

чення показника при прискорених режимах опромінення $28,7 \pm 8,7\%$ (8 з 28 хворих) проти $8,3\%$ (1 з 12 хворих) при СФ ($p < 0,05$).

Згідно з багатофакторним аналізом, не виявлено залежності ЗВ від стадії та морфології. Втім, оцінюючи дворічну виживаність, бачимо тенденцію до зростання величини показника у групах прискореного фракціонування до $36,5 \pm 6,1\%$ (23 з 63 пацієнтів) серед хворих на НДРЛ IIIA стадії, $14,3 \pm 6,7\%$ (4 з 28 хворих) — при ПIV стадії захворювання. При конвенціональному опроміненні два роки прожили лише $20 \pm 9,2\%$ (4 з 20 хворих) пацієнти IIIA стадії.

З огляду на морфологічний тип пухлини, виживаність у 1–3-й групах досягла $33,9 \pm 5,9\%$ (22 з 65 хворих) при плоскоклітинному варіанті проти $15,4 \pm 7,2\%$ (4 з 26 пацієнтів) при інших типах НДРЛ. У 4-й групі, де застосовували режим СФ, дворічна виживаність відзначена тільки в $18,2 \pm 8,4\%$ випадків (у 4 з 22 хворих) з плоскоклітинною морфологічною формою захворювання.

Таким чином, ПТ в режимі прискореного фракціонування в поєднанні з хемопрепаратами при неоперабельному НДРЛ III стадії підсилює девіталізацію пухлинних клітин і тим самим дозволяє досягти кращих безпосередніх і віддалених результатів лікування, які залежать від ряду клінічних показників. У дослідженні встановлено, що частота позитивної відповіді при прискорених режимах опромінення виявилася вищою при $IK \geq 70$, при IIIA стадії захворювання, у разі плоскоклітинного морфологічного типу і периферичної форми пухлинного росту. Згідно з отриманими даними, для виживання хворих на НДРЛ III стадії прогностичне значення має загальний стан пацієнта, форма макроскопічного росту пухлини, ступінь регресії пухлинного процесу.

Отже, променева терапія в режимі прискореного фракціонування при неоперабельному НДРЛ III стадії підсилює девіталізацію пухлинних клітин і статистично вірогідно збільшує частоту об'єктивної відповіді до $67,8–74,2\%$. Частота позитивної відповіді при прискорених режимах опромінення залежить від загального стану пацієнта, ступеня поширеності пухлинного процесу, морфології, форми росту. Безпосередній ефект вище при $IK \geq 70$, при IIIA стадії захворювання, у разі плоскоклітинного морфологічного типу і периферичної форми росту пухлини. Режими прискореного гіперфракціонування в поєднанні з модифікацією хемопрепаратами забезпечує статистично вірогідне поліпшення рівня показника загальної (в 1,4–1,7 разу) та безрецидивної виживаності (в 1,4–1,6 разу) хворих на НДРЛ III ст. Загальна виживаність при прискорених режимах опромінення з модифікацією хемопрепаратами залежить від загального стану хворого і ступеня регресу пухлинного процесу, при СФ — від загального стану, ступеня регресу пухлинного процесу та форми росту.

Література

1. *Терапевтическая радиология: Рук-во для врачей / Под ред. А.Ф. Цыба, Ю.С. Мардынского. – М.: ООО «МК», 2010. – 552 с.*
2. Бойко А.В., Черниченко А.В., Филимонов А.В., Кузнецов Е.В. // *Рос. онкол. журн.* – 2004. – № 1. – С. 7–10.
3. Черниченко А.В., Филимонов А.В. // *Практ. онкол.* – 2008. – Т. 9, № 1. – С. 16–20.
4. Добродеев А.Ю., Завьялов А.А., Мусабаев Л.И. // *Сиб. онкол. журн.* – 2006. – № 4 (20). – С. 63–67.
5. Захарычев В.Д. // *Онкол.* – 2007. – Т. 9, № 2. – С. 91–94.
6. Голдобенко Г.В., Канаев С.В. // *Вопр. онкол.* – 2000. – Т. 46, № 3. – С. 361–365.
7. Лактионов К.К., Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. // *Практ. онкол.* – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 145–153.
8. Trodella L., D'Angelillo R.M., Ramella S. et al. // *Ra-ys.* – 2004. – Vol. 29, № 3. – P. 319–326.

