

Возможности криотерапии при лечении базальноклеточного рака кожи

Тулеуова Д.А., Серикбаев Е.А., Савхатов Д.Х., Косаев А.К.
Казахский НИИ онкологии и радиологии,
Республика Казахстан, Алматы

Базальноклеточный рак кожи - местноинвазивная, медленно распространяющаяся опухоль, которая редко метастазирует, возникая в эпидермисе или волосяных фолликулах, и в которой в особенности периферические клетки обычно имитируют базальные клетки эпидермиса». Заболеваемость базалиомами кожи высока во всем мире, причем имеется отчетливая тенденция к росту числа больных, темп которой соответствует общему росту заболеваемости злокачественными опухолями. Первично-множественная базалиома встречается в 10% случаев. Пик частоты возникновения базалиомы приходится на возраст 50-70 лет. Частота возникновения этого новообразования у мужчин по сравнению с женщинами составляет в соотношении 1,1:1.

Цель исследования

использование криотерапии при лечении базальноклеточного рака кожи.

Материал и методы

В КазНИИОиР с 2008 года 250 больным в возрасте от 25 до 88 лет с базальноклеточным раком кожи I—III стадией заболевания проводилась криотерапия аппаратом «КАС-01». В зависимости от размера опухоли один курс лечения составлял от 1 до 6 сеансов.

Результаты лечения. После проведения криотерапии через 1-2 года в 6% случаев отмечался рецидив опухоли. Из них у 3% больных рецидив вылечен повторным курсом криотерапии, 3% больным проведено оперативное лечение.

Важными достоинствами криовоздействия является простота выполнения, возможность осуществлять лечение в амбулаторных условиях без анестезии, отсутствие серьезных осложнений и отрицательной реакции организма на локальное криовоздействие, пластичность заживления раны.

Таким образом, Преимущество криотерапии над оперативным и лучевым методами лечения особенно при первично-множественном поражении опухолью кожи имеет 100% излечение, а также безрубцовое заживление ран.

Клинико-цитологические особенности местнораспространенного рака шейки матки при применении неоадьювантной полихимиотерапии

Аликулова
Жамбылский ООД

Рак шейки матки (РШМ), являясь визуально доступной локализацией, продолжает входить в число наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований, занимая пятое место в структуре онкологической заболеваемости в мире. Несмотря на возможности ранней диагностики данного заболевания, остается высоким процент заболеваемости по РК 8,5%000, по Жамбылской области 7,1%000, а смертности по РК и Жамбылской области за 2009 г.-4,4%000, запущенных форм РШМ (III-IV), составляющих по Жамбылской области-9,6% за 2009 год. Поэтому лечение местнораспространенных форм РШМ остается актуальной проблемой онкогинекологии. В настоящее время при распространенных формах (Т2б, Т3, Т4) применяется, по возможности, радикальное хирургическое лечение с предоперационной лучевой терапией или химиотерапией. Данные современной литературы свидетельствуют о несомненной целесообразности применения неоадьювантной химиотерапии с включением платиносодержащих препаратов при планировании тактики лечения больных местнораспространенными формами РШМ.

Цель исследования

изучение комплексных методов лечения больных с местнораспространенными формами раком шейки матки в Жам-

былском областном онкологическом диспансере.

Материалы исследования

В исследование включены больные с раком шейки матки, впервые выявленные за 2006-2009гг.

В нашем диспансере проводится три основных метода лечения: хирургический, комбинированный и сочетанная лучевая терапия.

Всего за исследуемые годы выявлены 135 больных. По стадиям больные распределены следующим образом: Тiп0 (in situ)-1-0,7%, I-стадия- 19-14,0%, II стадия-102(75,5%) больных, из них Т2aN0M0-47-(47,0%), Т2bN1M0-55(53,0%), III стадия - 11(8,1%) больных, IV стадия-3(2,2%) больных. Возраст больных варьировал от 30 до 82 лет. Удельный вес больных по возрастам: 30-39 лет-24(17,7%), 40-59 лет-77(57,0%), 60-69 лет-17(12,5%), и 70 и <-14(10,3%). У всех больных диагноз верифицирован гистологически: плоскоклеточный рак - 113(83,7%), аденокарцинома-6 (4,4%), железисто-плоскоклеточный рак-13 (9,6%), ca in situ-3 (2,2%).

