

зывая влияние на частоту местных рецидивов, можно ожидать улучшения отдаленных результатов лечения. Одним из способов снижения частоты местных рецидивов является применение лучевой терапии в сочетании с радикальной операцией. Наиболее широко с этой целью применяется предоперационная лучевая терапия. Большинство исследований демонстрирует высокую ее эффективность в отношении профилактики местных рецидивов. При этом, однако, не происходит существенного увеличения выживаемости.

Цель исследования: определить эффективность комбинированного метода лечения рака прямой кишки.

Материал и методы. Данная работа основана на анализе результатов лечения 517 больных, которые наблюдались в Кировском областном клиническом онкологическом диспансере в период с 2000 по 2004 гг. У всех пациентов имелись эпителиальные опухоли (аденокарцинома) ампулярного отдела прямой кишки. Степень распространенности опухолевого процесса в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствовал II-III стадии или T3-4N0M0 и T3-4N1M0. У 134 (25,9%) из 517 больных выполнены паллиативные операции. У 383 (74,1%) больных были выполнены различные виды радикальных оперативных вмешательств. В зависимости от метода проведенного лечения эти больные были разделены на две группы. Первая группа – 285 больных, которым было проведено только оперативное лечение. Больные второй группы (98 пациентов) получали комбинированное лечение, состоящее из предоперационной дистанционной гамма терапии и операции. При этом комбинированное лечение проводилось по двум схемам: 39 пациентов получили предоперационную лучевую терапию ежедневно РОД-5 Гр до СОД-25 Гр, 59 пациентов получили предоперационную лучевую терапию ежедневно РОД-2 Гр с использованием 5-фторурацила до СОД-40-46Гр. Первая схема лечения использовалась у больных со степенью распространенности процесса соответствующей T3N0M0 (II стадия), операция выполнялась через 48-72 часа после окончания лучевой терапии, до развития лучевых реакций со стороны нормальных тканей. Вторая схема лечения применялась у больных с III стадией заболевания. Данный вариант лечения позволял добиться существенного уменьшения размеров опухоли, т.е. увеличение резектабельности опухоли, снижение вероятности имплантационного метастазирования. Недостатком данной методики является отсрочка выполнения хирургического вмешательства на 4-6 недель, которые требуются для стихания лучевых реакций. Кроме этого у части пациентов возникали дополнительные технические трудности во время операции, и отмечалось увеличение сроков заживления послеоперационной раны.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения чаще встречались в группе, получавшей комбинированное лечение (26% против 18% в группе, получивших только хирургическое лечение), послеоперационная летальность в этой группе также была выше (5% против 2% соответственно). Проведение предоперационной лучевой терапии позволило при III стадии опухолевого процесса увеличить резектабельность опухоли (с 60% в группе получивших только

Якобсон Л.А., Ананьева Е.Н., Кисличко А.Г.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ХИРУРГИЧЕСКОГО И
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Кировский областной клинический онкологический
диспансер,
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Основной причиной неудовлетворительных результатов при использовании хирургического лечения рака прямой кишки является возникновение местных рецидивов, частота которых, по данным разных авторов, составляет до 50%. Таким образом, ока-

хирургическое лечение до 80% в группе комбинированного лечения). Показатель трехлетней выживаемости в группе больных получивших хирургическое лечение составил 45%, в группе комбинированного лечения 55%.

Заключение. При раке прямой кишки III стадии, т.е. при прорастании опухолью всех слоев стенки кишки и врастании в жировую клетчатку, а также при метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов использование комбинированных методов лечения позволяет улучшить отдаленные результаты лечения и должно стать методом выбора.