

Реалізація зазначених заходів, безперечно, сприятиме розв'язанню серйозної національної проблеми, підвищенню рівня надання онкодопомоги, поліпшенню підготовки спеціалістів та успіху важливої державної програми «Онкологія».

Література

1. Бабиніна Л.Я., Головань Д.І., Дядичева Т.В. та ін. // *Мед. освіта.* – 2000. – № 1. – С. 42–43.
2. Казакова Р.В. // *Вісн. стоматол.* – 1998. – № 1. – С. 122–124.
3. Леха В.Н., Борвинко Е.В., Максименко О.П. // *Мед. освіта.* – 2000. – № 1. – С. 30–31.
4. Топоров Г.Н. // *Врач. дело.* – 1992. – № 9. – С. 116–118.

Г.В. Бондар, Н.Г. Семікоз, О.В. Борота,
М.В. Бондаренко, О.Ю. Кияшко

Донецький обласний протипухлинний центр

Безпосередні та віддалені результати лікування хворих на нерезектабельний рак прямої кишки

Immediate and long-term results of treatment for inoperable rectal cancer

Summary. A new solution of a scientific task of modern oncology, i.e. improvement of immediate and long-term results of treatment for inoperable local rectal cancer by means of regional intra-arterial chemotherapy using the original technique, is presented.

Key words: inoperable local rectal cancer.

Резюме. Представлено новое решение научной задачи современной онкопроктологии — улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с нерезектабельным местно-распространенным раком прямой кишки путем использования в лечении регионарной внутриартериальной химиотерапии по разработанному в клинике способу.

Ключевые слова: нерезектабельный местно-распространенный рак прямой кишки.

Ключові слова: нерезектабельний місцево-поширений рак прямої кишки.

Задавні форми раку прямої кишки (РПК) дуже часто супроводжуються вираженими болями в задньому проході, запальними перифокальними реакціями, найчастіше — утворенням нориць, розпадом і кровоточивістю пухлин, посиленням болю при дефекації й страхом випорожнення. Тому симптоматичне й паліативне лікування РПК й анального каналу набуває край важливого значення, якщо не для збільшення тривалості життя, то хоча б для поліпшення його якості, ліквідації тяжких симптомів. До паліативних і симптоматичних заходів слід віднести променеву терапію (ПТ) та хемотерапію (ХТ) з метою зменшення пухлинного росту [1–5].

До дослідження було включено 98 пацієнтів з нерезектабельним місцево-поширеним раком прямої кишки (МП РПК), які отримали лікування в Донецькому обласному протипухлинному центрі за період 2000–2007 рр. зі стадією T4N0–2M0 за 5-ю класифікацією міжнародного протиракового товариства, з іммобільними пухлинами прямої кишки без віддалених метастазів, які проростають стінки малого таза,

магістральні судини, устя сечоводів, шийку сечового міхура, передміхурову залозу в чоловіків, піхву в жінок, іноді з утворенням нориць між прямою кишкою та піхвою і сечовим міхуром.

Пацієнти контрольної групи (50 осіб) отримали лікування, яке складалося з ПТ, оперативного лікування у вигляді розвантажувальної колостоми, системної ХТ.

Хворі дослідної групи (48) отримали лікування, що складалося з ПТ, оперативного лікування у вигляді катетеризації верхньої прямокишкової артерії, у частини хворих доповнене розвантажувальною колоостою, або колопексією, регіонарною внутріартеріальною хемотерапією.

Проведений порівняльний аналіз за найбільш важливими прогностичними ознаками: стать, вік, гістологічна структура пухлини, локалізація, супутня патологія, ускладнений перебіг РПК у хворих контрольної й основної груп показав однорідність ($p > 0,05$) досліджуваного контингенту, що свідчить про правомочність порівняння цих груп хворих.

Пацієнтам контрольної і дослідної груп лікування починали в Донецькому обласному протипухлинному центрі за розробленою тактикою проведення інтенсивно-розщепленого курсу ПТ: перший етап — великими фракціями разовою осередковою дозою (РОД) — 5 Гр, сумарною осередковою дозою (СОД) — 25 Гр, через 3 тижні — повторна оцінка пухлини та другий етап: променеве лікування середніми фракціями, РОД — 2,0–2,5 Гр, СОД — 25–30 Гр.