9. Saunders M., Dische S., Barret M. et al. // *Lancet.* – 1997. – Vol. 350. – P. 524–530.

Т.Г. Бойко, І.В. Смаглюк, Т.В. Оніцева, І.М. Макарук, К.В. Яриніч

КЗ «Кіровоградський обласний онкологічний диспансер»

Аналіз випадків виникнення рецидивів раку шкіри в місцях видалених (вилікуваних) пухлин

Analysis of cases of skin cancer relapses on the site of removed (cured) tumors

Summary. The authors analyze development of relapses of skin cancer relapses in the sites of removed (cured) tumors. It was established that the highest frequency of relapses occurred after radiation therapy for the tumors of the head and neck on the 2nd and 3rd year of observation. In the majority of cases post-operative skin cancer relapses occurred on the 1st year of observation (from month 1 to month 8).

Key words: non-melanoma skin cancer, radiation therapy, relapse.

Резюме. Проведен аналіз виникнення рецидивів рака шкіри в місцях удалених (вилікуваних) опухолей. Установлено, що найбільше число рецидивів виникло після лучевої терапії при локалізації опухолей в області голови і шиї на 2-м і 3-м году наблюдения. Послеоперационные рецидивы рака кожи в большинстве случаев возникали на 1-м году наблюдения (в сроки 1–8 месяцев).

Ключевые слова: немеланоцитарный рак кожи, лучевая терапия, рецидив.

Ключові слова: немеланоцитарний рак шкіри, променева терапія, рецидив.

Захворюваність на рак шкіри зростає в міру того, як люди зі світлою шкірою прагнуть до сонця, не усвідомлюючи пов'язаної з цим небезпеки. За даними ВООЗ, щорічно в усьому світі діагностується від 2 до 3 мільйонів випадків захворювання на так званий «немеланоцитарний рак шкіри» (НМРШ) і більше 130000 випадків злоякісної меланоми.

Захворюваність на НМРШ в Україні істотно нижче відповідних Європейських показників (41,8 на 100 тис. населення в 2011 р.). Серед усіх злоякісних пухлин зазначена патологія в нашій країні займає 3-тє місце (після раку легень і шлунка) у чоловіків та 2-ге місце (після раку грудної залози) у жінок (2011 р.).

Найбільш схильні до онкологічних захворювань шкіри представники вікових груп 60–79 і 40–59 років (64,4 і 19,2% всіх захворювань відповідно).

Базально-клітинний рак (БКР) шкіри є найбільш поширеним НМРШ і складає 75–80% зареєстрованих випадків. Він розвивається зазвичай на обличчі, росте повільно і має слабку тенденцію до метастазування. Плоскоклітинний рак (ПКР) шкіри (20–25%) може виникати на будь-якій ділянці тіла, але особливо на руках і ногах, і може метастазувати.

Немеланоцитарний рак добре реагує на лікування; основні методи — хірургічне втручання і променева терапія. Найкращі результати дає операція (близько 95% пухлин виліковуються висіченням).

Променева терапія (ПТ) залишається методом вибору при лікуванні пухлин шкіри обличчя, волосистої частини голови та забезпечує не тільки стійке одужання, але і хороший косметичний ефект.

Таблиця 1

Розподіл рецидивів, виявлених у хворих Кіровоградської області в 2009–2010 роках з урахуванням методу попереднього лікування

Метод лікування	Термін									
	2009 р.					2010 р.				
	всього, п	до 1 року	1–3	3–5	понад 5 років	всього, п	до 1 року	1–3	3–5	понад 5 років
Після операції	2	2	0	0	0	5	4	0	1	0
Після ПТ	18	3	8	4	3	9	0	6	2	1
Після комбінованого лікування	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0

Таблиця 2

Розподіл рецидивів, виявлених у хворих Кіровоградської області в 2011–2012 роках з урахуванням методу попереднього лікування

