

лечения. Данная особенность усложняет выбор метода лечения, который бы гарантировал хороший косметический и терапевтический эффект.

По данным опроса, среди пациентов, страдающих раком кожи, около 40% опрошенных отнесли косметические результаты лечения как определяющие выбор метода.

Стремление улучшить непосредственные и косметические результаты лечения больных раком кожи привело к попыткам применения с лечебной целью различных альтернативных методов: лазерное излучение, низкие температуры, фотодинамическая терапия, иммунотерапия, магнитные поля, и т.п. Оценивая результаты этих методов, необходимо отметить, что высокие терапевтические показатели возможны при поверхностных, мелкоузловых образованиях в хорошо доступных местах, а общая частота рецидивирования при этом не уступает классическим методам для всех стадий заболевания. Возникновение рецидивов после неадекватного лечения значительно увеличивает злокачественность опухоли и, в ряде случаев, угрожает жизни больного, так как последующие мероприятия могут оказаться лишь паллиативными.

Выбор метода должен основываться на объективной оценке непосредственных и отдаленных результатов лечения и определяться совместно с пациентом в каждом конкретном случае.

В Тюменском облонкодиспансере за последние четыре года было пролечено свыше 2 тысяч пациентов, страдающих раком кожи. Среднегодовое количество пациентов составило около 500 человек. Свыше 80% пациентов получали курсы короткодистанционной рентгенотерапии.

В 2009 году проведена оценка отрицательных отдаленных результатов лечения рака кожи (короткодистанционная рентгенотерапия и хирургический метод лечения). Всего наблюдалось 17 пациентов. Средний возраст на момент контрольного осмотра – 60 лет. Указанные пациенты распределились по двум группам.

1 группа – 10 пациентов, получавших короткодистанционную рентгенотерапию;

2 группа – 7 пациентов, прошедших хирургическое лечение;

Местное рецидивирование или продолжающийся рост было выявлено у 9 пациентов (50% случаев). У 7 пациентов (2 группа) рецидивирование отмечалось после хирургического лечения. Среднее время выявления – 14 месяцев. Период рецидивирования – от 3 до 34 месяцев. Рецидивирование после лучевого лечения отмечалось у 3 пациентов (1 группа). Среднее время выявления рецидива – 35 месяцев. Период рецидивирования – от 2 месяцев до 5 лет.

В 1 группе у 7 пациентов были выявлены

признаки постлучевой язвы. Среднее время выявления – 37 месяцев. Период выявления – от 2 до 5 лет. У 3 пациентов формирование постлучевой язвы происходило на фоне сопутствующей системной патологии – сахарный диабет в стадии субкомпенсации (n=2), склеродермия (n=1).

Таким образом, дальнейшее изучение отдаленных отрицательных результатов лечения рака кожи является приоритетной задачей для создания оптимальной модели по диспансеризации патологии кожи.

Литература:

1. Алиева И.Г. Опыт близкофокусной рентгенотерапии рака кожи - Медицинская радиология. – 1968. - № 5. – С. 15-21.
2. Важенин А.В., Анищенко И.С. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение. – Челябинск: Урал, 2000. – 141 с.
3. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник. – М: МИА, 2004. – 516 с.
4. Давыдов М.И. и др. Злокачественные новообразования кожи, губы, века, уха и наружного слухового прохода, волосистой части головы. / Энциклопедия клинической онкологии / – М.:ООО «РЛС – 2004», 2004. – С. 170-174.
5. Соловьев М.М. и др. Некоторые теневые стороны криодеструкции или метода лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации и пути ее преодоления / Опухоли челюстно-лицевой локализации. – Л., 1982. – Вып. 2. – С. 49-53.
6. Чиссов В.И. и др. Злокачественные новообразования в России в 2007 году – М. 2008. – 228 с.
7. Состояние онкологической помощи в Тюменской области за 2007 год. / Информационный бюллетень / Тюмень, 2008. – 31 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ГАММА-ТЕРАПИИ И ИНТРА-ОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Г.С. Жамгарян, А.И. Мусабаева,
Ю.И. Тюкалов, А.А. Жеравин

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

В лечении сарком мягких тканей (СМТ) ведущая роль до настоящего времени отводится хирургическому вмешательству. В современной практике основному числу больных СМТ выполняются органосохраняющие операции. Для усиления местного воздействия, с целью уменьшения числа рецидивов, применяется комбинированная терапия с использованием лучевой терапии (Eilber F.R. et al., 1990; Clark M.A. et al.,

