

кута над опухолью. Мы считаем, что иссечение кожного лоскута над опухолью в едином блоке, во-первых, исключает вероятность оставления комплексов злокачественных клеток по наружному контуру саркомы, а второй положительный момент – это удаление мягких тканей, подвергшихся лучевому воздействию при проведении предоперационной лучевой терапии. Кроме того, улучшается визуальный контроль во время оперативного вмешательства. При поверхностном расположении опухоли иссекаемый кожный лоскут был больше диаметра опухоли на 2 см, а в случаях глубокого залегания саркомы мягких тканей иссекаемый кожный лоскут был равен диаметру опухоли с последующей его отсепаровкой за пределы границ опухоли.

Локальный контроль радикализма удаления саркомы проводился в двух вариантах. Если удаляемая опухоль имела диаметр до 5 см, и после широкого иссечения оставался достаточный резерв здоровых тканей, то для объективного контроля отсутствия опухолевой инфильтрации по линии резекции ложе опухоли иссекалось по принципу первичной хирургической обработки раны. Во всех остальных случаях контрольное иссечение для микроскопического исследования производилось на участках ложа в местах с наименьшей толщиной здоровых тканей над удаленной опухолью.

Несмотря на то, что зависимость между частотой рецидивов сарком мягких тканей и их размерами независимо от метода лечения статистически не была нами доказана, анализ как литературных, так и полученных нами данных указывает на высокую вероятность локальных рецидивов опухоли при использовании хирургического лечения сарком мягких тканей как самостоятельного метода. Данный факт объясняется в первую очередь нарушением принципов радикализма при удалении саркомы мягких тканей. В связи с этим больные саркомой мягких тканей, которым радикализм оперативного вмешательства не был подтвержден микроскопическим исследованием линии резекции, подлежат повторному хирургическому или комбинированному лечению.

Учитывая тот факт, что хирургический метод лечения сарком мягких тканей сопровождается высокой частотой локальных рецидивов опухоли, мы считаем наиболее целесообразным объемом хирургического вмешательства при саркоме мягких тканей широкое иссечение опухоли с включением кожного лоскута над опухолью в единый блок удаляемых тканей. При этом гистологическое исследование линии резекции должно быть обязательным компонентом, подтверждающим радикализм оперативного вмешательства и опре-

деляющим дальнейшую тактику лечения больных с саркомами мягких тканей.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ: МЕСТО ЛУЧЕВОГО КОМПОНЕНТА

Д.Н. Бульнский, А.В. Важенин, О.С. Терешин, Т.В. Кукленко, И.В. Удовиченко, С.А. Мальцева

Челябинский ОКВД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Настоящее исследование посвящено изучению эффективности лучевой терапии в лечении больных раком молочной железы с $T_{1-2}N_0M_0$ распространенностью процесса. В ряде наблюдений было показано, что больные с локализованными формами рака молочной железы могут быть успешно излечены одним лишь оперативным вмешательством – радикальной мастэктомией. Другие авторы считают необходимым в таких ситуациях комбинированное лечение. Нет единого мнения и о целесообразности лучевой терапии при выполнении органосохраняющих операций. По результатам большинства исследований данные вмешательства без лучевого компонента сопровождаются повышенным числом рецидивов, но есть наблюдения, указывающие на возможность выполнения радикальной резекции молочной железы без облучения.

Нами проведено исследование результатов лечения 418 пациенток раком молочной железы начальных стадий ($pT_{1-2}N_0M_0$) в Челябинском областном онкологическом диспансере с 1999 по 2003 годы. I стадия процесса отмечена в 35,7% случаев, II а стадия в 64,3 %.

Анализ отдаленных результатов лечения проводился с учетом основных прогностических факторов: размеров опухоли, ее локализации, гистологической структуры и возраста больных. Во всех сравниваемых группах больные были сопоставимы по основным прогностическим факторам.

В зависимости от метода лечения было сформировано 3 группы больных:

1 группа - контрольная, (n=200). Пациенткам этой группы выполнена только мастэктомия по Пейти.

2 группа (n=135) комбинированного лечения, включающего лучевую терапию и мастэктомию по Пейти. Предоперационная дистанционная гамма-терапия в режиме среднего фракционирования (СОД 25 Гр, ВДФ 70 ед.) проведена 65 больным, послеоперационная гамма-терапия в динамическом режиме (СОД 38 Гр, ВДФ 75 ед.)

проведена 27 больным. В 43 случаях лучевая терапия назначалась как в пред- так и в послеоперационном периоде.

