

пояснюється в літературі, а завдяки різній поглинальній здатності гамма-квантів мікроструктури пухлинних клітин. За цим твердженням, важкі атоми хемічних елементів, потрапивши до складу клітини, відіграють роль радіосенсибілізаторів, а в мікрооточенні клітин — радіопротекторів.

Таким чином, інтратуморальна радіомодифікація злоякісних пухлин 0,5% -ним розчином метронідазолу значно підвищує їх радіочутливість і, відповідно, ефективність променевого лікування. Внутріпухлинне введення радіомодифікаторів не чинить побічної токсичної дії на організм хворого. Метод внутріпухлинної радіосенсибілізації простий в застосуванні, не потребує додаткового оснащення складною апаратурою, використання дорогих лікарських засобів тощо. У зв'язку з цим його впровадження можливе практично в усіх онкодиспансерах.

Література

1. Балмуханов С.В., Айткулова З.К. и др. // *Мед. радиол.* — 1989. — Т. 34, № 4. — С. 26–30.
2. Мустафин С.С., Айткулова З.К. и др. // *Здравоохран. Казахстана.* — 1990. — № 1. — С. 46–47.
3. Книжневская А.О., Иванецкая В.И., Шантырь В.И. *Лучевое лечение рака кожи.* — К., 1985. — 85 с.
4. Теличко Ф.Ф. *Хіміко-енергетичні основи радіомодифікації при проведенні променевої терапії (ІІТ) злоякісних пухлин (ЗП): Тези доп. Республік. наук. практ. конф. «Геніоурорадіологія».* — К., 1996. — С. 88–89.
5. Теличко Ф.Ф. *Поглиняльна здатність мікроструктур біосистеми (Майбутис медичної науки).* — Ужгород, 1996. — 54 с.

Н.М. Кавкало, Г.К. Бутвін

В.І. Молдован, В.М. Печенюк

Буковинська державна медична академія (Чернівці)

Результати лікування меланоми шкіри з використанням передопераційної близькодистанційної ікс-терапії високими разовими та загальними дозами

Results of skin melanoma treatment using pre-operative close-distance radiotherapy with large single and total doses

Меланома (М) належить до найбільш злоякісних пухлин, на неї припадає від 1 до 10% онкозахворювань. В Україні у 90-х роках захворюваність на меланому становила 2–3 випадки на 100 000 населення і була поширена серед чоловіків та жінок майже однаково. Середній вік хворих становив 30–50 років.

Порівняно з іншими злоякісними пухлинами М шкіри характеризується вищим індексом метастазування у регіональні та віддалені лімфатичні вузли, легені, печінку, шкіру й кістки. Для її лікування використовують променеві, хірургічні методи окремо або їх комбінацію чи комплекс з хемотерапією (ХТ). Вибір методу лікування залежить від стадії захворювання, ступеня інвазії пухлини, віку та загального стану хворого. Широко

використовують хірургічний метод, променеву терапію (гамма-терапію, близькодистанційну ікс-терапію), хемотерапію (системну та селективну), біологічний метод: а) імуномодулятори — гормони вилочкової залози, левомізол, зімозан та ін.; б) активну специфічну імунотерапію — аутовакцину; в) підсилювальні агенти — БЦЖ; г) цитокини — інтерферон, інтерлейкін; д) гормонотерапію. Найбільш ефективним методом лікування меланоми шкіри першої-третьої стадій є комбінований: передопераційна близькодистанційна рентгенотерапія з наступним видаленням пухлини оперативним шляхом.

Описаний в літературі комбінований метод лікування меланоми шкіри (МШ) нами удосконалено. На відміну від існуючої методики, при якій опромінювання у передопераційному періоді проводиться разовою дозою 8–10 Гр і сумарною — 30–35 Гр, ми збільшили разову дозу до 10–17 Гр і сумарну — до 50–55 Гр. Зважаючи на те, що визначити ступінь інвазії пухлини в товщу шкіри без гістологічного дослідження неможливо, умови опромінювання для всіх хворих використовували однакові: напруга 50 kV, сила струму — 10 mA, фільтр — 2,5 мм алюмінію. Розмір поля відповідав розмірам пухлини з опромінюванням до 3 см шкіри навколо неї. За таких умов шар половинної дози знаходиться на глибині 12 мм (крива за З. Шаулем). У день останнього сеансу, не пізніше ніж через 24 години, пухлину і неушкоджену ділянку шкіри до 5 см видалляли оперативним методом із наступним гістологічним дослідженням препарату та обов'язковим визначенням ступеня інвазії.

Удосконалену методику передопераційної близькодистанційної ікс-терапії застосовували у 31 хворого на МШ спини, грудної клітки, гомілок, стопи, передпліччя, кисті, вушної раковини (13 чоловіків і 18 жінок віком 30–78 років). Діагноз М виставляли на підставі скарг хворих на появу пухлинного новоутворення у ділянці родимої плями, яка після травми починала швидко поширюватись шкірою та над її поверхнею зі зміною кольору (частіше потемніння), зволоженням поверхні, появою виразкування з кровотечею.

При об'єктивному огляді визначалась різних розмірів пухлина темно-коричневого кольору, її асиметрія, фестончастість країв, випадіння волосся в ділянці пухлини, ознаки запалення, лущення з утворенням кірочки, наявність на поверхні або навкруг неуса вузликів-сателітів. Для цитологічного дослідження у всіх випадках робили відбитки з пухлини на скло. Цитологічний діагноз відразу підтверджений тільки у 9 хворих, у решти — при гістологічному дослідженні пухлини, видаленої після передопераційного курсу ІІТ.

Комбінований курс лікування МШ із передопераційним опроміненням великими разовими та сумарними дозами проведено у 20 хворих з першою, у 10 — з другою, у 1 — з третьою стадіями захворювання. За результатами гістологічного дослідження видаленого препарату перший ступінь інвазії визначено у 1, другий — у 6, третій — у 13, четвертий — у 11 хворих. Ступінь інвазії не

залежав від стадії захворювання лікованих пацієнтів.

Аналіз виживаності хворих на МШ, лікованих за удосконаленою методикою передопераційного опромінювання, у яких протягом 4 років не було метастазів, показав, що результати залежать не стільки від стадії захворювання, скільки від ступеня інвазії пухлини у товщу шкіри.

Усі 20 хворих із першою-третьою стадіями захворювання та першим-третьім ступенем інвазії після лікування за нашою методикою прожили вже 4-4,5 роки, тоді як 3 особи із 11 з четвертим ступенем інвазії померли через 1,5-2 роки внаслідок множинних метастазів та пухлинної інтоксикації.

Оцінка результатів комбінованого лікування хворих на МШ із використанням передопераційної близькодистанційної ікс-терапії високими разовими та загальними дозами підтверджує підвищення ефективності при першій-третьій стадіях із першим — третім ступенями інвазії. У всіх хворих із четвертим ступенем інвазії необхідно проводити комплексне лікування з використанням, крім названих методів, хемо-, гормонотерапії, цитокінів тощо.