

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-

рования заболевания больных трудоспособного и детородного возраста после специализированного лечения.

В настоящее время, несмотря на достигнутые успехи в диагностике РШМ, до 40% женщин обращаются за медицинской помощью уже с распространенной III-IV стадией этого заболевания. Особо следует отметить, что в последние годы отмечается увеличение частоты выявления различных форм РШМ у женщин молодого возраста 15 – 39 лет и занимает 1-е ранговое место, являясь основной причиной смерти в этой возрастной группе.

Основным методом лечения запущенных форм РШМ является лучевая терапия, которая по сводным статистическим данным используется в 50% случаев. По опубликованным сведениям отечественной и зарубежной литературы средняя пятилетняя выживаемость пациентов РШМ достигает 50% и варьирует от 15% до 80% в зависимости от степени распространения опухолевого процесса, т.е. достаточно большой процент больных умирает от дальнейшего прогрессирования заболевания.

Вопросы поиска эффективных технологий лучевой терапии, необходимость разработки новых контактных методов облучения регулярно обсуждаются на съездах и конференциях по онкологии и радиологии российского и международного уровней.

Совершенствование аппаратуры для контактного облучения, производства различных радионуклидов, таких как кобальт (^{60}Co), цезий (^{137}Cs), привели к развитию методов контактного облучения, позволяющих подводить высокие дозы к ограниченному объему ткани за предельно короткое время. Оснащение необходимым оборудованием и радиотерапевтической аппаратурой составляет материально-техническую основу метода внутрисполостной лучевой терапии по принципу *remote afterloading*. Одной из важных задач является выбор предпочтительного радионуклида, поскольку использование источников для контактного облучения зависит от физического состояния радиоактивного материала, его механической прочности, его размеров и времени полураспада.

В первом радиологическом отделении (РО №1) Тюменского онкологического диспансера в июле 2011 г. запущен в эксплуатацию аппарат для проведения контактного облучения «Селектрон» с источником цезий ^{137}Cs . До этого времени контактная лучевая терапия осуществлялась только на аппаратах с источником кобальт ^{60}Co . С момента введения в эксплуатацию аппарата «Селектрон» ко времени написания настоящей статьи в условиях РО №1 пролечено на данном аппарате 15 пациенток с РШМ IIIВ стадии, молодого возраста (30-45 лет), экзофитного варианта роста опухоли. Цезий 137 обладает средней степе-

нью активности, вследствие чего время одной процедуры больше по сравнению со временем одной процедуры на аппаратах с источником ^{60}Co . Учитывая, что время одной процедуры больше – воздействие радиоактивного источника попадает на большее количество фаз митоза и мейоза, что в конечном результате ведет к увеличению биологической эффективности. В отделении проанализированы результаты лечения пациенток, больных РШМ IIIВ стадии, пролеченных на аппарате «Селектрон» по сравнению с результатами пациенток, с выставленной IIIВ стадией РШМ, пролеченных на аппарате для контактной лучевой терапии с источником ^{60}Co .

У пациенток с РШМ IIIВ стадией, молодого возраста, с экзофитным вариантом роста опухоли при лечении радиоизотопами средней активности ^{137}Cs , выше эффективность проведенного контактного облучения по оценке полного регресса опухоли по сравнению с пациентками, проходившими лечение препаратами радиоактивного ^{60}Co : 93% пациенток, у которых наблюдался полный регресс опухоли к 10-й укладке на аппарате «Селектрон» по сравнению с 67% пациенток, пролеченных на аппарате для контактной лучевой терапии с источником ^{60}Co .

У пациенток, лечившихся на аппарате «Селектрон» намного быстрее снижалась интенсивность кровянистых выделений из половых путей – у 100% больных после 1 укладки. У прошедших лечение на аппарате с источником ^{60}Co – только у 33% пациенток.

Также наблюдалось в 100%-х случаев прекращение кровянистых выделений к 5-6 укладке у пациенток, проходивших лечение на аппарате «Селектрон». При лечении на аппарате с источником ^{60}Co – у 67% больных.

Особо следует отметить меньшую выраженность лучевых реакций у пациенток, получающих контактную лучевую терапию препаратами радиоактивного цезия, по сравнению с пациентками, получающих лечение препаратами радиоактивного кобальта.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать выводы о положительном опыте использования аппарата «Селектрон» у пациенток с РШМ IIIВ стадии с экзофитным вариантом роста опухоли.

В дальнейшем в ГБУЗ ТО «Онкодиспансер» г. Тюмень планируется продолжить оценку эффективности применения препаратов радиоактивного цезия в контактном лучевом лечении больных РШМ с учетом отдаленных результатов.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

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

Тюменский ООД