3 группа (n=54) органосохранного лечения. Оно включало радикальную секторальную резекцию и различные варианты адъювантной лучевой терапии.

У 39 человек проведено сочетанно-лучевое лечение, включающее внутритканевую лучевую терапию (СОД 15-20 Гр) и последующую дистанционную гамма-терапию. Только послеоперационная дистанционная гамма-терапия (СОД 38 Гр) проведена 15 больным.

Различия в отдаленных результатах лечения при различных видах лучевой терапии были невелики, статистически незначимы, поэтому мы проводили сравнение в общих группах - комбинированного и органосохранного лечения соответственно.

5-летняя выживаемость и длительность безрецидивного периода составили: в 1 гр. – $93,0 \pm 1,8\%$ и $29,1 \pm 4,3$ мес.; во 2 гр. – $91,1 \pm 2,5\%$ и $35,2 \pm 3,7$ мес.; в 3 гр. – $94,0 \pm 2,6\%$ и $34,1 \pm 7,6$ мес. соответственно. При сравнительном анализе этих показателей нами не установлено каких-либо статистически достоверных различий во всех исследуемых группах. Во всех случаях - $p > 0,05$.

Мы проанализировали частоту и характер рецидивов заболевания. Локальные рецидивы в 1 гр. отмечены в $1,0 \pm 0,7\%$, во 2 гр. – $0,7 \pm 0,7\%$, в 3 гр. – $2,4 \pm 1,7\%$. Отдаленные метастазы в 1 гр. отмечены в $7,5 \pm 1,9\%$, во 2 гр. – $14,1 \pm 3,0\%$, в 3 гр. – $6,0 \pm 2,6\%$. При сравнительном анализе частоты возникновения рецидивов заболевания в 1 и 2 группе следует, что локальные рецидивы в обеих группах встречались с одинаковой частотой - $p > 0,05$. Нами отмечена тенденция к увеличению отдаленного метастазирования во 2 группе. При сравнительном анализе частоты рецидивов заболевания в 1 и 3 группе, мы не установили никаких достоверных различий. Локальный, отдаленный рецидивы заболевания в сравниваемых группах встречались с одинаковой частотой. Во всех случаях - $p > 0,05$.

Наиболее важными прогностическими факторами, влияющими на 5-летнюю выживаемость и частоту рецидивов заболевания, являются размер опухоли и ее гистологическая структура. У больных с редкими гистологическими формами (медуллярной, слизистой карциномой) 5-летняя выживаемость была выше, чем у больных с протоковым и дольковым раком. Также у них не отмечено рецидивов заболевания. На длительность безрецидивного периода не оказывал существенного влияния ни один из анализируемых прогностических факторов.

Таким образом, по нашим данным, проведение лучевой терапии при выполнении радикальной мастэктомии у больных с начальными формами рака молочной железы существенно не влияло на отдаленные результаты лечения. Органосохранные операции, дополняемые адъювантной лучевой терапией, по радикализму не уступают мастэктомии с пред- или послеоперационным облучением.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВОГО РЕНТГЕНОВСКОГО СИМУЛЯТОРА В ТОПОМЕТРИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

А.В. Важенин, Н.В. Ваганов, Д.Н. Чащухин

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

В лучевой терапии до 70% осложнений зависит от объема облучения ткани, планирования дозы и анатомического взаимоотношения поврежденных и здоровых тканей. Большое значение для планирования дистанционного облучения пациента имеет получение точного контура его тела в зоне облучения. Планирование полей и портов облучения в дистанционной лучевой терапии – по кожной маркировке и костным ориентирам с использованием рентгеновской визуализации, допускает большие ошибки. В большинстве случаев контур получают путем КТ либо ручных измерений с переносом параметров на бумажный носитель. В нашем учреждении на протяжении последнего десятилетия одним из способов получения топометрических данных является разметка на аналоговом рентгеновском симуляторе фирмы Филипс Simulator SL, имитирующим по управлению и устройству линейный ускоритель. При этом определение размеров полей облучения, глубины залегания очага, центрация полей происходили в режиме рентгеноскопии. После вынесения проекции полей облучения на кожу пациента при помощи светового и лазерных центраторов через центр поля облучения выполнялся КТ-срез, либо построение топометрического среза выполнялось вручную по полученным параметрам, по которому медицинские физики производят расчет дозовых параметров облучения.

В 2009 году на оснащение нашего учреждения поступил и был запущен в работу цифровой рентгеновский симулятор Nucletron Simulix Evolution. Этап топометрического планирования дистанционной лучевой терапии вышел на новый качественный уровень. Данная техника предна-