Метод лікування	Термін									
	2011 р.					2012 р.				
	всього, п	до 1 року	1–3	3–5	понад 5 років	всього, п	до 1 року	1–3	3–5	понад 5 років
Після операції	3	1	0	1	1	4	3	1	0	0
Після ПТ	7	3	2	1	1	5	3	2	0	0
Після комбінованого лікування	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Таблиця 3

Розподіл рецидивів залежно від локалізації

Локалізація	п
1. Тулуб	13
2. Кінцівки	3
3. Голова та шия, зокрема:	41
лоб	1
надбрівні дуги	3
ніс	15
повіки та кути очей	3
щоба	9
верхня губа	1
вуш на раковина и завуш на зона	3
шия	3
волосиста частина голови	3

Незважаючи на використання різних видів лікування, не завжди вдається отримати стійкий безрецидивний період.

За даними літератури, частота виникнення рецидивів раку шкіри варіює в широких межах. Так, частота рецидиву БКР після хірургічного лікування становить 2–41% і залежить від розмірів і форми пухлини, її локалізації та ін. Близькофокусну рентгенотерапію (БФРТ) зазвичай застосовують при лікуванні солітарних базаліом розміром до 3 см. Однак частота рецидивів при цьому складає 1,6–18%, а при локалізації БКР на обличчі — від 10 до 30% випадків, особливо в анатомічно складних зонах (вушні раковини, кути очей та ін.)

У межах 5 років після первинного лікування рецидив розвивається у 30–50% хворих. При цьому 70–80% випадків рецидивів ПКР шкіри розвивається в межах 2 років після проведення первинної терапії: 35% випадків рецидивів БКР шкіри виявляються на першому році спостереження, 15% — на другому, 14% — на третьому, 9% — на четвертому, 10% — на п'ятому. Згодом кількість рецидивів становить 2–3% і підвищується на 10-му році спостереження до 5,5%.

Метою нашої роботи був аналіз випадків виникнення рецидивів раку шкіри в місцях видалених (вилікуваних) пухлин у хворих Кіровоградської області.

Таблиця 4

Розподіл рецидивів з урахуванням морфології

Термін	Морфологія				
	всього, п, % 57 випадків (100%) п/%	БКР ш кіри, 47 випадків (100%) п/%	ПКР ш кіри, 10 випадків (100%) п/%	дані літератури	
				БКР ш кіри, %	ПКР ш кіри, %
До 1 року	19/33,3	14/29,8	5/50	35	70–80
1–3 роки	20/35,1	17/36,2	3/30	29	
3–5 років	11/19,3	10/21,2	1/10	19	
Понад 5 років	7/12,3	6/12,8	1/10	—	—

Частота виникнення рецидивів раку шкіри залежно від попереднього лікування

Метод	2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.	
	проліковано, п	з них виникло рецидивів, п/%	проліковано, п	з них виникло рецидивів, п/%	проліковано, п	з них виникло рецидивів, п/%	проліковано, п	з них виникло рецидивів, п/%
Хірургічний	107	-	157	6/3,8	144	—	183	3/1,6
Променевий	208	8/3,8	212	4/1,9	274	2/0,7	253	5/1,9
Комбінований	30	—	31	—	15	—	10	—
Разом, п	433	8	423	10	438	2	447	8

Аналіз проведено на підставі опрацювання даних Ф.30, ф.25, ф.35, ф.027-1/о за двома напрямками:

- розподіл випадків рецидивування раку шкіри, які були виявлені з січня 2009 по грудень 2012 року, за методом попереднього лікування, морфологією, стадією захворювання, локалізацією, термінами виникнення.

- частота виникнення рецидивів раку шкіри залежно від попереднього лікування з урахуванням морфології.

У 2009–2012 роках у Кіровоградській області було виявлено 57 хворих з локальними рецидивами у місцях видалених (вилікуваних) пухлин.

Після хірургічного лікування виникло 14 рецидивів, після ПТ — 39 (з них 32 після БФРТ), після комбінованого лікування — 4 (таблиці 1, 2).

Переважають базально-клітинні раки — 47 випадків (82,5%). У 10 хворих (17,5%) виникли рецидиви плоскоклітинного раку.

