

Таким образом, неоадьювантная внутриартериальная регионарная химиоинфузия в чревный ствол при раке желудка по схеме TPF (Таксотер 75 мг/м² + Цисплатин 75 мг/м² + Фторурацил 1000 мг/м² в 1-й день) оказалась эффективной у 52% больных. При этом всем им удалось провести радикальное хирургическое вмешательство. У всех 52% больных отмечен лечебный патоморфоз 3-4 степени. Данная методика лечения больных раком желудка является методом выбора для повышения операбельности процесса и улучшает непосредственные результаты лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Б.Т. Байзаков, Д.Т. Арыбжанов, А.Ж. Муктубаева

Актюбинский ООД, г. Актобе, Казахстан
Южно-Казахстанская ГФА, г. Шымкент, Казахстан
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

Саркомы мягких тканей (СМТ) являются относительно редким заболеванием, они составляют около 1% всех злокачественных опухолей человека. В России в 2007 году диагностировано 3245 заболевших, что составило 0,7% от всех онкологических заболеваний. По данным литературы, развитие локального рецидива СМТ зависит не только от биологических свойств опухоли (степень злокачественности, размер, локализация), но и от радикальности первичного хирургического лечения. Локальный рецидив СМТ возникает у 90% больных, которым выполнено местное иссечение опухоли, тогда как широкое иссечение снижает вероятность появления рецидива до 10-20%.

Таким образом, нерадикальное удаление СМТ является одним из факторов неблагоприятного прогноза заболевания и поэтому требует незамедлительного дополнительного хирургического вмешательства в объеме широкого иссечения опухоли. Тем не менее, на сегодняшний день в литературе нет единого мнения относительно границ резекции здоровых тканей и о влиянии локальных рецидивов СМТ на пятилетнюю выживаемость пролеченных больных. Все вышеизложенное послужило основанием для проведения нами данного научного исследования.

Методы исследования.

Рецидивной саркомой принято считать развитие опухоли после проведенного лечения, считающегося радикальным, т.е. повторное появление опухоли в области первичного очага или зонах регионарного метастазирования в период более 6 месяцев после оперативного вмешательства (от 6 месяцев до 3 лет – ранние рецидивы, позднее 3 лет – поздние рецидивы СМТ). Выявление отдаленных метастазов саркомы мягких

тканей в период времени до 6 месяцев нами определено как первично-генерализованная саркома мягких тканей.

Основным симптомом локального рецидива саркомы мягких тканей явился определяемый визуально, реже – пальпаторно, опухолевый узел или несколько узлов (при мультицентричном росте). У 73 из 95 больных (76,8%) локальный рецидив саркомы мягких тканей выявлен при профилактическом осмотре. В 22 (23,2%) случаях больной самостоятельно выявил наличие опухолевого узла, что и явилось причиной явки на осмотр. Рентгенологическое исследование позволило выявить отдаленные метастазы в легкие у 15 (15,8%) из 95 пациентов, а так же наличие или отсутствие рентгенологических признаков вторичного вовлечения подлежащих костных структур. Анатомо-топографическая локализация СМТ определялась с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии – у 27 больных. Эти методы являются наиболее достоверными и позволяют планировать объем оперативного вмешательства. Для морфологической диагностики опухоли мягких тканей использовалась закрытая пункционная аспирационная или трепан-биопсия, открытая инсцизионная биопсия.

Результаты и обсуждение.

По полученным нами данным, наибольшее количество случаев возобновления местного опухолевого роста после хирургического лечения наблюдалось в течение первых 6 месяцев после лечения – 22 при размере опухоли не более 5 см и в 17 случаях – при размере опухоли более 5 см. К началу третьего года частота локальных рецидивов была одинакова независимо от размера первичной опухоли.

Наиболее высокая частота локальных рецидивов при размере первичной опухоли более 5 см наблюдалась нами к концу второго года после хирургического лечения. Эти данные свидетельствуют о том, что опасность появления местного рецидива опухоли у больных саркомы мягких тканей возрастает после хирургического лечения с интервалом в 1 год. Неадекватность хирургического лечения явилась основной причиной высокой частоты локальных рецидивов при размере опухоли до 5 см. Снижение же абсолютного количества локальных рецидивов опухоли при ее диаметре более 5 см к концу третьего года после хирургического лечения было обусловлено гибелью части больных.

Нами так же был проведен анализ периодичности возобновления местного роста саркомы мягких тканей в зависимости от размера опухоли после хирургического лечения. У большинства больных после хирургического лечения независимо от размера опухоли преобладала неизлеченность локального опухолевого процесса. Неизлеченность опухолевого процесса при размере опу-

холи до 5 см была определена у 22 больных и у 17 – при размере опухоли более 5 см, что и явилось основной причиной неудовлетворительных результатов лечения локального опухолевого процесса.

