

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 T₂₋₄N₁₋₂M₁, 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: MAYO, XELOX, EAP.

Результаты и обсуждение:

Из 85 пациентов при выполнении циторедуктивных операций с РЧА метастазов печени и послеоперационной системной и локо-регионарной химиотерапией годовичная 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 годовичная 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% годовичной выживаемости, а наилучшие (97,6% годовичной 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 аблацией 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. Актюбинск
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

воздействия на опухоль дозой облучения 7,5 Гр, операция выполнялась в тот же день.

Кровотечение из опухоли, распад опухоли с присоединением гнойно-септического осложнения, отсутствие морфологического подтверждения диагноза явились противопоказаниями к предоперационной лучевой терапии у больных, получивших комбинированное лечение.

После комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией в раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Заживление ран происходило в обычные сроки после оперативного вмешательства. Количество рецидивов при размере опухоли более 5 см после комбинированного лечения первичных сарком мягких тканей составило 41,6%.

Наиболее перспективным для достижения идеального распределения дозы в настоящее время считается сочетание облучения фотонами и ускоренными электронами. Интраоперационную терапию мы проводили малогабаритным бетатроном МБ – 10 Э (Томск) с энергией электронного пучка 10 МЭВ. После удаления опухоли в зависимости от ее размера проводился подбор соответствующего тубуса. Очаговая доза составила 15 Гр (ВДФ = 75ед.). Дополнительного лучевого воздействия на ложе опухоли у этих больных не проводилось.

Комбинированное лечение больных саркомами мягких тканей с послеоперационной дистанционной гамма-терапией проводилось в сроки от 1,5 до 4 недель после оперативного вмешательства. У 80% больных этот срок не превышал 2 недель. Лучевое воздействие у 2 больных проведено на ложе опухоли и регионарные лимфоузлы, в остальных случаях только на ложе удаленной саркомы. Лучевая терапия проводилась в динамическом режиме облучения до суммарной очаговой дозы 60-65 Гр (ВДФ = 100-110ед.).

Статистически значимых различий по частоте локальных рецидивов после хирургического и комбинированного лечения больных с предоперационной и интраоперационной лучевой терапией при размере опухоли как менее, так и более 5 см в диаметре нами получено не было. Однако локальные рецидивы реже возникали у больных после комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией, чем после только хирургического лечения (различия были статистически достоверны, $p < 0,01$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что комбинированное лечение первичных сарком мягких тканей с послеоперационной лучевой терапией характеризуется более высокой эффективностью лечения локального опухолевого процесса по сравнению с хирургическим методом лечения сарком мягких тка-

ней, сопровождаемого более высокой частотой локальных рецидивов опухоли.

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ЯИЧНИКОВ

А.Е. Юркова

РНЦ Радиологии и хирургических технологий,
г. Санкт-Петербург

Рак яичников является одним из распространенных онкогинекологических заболеваний и в большинстве регионов мира признан ведущей причиной смерти среди опухолей женской репродуктивной системы. У 60-65% больных заболевание диагностируется в III - IV стадии и рецидивирует в 80-90% наблюдений, несмотря на успешное первичное лечение.

Традиционным методом лечения рецидивов рака яичников является химиотерапия II линии. Арсенал противоопухолевых препаратов достаточно велик, разрабатываются новые химиотерапевтические средства, однако, современная химиотерапия, улучшая непосредственные результаты лечения, существенно не увеличивает показатели пятилетней выживаемости больных. Лучевая терапия с определенным успехом используется лишь в лечении локализованных форм рецидивов заболевания. При рецидивах с метастазированием по брюшной полости и за ее пределами облучение обширной зоны поражения в туморицидных дозах сопряжено с большим количеством осложнений и не улучшает результатов лечения. Ограниченные возможности традиционного химиолучевого лечения предопределили актуальность разработки нового метода лечения - системной лучевой терапии.

Материал и методы.

В ФГУ РНЦ РХТ выполнено исследование, в результате которого разработана и запатентована технология лечения рецидивов рака яичников, включающая системную лучевую терапию (СЛТ) в виде облучения нижней половины тела (ОНПТ) в нетуморицидных дозах и химиотерапию (ХТ). Использование облучения больших объемов тела в нетуморицидных дозах основано на результатах серии радиобиологических экспериментов и существующего клинического опыта, свидетельствующих о том, что создание сублетальных повреждений в тканях обширной зоны облучения приводит к ослаблению пролиферативной активности опухоли на конкурентной основе за механизмы обеспечения регенерации в организме. Такой подход является одним из способов замедления роста злокачественных опухолей на прин-