13 минут.

Результаты и обсуждение.

Выявлено, что у 53% больных раком шейки матки IIb-IIIb стадии, получавших сочетанный курс лучевой терапии и полихимиотерапию отмечалась стабилизация опухолевого процесса, в 41% - частичная регрессия, а в 6% наблюдений – полная регрессия опухоли. Острый лучевой цистит был диагностирован у 2/17 (12%) пациенток после окончания полихимиотерапии и в 1/7 (14%) - после оперативного вмешательства и СЛТ. У одной пациентки 1/17 (5,8%) после окончания СЛТ отмечались явления эпителиита слизистой влагалища и трех больных 3/17 (17,6%) - были выявлены признаки энтероколита. Все пациентки с наличием острых лучевых реакций получали симптоматическое антибактериальное, противовоспалительное лечение с положительным эффектом. У других пациенток, получавших лечение с использованием внутрисполостного гамма-терапевтического аппарата MultiSource UDR, лучевых реакций отмечено не было. При динамическом наблюдении через год лучевых изменений нормальных тканей у пациенток, получавших сочетанный курс лучевой терапии, выявлено не было. Кроме того, ни у одной из больных раком шейки и тела матки не было отмечено признаков местного рецидивирования и отдаленного метастазирования за год динамического наблюдения.

Выводы.

Таким образом, проведение в комплексном лечении больных раком шейки и тела матки внутрисполостной гамма-терапии на аппарате MultiSource UDR показало ее эффективность и умеренную частоту развития ранних лучевых реакций, что позволяет продолжить научно-практическую работу в данном направлении.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАКЕ КОЖИ ПЕРЕД НАЧАЛОМ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ

В.Г. Елишев

Тюменский ООД

В Тюменской области за последние десять лет заболеваемость раком кожи возросла в 1,5 раза, достигнув показателя 20,18 случаев на 100 тыс. населения. В онкологии используются различные методы лечения рака кожи: хирургическое иссечение, лучевая терапия, лазеротерапия, криодеструкция, фотодинамическая терапия, электрокоагуляция. Существуют так же более

трудоемкие методы: введение проспидина с последующей криодеструкцией, использование спирибромамина 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