У зв'язку з наростанням явищ кишкової непрохідності хворим обох груп виконували лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, розвантажувальну колостому. Пацієнтам основної дослідної групи, крім того, проводили катетеризацію верхньої прямокишкової артерії розробленим у клініці способом, у частини хворих формували розвантажувальну колостому, або колопексію.

У перший день від моменту оперативного втручання в осіб контрольної групи починали проведення традиційної антибіотикотерапії. У дослідній групі виконували внутріартеріальну антибіотикотерапію, у хворих із явищами кровотечі — у контрольній групі системну, у дослідній — регіонарну гемостатичну терапію.

Потім у контрольній групі на 5–7-му добу після операції розпочинали системну внутрішню ХТ. Хемопрепарат вводили 1 раз на добу краплинним методом протягом 3–4 годин. Усі хворі отримували 5-фторурацил за схемою Мейо у разовій дозі 425 мг/м² на фоні лейковорину 20,0 мг/м².

У дослідній групі регіонарну внутріартеріальну ХТ проводили з 2–5-ї доби після операції. Вводили хемопрепарат 1 раз на добу за допомогою електромеханічного ін'єктора ДШ-07. Усі хворі отримували 5-фторурацил у разовій дозі 250–750 мг/м² до сумарної дози 5000–7500 мг.

Отримали 1 курс ХТ 12 (27,3 ± 6,7) % хворих контрольної та 14 (29,2 ± 6,6) % — дослідної гру-

пи; 2 курси — 10 (22,7 ± 6,3) % і 10 (20,8 ± 5,9) % відповідно; 3 курси — 21 (47,7 ± 7,5) % і 22 (45,8 ± 7,2) % хворих; 5 курсів — 1 (2,1 ± 2,1) % пацієнт дослідної групи; 6 курсів — 1 (2,3 ± 2,2) % включений до контрольної групи; 7 курсів — 1 (2,1 ± 2,1) % хворий дослідної групи (розбіжність не є статистично значущою, $p > 0,05$). Інтервал між циклами становив 14–21 день.

Безпосередні результати лікування оцінювали на підставі суб'єктивних відчуттів хворого та об'єктивних даних клініко-інструментальних обстежень.

При аналізі цих даних з'ясувалося, що провідними симптомами до проведення спеціального комплексного лікування були:

біль у зоні прямої кишки й анального каналу;

слизово-гнійні та кров'яні виділення з прямої кишки й зовнішніх статевих органів, підвищення температури тіла;

запори, утруднення при акті дефекації, страх випорожнення (явища часткової кишкової непрохідності).

Наростання явищ ускладненого перебігу нерезектабельного МП РПК вимагало проведення оперативного втручання.

Найчастішим ускладненням гнійно-запального характеру, через яке проводили антибіотикотерапію у хворих контрольної і дослідної груп, були ректовагінальні нориці, параректальні інфільтрати у третини хворих (таблиця).

Ефект від внутріартеріальної регіонарної медикаментозної терапії визначався через 2–3 дні від початку лікування. Значно знижувалася або нормалізувалася температура тіла, зменшувалася кількість гнійних виділень з порожнини малого таза. Використання внутріартеріальної регіонарної антибіотикотерапії протягом 4–5 днів практично завжди виявлялося достатнім для купірування гострої фази гнійного процесу в навколопрямокишковій клітковині та стимуляції репаративної, відновної фази запального процесу клітковини малого таза. Під час проведення внутріартеріальної антибіотикотерапії у хворих з даним ус-

кладненням відзначалося більш швидке очищення ранової поверхні і порожнини, купірування запальних реакцій і прискорення процесу загоювання рани. Під час проведення антибіотикотерапії у хворих з ректовагінальними норицями знижувалася і нормалізувалася температура тіла, значно зменшувалося виділення гною з сечового міхура й результатом було припинення піурії та нормалізація загального аналізу сечі. Після проведення внутріартеріальної регіонарної антибіотикотерапії загальний стан хворих значно поліпшувався. При виконанні контрольних сонографічних досліджень і комп'ютерної томографії органів черевної порожнини і малого таза відзначалося зменшення розмірів та інтенсивності запальних змін тканин біля прямої кишки, купірування ознак запалення. Значно швидше відбувалася санація параректальних абсцесів і нагноєнь малого таза, ректовагінальні і ректовагінальні нориці очищалися в коротший термін (5–7 днів) і добре гранулювали.