Всем больным II стадией первым этапом комплексного лечения проведена неоадьювантная полихимиотерапия по схеме: цисплатин 80-100мг/м2, адриобластин 60 мг/м2, 5-фторурацил 1200 мг/м2, в зависимости от степени распространенности процесса и чувствительности опухоли к химиотерапии от 1 до 4 курсов с трехнедельным перерывом.

Из 102 больных проведение неоадьювантной

полихимиотерапии, позволило перевести неоперабельные формы рака шейки матки в операбельные у 25 (24,5%). У 64 (62,7%) больных после неoadъювантной полихимиотерапии проведена сочетанная лучевая терапия из-за частичной регрессии параметриальных инфильтратов. СОД на г. А 72 Гр, на т. В 54 Гр. У 11 (10,7%) больных отмечалось прогрессирование заболевания на фоне лечения. Установлен цитологический патоморфоз у 3 больных с плоскоклеточного ороговевающего рака на *ca in situ*.

Таким образом, клинически и цитологически показана эффективность неoadъювантной полихимиотерапии при местнораспространенных формах рака шейки матки. Применение неoadъювантной полихимиотерапии позволило перевести первично неоперабельные формы рака шейки матки в операбельные в 25(24,5%) случаях при II стадии и цитологический патоморфоз в 3 случаях

с плоскоклеточного ороговевающего рака на *ca in situ*.

Выводы:

1. Усилить эффективности программы скрининга на раннее выявление предрака и рака шейки матки в 0-1 стадиях, и таким образом уменьшить количества неоперабельных больных.
2. Увеличить количество операбельных больных со 2-3 стадией после широкого применения неoadъювантной полихимиотерапии.

Список литературы:

1. Бохман Я. В. *Руководство по онкогинекологии*. - 2002г.
2. Козаченко В. П. *Рак шейки матки//Современная онкология*. - 2000г.
3. *Статистические материалы 2 отделения ЖООД*.

Результаты хирургического и комбинированного лечения опухолей плечевой кости

Серикбаев Г.А., Жумадуллаев Б.М., Тулеуова Д.А., Савхатов Д.Х., Косаев А.К.

Казахский НИИ онкологии и радиологии,

Республика Казахстан, Алматы

При лечении опухолей костей с вопросами абластичности и радикальности, решаются ортопедические проблемы. Основной проблемой при реконструктивно-пластических операциях, становится выбор пластического материала. При опухолевом поражении верхней трети плечевой кости из-за отсутствия плечевых эндопротезов ранее после резекции производилась пластика малоберцовой костью. Но в динамике во всех случаях отмечалось рассасывание трансплантата, что приводило к нарушению функций конечности.

Цель исследования - повышение эффективности хирургического лечения больных с опухолью плечевой кости.

Материал и методы лечения. Последние 4 года по поводу опухоли верхней трети плечевой кости в плане комбинированного и самостоятельного лечения проведено хирургическое лечение у 10 больных. Возраст больных колебался в различных пределах. 0-15 лет - 5 больных, свыше

15 лет - 5 больных. У 5 больных выявлена остеогенная саркома, у 2 - хондросаркома, у 3 - гигантоклеточная опухоль.

У 5 больным после трех курсов полихимиотерапии и 5 больным первым этапом произведена резекция верхней трети плечевой кости с пластикой дефекта костным цементом с элементами остеосинтеза. В динамике функциональные способности верхней конечности восстанавливались в течение 3-4х месяцев после оперативного лечения. Пациенты свободно пользовались верхней конечностью. Рецидива заболевания не наблюдалось в течение трех лет. У двух больных отмечено прогрессирование заболевания с метастазами в легкие.

Таким образом, при хирургическом лечении опухолей верхней трети плечевой кости пластика костным цементом с элементами металлоостеосинтеза является методом выбора.

Хирургическое лечение

гигантоклеточных опухолей костей

Тулеуова Д.А., Серикбаев Г.А., Савхатов Д.Х., Косаев А.К.