2003). В последние годы большое внимание уделяется интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) на ложе удаленной опухоли. Есть отдельные работы по использованию ИОЛТ в самостоятельном варианте, без дистанционной гамма-терапии (ДГТ), в которых показано, что применение ИОЛТ в однократных дозах 10-15 Гр не увеличивает количество послеоперационных осложнений, уровень пятилетней безрецидивной выживаемости составил 63% (Lehnert T. et al., 2000; Kunos C. et al., 2006; Niewald M. et al., 2009). По данным других авторов, при применении ИОЛТ в однократной дозе 10-15 Гр и послеоперационной ЛТ с СОД 50-56 Гр в комбинированной терапии СМТ, 5-летний локальный контроль составил 84% (Kretzler A., Molls M., 2004; Tran Q., Kim A.C., 2006). Представленные в литературе результаты исследований, в которых изучалась эффективность смешанной лучевой терапии (ИОЛТ и ДГТ) при лечении СМТ не достаточно полные, порой противоречивые. Не в полной мере оценено влияние предоперационной лучевой терапии в сочетании с ИОЛТ на частоту рецидивирования и метастазирования у больных СМТ.

Цель исследования: изучить особенности течения послеоперационного периода и развитие ранних лучевых реакций в условиях проведения предоперационной ДГТ и ИОЛТ в комбинированном лечении больных СМТ.

Материалы и методы.

В исследование включено 105 больных в возрасте от 10 до 83 лет (средний возраст $46,8 \pm 2,5$ года), которые получили комбинированное лечение в НИИ Онкологии СО РАМН за период с 1991 по 2008 год. Мужчин было 41% ($n=43$), женщин – 59% ($n=62$). Больные первичными саркомами составили 65,7%, с рецидивными – 34,3%. В материал вошли больные с местнораспространенной опухолью (II-III стадии), при этом большая часть больных – 51,4% были с III стадией заболевания, у 25,7% больных была IIa стадия и у 22,9% – IIb стадия. По локализации преобладали саркомы конечностей, которые составили 88,6%, при этом саркомы верхних конечностей наблюдались у 30,5% больных, а саркомы нижних конечностей – у 58,1% больных, 11,4% больных были с локализацией опухоли на туловище. Всем больным выполнялась операция в объеме широкого иссечения опухоли. Хирургическое лечение дополнялось сеансом ИОЛТ ложа удаленной опухоли в дозе 10-15 Гр с помощью малогабаритного бетатрона МИБ-6Э. Также, на этапах комбинированного лечения, всем больным проводилась дистанционная гамма-терапия на аппарате РОКУС-М.

В зависимости от режима проводимой ЛТ больные были разделены на две группы. В первую группу, исследуемую, вошли 49 пациентов, которым облучение проводилось в предоперационном периоде в режиме РОД 3 Гр, 10-12 фракций 5 раз в неделю. Хирургическое лечение выполнялось через 5-21 день после окончания ЛТ. Вторую группу, контрольную, составили 56 пациентов (архивный материал), которым ЛТ проводили в послеоперационном периоде в режиме 2 Гр, 12-20 фракций по 5 фракций в неделю. Лучевую терапию начинали после полного заживления раны, сроки начала варьировали от 2 до 6 недель после операции. Курсовая СОД рассчитывалась с учетом ИОЛТ и составляла 60-65 изоГр, при этом у большинства больных контрольной группы ($n=36$) доза проводимого ИОЛТ составляла 20 Гр, а курсовая доза смешанного облучения превышала толерантность нормальных тканей и составляла 75-80 изоГр, и только у 20 пациентов курсовая доза не превышала 65 изоГр.

Группы были репрезентативными по основным клинико-морфологическим характеристикам. Выполнялась оценка частоты развития ранних лучевых реакций после проведения лучевой терапии, а также характера и частоты развития ранних послеоперационных осложнений. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета программ Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., 2004).

Результаты и обсуждение.

Проводимая комбинированная терапия СМТ с использованием смешанной лучевой терапии в целом переносилась больными удовлетворительно. Не наблюдалось выраженных лучевых реакций. В исследуемой группе после курса ЛТ наблюдалась гиперемия кожи у четырех пациентов (10,2% наблюдений), которая купировалась самостоятельно в течение 10-14 дней. Хирургическое лечение больных после ЛТ проводилось в планируемые сроки. Анализ послеоперационного периода в зависимости от метода проводимого облучения показал, что у большинства больных первой группы послеоперационный период протекал относительно удовлетворительно. Швы снимались на 10-14 сутки. Из особенностей следует отметить, что у четырех больных (8,2%) после снятия швов длительное время выполнялись пункции для эвакуации скапливающегося транссудата из зоны оперативного вмешательства. Вероятнее всего, такая ситуация связана как с особенностями хирургического лечения, так и с проведенной лучевой терапией. У двух больных (4,1%) было нагноение в области послеоперационного рубца, в четырех наблюдениях (8,2%) рана зажила вторичным натяжением. В после-

операционном периоде у больных второй группы были следующие особенности. Снятие швов в среднем выполнялось также на 14 сутки. У трех больных (5,3%) рана заживала вторичным натяжением, нагноение послеоперационного рубца зафиксирована у трех пациентов (5,3%). У пяти больных (8,9%) в области оперативного вмешательства несколько недель скапливался транссудат. Эти осложнения были причиной длительного перерыва между этапами комбинированного лечения и отодвигали дату начала ДГТ в сроки от 15 до 70 дней (в среднем 26 суток после операции).