У хворих контрольної групи при проведенні внутрішньої антибіотикотерапії поліпшення стану відзначалося на 8–10-ту добу (розбіжність статистично значуща, $p < 0,001$).

При ректальній кровотечі та розпаді пухлини хворим контрольної групи гемостатичні засоби вводили внутрішньо, в результаті чого протягом наступних кількох днів було потрібне місцеве тампонування пухлини, яка кровоточить.

У дослідній групі введення гемостатичних засобів виконували внутріартеріально, ефективність наставала у перший день від моменту лікування і не потребувала додаткових місцевих гемостатичних заходів.

У післяопераційному періоді при внутрішньому введенні медикаментозних препаратів зменшення больового синдрому відзначали на 8–10-ту добу від початку лікування у 9 (18,0 ± 5,4) % хворих контрольної групи. При регіонарному внутріартеріальному введенні медикаментозних препаратів відзначали зменшення больового синдрому на 2–3-тню добу від початку лікування у 41 (85,4 ± 5,1) % хворих дослідної групи (розбіжність статистично значуща, $p < 0,001$).

Ускладнення перебігу раку прямої кишки у хворих контрольної і дослідної груп

Вид ускладнення		Кількість хворих, група			
		контрольна		основна	
		n	D % ± m %	n	D % ± m %
Часткова кишкова непрохідність	Компенсована	21	42,0 ± 7,0	24	50,0 ± 7,2
	Субкомпенсована	29	58,0 ± 7,0	24	50,0 ± 7,2
Параректальні інфільтрати й абсцеси		6	12,0 ± 4,6	3	6,3 ± 3,5
Нориці: параректальні		1	2,0 ± 2,0	4	8,3 ± 4,0
Ректовагінальні		6	12,0 ± 4,6	9	18,7 ± 5,6
Ректовагінальні		1	2,0 ± 2,0	2	4,2 ± 2,9
Кишкова кровотеча, викликана розпадом пухлини		1	2,0 ± 2,0	7	14,6 ± 5,1
Перитоніт		1	2,0 ± 2,0	—	—
Разом		16	32,0 ± 6,6	25	52,1 ± 7,2

Використання методу регіонарної внутріартеріальної антибіотикотерапії у найближчому післяопераційному періоді привело до зменшення ($p = 0,04$) смертності хворих від гнійно-запальних процесів у післяопераційному періоді (95 % ВІ, ВР $\geq 1,6$). Значення ВР більше одиниці свідчить про статистично значущу розбіжність між порівнюваними групами. До того ж стало можливим зменшити відносний ризик виникнення колостомованих хворих у 2 рази (ВІ 1,5–2,7), ($p < 0,001$).

Ускладнення, пов'язані з проведенням ХТ, розділені на локальні і системні. До перших слід віднести періодичне тромбування як внутрішнього, так і внутріартеріального катетера. В обох групах йому запобігали промиванням катетера розчином гепарину 1 : 20.

У контрольній групі в 6 випадках розвинувся хемічний флебіт підшкірних вен передпліччя. У дослідній групі у 2 випадках констатовано цистит у вигляді хемічного опіку слизової сечового міхура. Оцінку системної токсичності лікування контрольної і дослідної груп проведено за СТС АЕ. У хворих контрольної групи відзначалися системні ускладнення — в 7 (14,0 %) випадках (ВІ 5,7–25,2) %: у вигляді лейкопенії (СТС–1–0), яка супроводжувалася нудотою і блюванням (СТС–1–0) — у 6, стоматитом (СТС–1–0) — в 1 хворого. У пацієнтів дослідної групи системні ускладнення відзначалися у 3 (6,3 %) випадках (ВІ 1,2–15,0) %: лейкопенія (СТС–1–0), яка у всіх 3 хворих супроводжувалася нудотою (СТС–1–0) і блюванням (СТС–1–0). Всі ускладнення було знято консервативними заходами, вони не спричинили переривання програми комплексної терапії.

Загальна післяопераційна летальність хворих із нерезектабельним місцево-поширеним РПК склала 12,0 (ВІ 4,4–22,6) % серед хворих контрольної і 2,1 (ВІ 0,0–8,2) % — дослідної групи.

