

5-фторурацил (чаще в сочетании с лейковарином или фолином кальция), препараты платины. Применение химиотерапии увеличивает продолжительность жизни больных с метастазами опухоли и улучшает ее качество. В последнее время появились новые препараты, обладающие большей активностью по сравнению со ставшими уже стандартными лекарствами (оксалиплатин, кселода, UFT, КАМПТО, и другие). По последним данным, наилучшие показатели демонстрирует Элоксатин в различных вариантах комбинации с 5-фторурацилом и лейковарином (т.н. режимы FOLFOX).

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ**

*Н.М. Сулейманов, Р.Т. Аюпов, Р.Р. Уразин*

Республиканский КОД, г. Уфа

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии – одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран, что обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости. В Российской Федерации ежегодно выявляется около 485 тыс. новых случаев злокачественных новообразований. В 2007 году показатель смертности от онкологических заболеваний 13,7% и является второй причиной смертности населения РФ после сердечно-сосудистых заболеваний. В последние годы активно разрабатываются новые высокотехнологичные методы лечения рака. К сожалению, во многих Российских клиниках нет возможности применять новые высокотехнологичные методы лечения.

Цель исследования: развитие и внедрение высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний.

Материал и методы:

Для поднятия качества онкологической помощи населению в Башкирском Республиканском клиническом онкологическом диспансере 6 октября 2006 года создана Лаборатория Высоких Технологий (руководитель – профессор Ш.Х. Ганцев), занимающаяся нестандартными высокотехнологичными методами лечения генерализованных форм рака. В арсенале лаборатории имеется радиочастотный генератор RITA SYSTEM 1500x, ультразвуковые аппараты ULTRACISION HARMONIC SCALPEL 300, LYSONYX 3000 и другое высокотехнологичное оборудование. С

началом работы Лаборатории появилась возможность выполнять радиочастотную термоабляцию и ультразвуковую сонодеструкцию опухолей, расширились возможности выполнения малоинвазивных лапароскопических вмешательств и регионарной химиотерапии.

За время деятельности лаборатории в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи радиочастотная термоабляция метастазов злокачественных опухолей в печени с использованием генератора RITA SYSTEM 1500x была выполнена у 96 пациентов с опухолями ободочной и прямой кишки, желудка, молочной железы, яичников.

Освоена резекция печени с использованием устройства HANIB SEALER 4x. Выполняется установка внутриартериальных имплантируемых портов для длительной регионарной химиотерапии проведена 32 пациентам с генерализованными опухолями печени, прямой кишки, поджелудочной железы, желудка.

Осложнений при выполнении лечебных мероприятий не отмечалось, все наблюдаемые пациенты прожили 1 год и более от момента начала лечения.

Для оценки эффективности лечебных мероприятий, проводимых в Лаборатории Высоких Технологий РКОД изучены показатели выживаемости у 178 пациентов, оперированных по поводу рака прямой кишки. Исходя из методов лечения, сформированы подгруппы. У всех пациентов включенных в исследование были метастазы в печень (преимущественно во II, III, IV, V, VII сегменты). Больные, у которых имелись отдаленные метастазы в другие органы и карциноматоз брюшины исключены из исследования.

Основная группа – 85 пациентов, находившихся на лечении с 2006 по 2008 год по поводу рака прямой кишки T<sub>2-4</sub>N<sub>1-2</sub>M<sub>1</sub>, у которых при выполнении хирургического лечения выявлены метастазы в печень и выполнены циторедуктивные операции и радиочастотная термоабляция метастазов в печень. Среднее количество метастатических узлов было 3±2, средний размер – 3,5±2см. Радиочастотная термоабляция (РЧА) осуществлялась системой RITA SYSTEM<sup>®</sup> 1500X.

Преимуществом данной системы является то, что во время проведения процедуры происходит температурный контроль за качеством выполнения манипуляции в режиме реального времени, что обеспечивается наличием нескольких встроенных в зонд термодатчиков. Благодаря этому даже при расположении опухоли у достаточно крупного сосуда после процедуры возможно оценить адекватность ее проведения и при необходимости ее повторить.

РЧА выполнялась нами либо во время операции по поводу первичной опухоли, либо отсрочено (18 операций). Всего обработано 137 метастатических узлов. Размеры метастазов варьировали от 1,5 до 8 см.

