

получивших схемы с таксаном. Проведение неоадьювантной химиотерапии позволяет увеличить резектабельность у больных местнораспространенным раком желудка.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Б.Т. Байзаков

МЦ ЗКГМУ, г. Актыюбинск, Казахстан

Известно, что саркомы мягких тканей встречаются сравнительно редко, составляя 0,2-2,6% от всех злокачественных новообразований человека. Долгое время саркомы мягких тканей считались радиорезистентными. 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.

Изучение эффективности комбинированного лечения сарком мягких тканей было проведено нами 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.

При комбинированном лечении сарком мягких тканей 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 = 75ед.). 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 = 75ед.). 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.

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

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

В настоящее время наиболее перспективным для достижения идеального распределения дозы 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 проводилась 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.).

Нами не было получено 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. 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, по полученным нами данным, 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 тканей, сопровождаемого более высокой частотой локальных рецидивов опухоли.