Об'єктивна оцінка результатів проведеного лікування у хворих контрольної групи з використанням ПТ та системної внутрішньої ХТ показала, що ефект спостерігався у 28,0 (ВІ 16,3–41,5) % випадків, часткова регресія пухлини — у 9 (18,0 \pm 5,4) %, стабілізація процесу — у 5 (10,0 \pm 4,2) %. Повного регресу пухлини досягти не вдалося. Надалі 3 (6,0 \pm 3,4) % хворих повторно піддавали експлоративній релапаротомії, оперативне втручання виконати не вдалося.

У результаті проведеної терапії у хворих дослідної групи з використанням ПТ і внутріартеріальної регіонарної хемоантибіотикотерапії ефект лікування був у 87,5 (ВІ 76,5–95,4) %: часткова регресія — у 25 (52,1 \pm 7,2) %, стабілізація процесу — у 16 (33,3 \pm 6,8) % пацієнтів. Згодом радикальне оперативне втручання вдалося виконати у 3 (6,3 \pm 3,5) % хворих. Повна регресія настала в 1 (2,1 \pm 2,1) % хворих. У 3 (6,3 \pm 3,5) % пацієнтів зі слизовим РПК відбувалося швидке прогресування захворювання.

Приклад 1. Хвора М., 1923 року народження, 78 років, історія хвороби № 10168. Під спостережен-

ням Донецького обласного протипухлинного центру перебуває з 28.09.01 р., коли звернулася зі скаргами на болі в задньому проході, кров, слиз у випорожненнях. Хворіє протягом 10 міс., по медичну допомогу не зверталася. Стан хворої середнього ступеня тяжкості, в обох пахових зонах пакети щільних лімфовузлів. Вагінально і ректально є іммобільна екзофітна пухлина анального каналу з переходом на періанальну шкіру до 12 см в діаметрі, пов'язана із задньою стінкою нижньої третини піхви. У хворої взято зіскрібок на цитологічне дослідження № 14817-18 від 03.10.2001 р.: плоскоклітинний рак. Пункція пахових лімфовузлів, цитологічне дослідження № 14815-16 від 03.10.2001 р.: одиничні обривки пухлинних клітин, імовірно, метастатичної природи. Хворій встановлено діагноз: рак анального каналу з переходом на періанальну шкіру, Т4N2M0 III стадія, II клінічна група. Супутній діагноз: ІХС. Постінфарктний кардіосклероз, хронічне порушення мозкового кровообігу, церебральний атеросклероз. Паркінсоноподібний синдром. Цукровий діабет 2-го типу; 25.10.2001 р. операція: лапаротомія, одностовбурова сигмостомія з пересіченням, катетеризація верхньої прямокишкової артерії. Хворій проведено післяопераційний курс внутріартеріальної ХТ № 1 5-фторурацилом по 1000,0 мг до сумарної дози 6,0 г. Через два тижні хвору госпіталізовано для подальшого лікування. При вагінальному та ректальному огляді пухлина значно зменшилася до 6,0 см, але залишалася іммобільною. Проведено паліативний курс ПТ на пухлину та пахові лімфовузли, РОД — 2,5 Гр, СОД — 30 Гр, на фоні внутріартеріальної ХТ № 2 5-фторурацилом по 500,0 мг до сумарної дози 5,0 г, закінчений 27.11.2001 р. При контрольному огляді через три тижні новоутвір зменшився до 2,0 см, в обох пахових зонах лімфовузли зменшилися до 0,5 см. Хворій проведено курс ПТ, РОД — 2,5 Гр, СОД — 25 Гр на фоні внутріартеріальної регіонарної ХТ № 3 5-фторурацилом по 500,0 мг до сумарної дози 5,0 г. При контрольному огляді 04.02.02 у хворої констатовано повний регрес пухлини. Виконано трічі тонкоголково пункцію з ложа пухлини. ПГЗ № 2239-40 від 12.02.2002 р. у препараті — розсіяні еритроцити. Останнє спостереження 31.10.2002 р.: даних про продовження хвороби немає.