Таким образом, существенных различий в течении послеоперационного периода в анализируемых группах не наблюдалось. Предоперационная лучевая терапия не оказывает отрицательного влияния на характер послеоперационных осложнений, которые в большей степени были обусловлены хирургической травмой. Кроме этого, оценивалась выраженность лучевых реакций в зависимости от режима проводимой лучевой терапии. После предоперационной ДГТ наблюдались только гиперемия кожи у четырех больных (8,2%) и неврит у одного пациента (2%). В группе же пациентов, получивших ДГТ в послеоперационном режиме, количество лучевых реакций было больше, но определялось курсовой дозой облучения. Так, у больных получивших ЛТ в пределах толерантности нормальных тканей (≤ 65 Гр), наблюдалась гиперемия кожи у двух пациентов (11%) и у одного пациента (5,5%) развивался постлучевой неврит. В подгруппе больных с курсовой дозой > 65 Гр гиперемия кожи наблюдалась у трех больных (8,3% случаев), а также отмечены более серьезные осложнения: лучевая язва в двух наблюдениях (5,5%), постлучевой неврит у трех больных (8,3%) и у двух пациентов (5,5%) – остеоидистрофия. Полученные данные свидетельствуют о том, что количество лучевых реакций при использовании курсовых доз в пределах толерантности нормальных тканей не зависит от режима проводимой лучевой терапии. Однако, превышение курсовой дозы > 65 Гр приводит к появлению таких осложнений, как лучевая язва и остеоидистрофия.

Выводы.

Разработанный метод комбинированного лечения сарком мягких тканей с использованием предоперационной ДГТ и хирургического лечения с ИОЛТ хорошо переносится больными. ДГТ в используемом режиме не вызвала выраженных лучевых реакций, не увеличила интервал времени до хирургического лечения, не оказала отрицательного влияния на ход оперативного вмешательства и количество послеоперационных ос-

ложнений, наблюдаемые осложнения в большей степени обусловлены хирургической травмой.

Характер и выраженность лучевых реакций определяются дозой лучевой терапии. При курсовой дозе ≤ 65 Гр режим облучения не оказывает существенного влияния на проявление лучевых реакций. Превышение толерантной дозы облучения (> 65 Гр) сопровождается развитием серьезных осложнений – лучевые язвы и остеоидистрофии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛИМТЫ ВО II ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

Б.Т. Жусупова, Н.А. Шаназаров

Онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан
Тюменская ГМА

Цель исследования: оценка эффективности лечения немелкоклеточного рака легкого во II линии Пеметрекседом (Алимта).

Материал исследования.

С 2007 года по 2009 год в отделении химиотерапии ГККП «Онкологический диспансер» г. Астаны пролечено 142 больных по поводу немелкоклеточного рака легкого с III, IV стадиями процесса (65% от всех больных, пролеченных по поводу рака легкого). Схемами лечения в I линии были – «Цисплатин-Этопозид», «Паклитаксел-Цисплатин / карбоплатин», «Винорельбин-Цисплатин», «Доцетаксел-Цисплатин», «Гемцитабин-Цисплатин». 18 пациентам при развитии прогрессирования на фоне лечения препаратами I линии, а также – при прогрессировании на фоне перерыва в лечении после достижения стойкого максимально положительного эффекта (включая ПЭ, ЧЭ, стабилизацию) проводилось лечение Пеметрекседом (Алимтой) в качестве препарата II линии. Пеметрексед назначался в дозе 500 мг/м² в 1 день цикла, каждые 21 день со стандартной премедикацией фолиевой кислотой, витамином B12, ГКС (дексаметазоном). Среди больных 55,5% (10) составили мужчины, 45,5% – женщины. У 9 пациентов (50%) гистологически был вариант плоскоклеточного рака, у 9 – аденокарциномы. Количество циклов от 4 до 8.

Результаты исследования. Полный эффект (ПЭ) отмечен в 1 случае (5,5%), Частичный эффект (ЧЭ) – в 6 случаях (33%), Стабилизация – в 10 случаях (55,5%), Прогрессирование – в 1