Казахский НИИ онкологии и радиологии, Республика Казахстан, Алматы

Гигантоклеточные опухоли (ГКО), развивающиеся из мезенхимальных зачатков соединительной ткани представляют собой новообразования с невыясненной до конца природой и непрогнозируемым клиническим течением. ГКО наблюдается достаточно часто от 12-25% всех опухолей скелета. В настоящее время также не рекомендуется называть злокачественной гигантоклеточной опухолью те варианты, при которых в опухоли наблюдаются резко выраженный («дистрофический») клеточный полиморфизм и атипия или имеются метастазы в легких. В связи с этим предложен термин «доброкачественная метастазирующая гигантоклеточная опухоль» и составляет по частоте 1—2 % от типичных злокачественных гигантоклеточных опухолей.

Цель исследования - повышение эффективности хирургического лечения больных гигантоклеточными опухолями костей.

Материал и методы лечения. В КазНИИ онкологии и радиологии с 2007года отделении опухолей костей и мягких тканей по поводу гигантоклеточных опухолей костей

прооперированы 63 больных. Из них 34 больным произведено экскохлеация опухоли с криообработкой костной полости, пластика костным цементом, 25 больным - экскохлеация опухоли с криообработкой костной полости, пластика кальцием гидроксилпатитом и 4 -резекция кости с пластикой костным цементом и спицами Киршнера.

Результаты лечения. У троих больных наблюдалась «доброкачественная метастазирующая гигантоклеточная опухоль», у которых через 2 года после оперативного лечения появились метастазы в легких, 2-м больным произведено оперативное лечение, 1 больному проведена полихимиотерапия в связи с множественными метастазами в легких. Частота локального рецидива гигантоклеточных опухолей составляет 50-60 %.

Несмотря на высокий процент рецидивирования опухоли, все же наиболее эффективным и адекватным методом лечения остается оперативный, направленный на сохранение конечности и ее функции.

Современные подходы к организации паллиативной помощи в Республике Казахстан

Кульжанов М.К., Егеубаева С.А., Нуркеримова А.К., Досмаилова А.М.

*Высшая школа общественного здравоохранения,
Городской центр паллиативной помощи, г. Алматы*

Актуальность проблемы.

Современная модель паллиативной помощи представляет собой систему организации медицинской помощи и общего ухода за умирающими больными, включающую поддержку физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациентов, а также психологическую помощь их семьям в течение болезни и в период утраты. Такая модель предполагает оказание паллиативной помощи с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания.

На сегодняшний день согласно Постановления Правительства Республики Казахстан (РК) от 26 ноября 2009г. №1938 «Об утверждении перечня категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу» в паллиативной помощи нуждаются лица страдающие: злокачественными новообразованиями IV стадии; СПИДом в терминальной стадии; хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной, почечной недостаточности, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения). А также лица неспособные к самообслуживанию вследствие перенесенной болезни и (или) инвалидности, продолжительность которых ограничена.

Важными аспектами изучения в паллиативной медицине на сегодняшний день являются качество жизни пациентов, эффективность оказываемых услуг, организационные модели в оказании паллиативной помощи, оценка потребности населения в подобных услугах и многие другие. Одной из попыток изучения проблем паллиативной помощи было социологическое исследование, проведенное при финансовой поддержке Фонда Сорос Казахстан.

Целью данного исследования явилось изучение системы предоставления паллиативной помощи в стране и разра-

ботка рекомендаций по ее совершенствованию и развитию.

Материалы и методы. Исследование проведено одномоментно в 10 городах (в различных регионах) РК. Для сравнения были выбраны города, с какими либо формами предоставления паллиативной помощи и без них. В исследовании участвовали 4 группы: население, медицинские работники, представители НПО и религиозных организаций. Общий объем выборки составил 800 человек. Для каждой целевой группы были разработаны вопросники структурированного интервью.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о существовании следующих проблем предоставления паллиативной помощи:

- отсутствие единых стандартов и протоколов диагностики и ухода за инкурабельными больными, что значительно усложняет механизм мониторинга и оценки эффективности деятельности данных организаций;
- нехватка квалифицированных кадров;
- недостаток самих учреждений паллиативной помощи, необходимость развития различных форм оказания паллиативной помощи в зависимости от оценки потребности населения в этих услугах;
- необходимость развития паллиативной медицины в стране как неотъемлемой части общей медицины, открытие учреждений паллиативной помощи;
- недостаток учебных программ подготовки и переподготовки кадров по паллиативной медицине.

В настоящее время сформирована Рабочая группа по разработке стандартов и нормативов деятельности служб по оказанию паллиативной помощи с участием международных и национальных экспертов.