Приклад 2. Хвора К., 1946 року народження, 60 років, історія хвороби № 50861. У Донецькому обласному протипухлинному центрі спостерігалася з 19.01.2006 р., коли звернулася зі скаргами на виділення крові з анального каналу, болі, домішку крові в випорожненнях. При вагінальному і ректальному огляді в анальному каналі горбиста пухлина, що проростає задню, середню і нижню третину піхви. Пухлина циркулярна, звужений провіт, оглянути пряму кишку не виявляється можливим. Узято біопсію, ПГЗ № 1113 від 19.01.2006 р.: у препараті елементи плоскоклітинного зроговілого раку. Хворій проведено перший етап інтенсивно розщепленого курсу ПТ, РОД — 5 Гр, СОД — 25 Гр, на фоні внутрішньої

ХТ 5-фторурацилом по 1,0 до 5,0 г. На 6-ту добу після закінчення лікування хвора звернулася зі скаргами на виділення випорожнень з піхви та наявність ректовагінальної нориці, у зв'язку з чим 08.02.2006 р. проведено операцію: одностовбурову сигмостомію з пересіченням у зоні ректосигмоїдного відділу, катетеризацію верхньої прямокишкової артерії. Хворій проведено курс регіонарної антибіотикотерапії в ранньому післяопераційному періоді (антибіотиками цефалоспоринового ряду й аміноглікозидами). Після чого проведено другий етап ПТ, РОД — 2,5 Гр, СОД — 20 Гр на фоні внутріартеріальної регіонарної хемотерапії 5-фторурацилом по 1,0 г до сумарної дози 5,0 г. При контрольному огляді через три тижні 27.03.2006 р. вагінально і ректально пухлинний інфільтрат зменшився, слизова піхви гладка, є стеноз анального каналу, пухлина рухлива; 03.04.2006 р. операція: комбінована екстирпація кукси прямої кишки з резекцією піхви; ПГЗ № 11663 - 70 від 10.04.2006 р.: плоскоклітинний зроговілий рак, що проростає стінку кишки. Вростає в піхву. Останнє спостереження 03.10.2008 р.: даних про продовження хвороби немає.

Приклад 3. Хвора Б., 1940 року народження, 63 роки, історія хвороби № 28360. Під спостереженням Донецького обласного протипухлинного центру перебувала з 06.08.2003 р., коли звернулася зі скаргами на запори, виділення слизу і крові у випорожненнях. Хворіє близько 3 місяців. При вагінальному і ректальному огляді на правому півколі нижньоампулярного відділу прямої кишки з переходом на анальний канал нерухома пухлина, що проростає стінки малого таза, розміром 4 × 6 см. Узято біопсію, ПГЗ № 3768: плоскоклітинний рак. Хворій встановлено діагноз: рак нижньоампулярного відділу прямої кишки з переходом на анальний канал T4N1M0, III стадія, II клінічна група. Проведено перший етап інтенсивно-розщепленого курсу ПТ, РОД — 5,0 Гр, СОД — 25,0 Гр на фоні внутрівентральної ХТ 5-фторурацилом по 1,0 г до сумарної дози 5,0 г. Через 3 тижні хвору госпіталізовано для визначення подальшої тактики лікування. При вагінальному і ректальному огляді визначалася обмежено-рухлива пухлина в нижньоампулярному відділі з переходом на анальний канал. Її розмір зменшився до 3,0 × 2,5 см. У зв'язку з цим 10.09.2003 р. проведено операцію: лапаротомію, катетеризацію верхньої прямокишкової артерії. Проведено другий етап ПТ, РОД — 2,0 Гр, СОД — 20,0 Гр на фоні внутріартеріальної хемотерапії 5-фторурацилом по 500,0 мг до сумарної дози 5,0 г. При контрольному огляді через 3 тижні: ректально на задньому півколі з 3,0 см є поверхнева виразка 0,5 × 0,7 см; 25.10.2003 р. операція: трансанальне висічення пухлини, ПГЗ № 32258-60 від 31.10.2003 р.: плоскоклітинний рак. У післяопераційному періоді — другий курс внутріартеріальної ХТ по 1,0 до сумарної дози 6,0 г. При контрольному огляді 04.12.2003 р. пухлина не визначається. Виконано тричі тонкоголкову пункцію ложа видаленої пухлини прямої кишки,

ПГЗ № 18754 від 04.12.2003 р.: у препараті клітини плоского епітелію, елементи запалення (усе поле зору — лейкоцити, мікробна флора (коки, палички)). Останнє спостереження 09.04.2008 р.: даних про продовження хвороби немає.