Процедура выполнялась с интраоперационным УЗИ-контролем и морфологической верификацией

Контрольная группа состояла из 93 пациентов, также находившихся на лечении в РКОД с 2006 по 2008 год по поводу рака прямой кишки T<sub>2-4</sub>N<sub>1-2</sub>M<sub>1</sub>, у которых при выполнении хирургического лечения выявлены метастазы в печень и выполнены циторедуктивные операции без воздействия на метастатические опухоли в печени. Из них мужчин было 57,6%, женщин 42,4%. Средний возраст пациентов составил 63,6±2,5 года.

Всем пациентам проводилась послеоперационная химиотерапия. В качестве схем лечения использовались режимы: MAUO, XELOX, EAP.

Результаты и обсуждение:

Из 85 пациентов при выполнении циторедуктивных операций с РЧА метастазов печени и послеоперационной системной и локо-регионарной химиотерапией годовая выживаемость составила 97,6%, двухгодичная выживаемость 81,2%. Хирургических осложнений, связанных с методикой абляции не наблюдалось. Сроки пребывания больных в связи с использованием РЧА не увеличивались. Повторные абляции этой группе больных не проводили. Прогрессия метастазов в печени отмечена у 5 больных.

Из 93 пациентов контрольной группы после циторедуктивных операций и послеоперационной химиотерапии годовая выживаемость составила 68,8%, двухгодичная выживаемость - 36,6%.

Выводы.

Таким образом, результаты лечения пациентов с метастазами рака органов пищеварения в печень напрямую зависят от степени циторедукции: выполнение циторедуктивных операций обеспечивает до 68,8% годичной выживаемости, а наилучшие (97,6% годичной выживаемости) – при выполнении циторедуктивных операций, радиочастотной термоабляции метастазов и послеоперационной химиотерапией.

Успехи современной онкологии в лечении многих форм злокачественных новообразований доказывают, что от развития и внедрения высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний зависит качество и в конечном итоге продолжительность жизни онкологического больного. Разумный выбор тактики на основе комплексного подхода, включающей хирургическую операцию на первичной опухоли с радио-

частотной абляцией метастазов печени и химиотерапией позволяет повысить показатели выживаемости.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Е.А. Шунько, Б.Т. Байзаков, Б.В. Слезко

Тюменская ГМА  
Западно-Казахстанский ГМУ, г. Актобинск  
Тюменский ООД

Саркомы мягких тканей составляют 0,2-2,6% в структуре злокачественных новообразований. Долгое время единственным методом лечения саркомы мягких тканей считался только хирургический. Считалось, что эти опухоли не чувствительны к лучевому воздействию. В последние годы мнение о радиорезистентности мягкотканых сарком изменилось. По данным некоторых авторов, первичные саркомы мягких тканей являются радиочувствительными. Радиочувствительность зависит от гистологического варианта и степени злокачественности опухоли.

Эффективность комбинированного лечения сарком мягких тканей нами было изучено с использованием предоперационной, интраоперационной и послеоперационной лучевой терапии. Предоперационная и послеоперационная лучевая терапия проводилась на аппаратах РОКУС-М, АГАТ-Р и линейных ускорителях SL-20, SL-15. Интраоперационную терапию проводили малогабаритным бетатроном МБ-10Э (Томск) с энергией электронного пучка 10 МэВ. У всех пациентов опухоль была резектабельна, а морфологический диагноз подтвержден после пункционной или открытой биопсии.

Комбинированное лечение сарком мягких тканей проводилось с предоперационной дистанционной гамма-терапией. Поля облучения включали опухоль с захватом 2 см здоровых тканей. Лучевая терапия проводилась в 3-х вариантах. У больных 1 группы использовалась методика среднего фракционирования дозы облучения, разовая очаговая доза составляла 5 Гр до СОД 25 Гр (ВДФ = 75 ед.). Оперативное вмешательство проводилось через 48 - 72 часа после окончания лучевой терапии. Во 2 группе предоперационная лучевая терапия проводилась в динамическом режиме до СОД 36-38 Гр (ВДФ = 75 ед.). Операция производилась через 2 недели после окончания лучевого воздействия на опухоль. В 3 группе предоперационная лучевая терапия проводилась по методике одноразового