Хирургическое лечение рецидивов сарком мягких тканей проводилось по принципам абластичности и футлярности. Необходимо отметить, что хирургическое лечение рецидивов СМТ характеризовалось рядом существенных проблем. Основная проблема – дефицит здоровых тканей, окружающих рецидивную опухоль вследствие предшествующего комбинированного лечения. Кроме того, проведение оперативного вмешательства осложнялось имеющимся нарушением архитектоники тканей.

Радикальное повторное оперативное вмешательство по поводу локального рецидива опухоли было возможным у 73 (76,8%) больных. У 52 пациентов повторно выполнялось только хирургическое лечение, в эту подгруппу вошли больные, которым на предыдущем этапе проводилось комбинированное и хирургическое лечение. Ампутации или экзартикуляции выполнены у 17 (30,3%) больных при локализации рецидива саркомы мягких тканей на верхних и нижних конечностях.

Объем иссечения рецидивной опухоли определялся в большей мере по глубине иссечения. Объективным методом контроля радикализма оперативного вмешательства мы считаем отсутствие микроскопически определяемого опухолевого роста по границам иссечения рецидивной саркомы мягких тканей.

Частота повторных рецидивов саркомы мягких тканей после хирургического лечения не зависит от размера опухоли (статистически значимых различий нет – $p > 0,05$). Анализируя зависимость частоты рецидивов опухоли от гистологического варианта саркомы, можно сделать вывод, что частота рецидивов не зависит от гистологического варианта саркомы мягких тканей. Так из 9 больных с рецидивной злокачественной гистиоцитомой размером до 5 см после хирургического лечения повторные рецидивы наступили у 6. Из 6 больных рецидивной фибросаркомой размером до 5 см повторные рецидивы выявлены у 4. Статистически значимых различий нет, $p > 0,05$.

Количество повторных рецидивов независимо от размера опухоли постепенно снижается ко 2 году после хирургического лечения пациентов. Большинство больных, при размере рецидивной саркомы более 5 см, в течение 2 лет погибают от генерализации процесса. После трех лет отмечается рост количества повторных рецидивов только у больных после хирургического лечения рецидивной саркомы мягких тканей диаметром до 5 см. Данная особенность течения локального опухолевого процесса объясняется трансформацией послеоперационного рубца (происходит улучшение кровоснабжения опухолевых клеток окру-

женных соединительной тканью, что ускоряет ее метаболизм и как следствие повышается митотическая активность).

После хирургического лечения рецидивной СМТ преобладает неизлеченность процесса и ранние повторные рецидивы опухоли.

Проводя анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных рецидивными саркомами мягких тканей, нами учитывался размер не первичной опухоли, а размер локального рецидива. Отдаленные результаты изучены у 70 больных с локальными рецидивами саркомы мягких тканей. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. По полученным нами данным следует, что при рецидивной опухоли размером равном или менее 5 см, выживаемость пациентов выше, пять лет и более прожили 28 из 37 больных, чем при рецидивной саркоме размером более 5 см. Из данной категории больных 5 лет прожили 13 из 32 пациентов, $p < 0,01$. Таким образом, имеется обратная зависимость между размером рецидива СМТ и продолжительностью жизни пациентов после хирургического лечения.

Заключение. Частота локальных рецидивов СМТ после хирургического лечения зависит от объема оперативного вмешательства. Нарушение принципов онкологического радикализма при хирургическом лечении больных саркомой мягких тканей увеличивает частоту локальных рецидивов. Нами не выявлено зависимости частоты локальных повторных рецидивов СМТ от размера и гистологического варианта опухоли. Статистически значимых различий частоты локальных повторных рецидивов при размере опухоли до 5 см нет. Не получены статистически достоверные различия частоты локальных повторных рецидивов СМТ в зависимости от метода лечения больных при размере опухоли более 5 см в диаметре. Различия в пятилетней выживаемости в зависимости от размера рецидивной опухоли статистически достоверны ($p > 0,01$). Локальный рецидив саркомы мягких тканей умеренной и низкой степени дифференцировки не влияет на пятилетнюю выживаемость, но снижает качество жизни больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ РАДИОАКТИВНОГО ЦЕЗИЯ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

*Т.Б. Григоренко, Е.В. Воробьева,
С.А. Степачева, Н.В. Аверина, В.Г. Елишев*

Тюменский ООД

Проблема лечения рака шейки матки (РШМ) в последние годы приобретает все большее социальное значение. Это обусловлено сохраняющейся тенденцией роста заболеваемости первичным РШМ, высокой частотой рецидивов и прогресси-