Приклад 4. Хвора Б., 1945 року народження, 59 років, історія хвороби № 26677, перебуває під спостереженням у Донецькому обласному протипухлинному центрі з 11.08.2004 р., коли звернулася зі скаргами на виділення крові з піхви та прямої кишки. При вагінальному і ректальному дослідженні в середньоампулярному відділі прямої кишки визначається нерухома пухлина, яка проростає задню і ліву стінку піхви, і кровоточить з неї. Через небезпеку кровотечі взято зіскрібок-мазок з пухлинного екзофіту піхви, цитологічний висновок: клітини аденокарциноми. Хворій встановлено діагноз: VI середньоампулярного відділу прямої кишки T4N1M0, III стадія, II клінічна група, із проростанням стінки піхви. Супутній діагноз: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, ГХ 2 ст., хронічний бронхіт. Хворій проведено перший етап ПТ, РОД — 5 Гр, СОД — 25 Гр, на фоні внутрівентрального введення 5-фторурацилу по 250 мг до сумарної дози 2,5 г. Через три тижні хвору госпіталізовано у проктологічне відділення для вирішення питання про подальшу тактику лікування. При вагінальному і ректальному дослідженні визначалася циркулярна іммобільна пухлина середньоампулярного відділу прямої кишки, яка інфільтрує і проростає задню стінку піхви. Проведене лікування без ефекту, 25.10.2004 р. операція: лапаротомія, катетеризація верхньої прямокишкової артерії. При ревізії: в середньоампулярному відділі є нерухома пухлина, що проростає задню стінку піхви протягом 7,0 см, інфільтрує параректальну клітковину, шийку матки. У післяопераційному періоді хворій проведено другий етап ПТ, РОД — 3 Гр, СОД — 30 Гр на фоні внутріартеріальної регіонарної ХТ 750,0 мг до сумарної дози 6,0 г. З інтервалом у 3 тижні хвора одержала ще два курси внутріартеріальної регіонарної ХТ 5-фторурацилом по 750,0 мг до сумарної дози 6,0 г. При контрольному огляді вагінально і ректально пухлина зі значним регресом, відносно рухлива, проростає задню стінку піхви; 01.02.2005 р. операція: комбінована черевно-анальна резекція прямої кишки зі зведенням сигмоподібної кишки в анальний канал, з резекцією задньої стінки піхви. При інтраопераційній ревізії: пухлина середньоампулярного відділу прямої кишки фіксована до задньої стінки піхви. Мікропрепарат: у середньоампулярному відділі прямої кишки пухлина у вигляді плоскої виразки до 3,0 см у діаметрі із проростанням задньої стінки піхви до 3,0 см, ПГЗ № 3878-84 від 08.02.2005 р.: помірно диференційована аденокарцинома проростає всі шари стінки кишки. У лімфовузлах синус-гістіоцитоз. У матеріалі, маркірованому як «проростання в піхву», — фіброз; 14.02.2005 р. операція: відсікання надлишку зведеної кишки. Останнє спостереження 22.02.2006 р. пацієнтці виконано спіральну комп'ютерну томогра-

фію, даних про продовження хвороби не виявлено.

Таким чином, застосування внутріартеріальної регіонарної антибіотикотерапії з метою лікування гнійно-запальних ускладнень, регіонарної гемостатичної терапії з метою припинення кровотеч, які виникають протягом хвороби у хворих з ускладненим нерезектабельним раком прямої кишки, є одним з надійних і високоефективних засобів лікування. У комбінації з хірургічним втручанням використання регіонарної внутріартеріальної антибіотикогемостатичної терапії дозволяє поліпшити безпосередні результати лікування і зменшити больовий синдром, ознаки гнійного запалення, розпаду і кровотечі у більш короткий термін.

Застосування регіонарної внутріартеріальної ХТ у лікуванні дає ефект у 87,5 (ВІ 76,5–95,4) % пацієнтів дослідної групи, (часткова регресія у $(52,1 \pm 7,2)$ %, стабілізація процесу — у $(33,3 \pm 6,8)$ %, повна регресія пухлини у $(2,1 \pm 2,1)$ % пацієнтів. Резектабельність у групі дослідження складала $(6,3 \pm 3,5)$ %. У контрольній групі застосування системної ХТ дає ефект у 28,0 (ВІ 16,3–41,5) % випадків (часткова регресія пухлини — у $(18,0 \pm 5,4)$ % пацієнтів, стабілізація процесу — у $(10,0 \pm 4,2)$ %, (розбіжність статистично вірогідна, $p < 0,001$).