Розподіл рецидивів за стадією захворювання такий: локальні рецидиви виникли після лікування хворих з І стадією в 38 випадках, з II стадією — в 17 і з III стадією — в 2 випадках.

Переважною локалізацією є ділянка голови та шиї — 41 випадок (71,9%), причому в 21 випадку пухлини розташовувалися в анатомічно складних зонах — вушні раковини, ніс, кути очей та інші (таблиця 3).

Розподіл хворих за термінами виникнення рецидивів з урахуванням морфології представлений у таблиці 4.

Всього протягом першого року спостереження виявлено 19 рецидивів, в період від 1 до 3 років — 20, від 3 до 5 років — 11, понад 5 років — 7 (з них 3 випадки — понад 10 років).

Найбільше рецидивів після ПТ виникло на 2-му і 3-му роках спостереження. Після операційні рецидиви в більшості випадків розвинулися на першому році спостереження (в період від 1 до 8 місяців).

Рецидивів після комбінованого лікування виявлено лише 4, причому 3 з них виникли на 3–4-му, а 1 — на 10-му році спостереження.

Аналіз частоти виникнення рецидивів раку шкіри залежно від попереднього лікування проведено у 2008–2011 рр. (таблиця 5).

Так, частота рецидивів після ПТ склала 0,7–3,8%, після оперативного лікування — 1,6–3,8%, після комбінованого лікування — 0%.

Література

1. Бюл. Всемир. орг. здравоохр. – 2009. – Вып. 87, № 8. – С. 565–644.
2. Коровин С.И., Демидов Л.В., Потеев Н.Н. и др. // Здоров'я України: Онкологія. – 2011. – Т. 2, № 15. – С. 24–25.
3. Рак в Україні, 2010–2011. Бюл. Нац. канцер-реєстру України № 13. – К., 2012. – 45 с.
4. Семикоз Н.Г., Фефелова І.І., Теряник В.Г. та ін. // УРЖ. – 2009. – Т. XVII, вип. 3. – С. 334–336.

5. Фефелова І.І., Теряник В.Г., Нильсен Н.Т. Сироватський та ін. // УРЖ. – 2007. – Т. XV, вип. 2. – С. 205–207.

Г.В. Бондар, І.Є. Сєдаков, Н.Г. Семикоз, В.М. Смирнов, Д.В. Трухін, Є.Ю. Хлопушин, В.П. Фефелова, О.О. Грабовський

Донецький обласний протипухлинний центр

Варіанти лікування хворих з деструктивними формами раку грудної залози

The variants of treatment for destructive breast cancer

Summary. The authors report the method for the treatment of patients with local, including destructive, breast cancer, which consists in complex (palliative) treatment with the use of regional selective intra-arterial polychemotherapy and tumor cryoablation. The obtained findings demonstrated the advantages of this method vs. the traditional methods of treatment of this disease.

Key words: destructive forms of breast cancer, complex palliative treatment, radiation therapy.

Резюме. Приводится способ лечения больных местнораспространенным, в том числе деструктивным, раком грудной железы, который заключается в проведении комплексного (паллиативного) лечения с использованием регионарной селективной внутриартериальной полихимиотерапии и криодеструкции опухолей. Полученные результаты продемонстрировали преимущества в сравнении с использованием традиционных методов лечения данной патологии.

Ключевые слова: деструктивные формы рака грудной железы, комплексное паллиативное лечение, лучевая терапия.

Ключові слова: деструктивні форми раку грудної залози, комплексне паліативне лікування, променева терапія.

Актуальність розробки нових методів лікування хворих на рак грудної залози (РГЗ) сьогодні не викликає жодних сумнівів. На жаль, статистичні дані свідчать про неухильне зростання захворюваності на РГЗ за останні 20 років без тенденції до стабілізації [1, 2]. Показники захворюваності (69,8 випадку на 100000 жіночого населення в 2011 р.) і смертності (32,0%) в Україні наближаються до їх рівня у країнах Європейського Союзу.

Особлива увага приділяється розробці нових методів лікування хворих на РГЗ з місцево-поширеними формами захворювання або при наявності вираженої супутньої патології, яка не дозволяє виконувати радикальні хірургічні втручання.