При аналізі віддалених результатів лікування хворих контрольної групи встановили, що однорічне виживання склало $(35,8 \pm 7,3)$ %, медіана виживання — 8,8 міс; у дослідній групі — $(66,1 \pm 7,1)$ %, 16,6 міс. відповідно.

Література

1. Hoskin P.J., de Canha S.M., Bownes P. et al. // *Radiother. Oncol.* – 2004. – Vol. 73, № 2. – P. 195–198.
2. Lidder P.G., Hosie K.B. // *Dig. Surg.* – 2005. – Vol. 22, № 1–2. – P. 41–48.
3. Michel M., Zalberg J.R. // *BMJ.* – 2000. – Vol. 321, № 7260. – P. 521–522.
4. Simmonds P.S. // *Ibid.* – P. 531–535.
5. Saltz L.B. // *J. Gastrointest. Surg.* – 2004. – Vol. 8, № 3. – P. 274–276.

Ю.К. Вівчаренко, А.Є. Крижанівська,
І.М. Остапак, І.Д. Костишин, С.С. Цибран,
Л.М. Зендровська

Івано-Франківський обласний онкологічний диспансер,

Івано-Франківський національний медичний університет

Досвід комбінованого лікування раку шкіри голови та шиї в Івано-Франківському обласному онкологічному диспансері

The experience of combined treatment for cancer of the head and neck skin at Ivano-Frankivsk regional cancer hospital

Summary. The results of combined treatment for skin cancer located on the head and neck at Ivano-Frankivsk regional cancer

hospital are analyzed. It is shown that pre-operative radiotherapy (close-focus x-ray therapy) allows to improve the efficacy and quality of treatment in this group of patients as well as to prevent the cases of the disease prolongation and relapses.

Key words: skin cancer, close-focus x-ray therapy, post-operative radiation therapy, radiation ablastic surgery.

Резюме. В работе приведены результаты комбинированного лечения рака кожи с локализацией на голове и шее в Ивано-Франковском ООД. Показано, что использование методики предоперационного лучевого лечения (близкофокусной рентгенотерапии) дает возможность повысить эффективность и качество лечения данного контингента больных, а также предупредить случаи продолжения болезни и рецидивов.

Ключевые слова: рак кожи, близкофокусная рентгенотерапия, предоперационный курс лучевой терапии, лучевая абластика.

Ключові слова: рак шкіри, близькофокусна рентгенотерапія, передопераційний курс променевої терапії, променева абластика.

Рак шкіри (РШ) впродовж останніх років посідає стабільне місце в структурі онкологічної захворюваності як у світі, так і в Україні (10,1–13,3 %). Серед чоловічого і жіночого населення нашої країни захворюваність на РШ стійко утримує друге місце. Особливо актуальною проблема РШ вважається у осіб вікової групи 65–75 років обох статей.

Раніше для лікування РШ застосовували традиційні методи променевої терапії, різноманітні способи хірургічного лікування: хірургічне видалення, електрохірургічне видалення, кріодеструкцію, лазеротерапію та інші.

В останнє десятиріччя, з огляду на анатомо-фізіологічні особливості даної локалізації (голова та шия), в першу чергу, шкіри і підшкірної клітковини, а також на наявність прилеглих тканин та структур (хрящі, нижні кісткові структури, м'які тканини, органи та ін.), що певною мірою обмежують об'єм оперативного втручання, почали широко застосовувати комбіновані методи лікування (поєднання різних чинників впливу на пухлину), які дозволили значно зменшити, а іноді повністю усунути появу рецидивів після первинного лікування РШ, поліпшити косметичний ефект лікування.

Метою нашого дослідження було проведення оцінки ефективності комбінованого лікування хворих з РШ голови та шиї, частоти виникнення рецидивів при застосуванні двох послідовних методів протипухлинного впливу (променевого і хірургічного). У даному дослідженні метод передопераційної близькофокусної рентгенотерапії використовували з метою променевої абластики зони подальшого хірургічного втручання.

У 2005–2008 роках проведено комбіноване лікування 284 хворих на РШ з локалізацією на голові та шиї.

Розподіл хворих на РШ за статтю представлено в табл. 1, а за віком — у табл. 2.

Усі хворі вперше перебували на стаціонарному лікуванні в онкодиспансері. Перед госпіталізацією проведено стандартне обстеження щодо раку шкіри. Обов'язковою умовою перед початком лікування було проведення морфологічної верифікації пухлинного ураження шкіри.